

**EVALUATION DU PROGRAMME COMMUN
DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO (2018-2021)**



Avis de non-responsabilité

Ce rapport a été rédigé par Florianne Gaillardin. Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'évaluatrice. Elles ne représentent pas celles du Secrétariat de l'ONUSIDA ni des personnes ou organisations mentionnées dans ce rapport.

Il s'agit d'une publication indépendante du Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA. Tous les coparrainants présents en République Démocratique du Congo ont participé à l'évaluation.

Toute demande de renseignements concernant cette évaluation doit être adressée à : Evaluation Office, UNAIDS ; E-mail : evaluation@unaid.org

Le rapport et les produits d'évaluation connexes sont disponibles à l'adresse :

<http://www.unaids.org/en/whoweare/evaluation>

Photo de couverture : Une mère et son bébé à la maternité de Mosango, province de Bandundu, République Démocratique du Congo, août 2013. Crédit photo : Sven Torfinn/Panos/H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU FEMMES, OMS et La Banque mondiale).

Copyright © 2021

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/JC3011F/DRC

Table des matières

Remerciements	1
Résumé exécutif	3
Acronymes	11
Introduction	13
But et portée de l'évaluation	19
Méthodes	20
Résultats	25
EQ1 Quelle a été la pertinence du Programme commun ?	25
EQ2 Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?	29
EQ3 Dans quelle mesure l'approche du Programme commun a-t-elle été adaptée pour réaliser ses objectifs ?	34
EQ4 Quels sont les facteurs principaux qui ont influencé la réalisation des objectifs du Programme commun et comment ont-ils été pris en compte ?	43
Conclusions et recommandations	48
Annexe 1 : Termes de Référence (TdR)	52
Annexe 2 : Liste des participants aux entretiens et groupes focaux	59
Annexe 3 : Compte rendus des ateliers régionaux	61
Annexe 4 : Cartographie du Programme commun dans les 26 provinces	71
Annexe 5 : Rapport régionaux	77
Annexe 6 : Bibliographie	91
Annexe 7: TdC Programme commun développée pour l'évaluation	94

Remerciements

L'évaluation a été sponsorisée par le bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA à Genève, et gérée en étroite collaboration avec le bureau pays de l'ONUSIDA en République Démocratique du Congo. Elle a été réalisée par une équipe de consultants externes sous le leadership de Florianne Gaillardin et composée de Arlette Mavila Kilonga (Région Ouest), Christophe Kabeya Luboya (Région Centre), Freud Muciza Bayunvanye (Région Est) et Sylvain Kasonga Kabangu (Région Sud).

Le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA tient à remercier l'équipe d'évaluation et en particulier la coordinatrice de l'évaluation et auteure du rapport : Florianne Gaillardin. Le bureau d'évaluation remercie également les parties prenantes du Programme commun en République Démocratique du Congo, en particulier le Secrétariat de l'ONUSIDA à Kinshasa et les bureaux régionaux ainsi que le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida pour leur participation active dans le processus d'évaluation. Le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA est reconnaissant aux parties prenantes du Gouvernement, des autres agences des Nations Unies et de la société civile pour avoir partagé leurs précieuses idées et perspectives pour informer l'évaluation.

L'évaluation souligne que la valeur ajoutée du Programme commun réside dans son aspect catalytique, au travers de l'appui stratégique et technique et que l'ONUSIDA joue un rôle clé dans la mobilisation de l'équipe conjointe. Cependant, des lacunes persistent dans la définition des contours du Programme commun. Le Programme commun a contribué à intégrer les réseaux de la société civile dans la réponse au VIH. Cependant, un soutien accru est nécessaire pour les aspects de pérennisation, structuration et engagement significatif des membres de ces organisations. On espère que l'évaluation aidera le Programme commun à apporter un soutien optimal à la riposte au VIH, en vue de son élimination d'ici à 2030.

Résumé exécutif

Introduction

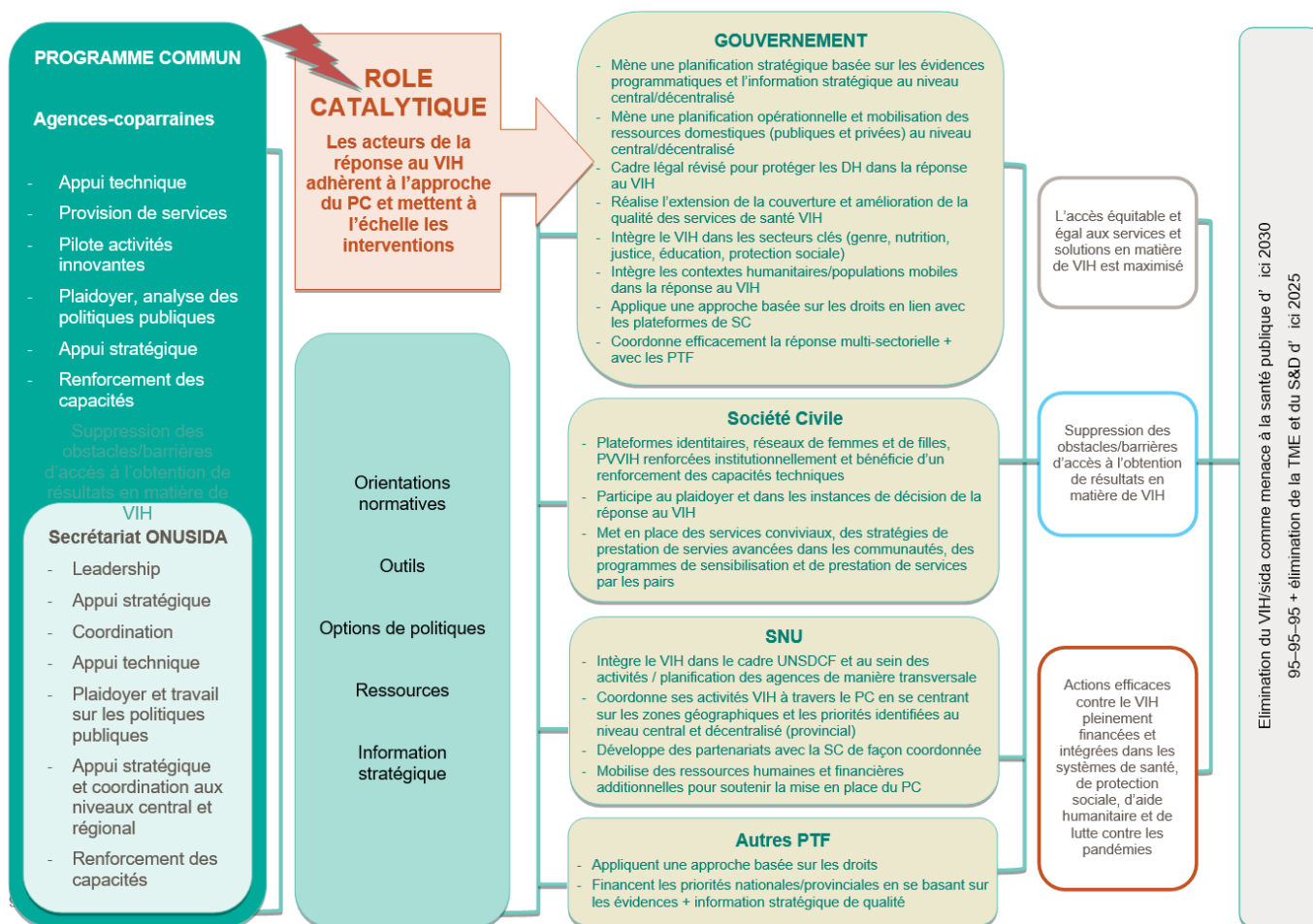
L'épidémie de VIH en République Démocratique du Congo (RDC) évolue vers une situation d'épidémie concentrée, avec une prévalence du VIH autour de 0,7% parmi les adultes de plus de 15 ans en 2020. Il existe d'importantes disparités d'âge et de sexe, ainsi que géographiques dans la situation du VIH. La RDC n'a pas atteint les cibles de traitement 90–90–90 prévues pour 2020 et qui permettent de se placer sur la voie de mettre fin au VIH/sida comme menace de santé publique d'ici à 2030. Le pays a toutefois réalisé des progrès rapides sur ces cibles, passant de 58% à 76% sur la cible du premier 90, et de 57% à 74% sur la cible du deuxième 90 entre 2016 et 2020. De plus en 2020, 41% des personnes sous traitement avaient testé leur charge virale (dont 87% avaient atteint la suppression de la charge virale). Des défis persistent dans la réponse au VIH. En 2020, seulement 48% des femmes enceintes vivant avec le VIH et sous anti-rétroviraux (ARV) avaient suivi le programme de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), et 34% des enfants nés de mères séropositives avaient commencé un traitement ARV. L'enjeu majeur de la réponse au VIH en RDC est donc d'accélérer le progrès vers les objectifs de 2025 au niveau de la couverture des services.

Le Programme commun en RDC se centre plus particulièrement sur les contextes où l'insécurité a provoqué la perturbation des services VIH et la couverture est faible : dans 19 zones de santé dans les provinces de Maniema, Kasaï, Kasaï Oriental et Kasaï Central qui sont touchées par des conflits armés, dans la Région Est autour de Goma et Bukavu, et au niveau central à Kinshasa. Le Programme vise à améliorer l'accès aux services VIH de dépistage et traitement pour au VIH et comprend une composante nutritionnelle. Il cible également la PTME et l'accès aux ARVs pédiatriques dans les zones touchées par les conflits, ainsi que l'accès des jeunes aux informations et services de santé sexuelle et de la reproduction incluant le VIH.

Cadre de l'évaluation

En 2021, l'ONUSIDA a élaboré une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le VIH/sida pour 2021-2026, centrée sur la lutte contre les inégalités de santé comme stratégie pour accélérer les progrès vers l'éradication du VIH/sida comme menace pour la santé publique d'ici à 2030. Dans ce contexte, l'évaluation du Programme commun de la RDC, inclus dans le plan d'évaluation approuvé par le Conseil d'Administration de l'ONUSIDA, vise à éclairer la mise en œuvre des programmes et activités en cours, mais aussi la conception des programmes et activités futurs dans le nouveau Cadre Unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (UBRAF).

L'évaluation porte sur la période 2018-2021. L'approche de l'évaluation est basée sur les contextes régionaux, pour construire une vue d'ensemble des réalisations et enjeux du Programme commun en RDC, tout en incluant les actions menées aux niveaux national, régional de l'Afrique Central et de l'Ouest, et global. La collecte des données et l'analyse au niveau décentralisé ont été appuyées par quatre consultants nationaux basés dans les régions, et coordonnées par une consultante internationale responsable de l'évaluation. Une théorie du changement a été développée avec les parties prenantes au cours de l'évaluation, qui reflète le lien entre les axes stratégiques du Programme commun en RDC et les cibles de la nouvelle stratégie globale (2021-2026).



Revue Documentaire	Entretiens Individuels	Groupes Focaux	Ateliers régionaux
+60 documents	79 entretiens individuels parmi lesquels 36% avec les agences des Nations Unies, 32% avec des représentants du Gouvernement, et 32% avec des membres de la Société Civile	15 groupes focaux dans 4 régions 51 participants	4 ateliers régionaux 110 participants en présentiel dans 4 Provinces 20 Provinces connectées en ligne

Résultats

EQ1 Quelle a été la pertinence du Programme commun en RDC ?

- Le Programme commun représente un volume financier relativement modeste dans la réponse au VIH en RDC, même si certaines agences coparraines participent à la mise à l'échelle des services VIH. Sa contribution est essentiellement stratégique, catalytique et technique.
- Le rôle stratégique du Programme commun est particulièrement visible dans les actions de plaidoyer et de lobbying sur les questions de genre et droits humains dans la réponse au VIH/sida. Cependant, l'approche du Programme commun sur la thématique du genre et des droits humains reste surtout limitée à certains groupes prédéfinis (les 'populations clés', les jeunes, les PVVIH, les femmes, les personnes déplacées et réfugiées) et laisse de côté d'autres enjeux liés à l'équité comme l'analyse des barrières d'accès aux services VIH, qui varient d'un contexte local à l'autre.

- La valeur ajoutée du Programme commun en RDC repose également sur l'appui institutionnel et la qualité de l'appui technique, qui en font un partenaire privilégié des acteurs étatiques de la réponse. Le Programme commun a démontré une forte pertinence par rapport aux priorités programmatiques de la réponse nationale au VIH.
- Il existe une opportunité manquée pour le Programme commun de contribuer sur la question prioritaire du financement de la réponse nationale. Les aspects de mise à l'échelle et de financement de la réponse nationale sont un enjeu stratégique pour le VIH en RDC. Or cet aspect a jusqu'à présent été peu traité par le Programme commun.
- Au niveau du ciblage géographique, on observe un manque d'alignement des actions du Programme commun avec les provinces les plus touchées par l'épidémie.

EQ2 Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?

- Le Programme a pu mettre en place les activités prévues sur la période 2018-2020, même si des retards ont été enregistrés depuis 2020 à cause de la COVID-19. Tous les indicateurs sont rapportés 'on track' pour la période 2018-2020, avec en particulier des progrès réguliers sur les cibles 90 du dépistage et du traitement qui démontrent l'efficacité de la stratégie de 'tester et traiter tous' en RDC. Le Programme a également contribué à étendre l'accès à la PTME dans la région du Grand Kasai.
- Les défis du Programme commun incluent les ruptures de stock liées à des faiblesses dans la chaîne d'approvisionnement des kits de test, les ARVs pédiatriques et les intrants pour mesurer la charge virale, le dépistage et le traitement des enfants PVVIH de 0 à 14 ans, l'accès à la charge virale.
- Le Programme a su développer des approches innovantes et des initiatives à fort impact sur lesquelles il convient de capitaliser. On peut souligner l'appui à l'information stratégique, les services holistiques pour les survivantes de la violence basée sur le genre et les points de distribution communautaire des ARVs (PODI) pilotés à Kinshasa.
- Le Programme commun a démontré une grande capacité d'adaptation pour rester pertinent dans le contexte de l'épidémie et réduire l'impact de la COVID-19 sur les objectifs du VIH, en jouant un rôle stratégique dans la prise en compte de la COVID-19 dans la réponse nationale au VIH et auprès des autres partenaires techniques et financiers.

EQ3 Dans quelle mesure l'approche du Programme commun a-t-elle été adaptée pour réaliser ses objectifs ?

Efficience et efficacité de l'utilisation des ressources

- Une difficulté dans l'évaluation de l'efficience de l'utilisation des ressources du Programme commun est la définition de l'ampleur et des contours du Programme commun en RDC. Le cadre budgétaire et de planification du Programme commun ne semble pas capturer de façon compréhensive la contribution des agences à la réponse au VIH.
- En ce qui concerne l'utilisation des ressources indiquées dans le budget UBRAF, des efforts ont été accomplis pour maximiser l'efficience dans leur utilisation, dans un contexte de budget très modeste dédié au VIH.
- Du fait des ressources limitées du Programme commun, certaines interventions sont ponctuelles et ne semblent pas s'inscrire dans une stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle. Il existe également des duplications ou des opportunités manquées de mettre en commun des initiatives, qui font craindre un manque de concertation entre les acteurs.

Coordination et effet catalytique des interventions

- Des opportunités existent de mieux intégrer les ressources dédiées au VIH au sein des programmes des agences coparraines. Le lien entre le Programme commun et le cadre de l'UNSDCF gagnerait à être clarifié et communiqué aux chefs d'agences afin de mieux mobiliser les ressources des agences des NU sur le VIH.
- Le mécanisme des fonds catalytiques a permis de développer des collaborations et des synergies au sein de l'équipe conjointe sur les activités VIH. Les fonds UBRAF ont également permis de mobiliser des ressources complémentaires chez certaines des agences coparraines pour soutenir les objectifs du Programme commun. Cet effet catalytique reste toutefois limité par la capacité des membres de l'équipe conjointe à influencer l'allocation des ressources dans leurs agences respectives.

- La coordination des interventions par le Secrétariat de l'ONUSIDA au niveau central a largement contribué à la cohésion du Programme commun. Le leadership au niveau central est aussi particulièrement présent sur les questions de développement des partenariats et d'appui stratégique à la coordination multi-sectorielle, ainsi que sur la traduction d'initiatives globales dans le contexte congolais.
- Dans le contexte de la RDC où la planification décentralisée est nécessaire, les représentations régionales du secrétariat de l'ONUSIDA ne disposent pas des ressources humaines et logistiques nécessaires pour remplir la fonction de coordination de la réponse au VIH pour l'ensemble des provinces qu'elles coordonnent.

Engagement et partenariats avec les organisations de la société civile

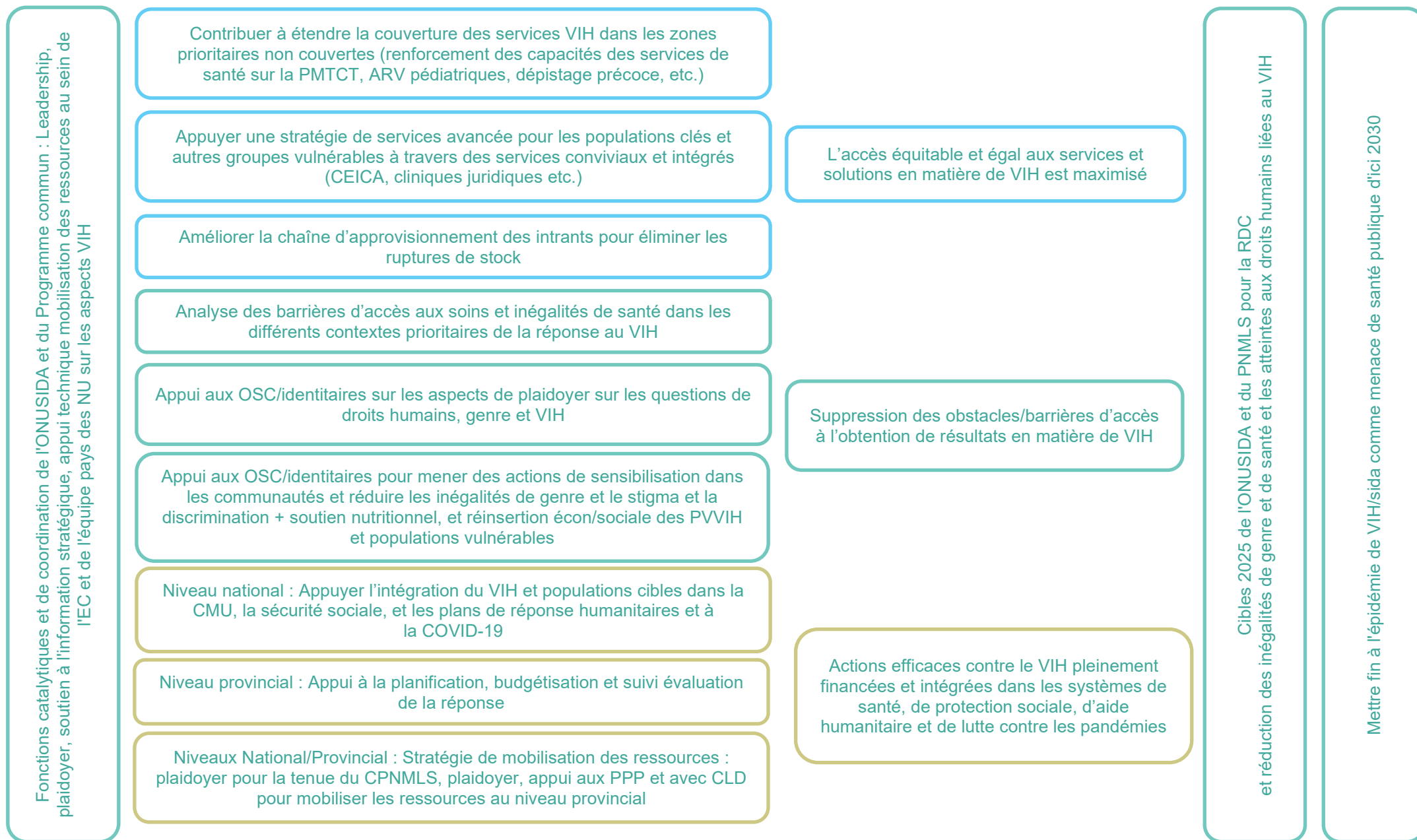
- Le Programme commun a contribué à promouvoir la participation des réseaux de PVVIH et de populations clés dans la réponse au VIH auprès du gouvernement et des autres partenaires techniques et financiers.
- Il existe des défis importants dans l'approche de partenariat des agences coparraines sur les aspects VIH, en particulier au niveau de la continuité des partenariats, l'alignement entre les agences des NU, et du processus de sélection des partenaires. D'autre part, même si la thématique des populations clés a été impulsée par le Programme commun, les réseaux de populations clés ne sont pas encore pleinement associés dans les questions qui les touchent.
- Les participants aux groupes focaux de cette évaluation ont relevé que les fonds n'arrivent pas jusqu'aux bénéficiaires, mais restent bloqués au niveau des sièges des agences et de la capitale, avec en particulier un manque de transparence et de soutien aux activités menées par les pairs éducateurs dans les communautés.

EQ4 Quels sont les facteurs principaux qui ont influencé la réalisation des objectifs du Programme commun et comment ont-ils été pris en compte ?

- La COVID-19 a été le facteur contextuel prépondérant durant la réalisation du Plan Conjoint 2020-2021. Le contexte opérationnel de la COVID-19 a bouleversé les pratiques des agences, et a engendré de nouvelles pratiques qui pourraient être adaptées sur le long terme.
- La stagnation des financements disponibles pour le VIH/sida en RDC constitue un défi majeur à la mise à disposition des services VIH à travers le pays. La RDC reste largement dépendante des bailleurs de fonds historiques pour la réponse institutionnelle au VIH. Le Programme commun peut jouer un rôle clé dans la recherche de nouveaux partenariats et dans la mobilisation des ressources publiques et privées aux niveaux national et décentralisé.
- L'équipe conjointe et le Secrétariat sont bien positionnés pour accroître la prise en compte des contextes humanitaires dans la réponse nationale au VIH, ainsi que l'intégration des aspects VIH dans les différents clusters humanitaires.
- Le contexte de la RDC est marqué par l'importance du niveau décentralisés. Les provinces présentent des défis contextuels variés, mais aussi des opportunités pour améliorer la planification de la réponse au VIH localement et pour mobiliser de ressources publiques et privées, notamment auprès des industries minières.

Les participants aux ateliers régionaux ont développé des propositions pour prendre en compte et répondre aux facteurs décrits ci-dessus. La figure ci-dessous reprend les axes de consensus qui se sont dégagés au travers des différents ateliers.

Figure : Priorités identifiées sur la base de la théorie du changement (pour 2022-2023)



Conclusions

C1. La valeur ajoutée spécifique du Programme commun réside dans son aspect catalytique, au travers de l'appui stratégique et technique à la réponse multisectorielle au VIH. Toutefois son impact est limité par l'insuffisance des ressources dédiées à la couverture des services VIH à travers le pays, qui pose un risque pour la pérennisation des acquis du programme.

Malgré des ressources relativement limitées comparé aux partenaires techniques et financiers comme le Fonds Mondial et PEPFAR, le Programme commun joue un rôle de premier plan dans la réponse au VIH en RDC. Sa valeur ajoutée réside dans l'appui stratégique et technique apporté aux acteurs de la réponse nationale, sa capacité d'influence sur les questions de genre et droits humains, et son aspect multi-sectoriel qui lui permet d'intégrer le VIH dans les secteurs de l'éducation, de la justice, du genre ou de l'agriculture. Certaines agences coparraines sont particulièrement bien positionnées pour intégrer le VIH dans la réponse humanitaire et l'approche nexus.

Toutefois, les activités du Programme commun ne sont pas toujours alignées sur ces aires de valeur ajoutée. Certaines activités programmatiques ne s'inscrivent pas dans une stratégie de mise à l'échelle et de pérennisation à travers des partenariats stratégiques. Dans un contexte de baisse des ressources dédiées au VIH tant au sein des agences des Nations Unies que parmi les autres partenaires techniques et financiers, les efforts du Programme commun gagneraient à se recentrer sur sa valeur ajoutée pour soutenir l'intégration du VIH dans les autres secteurs et mobiliser de nouvelles sources de financement, en particulier au niveau provincial, pour appuyer la mise à l'échelle de la réponse au VIH.

C2. L'ONUSIDA joue un rôle clé dans la mobilisation de l'équipe conjointe à travers son leadership et les appuis stratégiques et techniques au niveau central, et à travers le mécanisme de l'enveloppe pays au niveau décentralisé. Cependant, des lacunes persistent dans la définition des contours du Programme commun pour lequel un cadre de planification et budgétisation commun ne sont pas clairement articulés.

L'enveloppe pays a permis de définir des collaborations concrètes entre les agences et de mobiliser des fonds complémentaires dans certaines des agences coparraines. Cette approche ciblée géographiquement a permis de démontrer les bénéfices d'une meilleure convergence des activités VIH des agences coparraines et de rendre visible l'impact du Programme. En dehors des activités menées dans les zones visées par l'enveloppe pays et des activités d'appui stratégique et technique au niveau central, l'apport du Programme commun pour coordonner et mobiliser les agences coparraines sur la thématique du VIH apparaît ténu dans les provinces, et on assiste à un saupoudrage des activités sans lien direct avec les zones prioritaires de la réponse au VIH.

Le leadership du Programme commun gagnerait à être étendu à l'ensemble des activités VIH des agences indépendamment de leur source de financement. Dans un pays aussi vaste et enclavé que la RDC, la planification, coordination et mobilisation des ressources au niveau provincial est clé. Il existe des attentes par rapport au rôle des représentations régionales du Secrétariat de l'ONUSIDA pour mieux coordonner les agences et appuyer la réponse au VIH à ce niveau ; cependant ses ressources sont trop limitées au niveau décentralisé pour assurer pleinement cette fonction.

C3. Le Programme commun a contribué à intégrer les réseaux de la société civile en tant qu'acteurs de la promotion des droits humains et de l'égalité de genre dans la réponse au VIH. Cependant, son appui reste insuffisant en ce qui concerne les aspects de pérennisation et structuration des organisations de populations clés et l'exigence de redevabilité et d'engagement significatif des membres des réseaux.

L'engagement du Programme commun avec la société civile est principalement de deux ordres : le Programme commun sous l'égide du Secrétariat de l'ONUSIDA a travaillé à promouvoir la capacité de plaidoyer et la participation des réseaux de PVVIH et de populations clés dans les instances de décision de la réponse nationale au VIH ; et certaines des agences coparraines ont engagé les organisations à base communautaire dans des programmes de sensibilisation et de services avancés à travers les pairs éducateurs.

Cet engagement reste peu harmonisé et significatif en ce qui concerne : la structuration des plateformes de populations clés et le renforcement institutionnel des réseaux de pairs (femmes et filles, PVVIH, populations clés et autres groupes marginalisés engagés dans la réponse au VIH) ; et la promotion de la représentativité et de la transparence à travers des mécanismes de redevabilité aux membres de communautés.

Recommandations

R1. Renforcer la valeur ajoutée du Programme commun en appuyant la mise à l'échelle et la pérennisation des actions catalytiques à travers la mobilisation des ressources pour la réponse nationale au VIH.

- Appuyer la mobilisation des ressources domestiques au niveau central, en particulier en conduisant un plaidoyer au plus haut niveau au travers la redynamisation des réunions du CNMLS et des CPMLS
- Recentrer l'Enveloppe Pays sur des actions stratégiques au niveau des provinces, en particulier l'appui à la planification du VIH et aux stratégies de mobilisation des ressources incluant les financements au niveau des provinces et des communes, les partenariats publics-privés, les plans des comités locaux de développement et la responsabilité sociale des entreprises minières.
- Appuyer l'analyse des barrières d'accès aux soins VIH et des inégalités liées au VIH et soutenir l'intégration des PVVIH et personnes vulnérables, incluant les populations clés, dans les systèmes de Couverture Maladie Universelle et de protection sociale ainsi que dans la réponse humanitaire. Continuer également le plaidoyer pour que les personnes affectées par les crises humanitaires soient prises en compte dans la réponse au VIH.

R2. Renforcer la coordination du Programme commun en s'assurant que le Plan Conjoint est compréhensif et décliné au niveau provincial, avec un cadre de résultats commun basé sur les aires prioritaires de la réponse au VIH

- Préciser le cadre du Plan Conjoint et son articulation avec l'UNSDCF. Etablir un plan et un budget consolidé rendant compte de l'ensemble des activités VIH des agences des Nations Unies en RDC.
- Baser le cadre de résultats du Plan Conjoint sur une théorie du changement du Programme commun en RDC, alignée sur le nouveau cadre UBRAF 2021-2016, et qui rende explicite la valeur ajoutée du Programme commun dans la réponse en RDC ainsi que son mécanisme de fonctionnement. Une théorie du changement a été proposée par l'évaluation, qu'il convient de valider avec l'équipe conjointe, afin de pouvoir l'utiliser comme base au développement du cadre de résultat/suivi et évaluation du Programme commun. D'autre part, une proposition d'un cadre de résultats schématique synthétise les propositions émergentes des ateliers régionaux.
- Planifier les activités du Programme commun sur la base des priorités régionales, en s'assurant que les priorités nationales soient déclinées dans les contextes locaux. Pour cela, développer des plans régionaux qui reflètent dans le plan conjoint consolidé tout en le contextualisant. Les ateliers régionaux ont permis de développer des propositions pour ces plans régionaux, articulées autour des trois résultats stratégiques du cadre UBRAF 2021-2026 et repris dans le cadre de résultats synthétique.
- Mobiliser les chefs d'agence pour assurer l'intégration du programme VIH au sein de l'équipe pays des NU et formaliser les Points Focaux VIH tant au niveau central qu'au niveau des provinces. Améliorer la communication sur le Plan Conjoint et ses déclinaisons au niveau des provinces, au sein de l'équipe conjointe et auprès des partenaires.
- Renforcer les ressources humaines et l'appui opérationnel aux représentations régionales du Secrétariat de l'ONUSIDA afin qu'elles puissent remplir leur rôle de coordination et d'appui technique dans les régions. Utiliser différentes stratégies pour étendre l'appui du Secrétariat dans les régions (ateliers virtuels, cascade à travers la facilitation d'échanges entre les provinces).

R3. Renforcer l'engagement significatif des PVVIH et des populations vulnérables, incluant les populations clés, et l'impact communautaire à travers une stratégie de partenariat commune avec les réseaux issus de la société civile

- Développer un cadre commun de partenariat avec les réseaux engagés dans la lutte contre le VIH, qui clarifie les objectifs de développement institutionnel et des capacités des partenaires de la société civile, en particulier les réseaux de populations clés.
- Intégrer au cadre de résultats du Programme commun une cible/indicateur basé sur un mécanisme de redevabilité aux membres des réseaux afin de suivre leur participation dans la planification et le suivi des actions, et leur satisfaction sur le partage d'information et les programmes qui les concernent.
- Renforcer les services à base communautaire à travers les pairs éducateurs et les services conviviaux, les services holistiques incluant les activités génératrices de revenu (AGR), l'accompagnement juridique, la sensibilisation sur les inégalités de genre et le stigma et la discrimination. En tirant les leçons de

l'expérience de la réponse durant le COVID-19, appuyer la capacité de prestation de services des réseaux de la société civile au niveau des communautés à travers des programmes dédiés et un plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers pour intégrer les stratégies de services avancées dans la couverture de services VIH.

- Intégrer les approches transformatrices des normes de genre dans les programmes VIH, afin de contribuer à la réduction des inégalités de genre comme facteur majeur de vulnérabilité au VIH. Reprendre les recommandations émises par l'évaluation sur la violence faite aux femmes et aux filles, qui inclut un cas d'étude et des suggestions spécifiques pour le Programme en RDC¹.

¹ Joint evaluation of the UN Joint Programme on AIDS on preventing and responding to violence against women and girls, UNAIDS, 2021, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_joint-evaluation-preventing-responding-violence-women-girls-report_en.pdf

Acronymes

AGR	Activité Génératrice de Revenus
ARV	Anti rétroviral
BUF	Business Unusual Funds
CLD	Comité Local de Développement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNMLS	Conseil National Multisectoriel de la lutte contre le sida
CPMLS	Conseil Provincial Multisectoriel de la lutte contre le sida
EC	Equipe Conjointe
EDS	Enquête Démographique de Santé
EQ	Question d'évaluation
eTME	Élimination de la transmission mère-enfant
FAO	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
GAM	Global AIDS Monitoring
GII	Gender Inequality Index
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HSB	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
ICW	International Community of Women living with HIV & aids
IOM	Agence des migrations des Nations Unies
LGBT+	Lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transsexuelles
MONUSCO	United Nations Organization Stabilization Mission in the DR Congo
NU	Nations Unies
OCHA	Bureau de coordination des affaires humanitaires
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU FEMMES	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
OSC	Organisation de la société civile
PAM	Programme alimentaire mondial
PEC	Prise en Charge
PPE	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	Programme National de Lutte contre le sida

PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida
PNS	Plan national contre le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PODI	Points de distribution communautaire
PPE	Personal Protective Equipment
PS	Professionnelles du sexe
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RACOU	Réseau des Associations Congolaises des Jeunes
RDC	République Démocratique du Congo
REDES	(Estimation des flux) de Ressources et Dépenses de lutte contre le sida
RENADEF	Réseau National des ONG pour le Développement de la Femme
SNU	Système des Nations Unies
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TdC	Théorie du Changement
UBRAF	Cadre unifié du budget, de résultats et de redevabilité
UCOPLUS	Union Congolaise les organisations de PVVIH
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UNEG	Evaluation des Nations Unies
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
UNSDCF	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework
VFF	Violence Faites aux Femmes
ZS	Zones de Santé

Introduction

Cadre stratégique des Nations Unies sur le VIH/sida

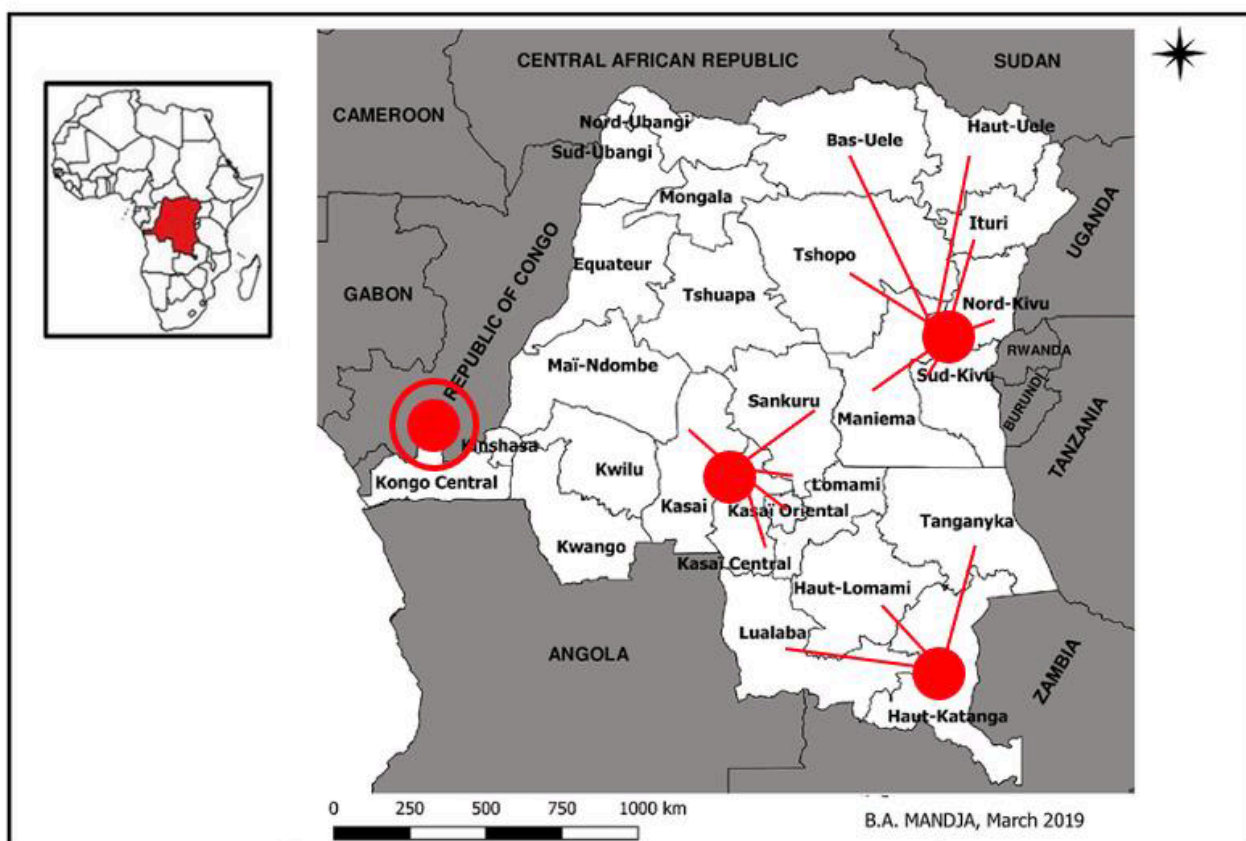
En 2021, l'ONUSIDA a élaboré une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le VIH/sida pour 2021-2026², centrée sur la lutte contre les inégalités de santé comme stratégie pour accélérer les progrès vers l'éradication du VIH/sida comme menace pour la santé publique d'ici à 2030. De ce fait, la nouvelle stratégie ancre la riposte au VIH/sida dans l'Agenda 2030 et les Objectifs de Développement Durable (ODD), en mettant en lumière l'interdépendance entre le VIH, les ODD et l'objectif de « ne laisser personne derrière ». Un nouveau Cadre Unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (UBRAF) – le plan opérationnel du Programme commun - couvrant la période 2022-2026 est également en cours de finalisation (Novembre 2020), et guidera au niveau de la RDC le nouveau Plan Conjoint biennal couvrant la période 2022-2023.

Le Programme commun (PC) en RDC

Le bureau pays de l'ONUSIDA en République Démocratique du Congo (RDC) coordonne le fonctionnement de l'Équipe Conjointe des Nations Unies sur le sida, composée de représentants des coparrainants à différents niveaux et couvrant le portefeuille VIH/sida dans leurs agences. Les agences coparraines en RDC sont l'UNFPA, le HCR, la FAO, l'OMS, l'ONU FEMMES, le PAM, le PNUD, l'UNESCO et l'UNICEF. Le bureau de l'ONUSIDA dispose de représentations régionales dans les régions Est à Goma, Sud à Lubumbashi et Centre à Mbuji Mayi, en plus du siège situé à Kinshasa (Figure 1).

Fig. 1 : les bureaux de l'ONUSIDA en RDC

UNAIDS Human Resource Locations



² <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>

Le rôle et la contribution du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA sont consignés dans le Plan Conjoint du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, qui traduit l'UBRAF au niveau national. En RDC, le Plan Conjoint³ est biennuel et dans les dernières années couvre les périodes 2018-2019 et 2020-2021. L'enveloppe pays pour les coparrainants s'élevait à 300 000 US\$ pour 2021. A celle-ci s'ajoutent les fonds additionnels (*non-core funds*) des agences coparrainantes, les allocations UBRAF du siège (*cosponsor core HQ funds*), et les fonds '*Business Unusual Funds*' (BUF) – plus les allocations au Bureau Pays de l'ONUSIDA – pour financer l'intégralité du Plan Conjoint.

Le Programme commun en RDC couvre toutes les activités liées au VIH/sida du Bureau Pays de l'ONUSIDA et des agences coparrainantes, et se centre plus particulièrement sur les contextes où l'insécurité a provoqué la perturbation des services VIH et la couverture est faible : dans 19 zones de santé dans les provinces de Maniema, Kasai, Kasai Oriental et Kasai Central qui sont touchées par des conflits armés, dans la Région Est autour de Goma et Bukavu, et au niveau central à Kinshasa (voir Annexe 4 : Cartographie des interventions). Les groupes cibles mentionnés pour le Programme sont des personnes déplacées à l'intérieur du pays, des réfugiés, des femmes, des adolescents et des jeunes femmes et des hommes, des survivantes de violence faite aux femmes (VFF), professionnelles du sexe (PS), LGBT+ et personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le Programme vise à améliorer l'accès aux services VIH de dépistage et traitement pour au VIH et comprend une composante nutritionnelle. Il cible également la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et l'accès aux anti-rétroviraux (ARVs) pédiatriques dans les zones touchées par les conflits, ainsi que l'accès des jeunes aux informations et services de santé sexuelle et de la reproduction incluant le VIH. Les axes stratégiques prioritaires du Programme commun entre 2018 et 2021 sont présentés dans la Table 1.

Table 1 : Les axes prioritaires du Plan Conjoint (2018-2019 et 2020-2021) en RDC

Plan Conjoint ONUSIDA (2018-2019)	Plan Conjoint ONUSIDA (2020-2021)
1. Domaine prioritaire 1 : <i>80 % de couverture du traitement du VIH (ligne de base de 38 %)</i>	1. Accélérer la réponse au VIH et assurer le soutien nutritionnel aux PVVIH des zones couvertes <i>Atteindre 90–90–90 et 51,9% de PVVIH malnutries à l'initiation du traitement ARV et ne sont pas accompagnées pour ces besoins nutritionnels spécifiques</i>
2. Domaine prioritaire 2 : <i>90 % de la couverture du dépistage du VIH (ligne de base de 46 %)</i>	2. Contribuer à l'amélioration de l'offre, l'utilisation et la qualité des services PTME, de prise en charge pédiatrique et l'intégration de la nutrition/PTME <i>19 zones de santé (ZS) des provinces du Maniema, Kasai, Kasai Oriental et du Kasai central offrent un paquet complet PTME et de prise en charge pédiatrique</i>
3. Domaine prioritaire 3 : <i>Couverture PTME de 90 % (ligne de base de 74 %)</i>	3. Promotion de la continuité du traitement des PVVIH ainsi que la prévention dans le contexte humanitaire <i>70% des survivantes des violences sexuelles reçoivent une prise en charge holistique</i>
	4. Améliorer l'accès des jeunes et adolescents aux informations et services de santé sexuelle et reproductive y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida <i>Au moins 90% des jeunes et adolescents de 10-19 ans ont accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida dans les 19 ZS ciblées</i>

³ Voir les Plans Conjoints 2018-2019 et 2020-2021 (accédés depuis le JPMS)

Le contexte de la RDC

Le contexte opérationnel de la RDC est particulièrement complexe, notamment du fait de :

- L'étendue du pays : plus de 2 millions de Km², et environ 100 millions d'habitants. La RDC partage des frontières avec 9 pays. De nombreuses zones sont enclavées et les infrastructures de transport routier sont limitées.
- La situation de précarité de la population. La croissance économique est essentiellement portée par l'industrie minière. La population n'a pas bénéficié de la manne des industries extractives, et une grande partie reste dans la pauvreté (Index de Développement Humain 173e sur 189) et dans une situation d'insécurité alimentaire, avec 10% de la population en situation d'insécurité alimentaire aiguë⁴. Il existe d'importants flux de population le long des grands axes routiers qui traversent le pays du Nord au Sud.
- L'insécurité persistante dans la région de l'Est malgré la fin officielle de la guerre en 2003 et des poches de conflit civil interne autour du contrôle des ressources minières et des tensions ethniques dans la région du Kasaï (depuis 2016) et la province de Mai-Ndombe (depuis 2018) respectivement. Selon le HCR, en 2019, il y avait 524 193 réfugiés et 5 014 253 déplacés internes en RDC.
- Les inégalités de genre très importantes, avec un indice d'inégalité de (GII) qui place le pays en 150e position sur 162⁵. La violence basée sur le genre est prévalente dans les zones de conflit, mais également dans le reste du pays. Selon les données publiées de 2018 par l'OMS⁶, 47% des femmes avaient connu la violence par un partenaire intime au cours de leur vie, et 36% au cours des 12 derniers mois.

Situation de l'épidémie VIH/sida en RDC

La prévalence du VIH en RDC se situe autour de 0,7% parmi les adultes de plus de 15 ans en 2020⁷. Il existe d'importantes disparités d'âge et de sexe, ainsi que d'importantes disparités géographiques dans la situation du VIH (voir Figure 2 et Table 2). L'épidémie de VIH est largement féminisée, avec environ 300 000 femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH en 2020, constituant la grande majorité du total estimé de 430 000 adultes. Malgré la baisse régulière de la prévalence et des décès liés au VIH/sida, certains indicateurs sont à la hausse. Par exemple le nombre estimé de décès liés au sida parmi les enfants de moins de 14 ans a augmenté de 5 900 à 7 200 et la couverture des services PTME a stagné dans la même période⁸.

Etat de la réponse au VIH/sida en RDC

La réponse multisectorielle est coordonnée par le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida (PNMLS), tandis que la réponse du secteur de la Santé est guidée par le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS). L'organe de pilotage de la réponse, présidé par le Président de la République, est le Conseil National Multisectoriel de la lutte contre le sida (CNMLS), dont les réunions de coordination ne sont pas régulières (la dernière remontant à 2014). Deux des principaux bailleurs de la réponse nationale sont PEPFAR et le Fonds Mondial, qui contribuent largement à l'achat des intrants (ARVs, kits de tests). L'UNFPA également joue un rôle majeur dans la fourniture des préservatifs et lubrifiants à travers le pays. Le Plan Stratégique National sur le VIH/sida (PNS) est financé à hauteur de 38%. Selon le PNS, la réponse est financée à 9% par des ressources internes, en dessous de la cible de 12% de l'ONUSIDA pour les pays à faible revenus.⁹

⁴ Données de 2016 de E-QUIBB, Institut National de Statistiques https://www.ins.cd/wp-content/uploads/2021/01/Principaux_indicateurs_EQUIBB_RDC_2016.pdf

⁵ http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/COD.pdf

⁶ Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women WHO, 2021 <https://who.canto.global/pdfviewer/viewer/viewer.html?share=share%2Calbum%2CKDE1H&column=document&id=tfgc8uqvuh0b1157tevomtch1j&suffix=pdf>

⁷ <https://aidsinfo.unaids.org/>

⁸ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_estimates_from_1990-to-present.xlsx

⁹ Global Strategy 2016-2021 (target 10)

La RDC n'a pas atteint les cibles de traitement 90–90–90¹⁰ prévues pour 2020 et qui permettent de se placer sur la voie de mettre fin au VIH/sida comme menace de santé publique d'ici à 2030. En 2020 76% des PVVIH connaissaient leur statut (par rapport à la cible du 'Premier 90'), parmi ceux-ci 74% suivaient un traitement ARV ('deuxième 90'), et parmi ceux-ci 41% avaient testé leur charge virale (dont 87% avaient atteint la suppression de la charge virale). Cela représente une progression rapide par rapport à la situation de 2018, avec 58% et 57% respectivement sur les cibles des premier et second 90, et pas de données rapportées pour le troisième 90. D'autre part, l'estimation Spectrum¹¹ pour 2020 est que 48% des femmes enceintes vivant avec le VIH et sous ARV avaient suivi le programme de PTME, et seulement 34% des enfants nés de mères séropositives avaient commencé un traitement ARV. L'enjeu majeur de la réponse au VIH en RDC est donc d'accélérer le progrès vers les objectifs de 2025 : 95% de progrès sur les mêmes cibles, auxquelles s'ajoutent 95% de couverture de la PTME, 95% des femmes accédant aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) et 95% des personnes à risque de contracter le VIH ayant accès à une combinaison de méthodes de prévention.

¹⁰ 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, parmi elles 90% ont accès aux soins ARV, et parmi ceux sous traitement ARV 90% atteignent la suppression de la charge virale

https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/90-90-90_en.pdf

¹¹ Spectrum est un logiciel de gestion des données dans lequel l'ONUSIDA et ses partenaires ont inclus le module AIDS Impact. Voir Quick Start Guide for Spectrum, UNAIDS, (2020)

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

Fig. 2 : Prévalence VIH estimée chez les femmes enceintes 2020 (capture d'écran du logiciel Naomi)

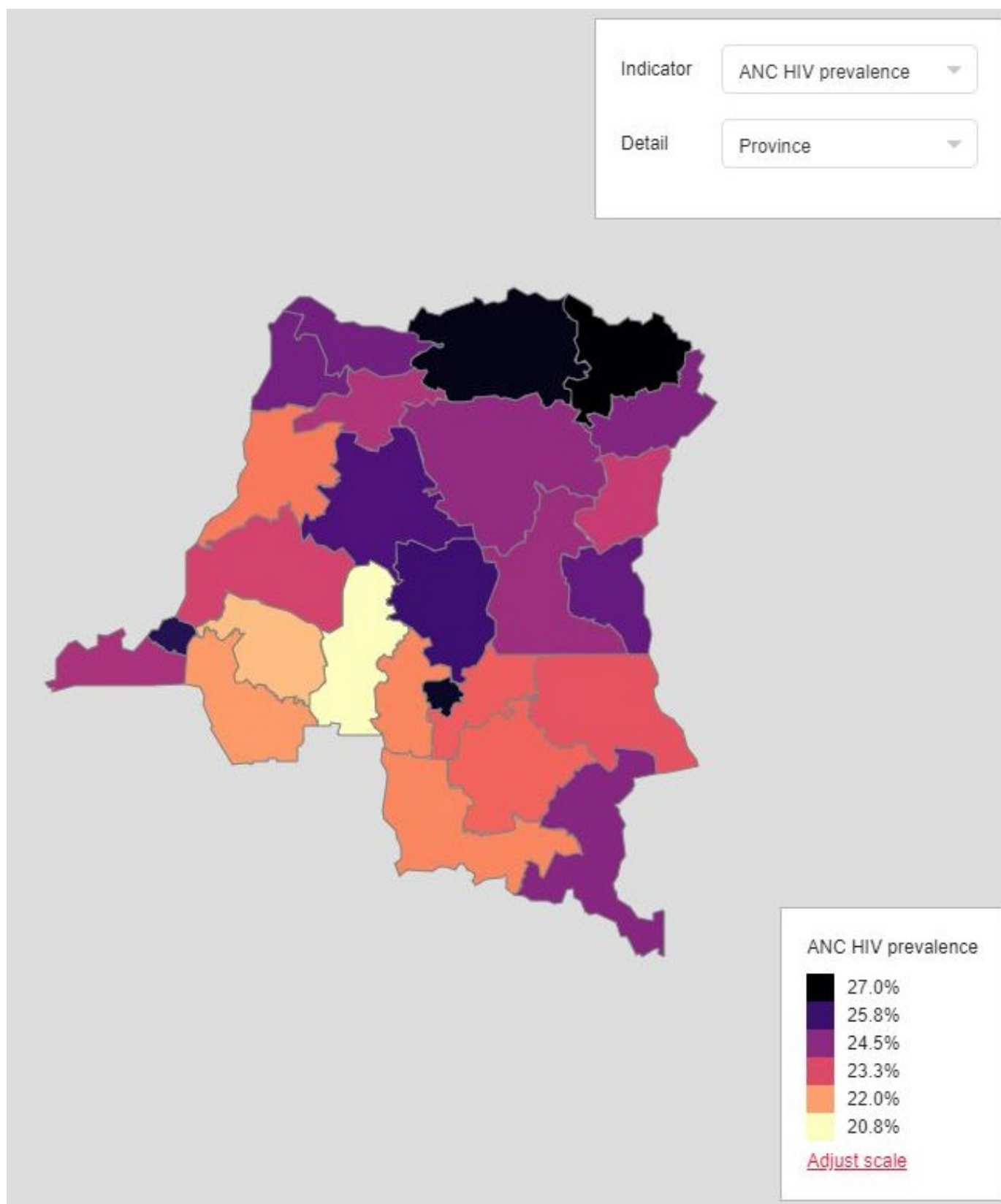


Table 2 : Données épidémiologiques (AIDSinfo¹²) sur l'épidémie de VIH en RDC 2018 et 2020

	Prévalence adultes (15-49) (%)	Prévalence jeunes femmes (15-24) (%)	Prévalence jeunes hommes (15-24) (%)	Estimation nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH	Estimation nombre enfants vivant avec le VIH (0-14)	Nombre décès liés au sida parmi les adultes et enfants	Nombre décès liés au sida parmi les enfants (0-14)	Femmes enceintes nécessitant traitement PTME	Incidence tous âges confondus (pour 1000 personnes non-infectées)	Enfants nouvellement infectés
2018	0,8	0,5	0,2	500 000	76 000	20 000	5900	33 000	0,32	9800
2020	0,7	0,4	0,2	510 000	71 000	17 000	7200	32 000	0,21	8800

Table 3 : Progrès par rapport aux cibles 90–90–90 (AIDSinfo) en RDC 2018 et 2020

	Parmi les personnes vivant avec le VIH, % qui connaît son statut				Parmi les personnes qui connaissent leur statut, % sous ARV				Parmi les personnes sous ARV, % avec charge virale supprimée			
	(Tous les âges)	(Enfants âgés 0–14)	Femmes âgées 15+)	(Hommes âgés 15+)	(Tous les âges)	(Enfants âgés 0–14)	Femmes âgées 15+)	(Hommes âgés 15+)	(Tous les âges)	(Enfants âgés 0–14)	Femmes âgées 15+)	(Hommes âgés 15+)
2018	51	21	53	65	>98	>98	>98	98
2020	75	31	74	>98	>98	>98	>98	>98

¹² http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_estimates_from_1990-to-present.xlsx

But et portée de l'évaluation

But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation du Programme commun de la RDC fait partie du plan d'évaluation approuvé par le Conseil d'administration de l'ONUSIDA. Elle est conçue pour appuyer l'apprentissage organisationnel ainsi qu'à des fins de responsabilisation. Elle vise à éclairer a) la mise en œuvre des programmes et activités en cours, mais aussi b) la conception des programmes et activités futurs.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation du Programme commun de la RDC sont de :

- Documenter et analyser les réalisations, les défis et les enseignements tirés par le Programme commun pour aider le pays à mettre fin au VIH en tant que menace de santé publique d'ici à 2030 ; et
- Informer le développement du prochain Plan Conjoint, en servant de base à un exercice pratique de gestion axée sur les résultats mené avec les organisations coparraines ainsi que les partenaires du Gouvernement et de la Société Civile aux niveaux nationaux et régionaux.

Portée de l'évaluation

L'évaluation porte sur la période 2018-2021, et se concentre sur les apports du Programme commun à la réalisation des priorités définies dans le Plan Stratégique National, ainsi que sa contribution à la réalisation des cibles globales définies dans la Stratégie Fast-Track et le cadre UBRAF (2016-2021). D'autre part, l'évaluation examine la pertinence de l'approche du Programme commun dans le cadre de la nouvelle stratégie mondiale de l'ONUSIDA (2021-2026).

Questions d'évaluation

Les termes de références indiquent les questions d'évaluation centrales. En se basant sur les entretiens réalisés durant la phase de démarrage ainsi que sur la théorie du changement préliminaire développée par l'évaluation, les questions suivantes ont été développées :

- EQ1 Quelle a été la pertinence du Programme commun ?
- EQ2 Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?
- EQ3 Dans quelle mesure l'approche du Programme commun a-t-elle été adaptée pour réaliser les objectifs ?
- EQ4 Quels sont les facteurs principaux qui ont influencé la réalisation des objectifs du Programme commun et comment ont-ils été pris en compte ?

Méthodes

Principes de l'évaluation

L'évaluation prend en compte les normes et standards d'évaluation du Groupe d'Évaluation des Nations Unies (UNEG)¹³, et les standards de bonnes pratiques sur l'intégration des questions de droits humains et de genre dans les évaluations¹⁴. L'évaluation respecte tous les principes édictés par l'UNEG, en soulignant en particulier les suivants :

- La prise en compte des droits humains et du genre à travers :
 - La participation : l'évaluation adopte un processus itératif de discussion avec les parties prenantes durant les différentes phases de démarrage, collecte de données, élaboration des résultats préliminaires. Elle les engage dans l'élaboration et la validation des conclusions et recommandations.
 - L'inclusion : L'évaluation analyse les différents groupes de parties prenantes, et inclut à la fois les détenteurs d'obligation (système des Nations Unies (SNU), autres organisations internationales, gouvernement, ONGs) et les détenteurs de droits représentés par leurs réseaux ainsi que des membres des populations clés, les jeunes femmes et hommes, les femmes et des filles dans leur diversité et les personnes vivant avec le VIH. L'évaluation prend en compte l'intersectionnalité de différents facteurs de vulnérabilité entre eux ainsi qu'avec les facteurs d'âge et de genre.
 - L'analyse explicite des inégalités de genre et leur implication dans le processus d'évaluation comme dans l'analyse et les résultats de l'évaluation.
- L'éthique, l'impartialité et la transparence : la confidentialité et l'anonymat des répondants ont été assurés par l'équipe d'évaluation sous la supervision de la responsable d'équipe. L'évaluation a cherché à croiser différents points de vue pour arriver à des conclusions équilibrées, et cette section décrit les limitations méthodologiques dans la conduite de l'évaluation. La section des Résultats s'efforce de décrire la force de la preuve qui motive les conclusions de l'évaluation.
- La référence aux objectifs et principes reconnus internationalement et l'utilité :
 - L'évaluation priorise les thèmes clés qui reflètent les enjeux majeurs du Programme commun. Elle vise à offrir une vision compréhensive et claire du statut du Programme commun en RDC vis à vis du contexte local et des objectifs visés et se réfère aux cadres de résultats en vigueur dans le SNU et les ODD ainsi que dans les instances du Gouvernement aux niveaux national et provincial.
 - Elle engage les parties prenantes à différentes étapes afin de produire des recommandations réalisables et acceptables. L'évaluation inclut une phase de formation sur la gestion axée sur les résultats qui a débouché sur la co-construction de théorie(s) du changement et d'une première orientation sur le suivi des recommandations dans le cadre de la planification du prochain Plan Conjoint.
 - Le centrage régional : L'évaluation et la phase de suivi des recommandations dans le cadre de la planification du prochain Plan Conjoint sont centrés sur les contextes locaux et le niveau décentralisé.

Approche de l'évaluation

L'approche de l'évaluation est basée sur les contextes locaux au niveau décentralisé, pour construire une vue d'ensemble des réalisations et enjeux du Programme commun en RDC, tout en incluant les actions menées aux niveaux national, régional au niveau de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et global.

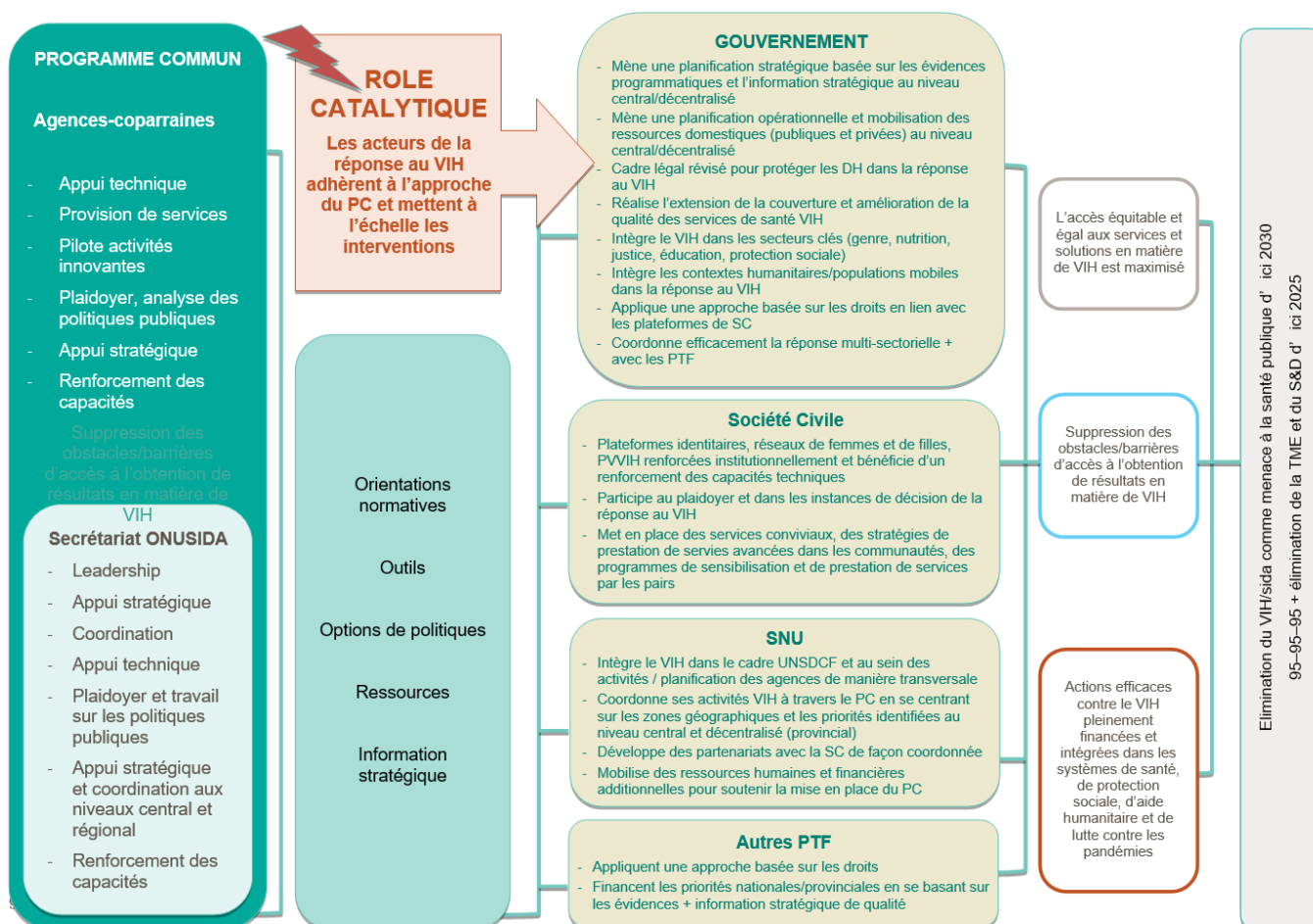
Le cadre de l'évaluation se base sur une analyse des différents cadres stratégiques qui guident le Programme commun : l'UBRAF (2016-2021), le PSN (2018-2022), et l'UNSDCF (2020-2024). L'évaluation est également basée sur une théorie du changement (TdC) qui reflète le lien entre les axes stratégiques du Programme commun en RDC et les cibles de la nouvelle stratégie globale (2021-2026).

¹³ UNEG Norms and Standards (2017) <http://www.unevaluation.org/document/download/2787>

¹⁴ Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation – Towards UNEG Guidance (2011) <http://www.uneval.org/document/download/1294>

Théorie du changement (TdC)

Fig. 3 : TdC de l'évaluation



Une TdC préliminaire a été développée dans le cadre de la phase de démarrage de l'évaluation, basée sur une revue documentaire initiale et des entretiens conduits durant cette première étape de l'évaluation et qui décrit la compréhension des mécanismes d'action du Programme commun entre 2018 et 2021. Celle-ci a été révisée pour refléter les priorités dégagées pour la période 2022-23 durant les ateliers régionaux (présentée en plus grand format en Annexe 7).

Cette TdC suit le modèle de la chaîne de résultats depuis les intrants, produits, résultats intermédiaires, résultats stratégiques, et impact. Selon ce modèle logique, *si* l'équipe conjointe mobilise ses ressources en termes d'appui technique et stratégique, renforcement de capacités, plaidoyer, et financements, sous la coordination et le leadership du Secrétariat de l'ONUSIDA, *alors* elle sera en mesure de mettre à disposition de la réponse nationale au VIH des orientations normatives et politiques, des outils techniques, des programmes et un appui à l'information stratégique. *Si* ces produits sont en place, *alors* le Programme commun pourra jouer un rôle catalytique, en influençant les capacités, attitudes et pratiques des acteurs de la réponse nationale : le Gouvernement, la Société Civile, le Système des Nations Unies et les autres partenaires techniques et financiers. Ces acteurs pourront *alors* assurer l'accès équitables aux services VIH, identifier et réduire les barrières d'accès aux services et les inégalités, et s'assurer que la réponse au VIH est financée de façon pérenne et bien intégrée dans les systèmes de santé, de protection sociale, la réponse aux pandémies et dans la réponse humanitaire. *Si* ces résultats stratégiques sont atteints, *alors* la RDC pourra atteindre les objectifs programmatiques du VIH de 2025 et éliminer le VIH comme menace à la santé publique d'ici à 2030.

Cette théorie du changement repose sur une *hypothèse* majeure, qui est que le contexte de la RDC permette au Programme commun de jouer ce rôle de levier ou catalyseur par rapport aux autres acteurs.

Méthodes et outils de collecte des données

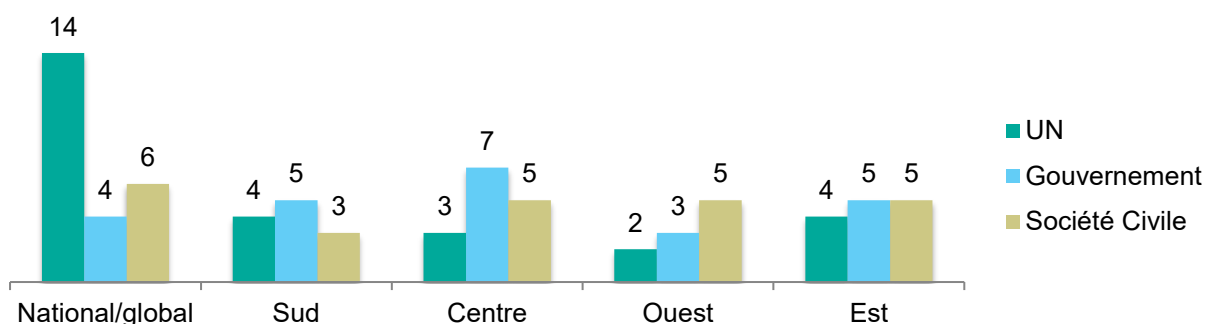
L'évaluation se base sur un mix de données secondaires et de données primaires collectées par l'équipe d'évaluation, triangulées pour produire les résultats de l'évaluation et organisées selon quatre questions.

Les méthodes de collecte des données consistent en :

- Une revue documentaire couvrant au niveau national les documents cadres ONUSIDA, les documents de projet des partenaires du Programme commun, les plans et rapports UBRAF, et les rapport de l'index sur le stigma et discrimination ainsi que les études partagées sur la violence basée sur le genre, et au niveau régional, provincial, et des zones de santé les données épidémiologiques et programmatiques du VIH telles que présentées dans Spectrum et le logiciel cartographie Naomi, ainsi que les données désagrégées de la dernière enquête DHS (Annexe 6).
- 79 entretiens individuels, parmi lesquels 36% avec les agences des Nations Unies, 32% avec des représentants du Gouvernement, et 32% avec des membres de la Société Civile. Il s'agit d'entretiens de 45 minutes à une heure, adressés aux différentes catégories de répondants identifiées dans l'analyse des parties prenantes (Annexe 2).

Table 4 et fig. 4 : Répartition des entretiens semi-structurés

Catégorie de répondant	Niveau national	Niveau régional
Agences des NU	14	15
Gouvernement	4	21
Société civile/réseaux	6	19



- 15 groupes focaux ont été conduits dans 4 régions, avec 51 participants.

Table 5 : Groupes focaux conduits dans chaque région

Sud	Centre	Ouest	Est
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chauffeurs ▪ HSH ▪ Professionnelles du sexe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artisans miniers ▪ Personnes vivant avec le VIH ▪ Jeunes et adolescents ▪ Professionnelles du sexe ▪ Personnes transsexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles ▪ HSH ▪ Professionnelles du sexe ▪ Utilisateurs de drogues injectables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisateurs de drogues injectables ▪ Professionnelles du sexe ▪ Lesbiennes, gays, bisexuelles et transsexuelles

Les groupes focaux ont été conduits avec les communautés ciblées décrites dans l'analyse des parties prenantes (Personnes vivant avec le VIH, jeunes femmes et hommes, personnes issues des populations clés, femmes et filles). Les groupes focaux ont été identifiés dans chaque région selon les populations cibles principales du Programme commun et organisés à travers les partenaires de la société civile travaillant avec les NU. Les groupes ont été formés par tranche d'âge et par sexe pour faciliter une discussion en confiance.

Les thèmes abordés ont inclus la pertinence, les réalisations et les enjeux des interventions des agences des NU sur le VIH, en s'efforçant de ne pas inciter les participants à partager leurs expériences personnelles hors de ce cadre (pour des raisons de confidentialité et d'éthique). Le transport des participants a été remboursé à hauteur de 10 dollars par personne. Les entretiens ont été retranscrits par les consultants nationaux.

Atelier de formation contextualisée sur la gestion axée sur les résultats

Une série de quatre ateliers de formation contextualisée sur la gestion axée sur les résultats (GAR) ont été conduits pour l'équipe conjointe (EC) ses partenaires suivant la production des résultats préliminaires de l'évaluation, étalés sur une période de deux semaines (27.09.21 au 08.10.21) dans les villes de Kinshasa, Goma, Kananga et Lubumbashi. Des participants dans les autres provinces de chaque région se sont joints aux ateliers en ligne. Ces ateliers ont été facilités par la consultante en charge de l'évaluation, et co-facilités dans chaque région par le consultant national.

Les objectifs de ces ateliers étaient de discuter et valider les recommandations préliminaires ; de fournir une formation sur la théorie du changement et son application dans la GAR ; et d'initier une application concrète de la théorie du changement dans chaque région pour appuyer la future planification du Programme commun pour le biennium 2022-2023.

Les participants aux ateliers ont été encouragés à compléter une formation en ligne de cinq heures sur la GAR développée par UNICEF¹⁵ en préparation aux sessions en présentiel. Le matériel de formation, des exercices et la restitution des exercices de groupes ont été partagé sur une plateforme Moodle développée pour les ateliers, sur laquelle plus de 200 participants se sont inscrits. Les formations ont inclus un premier jour de formation sur la théorie du changement, auquel ont assisté des participants de l'équipe conjointe et les partenaires du gouvernement et de la société civile. Le deuxième jour, les membres de l'équipe conjointe ont été invités à poursuivre la réflexion sur la base des priorités partagées durant le premier jour avec les partenaires, puis développer à leur tour une théorie du changement consolidée pour leur province. Le résultat des ateliers régionaux est présenté en Annexe 3. Plus de 110 participants ont participé aux ateliers en présentiel.

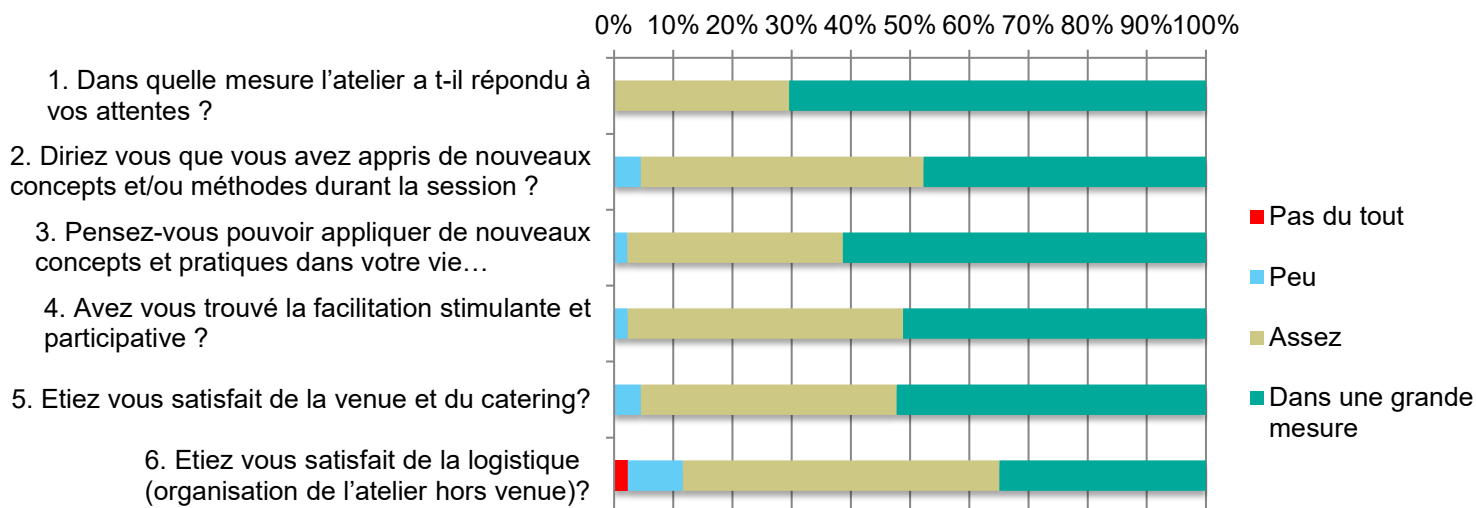
Table 6 : Nombre de participants en présentiel et provinces participant à distance aux ateliers

Région	# participants en présentiel	Provinces connectées à distance
Sud	Lubumbashi (30)	Haut-Lomami, Tanganyika, Lualaba
Centre	Kananga (17)	Kasaï, Kasaï Oriental, Lomami, Sankuru
Ouest	Kinshasa (31)	Equateur, Mongala, Nord-Ubangi, Sud-Ubangi, Tshuapa, Mai Ndombe, Kwango, Kwilu, Kongo-Central
Est	Goma (33)	Sud Kivu, Tshopo, Ituri, Bas-Uélé, Haut-Uélé

La formation a été bien reçue par les participants (70% des répondants à l'évaluation de l'atelier considérant qu'elle a répondu à leurs attentes dans une grande mesure). Ils ont en particulier apprécié la possibilité de préciser l'aspect de la théorie du changement dans la GAR, ainsi que la possibilité d'échanger au niveau provincial sur la contribution du Programme commun. Les faiblesses plus fréquemment citées ont été le souhait que le premier jour de l'atelier soit étendu sur deux jours, les difficultés de connexion à la plateforme Moodle qui a nécessité l'utilisation alternative du partage de documents par email, et les difficultés pour les participants à distance de participer pleinement aux discussions plénières en raison de problèmes de son et de connexion.

¹⁵ Disponible à <https://agora.unicef.org/course/info.php?id=3122>

Fig. 5 : Evaluation des ateliers par les participants



Limitations et mesures d'atténuation

- La COVID-19 a constitué une entrave aux déplacements dans le cadre de l'évaluation, cependant l'équipe d'évaluation de par sa structure décentralisée a pu être présente dans les 4 régions du pays. La taille des groupes focaux a été réduite à 3-4 participants par groupe afin de limiter les contacts, et les groupes ont été tenus en assurant les gestes barrières et en se réunissant à l'extérieur ou dans une pièce ventilée. Les entretiens individuels ont essentiellement eu lieu de façon virtuelle. Les différentes mesures de prophylaxie et tests ont pesé sur le budget de l'évaluation, toutefois la visite de la consultante dans les 4 régions du pays a pu avoir lieu ainsi que les ateliers régionaux en présentiel.
- Malgré les efforts fournis durant la collecte des données, la parité n'a pas pu être maintenue dans les entretiens individuels (Figures 6). Cela peut être attribué aux conditions inégalitaires entre hommes et femmes de façon structurelle dans la réponse au VIH/sida, due aux barrières à la représentation et à la participation des femmes dans la vie publique. Des mesures de mitigation ont été mises en place par l'évaluation sur l'aspect des inégalités de genre. Par exemple pour les groupes focaux, étant donné le parti pris de ne pas avoir de groupes mixtes la répartition par sexe était prédéterminée par la méthodologie, ce qui a permis une représentation plus équilibrée des femmes et des hommes (figure 7). L'analyse désagrégée par sexe des données révèle que les aspects des inégalités de genre et les violences faites aux femmes comme moteurs de l'épidémie du VIH ont été plus fréquemment abordés par les participantes ou participants issus des réseaux de femmes et des jeunes.

Fig. 6 : Répartition par sexe des répondants aux entretiens individuels

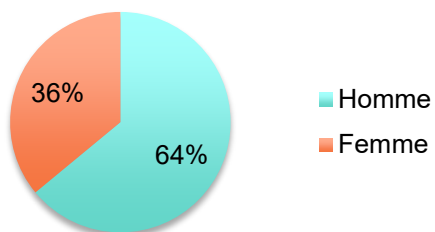
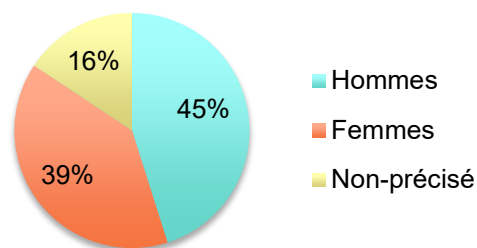


Fig. 7 : Répartition par sexe des répondants aux groupes focaux



Résultats

EQ1 Quelle a été la pertinence du Programme commun ?

Cette section aborde la question de la valeur ajoutée du Programme commun et de son alignement avec les priorités identifiées par la réponse nationale au VIH/sida.

1. Nature de la valeur ajoutée du Programme commun à la réponse au VIH en RDC

Le Programme commun représente un volume financier relativement modeste dans la réponse au VIH en RDC, même si certaines agences coparraines participent à la mise à l'échelle des services VIH.

Le Programme commun représente un volume financier relativement modeste comparé aux autres bailleurs principaux en RDC. Par exemple, pour 2020-2021 le budget consolidé du Programme totalisait 1 699 994 dollars américains¹⁶. Pour comparaison, le budget total de l'UNFPA était d'un peu plus de 25 millions de dollars pour l'ensemble de ses activités en RDC en 2020¹⁷, PEPFAR a investi 87 millions de dollars la même année¹⁸ et le Fonds mondial a investi 182 millions sur la seule composante VIH pour la période 2018-2020.¹⁹ Le Plan National sur le VIH/sida inclut un budget indiquant les ressources financières nécessaires à sa réalisation, s'élevant pour 2021 à 287 237 005 dollars²⁰.

Malgré des ressources relativement limitées, il existe des éléments de mise à l'échelle des services VIH par les agences coparraines, en particulier par l'UNFPA dans le cadre de ses programmes de base (non reflétés dans le budget UBRAF), et par l'UNICEF en particulier avec le Programme *All In*. Dans les zones humanitaires également la composante d'assistance directe aux services est prédominante (voir Annexe 4 : Cartographie des interventions du Programme commun).

La contribution du Programme commun est essentiellement stratégique, catalytique et technique.

Les répondants aux entretiens, tant du gouvernement, que des Nations Unies et de la société civile, ont souligné l'importance de l'influence des agences coparraines du Programme commun dans la réponse au VIH, qui en font un acteur majeur malgré le poids relativement modeste de sa contribution financière. Un répondant de l'équipe conjointe explique par exemple : « *Les interventions catalytiques apportées par l'équipe conjointe ne devraient pas apparaître comme des interventions visant à augmenter la couverture, car elles ne sont qu'une goutte dans l'océan de besoins, mais plutôt des interventions qui introduisent des nouvelles approches ou celles qui sont indispensables au démarrage ou élargissement des interventions menées par d'autres financements comme FM et PEPFAR. Notre rôle devrait être celui de lever les barrières à l'accès aux services, plutôt que celui de compléter la couverture (alors que nos ressources sont faibles pour cela)* »

Le rôle stratégique du Programme commun est particulièrement visible dans les actions de plaidoyer et de lobbying sur les questions de genre et droits humains dans la réponse au VIH/sida.

Ainsi, l'ONUSIDA notait en 2020 au niveau global : « *même si le sida bénéficiera d'une visibilité politique réduite dans de nombreux contextes, les facteurs de transmission du VIH et les problèmes d'injustice sociale en la matière, le chevauchement de multiples vulnérabilités, l'espace toujours plus restreint accordé à la société civile, le recul des droits de l'homme et les inégalités croissantes sont devenus des préoccupations majeures au sein du système des Nations Unies.* »²¹ En RDC la pertinence du Programme commun a été forte sur ces thématiques. Les agences des Nations Unies sont à l'avant-garde de l'approche basée sur les droits appliquée au VIH, travaillant les aspects législatifs, tels que la décriminalisation de la transmission du VIH, le respect des droits des populations clés, les questions de stigma et discrimination au niveau des prestataires de services, et de la reconnaissance de l'importance des populations clés dans les documents cadres de la réponse nationale au VIH/sida. Le PNUD a par exemple mené des actions de lobbying politique

¹⁶ Joint UN Plan DRC 2020-2021 (JPMS intranet)

¹⁷ <https://www.unfpa.org/data/transparency-portal/unfpa-democratic-republic-congo?page=5>

¹⁸ DRC Country Operational Plan 2020 <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/COP-2020-DRC-SDS-FINAL.pdf>

¹⁹ Prospective Country Evaluation, 2019-2020 Report, The Global Fund, (2020) http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2020/DRC-PCE-Final-annual-report_2020_English.pdf

²⁰ Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida (2020-2023)

²¹ Plan de travail de l'ONUSIDA 2020-2021

pour la réforme de la Loi portant protection des PVVIH de 2008, qui ont contribué à la révision de 2018 qui amende les dispositions criminalisant la transmission du VIH²².

Les répondants de la société civile ont souligné la valeur ajoutée du Programme commun pour la reconnaissance et la représentation des PVVIH et des populations clés dans la réponse nationale et auprès des autres grands bailleurs. Par exemple, un représentant de la société civile a décrit le rôle joué par le Secrétariat de l'ONUSIDA : « *De plus en plus en RDC, le Programme National et l'ONUSIDA essaient de mettre tout le monde d'accord. Lors des activités avec la société civile, PEPFAR passe toujours par l'ONUSIDA, et toutes les réunions que l'on tient avec PEPFAR sont tenues à l'ONUSIDA.* » Un autre répondant précise : « *L'ONUSIDA a poussé pour la prise en compte des populations clés par les partenaires. Lors de la planification des programmes, les organisations représentantes des populations clés étaient encouragées à présenter leurs projets, à participer à l'écriture des documents pays pour intégrer les aspects 'key pops'. L'ONUSIDA a aidé à définir les enquêtes, en quoi ces populations sont vulnérables au sida, et sur la base de ces évidences on a commencé à intégrer les populations clés.* » Toutefois, des réserves ont été émises sur l'efficacité du soutien apporté aux organisations de populations clés et aux réseaux de femmes et de filles (voir EQ3).

Il faut cependant relever que l'approche du Programme commun sur la thématique du genre et des droits humains reste surtout limitée à certains groupes prédéfinis (les 'populations clés', les jeunes, les PVVIH, les femmes, les personnes déplacées et réfugiées) et laisse de côté les aspects plus larges d'équité et d'analyse des barrières d'accès aux services VIH qui varient d'un contexte à l'autre.

Au-delà des populations clés, d'autres groupes de population sont particulièrement vulnérables localement, parmi lesquels les travailleurs transfrontaliers, les mineurs artisanaux et les commerçantes autour des mines, les transporteurs, les peuples autochtones. Un répondant de l'équipe conjointe considère que « *Les droits humains sont respectés car tout le monde est sensibilisé sur ces aspects, mais l'attention est accordée au respect à la dignité humaine et à l'intégrité physique et morale, à la femme et aux populations clefs mais on oublie le droit à la santé pour tous. Il n'y a presque pas d'analyses qui montrent quelles sont les sous populations qui sont laissées pour compte dans l'offre de services de prévention, soins et traitement VIH.* » D'autre part, il se pose la question de l'auto-identification des personnes comme appartenant à une 'population clé' spécifique, puisque de nombreuses personnes vulnérables restent dans la clandestinité, ou ne s'identifient pas comme appartenant à la catégorie de professionnelles du sexe, hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou LGBT+ tout en partageant les facteurs de risque avec ces groupes. La réduction des inégalités et des barrières d'accès aux services VIH constitue l'axe central de la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA (2021-2026), ce qui présente une opportunité pour revoir l'approche du Programme sur cette question en basant les actions sur une analyse des inégalités d'accès dans les contextes locaux (provinciaux et sous-provinciaux).

La valeur ajoutée du Programme commun en RDC repose également sur l'appui institutionnel et la qualité de l'appui technique, qui en font un partenaire privilégié des acteurs étatiques de la réponse.

Par exemple, un répondant du gouvernement note : « *Là où nous ressentons l'apport des agences, c'est en termes d'appui technique. L'OMS nous accompagne de manière permanente et continue, c'est un appui très fondamental. Ils nous appuient dans le développement, l'élaboration et la mises à jour des normes et directives nationales sur le dépistage, la prévention, la PTME, la prise en charge des IST, et la prise en charge des co-infections.* » Le profil multi-sectoriel des agences des Nations Unies font du Programme commun un partenaire unique dans la réponse au VIH, de par sa capacité à intégrer la problématique du VIH dans les secteurs d'activité et mandats respectifs des agences coparraines. Cette spécificité permet au Programme commun d'établir de plus larges partenariats en étendant son action au-delà du secteur de la santé, avec la Justice, le Genre, l'Education, l'Armée et le Police.

Le Programme commun a démontré une forte pertinence par rapport aux priorités programmatiques de la réponse nationale au VIH.

Le Programme commun a largement ciblé les problématiques clés de la réponse, notamment grâce au programme de l'UNICEF et de l'OMS sur l'extension des services eTME, et les actions combinées de UNFPA, UNICEF et de l'UNESCO sur l'accès des jeunes à la santé sexuelle et de la reproduction en incluant le VIH/sida. Un répondant de la société civile résume ainsi : « *Le Secrétariat de l'ONUSIDA a pu contextualiser le Programme commun dans plusieurs domaines, qui couvrent les besoins du pays. En particulier accélérer la réponse en incluant le soutien nutritionnel ; l'appui à la PTME aussi est très aligné,*

²² LOI n° 18-012 modifiant et complétant la loi 08-011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida et des personnes affectées (J.O.RDC., 23 juillet 2018, n° spécial, col. 9) https://www.droitcongolais.info/files/812.07.18-Loi-du-14-juillet-2008_Personnes-au-VIH_modifications.pdf

c'est un appui important, car ils ont vraiment tenu compte des besoins du pays. » Certains aspects clés du paquet de services restent toutefois peu appuyés par le Programme commun, notamment l'accès au dépistage et aux ARV pédiatriques et l'accès à la charge virale, qui constituent des points critiques de la réponse selon plusieurs répondants du gouvernement et de la société civile.

Le Programme a également abordé le dépistage ciblé (Axe Stratégique 1 du Plan Conjoint 2020-2021). Cette thématique reste prioritaire pour la réponse nationale, dans le contexte d'une épidémie de plus en plus concentrée. Des répondants du Gouvernement soulignent qu'il reste d'importantes lacunes pour le dépistage précoce notamment parmi les groupes les plus à risque (jeunes femmes de 15 à 24 ans, les femmes enceintes et populations clés). D'autres inégalités apparaissent entre les provinces ainsi qu'une plus forte prévalence parmi les urbains que les ruraux.

La stratégie de dépistage ciblée fait toutefois débat. Ainsi, des répondants du gouvernement, de la société civile et de l'Equipe Conjointe ont exprimé leur préoccupation que le dépistage ciblé ferme la porte à l'accès au test pour une large partie de la population qui ne correspond pas aux critères de risque établis (femmes enceintes, populations clés). Par exemple, une répondante de la société civile a relevé : « *La stratégie nationale c'est vraiment la réponse globale, pas le dépistage ciblé. Mais les grands bailleurs comme le Fonds Mondial veulent prioriser les HSH, les key pops, et ils orientent leurs budgets là.* » De la part du gouvernement, cette orientation semble largement dictée par un contexte de limitation des ressources, et le PNMLS a engagé un plaidoyer auprès des bailleurs pour étendre l'accès au dépistage, en particulier à toutes les femmes enceintes dans le cadre de la PTME.

Il faut cependant nuancer ce constat, car le principe même du dépistage ciblé semble faire consensus dans un contexte national où une politique d'extension de la promotion du dépistage à toute la population semble peu soutenable vue l'évolution des ressources dédiées au VIH. Un membre de l'équipe conjointe analyse ainsi : « *Il faut chercher les gens susceptibles de porter le VIH, mais même si on ne promeut pas pour tout le monde, il faut que chacun puisse avoir accès au test s'il le souhaite. Or pour l'instant il n'y a pas d'accès, même en payant le test, en dehors des populations ciblées.* » Il y a donc bien lieu de renforcer le dépistage ciblé au niveau de la promotion et des stratégies de services avancées, tout en assurant une disponibilité plus large des tests afin d'éviter des goulots d'étranglement pour les personnes qui souhaitent se faire dépister. Ainsi, si la stratégie mise en place par le Programme commun sur le dépistage ciblé correspond bien à la priorité établie au niveau national, il y a lieu de la compléter pour assurer que le dépistage soit conduit dans un contexte d'accès plus large au test.

Il existe une opportunité manquée pour le Programme commun sur la question prioritaire du financement de la réponse nationale.

L'augmentation de la couverture géographique du paquet de services VIH à travers un financement durable de la réponse est l'enjeu principal mentionné tant par les répondants du gouvernement que de la société civile. Cet aspect clé n'est pas suffisamment abordé par le Programme commun, alors qu'il correspond bien à son aire d'influence et de valeur ajoutée dans la réponse nationale comme décrit plus haut : l'appui stratégique, catalytique et technique.

Le rapport du PNLIS relève que la couverture des services VIH au niveau national est incomplète : en 2020, 446 Zones de Santé (ZS) sur 516 rendaient le paquet de services VIH disponible, ce qui représente 14% des zones de santé sans couverture de services. Un répondant de la réponse nationale et des membres de l'équipe conjointe ont souligné l'importance de traiter la thématique de la couverture de services dans le cadre de la stratégie de Couverture Maladie Universelle (CMU) et de définition du paquet de services essentiels qui est en cours d'élaboration en RDC (Novembre 2021).

De plus, les financements de la réponse multisectorielle au VIH en RDC sont faibles, depuis que la Banque Mondiale a retiré son soutien au Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le VIH (PNMLS). Les financements d'origine externe dépassent 80% de la réponse nationale, tandis que la mobilisation des ressources domestiques reste faible : au niveau national, le Conseil National Multisectoriel de Lutte Contre le sida (CNMLS), présidé par le Président de la République, ne s'est plus réuni sous la présidence actuelle. Or, il constitue un organe clé pour la mobilisation des ressources domestiques au niveau national. Au niveau provincial, seules 11 des 26 provinces avaient une ligne budgétaire dédiée au VIH en 2020, parmi lesquelles les décaissements étaient également pour la plupart absents, et seules 3 provinces avaient un Fonds sida fonctionnel²³. Les aspects de mise à l'échelle et de financement de la réponse nationale sont un enjeu stratégique majeur pour permettre à la RDC d'accomplir l'objectif de mettre fin à l'épidémie de VIH comme menace de santé publique d'ici à 2030.

²³ Pan Stratégique National de la Réponse au VIH (2020)

Cet aspect a jusqu'à présent été peu traité par le Programme commun, comme le relève un partenaire de la société civile : « L'ONUSIDA essaie de soutenir le PNMLS dans son rôle de coordination. Quand ils rencontrent le Premier Ministre ou la première dame, ils remettent sur la table la question des financements, mais de façon très ponctuelle, très occasionnelle. C'est circonstanciel, il n'y a pas de plan établi pour ça. » Un partenaire du gouvernement souligne également le rôle stratégique que le Programme commun pourrait jouer dans le soutien à la mobilisation des ressources qui font défaut à la réponse nationale : « Des instruments sont déjà disponibles : dans le code minier il y a des dispositions qui obligent les entreprises à mettre de l'argent dans la riposte au sida, et les redevances minières sont mises à disposition de la réponse décentralisée. Une entreprise minière dans le Lualaba a financé le plan VIH/sida de deux communes et l'exécution de ces plans-là. Il faut qu'on nous accompagne pour faire une bonne analyse de tous les instruments qui existent. Une intervention des partenaires dans cette direction serait bien perçue. » Dans ce sens, l'initiative « les communes s'engagent » soutenue par l'ONUSIDA a été saluée par plusieurs répondants de l'équipe conjointe, mais n'a pas connu de continuité au niveau des financements depuis 2018.

Au niveau du ciblage géographique, on observe un manque d'alignement des actions du Programme commun avec les provinces les plus touchées par l'épidémie.

Le PNLS identifie 15 provinces prioritaires²⁴: le Bas Uélé, le Haut Katanga, le Haut Uélé, l'Ituri, le Kasai Oriental, Kinshasa, le Kwilu, le Kongo Central, le Lomami, le Maniema, le Nord Kivu, le Nord Ubangi, le Sankuru, le Tanganyika et le Tshopo. Parmi celles-ci, le Programme commun n'a aucune ou une seule activité dans 5 d'entre elles (le Bas Uélé, le Haut Uélé, le Lomami, le Maniema, et le Nord Ubangi). Les provinces où le Programme commun est le plus présent sont : le Nord Kivu, l'Ituri, l'Equateur et Kinshasa.

Fig. 8 : Présence d'activités en lien avec le VIH des membres du Programme commun par provinces (2021)

	Région Est							Région Ouest							Région Sud				Région Centre							
	Sud Kivu	Nord Kivu	Maniema	Ituri	Bas Uele	Haut Uele	Tshopo	Nord Ubangui	Sud Ubangui	Mongala	Tshuapa	Equateur	Kwango	Kwilu	Mai Ndombe	Kongo-Central	Kinshasa	Tanganyika	Lualaba	Haut-Katanga	Haut-Lomami	Kasai	Kasai Central	Kasai Oriental	Sankuru	Lomami
UNFPA	x	x	x	x			x				x	x	x	x	x	x		x	x			x	x	x	x	x
UNCEF	x	x									x					x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
PAM	x	x		x																			x	x		
FAO		x																								
UNHCR	x	x		x							x											x	x	x		
MONUSCO	x	x		x																						
ONUSIDA	x			x			x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
UNESCO																										
OMS											x				x	x				x						
PNUD	x	x		x								x	x	x		x	x	x	x							
ONU Femmes																										

La question de la couverture infra-zonale a également été soulevée par les répondants du gouvernement et de la société civile au niveau décentralisé. Les difficultés d'accès dues à la distance et au manque d'infrastructures routières ainsi qu'à l'insécurité ont été régulièrement abordées par les répondants dans les provinces, qui ont souligné l'importance des stratégies de services avancés et de partenariats avec les organisations de la société civile pour porter les services VIH au niveau communautaire. Un membre de l'équipe conjointe note également : « Il y a une faible couverture géographique et individuelle des interventions VIH-nutrition dans les provinces. Beaucoup d'efforts sont restés concentrés dans les métropoles et autour des sites de concentration des déplacés. »

²⁴ Rapport Annuel 2020, PNLS (2021)

EQ2 Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?

Cette section aborde l'efficacité des interventions du Programme commun par rapport à ses objectifs, ainsi que sa contribution aux résultats de l'UBRAF et à la réponse nationale.

1. Cadres stratégiques et de résultats du Programme commun en RDC entre 2018 et 2021

Entre 2018 et 2021, le Programme commun a été régi par deux cadres de planification successifs définissant des aires stratégiques prioritaires (voir Table 1) qui transcrivent le cadre global de l'UBRAF 2016-2021²⁵ dans le contexte de la RDC. Les deux plans se situent dans une continuité, à la fois dans les activités mises en place et dans les zones géographiques couvertes, en centrant une grande partie des efforts sur la région du Grand Kasaï affectée par l'insécurité et la faiblesse des services VIH et nutrition. Le second plan conjoint, développé lors d'une retraite de l'équipe conjointe en 2018, reprend et développe le cadre précédent. Ainsi, des domaines prioritaires 1 et 2 du Plan Conjoint 2018-2019 (couverture du traitement VIH et couverture du dépistage) sont combinés dans le premier axe stratégique du Plan Conjoint de 2020-21 (Accélération de la réponse au VIH et soutien nutritionnel aux PVVIH dans les zones couvertes). Le troisième domaine prioritaire de 2018-2019 est repris dans l'axe stratégique 2 du Plan Conjoint de 2020-21 (offre de services de PTME, combinés avec la prise en charge pédiatrique (PEC). Deux axes stratégiques supplémentaires sont dégagés dans le Plan Conjoint de 2020-21, concernant la continuité des services VIH dans le contexte humanitaire, en particulier pour les femmes survivantes de violences basées sur le genre, et l'accès des jeunes et adolescents aux services de la santé sexuelle et de la reproduction (SSR) incluant le VIH/sida. Ces deux cadres contribuent aux aires stratégiques du cadre UBRAF (2016-2020) comme présenté dans la Table 7.

Table 7 : Correspondance axes prioritaires du Plan Conjoint en RDC et résultats stratégiques UBRAF (2016-2020)

Plan Conjoint ONUSIDA en RDC (2020-2021)	UBRAF 2016-21
<p>1. Accélérer la réponse au VIH et assurer le soutien nutritionnel aux PVVIH des zones couvertes</p> <p>Atteindre 90–90–90 et offrir un soutien nutritionnel aux 51,9% de PVVIH malnutries à l'initiation du traitement ARV et qui ne sont pas accompagnées pour ces besoins nutritionnels</p>	<p>Résultat stratégique 1 – Les enfants, des adolescents et des adultes vivant avec le VIH ont accès au test, connaissent leur statut et se voient immédiatement proposés des traitements de qualité à des prix abordables</p>
<p>2. Contribuer à l'amélioration de l'offre, l'utilisation et la qualité des services eTME, de prise en charge pédiatrique et l'intégration de la nutrition/PTME</p> <p>19 ZS des provinces du Maniema, Kasaï, Kasaï Oriental et du Kasaï central offrent un paquet complet eTME et de prise en charge pédiatrique</p>	<p>Résultat stratégique 2 – Les nouvelles infections parmi les enfants sont éliminées et la santé et le bien-être de leurs mères sont assurés</p>
<p>3. Promotion de la continuité du traitement des PVVIH ainsi que la prévention dans le contexte humanitaire</p> <p>70% des survivantes des violences sexuelles reçoivent une prise en charge holistique</p>	<p>Résultat stratégique 1 – Les enfants, des adolescents et des adultes vivant avec le VIH ont accès au test, connaissent leur statut et se voient immédiatement proposés des traitements de qualité à des prix abordables</p> <p>1.5 Des mécanismes sont développés pour offrir les services VIH dans les zones humanitaires</p>
<p>4. Améliorer l'accès des jeunes et adolescents aux informations et services de santé sexuelle et reproductive y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida</p> <p>Au moins 90% des jeunes et adolescents de 10-19 ans</p>	<p>Résultat stratégique 3 – Les jeunes, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès à une combinaison de services de prévention et sont capables de se protéger contre le VIH</p>

²⁵ UNAIDS/PCB (37)15.19 UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework 2016–2021 (2015)

Les cadres de planification et de résultats UBRAF en RDC offrent une analyse robuste des problématiques visées, des cibles auxquelles le Programme contribue et de la valeur ajoutée de l'intervention des agences coparraines par rapport à ces cibles. **Il faut noter cependant que le cadre du Programme commun ne semble pas capturer de façon compréhensive la contribution des agences à la réponse au VIH.** Par exemple, la contribution du Secrétariat de l'ONUSIDA n'apparaît pas dans ce plan, alors qu'en RDC elle a fortement contribué, ainsi que d'autres agences comme le PNUD, au résultat stratégique 6 de l'UBRAF (2016-2020) (les lois punitives, les politiques publiques, pratiques, stigma et discrimination qui font obstacle aux réponses effectives au VIH sont supprimés).

Le cadre de résultats ne capture aussi que partiellement l'effet catalytique du Programme commun à travers son influence sur les autres acteurs de la réponse. Au niveau du cadre de résultats, on note que les indicateurs UBRAF sont de deux ordres : i) les produits des activités du Programme commun (par exemple, dans le rapport annuel de 2019, l'UNDP rapporte 30 prestataires de soins formés, 100 relais communautaires formés au suivi à domicile, un système de surveillance et de distribution des médicaments mis en place dans 2 centres pilotes), et ii) les progrès accomplis au niveau de l'impact sur les indicateurs programmatiques de santé (par exemple dans le plan Conjoint 2020-21: « Atteindre 90–90–90 et offrir un soutien nutritionnel aux 51,9% de PVVIH malnutries à l'initiation du traitement ARV et qui ne sont pas accompagnées pour ces besoins nutritionnels spécifiques »). Si le cadre de planification décrit bien une chaîne logique qui permet de comprendre en quoi les produits réalisés contribuent aux changements souhaités dans la réponse, il n'existe pas de cadre de suivi et évaluation qui capture l'influence du Programme commun sur les acteurs de la réponse, qui à leur tour contribuent à la réalisation des cibles d'impact (dans l'Annexe 7, ce niveau intermédiaire est représenté par les résultats en termes de changements parmi les acteurs de la réponse : capacité/pratiques du gouvernement, de la société civile, du SNU, des autres partenaires techniques et financiers (PTF)). **Le cadre de résultats du Plan Conjoint se centre donc essentiellement sur la contribution directe des agences coparraines (production de supports techniques, prestation de services directe ou à travers des partenaires de la société civile) à la réponse nationale, mais non sur l'effet catalytique du programme.**

2. Résumé des réalisations et progrès réalisés par rapport aux résultats attendus du Programme commun

Le Programme a pu mettre en place les activités prévues sur la période 2018-2020, même si des retards ont été enregistrés depuis 2020 à cause de la COVID-19. La Table 8 présente un résumé non exhaustif des réalisations du Programme sur la période 2018-2020.

Table 8 : Résumé des réalisations du Programme commun

Axe stratégique	Réalizations clés
1. Accélérer la réponse au VIH et assurer le soutien nutritionnel aux PVVIH des zones couvertes	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="539 1503 1441 1630">▪ L'OMS a travaillé à l'élaboration d'outils de dépistage ciblés et à la formation des prestataires de services et des agents communautaires (32 en 2018), dans les contextes humanitaires et à forte prévalence pour les utiliser dans 16 provinces prioritaires <li data-bbox="539 1641 1441 1769">▪ Le PNUD et l'ONUSIDA ont mené des actions de plaidoyer pour promouvoir le dépistage des femmes enceintes et de leurs partenaires, soutenu l'élaboration d'un guide pour des services VIH de qualité et mis en place des équipes des centres de soins sélectionnés <li data-bbox="539 1780 1441 1966">▪ Le PAM a fourni des produits nutritionnels spécialisés aux personnes vivant avec le VIH, ce qui a permis d'effectuer le suivi de 394 PVVIH et la réintégration de 106 perdus de vue dans le circuit de soins dans la région Centre en 2018-2019 ; et formé 80 prestataires de soins de santé aux protocoles de soutien nutritionnel en 2018-2019, et 45 prestataires supplémentaires en 2020. <li data-bbox="539 1977 1441 2072">▪ L'ONUSIDA et l'OMS ont travaillé au renforcement de l'information stratégique sur le VIH à travers le Module VIH dans Spectrum et la cartographie Naomi

<p>2. Contribuer à l'amélioration de l'offre, l'utilisation et la qualité des services eTME, de prise en charge pédiatrique et l'intégration de la nutrition/PTME</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'UNICEF a mis à disposition d'un paquet complet de services de PTME et de soins pédiatriques du VIH dans les 19 zones de santé couvertes par le Programme et appuyé l'intégration des services VIH dans les services de maternité et d'urgence obstétricale et néo-natale. Des missions de supervision du niveau central ont également été appuyées dans la région Centre
<p>3. Promotion de la continuité du traitement des PVVIH ainsi que la prévention dans le contexte humanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PNUD/HCR/ONUSIDA/PAM/UNFPA ont mis en place un ensemble complet de services intégrés pour les survivantes de la violence faite aux femmes (VFF), notamment fourniture d'ARV/kits PPE, des services de santé sexuelle et reproductive, la promotion des droits de l'homme et de l'égalité des sexes et des services nutritionnels pour 1600 femmes dans le Sud Kivu en 2020 (PAM). ▪ Le PNUD a travaillé avec les magistrats, les avocats, les travailleurs communautaires, les cliniques juridiques et les prestataires de soins de santé pour développer leur capacité à inclure des interventions liées au VIH dans leur travail et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Cette action a été soutenue par une application en ligne, Yeba Mibeko (" Connais tes droits "), qui permet de mieux connaître le soutien juridique et psychosocial apporté aux groupes vulnérables et aux populations clés. Le travail de sensibilisation de la communauté comprenait la promotion d'une masculinité positive et la diffusion de lois favorables à l'égalité des sexes et à la protection des personnes vulnérables ▪ Le HCR s'est également efforcé d'améliorer l'accès des PVVIH au suivi de la charge virale dans les zones humanitaires par la mise en place d'appareils de mesure de la charge virale et l'achat d'intrants ▪ UNHCR/MONUSCO ont travaillé à l'intégration de la réponse VIH dans la réponse humanitaire pour le personnel en uniforme et dans la transition vers la pérennisation des services
<p>4. Améliorer l'accès des jeunes et adolescents aux informations et services de santé sexuelle et reproductive y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'UNFPA a mené des actions de plaidoyer au niveau des ministères de l'Education de et la Santé sur le VIH-COVID-VFF/ enfants scolarisés. Le Programme a ciblé les jeunes et les adolescents âgés de 10 à 19 ans afin qu'ils aient accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida et des IST, ainsi que la prise en charge psychosociale et le soutien à la réinsertion économique. Le Programme a également travaillé à la mise en place du système de référence entre les espaces conviviaux, les centres d'appui aux jeunes et les prestataires de soins de santé pour le dépistage et le traitement des IST et du VIH/sida ▪ L'UNESCO a également appuyé l'intégration du VIH dans les curriculums des enfants scolarisés et non-scolarisés

Au niveau du progrès sur les cibles stratégiques, les résultats des indicateurs sont disponibles pour la période 2018-2020. Tous les indicateurs sont rapportés 'on track' pour ces trois années, avec en particulier des progrès réguliers sur les cibles 90 du dépistage et du traitement (Progression de 58% à 64% pour le premier 90 et de 57% à 62% pour le deuxième 90 sur la période 2018-2020. Le fort taux de traitement des PVVIH qui connaissent leur statut (au-delà de 97%) démontre l'efficacité de la stratégie de 'tester et traiter tous' en RDC.

Même s'il est rapporté 'on track', l'indicateur sur la PTME a connu un recul en 2019, avec une baisse de la couverture au niveau national de 57% en 2016 à 44% en 2018 attribuée aux ruptures de stock des kits de test. A partir de 2020, cet indicateur n'est plus présent dans le rapport annuel du Programme commun et remplacé par un indicateur portant sur l'enrôlement dans le programme de PMTE dans les 19 zones de santé ciblées dans la région centre, qui reflète d'avantage l'aire d'influence du Programme. L'UNICEF rapporte ainsi en 2020 58 formations sanitaires appuyées dans six zones de santé (ZS), 238 enfants PVVIH sous ARV, 106 mères PVVIH enrôlées dans la PTME, et 23 partenaires sous ARV. **Ce programme a ciblé des provinces où les services de PTME étaient perturbés par l'insécurité et pratiquement non-**

opérationnels, permettant ainsi de rétablir une couverture des services dans une zone prioritaire de la réponse au VIH.

Cependant il reste des lacunes importantes :

- **Les ruptures de stock liées à des faiblesses dans la chaîne d'approvisionnement** des kits de tests, les ARVs pédiatriques et les intrants pour mesurer la charge virale (cartouches GeneXpert pour le VIH) constituent un frein aux progrès sur les cibles 95/95/95.
- **Le dépistage et le traitement des enfants PVVIH de 0 à 14 ans** reste un enjeu majeur, avec seulement 25% des 0-14 PVVIH dépistés et sous traitement en 2019, marquant une faible progression par rapport à 21% en 2016.
- **L'accès à la charge virale** reste très limité, situé en dessous de 8% des PVVIH en 2019. Pour ce qui est du dépistage précoce des enfants, en 2019 seulement 27% des enfants PVVIH ont eu accès à la charge virale avant deux ans. La capacité des laboratoires et la disponibilité des intrants pour la mesure de la charge virale reste un aspect peu pris en compte par le Programme commun, même si le HCR a appuyé l'achat des cartouches GeneXpert ponctuellement.

3. Description des composantes catalytiques du Programme commun

Le Programme commun a su développer des approches innovantes et des initiatives à fort impact sur lesquelles il convient de capitaliser. On peut souligner en particulier :

- **L'appui à l'information stratégique**

Les répondants du Gouvernement ont salué l'appui du Programme commun sur les aspects de développement stratégique, et d'appui au développement de la stratégie nationale basée sur une des données plus fines, qui permettent une désagrégation géographique ainsi qu'une stratification de la population (femmes enceintes, tranches d'âge, sexe).

Des progrès notables ont été réalisés avec l'appui de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la mise à disposition et l'utilisation de données stratégiques sur l'épidémie de VIH en RDC ainsi que sur les aspects programmatiques de couverture et utilisation des services. L'appui technique à la mise en place du programme Spectrum et du logiciel de cartographie Naomi a permis de mettre à disposition des données utilisées par tous les acteurs de la réponse. Reste que selon des répondants du gouvernement et de l'équipe conjointe, la qualité des données entrées dans ces programmes reste un enjeu, notamment en termes de stabilité et complétude, et de cohérence entre différents niveaux de projection (entre les projections nationales et l'agrégation de celles réalisées dans les zones de santé).

D'autres sources d'informations sont nécessaires pour avoir une compréhension plus fine de l'épidémie et ses facteurs de risque, en particulier parmi les populations clés et d'autres groupes vulnérables qui rencontrent des barrières d'accès aux services de santé et de ce fait risquent de ne pas être représentés dans les données collectées au niveau des centres de santé. Une bonne pratique dans ce domaine est l'étude menée par le PAM dans la région Centre sur la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle chez les PVVIH en RDC (en cours). De plus, un chantier qui reste à développer est l'analyse et le développement de programmes sur la base des informations collectées, en particulier en ce qui concerne les déterminants de l'épidémie comme les inégalités de genre et les disparités socio-économiques.

- **Les services holistiques pour les survivantes de la violence basée sur le genre**

Le Programme a soutenu des 'One Stop Centres' comme l'Hôpital de Panzi à Bukavu, qui ont permis de mettre en place des services intégrés pour les survivantes de violences sexuelles. Les besoins des survivantes des VFF sont plus complexes qu'une attention médicale immédiate, ce qui nécessite une approche holistique intégrant un soutien médical, psychosocial, juridique, de protection et économique. Le modèle des "cliniques juridiques" impulsées par le PNUD à partir de leur programme "Tupinge Ubakaji" (2013-2018) et appuyé par la suite par le Programme commun constitue une bonne pratique à cet égard. Ils offrent des services de santé intégrés aux survivantes avec des protocoles d'attention comprenant la prophylaxie post-exposition (PPE) et le dépistage du VIH et des liens avec le traitement du VIH et la nutrition, ainsi qu'un soutien juridique, psychosocial et économique. Le Programme commun a continué à soutenir ces cliniques intégrées et les agences coparrainantes telles que l'UNFPA et la Banque mondiale ont apporté leurs propres fonds en complément de l'enveloppe pays UBRAF. Le PNUD a également appuyé la formation

des services de police et de justice aux niveaux central et décentralisé avec la mise en place d'un module sur le genre, VIH et droits humains²⁶.

S'il est clair que le modèle de soins holistiques pour les survivants de VFF combiné à la formation des forces de l'ordre et à la sensibilisation de la communauté est la voie à suivre, la pérennité de ce modèle et son application dans les zones non humanitaires de la RDC posent question. Certaines composantes de la réponse intégrée hors des zones prioritaires couvertes par les fonds catalytiques sont moins développées, notamment l'accès aux recours juridiques, le soutien psychosocial et l'autonomisation économique des survivantes, ce qui rend le modèle inopérant. Ainsi, les participantes à un groupe focal de professionnelles du sexe à Kinshasa commentent : « *S'il y a une chose qui est un échec, qui ne marche pas, ce sont les cliniques juridiques. Ils brandissent les articles mais il n'y a pas d'accompagnement lorsque nous avons des problèmes de stigmatisation, de délogement des maisons, de perte de boulot. Les acteurs qui travaillent dans ces cliniques juridiques sont insouciants.* », « *Il n'y a pas d'accompagnement des cliniques juridiques, ils nous disent "soki olingi te, otiki" en français, "si tu ne veux pas, tu laisses".* **Le modèle des services intégrés est donc une bonne pratique à développer, en s'assurant que les différentes agences du Programme commun collaborent dans sa mise en place, en mettant l'accent sur l'accompagnement socio-économique des personnes afin de réduire leur vulnérabilité.**

- **Les PODI, ou points de distribution communautaire des ARVs, une approche innovante avec les PVVIH à Kinshasa**

Dans le cadre de la stratégie du PNLS de 2018 'tester et traiter tous', différents modèles de soins ont été développés afin d'étendre la couverture des ARVs. Ceci a inclus le développement de la distribution communautaire des ARV à travers des points de distribution, les PODIs. Cette approche a été pilotée à Kinshasa à travers 100 travailleurs communautaires encadrés par 30 professionnels de santé. Elle a permis de mettre en place la distribution communautaire des ARVs à partir de deux PODIs, avec la possibilité d'avoir des prescriptions d'ARV couvrant trois à six mois pour les PVVIH dont la charge virale est stable. Ce modèle a pu être étendu durant l'épidémie de COVID-19 pour tenter d'éviter les ruptures de traitement pour tous les PVVIH quelle que soit leur état de santé (voir ci-dessous). Il pourrait également être mis à l'échelle dans les provinces sur le long terme pour réduire les barrières géographiques d'accès aux services VIH et dans l'optique de rapprocher les services des communautés.

4. L'adaptation du Programme commun au contexte de la COVID-19

Le contexte de la COVID-19 a posé de nombreux défis opérationnels et programmatiques à la réponse au VIH en RDC (voir EQ4).

Le Programme commun a démontré une grande capacité d'adaptation pour rester pertinent dans le contexte de l'épidémie et réduire l'impact de la COVID-19 sur les objectifs VIH. Ainsi, 50% des ressources de l'enveloppe pays UBRAF ont été redirigés à partir de 2020 vers le soutien à la continuité des soins dans le contexte du COVID-19 et à la diffusion de messages et matériel de protection (PPE) contre la COVID-19 dans le cadre de la réponse au VIH.

Le PNUD a pris en compte dans sa réponse la mitigation des conséquences du confinement sur les abus de droits humains et les violences faites aux femmes. L'organisation a ainsi prévu de : former 440 relais communautaires dans 31 zones de Santé à Kinshasa sur la lutte contre les violences et abus à l'égard des femmes adolescents et jeunes filles en temps de COVID-19 ; appuyer la collecte des données liées aux violences et abus de droits humains liés à la COVID-19 à travers une clinique juridique ; et apporter une assistance aux victimes d'abus et violences liées à la pandémie COVID-19. D'autres agences comme le PAM et l'UNICEF ont concentré leurs efforts sur la réduction des risques liés à la COVID-19 durant leurs activités afin de pouvoir maintenir l'accès aux services de nutrition et PTME durant la pandémie. Les organisations ont distribué du matériel de protection personnelle (PPE) et mené des actions de sensibilisation sur les mesures barrières contre la COVID-19 parmi les prestataires de services et les acteurs communautaires.

Malgré ces efforts, les rapports d'activité et les répondants de l'équipe conjointe aux entretiens individuels font état de retards et de suspension des activités VIH par les agences en lien avec la COVID-19. Les agences évoquent l'impossibilité de conduire des activités en présentiel, le manque d'information stratégique sur l'impact de la COVID-19 sur l'épidémie et ses déterminants, et les ressources humaines, financières et logistiques des agences qui sont réallouées à la réponse à la COVID-19, la fermeture des marchés et frontières qui ont affecté les approvisionnements. Un des partenaires du

²⁶ Le VIH/sida et les droits de l'homme en République Démocratique du Congo, Manuel de formation, UNDP, (2017)

Programme commun rapporte ainsi en 2020 : « *La survenue de la Covid 19 a perturbé la mise en œuvre des activités, suite aux restrictions de voyages d'une province à une autre, interdiction de regroupements et la faible disponibilité du staff PNLS* ». Dans le rapport annuel de 2020, la COVID-19 est l'enjeu majeur rapporté par toutes les agences.

Le Programme commun a également joué un rôle stratégique dans la prise en compte de la COVID-19 dans la réponse nationale, et a contribué à la définition et mise en place d'un plan de contingence avec le PNLS et autres partenaires techniques et financiers (PTF). Le Programme commun a contribué à l'élaboration du Plan de réponse immédiate des NU à la COVID-19 et au Plan de contingence national. Un acteur de la réponse nationale note : « *l'ONUSIDA a permis de développer très rapidement un plan de contingence à la COVID-19. Ils ont soutenu une réponse rapide du secteur santé, et ont permis que l'ensemble des Ministères puisse développer des activités pour limiter l'impact de la COVID sur les services essentiels. Le Fonds Mondial et PEPFAR s'en sont inspirés dans leur appui financier pour prendre en compte la COVID-19. Le Fonds Mondial a mobilisé des fonds substantiels sur la COVID et la mitigation de l'impact sur le VIH, la tuberculose et le paludisme. PEPFAR a suivi le pas pour intégrer une enveloppe COVID/VIH dans leur CoP 2021.* »

Dans le cadre de ce plan, l'ONUSIDA a travaillé avec les organisations de la société civile (OSC), le PLNS et le PNMLS pour améliorer la disponibilité des kits lavage de mains dans les centres ARV et développer des activités génératrices de revenus (AGR) pour les PVVIH en créant des masques à base de tissu. Au niveau national, des adaptations ont été mises en place dans la distribution des ARV, en utilisant es relais communautaires pour assurer la multidistributions de médicaments. Dans le contexte pré-COVID, seuls les patients stables pouvaient recevoir 3-6 mois de traitement, mais dans un contexte de déplacements limités, cette option a été élargie à tous les PVVIH, et les stocks d'ARV ont été placé dans les centres de santé en conséquence. Un répondant du Programme commun note : « *Ça a permis de ne pas trop ressentir l'impact de la COVID sur la disponibilité des médicaments, même si les tests ont ralenti la distribution communautaire des ARV. Nous avons tenu des réunions régulières de coordination y compris avec d'autres PTF pour mettre cela en place.* »

EQ3 Dans quelle mesure l'approche du Programme commun a-t-elle été adaptée pour réaliser ses objectifs ?

Cette section couvre les aspects d'efficacité, cohérence, mécanismes de coordination et partenariats mis en place par le Programme commun afin de réaliser ses objectifs.

1. Efficacité de l'utilisation des ressources du Programme commun

Une difficulté dans l'évaluation de l'efficacité de l'utilisation des ressources du Programme commun est la définition de l'ampleur et des contours du Programme commun en RDC.

Pour la période 2018-2019, seule l'enveloppe pays UBRAF apparaît dans le budget du Programme, soit un total de 300,000 dollars américains par an. Cependant, les rapports d'activité du Programme mettent en avant les activités VIH des coparrainants dans leur ensemble, comme par exemple le programme *All In* de l'UNICEF ainsi que les centres conviviaux et la distribution de préservatifs par l'UNFPA qui ne sont pas financés par l'enveloppe pays UBRAF, mais par des financements extérieurs et les fonds propres des agences.

A partir de 2020, des progrès ont été réalisés et le Plan Conjoint et budget rendent mieux compte des ressources dédiées au VIH parmi les agences coparraines. Les fonds de certaines des agences de l'Equipe Conjointe alloués aux activités VIH (issus de la dotation UBRAF aux agences ou bien des fonds mobilisés par les coparrainants) apparaissent dans le budget consolidé (voir Table 9). Si l'on compare ces chiffres avec les activités VIH rapportées par les coparrainants (voir cartographie des interventions en annexe 4), il apparaît qu'il existe encore des activités VIH rapportées par les agences coparraines qui ne sont pas capturées dans le plan et le budget conjoint. Un partenaire du Programme commente ainsi « *Il faudrait que l'ONUSIDA renforce son mécanisme de coordination pour traquer toutes les réalisations des agences quelle que soit l'origine des fonds. Est-ce que l'ONUSIDA a une lisibilité des interventions de toutes les agences dans le domaine du VIH, en terme programmatiques et financiers ?* » Il est également notable que le Plan Conjoint et le budget n'incluent pas la contribution du Secrétariat de l'ONUSIDA en RDC.

Table 9 : Budget du Programme commun en RDC 2020-2021 (US\$)

Somme totale	Libellés des colonnes			
	Agences	Allocation de base UBRAF des coparrainants (HQ)	Enveloppe pays des coparrainants (EP)	Fonds non essentiels des coparrainants
2020	-	299 994	-	299 994
PNUD	-	39 999		39 999
UNESCO		34 999	-	34 999
UNFPA		35 000	-	35 000
UNHCR		34 999	-	34 999
UNICEF		69 999		69 999
ONU FEMMES		10 000	-	10 000
WFP		34 999		34 999
OMS-PAHO		39 999	-	39 999
2021	390 000	300 000	710 000	1 400 000
PNUD	10 000	40 000		50 000
UNESCO		35 000		35 000
UNFPA		35 000		35 000
UNHCR	165 000	35 000	650 000	850 000
UNICEF	180 000	70 000	50 000	300 000
ONU FEMMES		10 000		10 000
WFP		35 000		35 000
OMS-PAHO	35 000	40 000	10 000	85 000
Total général	390 000	599 994	710 000	1 699 994

Note : Les budgets indiqués se réfèrent aux budgets des programmes, et non pas aux ressources humaines

Table 10 : Vue d'ensemble des ressources humaines de l'équipe pays en RDC (2019)

Agences	Position	Grade	Temps de travail
UNFPA	Chargé de programme national VIH	NO-B	60%
WFP	Assistant de soutien aux entreprises Kinshasa	P1	50%
WFP	Responsable Nutrition - VIH Kinshasa (NOA)	NO-A	65%
WFP	Responsable Nutrition - VIH Kinshasa	P3	50%
UNFPA	Chargé de programme national VIH et jeunesse	NO-B	60%

UNICEF	Spécialiste principal de la santé	P5	40%
UNICEF	Spécialiste de la santé	NO-C	25%
UNESCO	Assistant technique	NO-A	30%
UNICEF	Spécialiste de la santé	NO-C	80%
UNICEF	Agent de santé	NO-B	65%
UNHCR	Chargé de programme adjoint	NO-B	45%
UNICEF	Agent de santé	NO-B	80%
WFP	Chargé de suivi et d'évaluation Kinshasa	P1	50%
PNUD	Assistant Programme (SC5)	NO-C	30%
UNICEF	Spécialiste de la santé	P3	50%
UNHCR	Chargé de programme	P3	35%
OMS-PAHO	HIV/AIDS NPO	NO-C	100%
UNHCR	Programme régional principal	P4	80%
UNHCR	Responsable national de la santé publique	NO-A	100%
ONU FEMMES	WPS / Analyste humanitaire	P2	10%
PNUD	Chef d'équipe	P4	10%
UNHCR	Santé publique régionale principale	P4	50%
OMS-PAHO	HIV/AIDS NPO	NO-C	100%
WFP	Responsable Nutrition - VIH Kinshasa	P3	10%
UNHCR	Programme régional principal	P4	35%
WFP	Associé Nutrition - VIH Kinshasa (G6)	G6	50%
UNFPA	Représentant adjoint pour la santé reproductive	NO-D	20%

En ce qui concerne l'utilisation des ressources indiquées dans le budget UBRAF, des efforts ont été accomplis pour maximiser l'efficacité dans l'utilisation des ressources, dans un contexte de budget très modeste dédié au VIH. Les fonds catalytiques, qui s'élèvent à seulement 300,000 dollars par an pour l'ensemble du Programme commun, ont été utilisés en conjonction avec des ressources déjà engagées par les agences, et ont permis d'y ajouter ou renforcer la dimension VIH. Les agences ont également mobilisé des ressources logistiques pour appuyer la mise en place des activités VIH soutenues par le Programme. Par exemple, la MONUSCO a joué un rôle prépondérant dans les zones où elle intervient pour faciliter les mouvements des membres de l'équipe conjointe afin de mener des activités dans les communautés ou appuyer la coordination.

Du fait des ressources très limitées du Programme commun, certaines interventions sont ponctuelles et ne semblent pas s'inscrire dans une stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle. Les membres du Programme commun interrogés ont soulevé à plusieurs reprises la question de l'adéquation des ressources par rapport aux cibles du programme. Le rapport annuel UBRAF de 2019 indique par exemple « *Les plans sont sous-financés pour permettre leur mise en place* » et « *La mise à l'échelle n'est pas possible faute de financements.* » Les acteurs de la société civile interrogés notent que certaines interventions prometteuses ne connaissent pas de continuité du fait du tarissement des financements, comme l'initiative « les communes s'engagent ».

Plusieurs intervenants ont également relevé le manque de continuité des interventions comme un enjeu majeur du Programme, affectant l'efficacité et l'efficacité de l'utilisation des ressources. En dehors des zones couvertes par les fonds catalytiques, des répondants des différentes catégories (équipe conjointe, gouvernement et société civile) ont décrit un 'saupoudrage' des activités dans les provinces, sans être toujours en lien avec la situation épidémiologique et les besoins programmatiques de la réponse au VIH/sida. Par exemple, un acteur de la société civile a relevé : « *Les activités se font en saupoudrage sans avoir une vision stratégique. Une partie de l'équipe recommence leurs actions alors qu'il y avait déjà des acteurs formés, il n'y a pas de continuité, pendant que l'on sait que l'ONUSIDA devrait se centrer sur l'appui stratégique* ».

Il existe également des duplications ou des opportunités manquées de mettre en commun des initiatives, qui font craindre un manque de concertation entre les acteurs. On note par exemple le manuel développé par le PNUD²⁷ sur le VIH et les droits de l'homme et le manuel VIH, genre et droits humains publié deux ans plus tard par le PNLS avec l'appui de l'UNICEF, OMS, ONU FEMMES, ONUSIDA et PEPFAR²⁸.

2. Alignement des ressources VIH à travers les cadres de concertation UBRAF et UNSDCF

Des opportunités existent de mieux intégrer les ressources dédiées au VIH au sein des programmes des agences coparraines. La stratégie de mobilisation des ressources au sein du Programme commun est décrite ainsi par l'ONUSIDA au niveau global : « *Elle s'appuie sur les principes de co-parrainage et sur l'idée fondamentale selon laquelle les ressources de base de l'UBRAF doivent tirer parti de la mobilisation de fonds complémentaires hors budget de base, tout en ayant un effet catalyseur sur celle-ci. Elle vise aussi à rationaliser et à intégrer la lutte contre le VIH et le sida dans le cadre du programme plus large des ODD.* »²⁹ Au niveau du pays, l'information sur les fonds hors budget de base (*non-core funds*) est limitée, et il est également complexe de déterminer quelles sont les ressources humaines disponibles dans les agences pour les activités liées au VIH. C'est pourquoi le budget UBRAF disponible dans le pays peut être sous-estimé par rapport à l'investissement global des Nations Unies sur le VIH. Un répondant de l'ONUSIDA explique la difficulté de faire l'inventaire et de coordonner ces ressources : « *Les agences font un rapport à l'ONUSIDA au siège pour ce qui est des autres fonds alloués (hors enveloppe pays). Les points focaux de l'équipe conjointe n'ont pas directement accès à l'information sur ces sources.* »

Le lien entre le Programme commun et le cadre de l'UNSDCF gagnerait à être clarifié et communiqué aux chefs d'agences afin de mieux mobiliser les ressources des agences des NU sur le VIH. D'autres agences des Nations Unies, comme la MONUSCO avec sa section VIH et l'Office Internationale des Migrations (IOM), qui ne forment pas partie de l'équipe conjointe, travaillent étroitement avec le Programme et rapportent leurs activités VIH dans le cadre UNSDCF³⁰. La composante UNSDCF sur le VIH est hébergée dans l'effet 3.1 « *les populations, en particulier les plus vulnérables, bénéficient d'un accès équitable de qualité et durable aux services sociaux de base, y compris la lutte contre le VIH/sida* ». Bien que le VIH soit un thème transversal de l'UNSDCF, il n'apparaît pas explicitement dans les autres objectifs au-delà de l'effet 3.1.

Il existe un bon alignement au niveau des cibles et des thématiques abordées entre le Programme commun et la composante VIH de l'UNSDCF, en partie car les cibles restent de niveau très général dans le cadre UNSDCF. Les indicateurs des deux plans (UBRAF/UNSDCF) (Table 11) gagneraient à être mieux alignés, ce qui permettrait de capturer la contribution des agences des Nations Unies dans leur ensemble, et du Programme commun en particulier, à la lutte contre le VIH en RDC. Une meilleure articulation de la contribution du Programme commun aux objectifs de l'équipe pays des NU (UNCT) permettrait de soutenir la mobilisation des ressources pour le Programme. Ainsi, un membre de l'équipe conjointe constate : « *Au niveau de l'UNCT il faut interpeller les chefs d'agences et leur faire comprendre le rôle de chaque agence dans la lutte contre le VIH. Le senior management ne comprennent pas leur rôle, du coup les fonds ne sont pas consistants.* »

²⁷ Manuel et Formation : Le sida et les droits de l'homme en RDC, PNUD, 2017

²⁸ Module de Formation VIH, genre et droits humains, PNMLS, 2019

²⁹ Plan de travail de l'ONUSIDA 2020-2021

³⁰ Programme Cadre de Coopération des Nations Unies en R2publique Démocratique du Congo 2020-2024
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNSDCF-RDC%202020-2024%20.pdf>

Table 11 : Correspondance entre les indicateurs UBRAF Pays et UNSDCF

Indicateurs UBRAF Pays 2020-2021	Indicateurs UNSDCF 2020-2024 (Effet 3.1)
Atteindre 90–90–90 et offrir un soutien nutritionnel aux 51,9% de PVVIH malnutries à l'initiation du traitement ARV et qui ne sont pas accompagnées pour ces besoins nutritionnels	<p>Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population (cible ODD 3.3)</p> <hr/> <p>Pourcentage des jeunes et adolescents (femmes et hommes) connaissant leur statut sérologique au VIH</p> <hr/> <p>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement ARV (désagrégé par sexe, âge, population clés)</p>
19 ZS des provinces du Maniema, Kasai, Kasai Oriental et du Kasai central offrent un paquet complet eTME et de Prise en charge pédiatrique	<p>Pourcentage des centres de santé offrant des services de santé de qualité et garantissant les interventions essentielles et d'urgence en matière de soins maternels et néonataux</p>
70% des survivantes des violences sexuelles reçoivent une prise en charge holistique	<p>Nombre de victimes de VFF ayant bénéficié d'une prise en charge psychologique, judiciaire, médicale, réinsertion économique ou scolaire (désagrégé par sexe, âge, population clés)</p>
	<p>Pourcentage des points de distribution de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des six derniers mois</p>
Au moins 90% des jeunes et adolescents de 10-19 ans ont accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive y compris la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH/sida dans les 19 ZS ciblées	<p>Nombre d'adolescents et de jeunes (filles et garçons) scolarisés et non scolarisés recevant une information complète sur la sexualité et la santé reproductive</p>

Des efforts pour améliorer l'alignement et la mobilisation des agences des NU dans le cadre de l'UNSDCF ont été menés, afin d'amener plus de cohérence dans les activités VIH des agences coparraines. Selon les répondants des agences des Nations Unies interrogés, jusqu'à récemment la coordination du Programme commun avec la composante VIH de l'UNSDCF se faisait essentiellement à travers le partage régulier d'information et de rapports. L'ONUSIDA invite à présent les agences des NU non-membres de l'équipe conjointe à participer aux réunions de l'équipe conjointe. Depuis 2020 une Task Force composée des partenaires financiers et des agences coparraines a été mise en place, qui permet à chaque agence de faire le point sur la mise en œuvre des activités VIH et les possibilités de mobilisation des ressources.

3. Effet catalytique du Programme commun pour mobiliser des ressources additionnelles pour la réponse au VIH

Les fonds UBRAF ont permis de mobiliser des ressources complémentaires chez certaines des agences coparraines pour soutenir les objectifs du Programme commun. Cet effet catalytique reste toutefois limité par la capacité des membres de l'équipe conjointe à influencer l'allocation des ressources dans leurs agences respectives. Les membres de l'équipe conjointe se servent des fonds catalytiques UBRAF pour mobiliser des financements additionnels dans leurs agences, et mènent un plaidoyer en interne pour assurer la continuité de l'engagement sur les activités VIH. Ainsi, les fonds de l'enveloppe pays ont permis de mobiliser des ressources additionnelles, par exemple en étendant l'approche des mères mentors de l'UNICEF dans le Maniema et Kasai Central avec l'apport UBRAF en plus d'autres provinces appuyées par UNITAID et les fonds propres UNICEF.

Il ressort cependant des entretiens avec les membres de l'équipe conjointe qu'au-delà des points focaux VIH, les organes de direction et les autres branches techniques des agences coparraines à tous les niveaux connaissent mal le rôle et le fonctionnement du Programme commun. De ce fait, tant au niveau central que décentralisé, les membres de l'équipe conjointe ont relevé la difficulté à mobiliser des ressources humaines et financières en interne. Depuis 2018, on observe un désengagement des agences des NU sur le VIH, matérialisé par la baisse des financements et ressources humaines. Dans la région Sud du pays par

exemple, il y a peu de ressources pour les activités VIH, dans une région qui compte pourtant parmi les zones à plus forte incidence du pays, comme le Haut Katanga, le Haut-Lomami et le Tanganyika. Un membre de l'équipe conjointe à Lubumbashi a relevé : « *Les ressources vont décroissant depuis plus de quatre ans. La mobilisation des fonds alloués au VIH a sensiblement diminué.* » Un autre membre de l'équipe au niveau central note « *Le financement de la réponse au VIH au sein de notre agence a connu une tendance à la baisse.* »

Des membres de l'équipe conjointe décentralisée ont également mentionné que leur rôle de point focal VIH n'apparaît pas dans leur plan de travail et leurs termes de référence. Il s'agit donc d'une tâche additionnelle et optionnelle, ce qui ne contribue pas à la stabilité de l'engagement des membres de l'équipe dans le contexte d'un environnement de travail déjà surchargé.

4. Rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA dans le leadership et la coordination de la réponse des NU au VIH

La coordination des interventions par le Secrétariat de l'ONUSIDA au niveau central a largement contribué à la cohésion du Programme commun. Le leadership au niveau central est aussi particulièrement présent sur les questions de développement des partenariats et d'appui stratégique à la coordination multi-sectorielle, ainsi que sur la traduction d'initiatives globales dans le contexte congolais. La coordination du Secrétariat de l'ONUSIDA au niveau central est perçue positivement par les répondants, qui notent les réunions régulières de l'équipe conjointe et l'approche participative avec les partenaires du gouvernement et de la société civile. Il semble toutefois que la coordination de l'Equipe Conjointe elle-même ait besoin d'être redynamisée dans le contexte opérationnel de la COVID-19. Par exemple, un membre de l'équipe conjointe note : « *Je souhaite qu'on ressente à nouveau l'équipe conjointe, et que la synergie du travail reprenne, car je ne la ressens pas.* » Il serait donc utile de pouvoir inclure la contribution des partenaires extérieurs et leur participation dans la planification de l'équipe conjointe, tout en maintenant un espace plus restreint où l'équipe conjointe puisse discuter des aspects stratégiques et opérationnels en interne.

Au-delà du rôle de coordination, le Secrétariat de l'ONUSIDA exerce également un rôle de leadership et d'appui technique sur la mise en place de plusieurs initiatives globales en RDC, comme le H6 avec ONU FEMMES et UNFPA³¹, le Partenariat Mondial sur le Stigma et la Discrimination³² (avec le PNUD), l'initiative les Villes S'engagent³³ et la Coalition Mondiale sur la Prévention Primaire avec l'UNFPA³⁴. La coordination avec le PNLS et d'autres Ministères engagés dans la réponse multi-sectorielle, en particulier avec le PNLS au sein du ministère de la Santé, se font également sous l'égide du Secrétariat de l'ONUSIDA.

Dans le contexte de la RDC où la planification décentralisée est nécessaire, les représentations régionales du secrétariat de l'ONUSIDA ne disposent pas des ressources humaines et logistiques nécessaires pour remplir la fonction de coordination de la réponse au VIH à leur niveau. Le Secrétariat de l'ONUSIDA au niveau régional ne dispose que d'une seule personne à plein temps dans chacune des trois régions de l'Est, du Centre et du Sud, sans véhicule propre, et qui doit donc compter sur les ressources que les partenaires peuvent mettre à disposition pour mener des activités. Or dans le contexte de la RDC, le niveau provincial est prépondérant dans la planification et l'allocation de ressources à la réponse au VIH. Un répondant de l'équipe conjointe note : « *Si nous voulons être efficaces dans la riposte au VIH il faut comprendre l'implication de l'étendue et du manque d'infrastructures de communications en RDC qui affectent tous les aspects de la programmation. Il n'y a pas de paix stable, et la gouvernance centrale en a souffert. Cela signifie pour le système des Nations Unies qu'il est nécessaire de traduire les orientations nationales en approches pratiques au niveau provincial. C'est là que se fait la budgétisation. Les assemblées régionales publient des orientations, et la grande majorité des ressources sont gérées au niveau provincial. Le modèle en place dans de nombreux pays où le gouvernement central contrôle les cordons de la bourse ne fonctionne pas en RDC. Chaque province a la taille d'un pays.* » Dans le contexte d'une planification axée sur les contextes provinciaux, il y a donc lieu de repenser le modèle de mise en place des activités de

³¹ <https://www.unaids.org/en/topic/H6>

³² Partenariat mondial pour l'élimination du stigma et de la discrimination liés au VIH/sida
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_fr.pdf

³³ Les villes s'engagent est une initiative de 2014 qui a été traduite en RDC par les communes s'engagent, mais n'a pas connu de continuité après 2017 dans le pays.
https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170726_cities#:~:text=Depuis%20le%20lancement%20en%202014,90%20d'ici%20%C3%A0%202020.

³⁴ Cette coalition a été créée pour mettre en place la feuille de route 2020 sur la prévention du VIH dans 28 pays, dont la RDC
https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2021/05/JC3006_GPC-Full-Report_2020_Fr-1.pdf

coordination de l'ONUSIDA au niveau décentralisé et de renforcer les capacités opérationnelles du Secrétariat au niveau décentralisé pour assurer les aspects d'appui technique et stratégique auprès des partenaires au niveau provincial, et de coordination de l'équipe conjointe décentralisée.

5. Rôle du Programme commun pour renforcer la cohérence des interventions VIH

Le mécanisme des fonds catalytiques a permis de développer des collaborations et des synergies au sein de l'équipe conjointe sur les activités VIH.

En 2018, l'équipe conjointe a tenu une retraite pour établir des actions coordonnées dans des zones prioritaires caractérisées par un contexte d'insécurité et de manque d'interventions sur le VIH. Les actions financées par l'enveloppe pays se sont concentrées dans 19 zones de santé de la région du grand Kasai, et dans une moindre mesure dans la région Est au Nord Kivu. Cette coordination a permis de rendre visible l'impact du Programme commun dans ces zones et d'établir des modèles d'intervention innovants entre plusieurs agences. Le Programme commun à travers les fonds catalytiques a ainsi contribué à réaliser le potentiel des agences coparraines dans la réponse au VIH. Dans le Grand Kasai, le HCR et le PAM et la FAO ont collaboré à l'évaluation des besoins liés au VIH et à la nutrition parmi les réfugiés venus d'Angola et les déplacés. Les agences ont travaillé avec les services de santé à la réintégration des PVVIH dans la file active de traitement grâce à l'identification et le soutien nutritionnel aux PVVIH qui en avaient besoin. Chaque agence dans sa thématique a travaillé de façon complémentaire pour soutenir la réponse gouvernementale au VIH. Ces bonnes pratiques ont contribué à la pérennisation de l'offre de services dans une approche nexus, de continuité entre les contextes humanitaire et de développement, comme le décrit un membre de l'équipe conjointe : *« On a essayé de soutenir la réponse gouvernementale qui était absente dans la zone. Les résultats sont du gouvernement, mais nous avons été là grâce aux fonds catalytiques. Ces deux provinces du Kasai (Kasai Central et Kasai Oriental) n'avaient pas d'accès par rapport au Fast-Track, ils avaient zéro accès à la charge virale. On a élargi la couverture de l'accès aux services VIH à travers un grand partenariat avec le Fonds Mondial. »*

Au niveau central, les agences ont également contribué à ce que les réfugiés, déplacés et personnes affectées par les conflits soient pris en compte dans la réponse au VIH. Un membre de l'équipe conjointe commente ainsi : *« Les agences des NU jouent un rôle de leadership sur les questions de VIH en situation humanitaire. Les fonds catalytiques sont dirigés vers les zones humanitaires. Il faut intégrer les réfugiés et les migrants dans les plans stratégiques VIH au niveau national. Le plaidoyer se fait et on prend en compte cette question. »*

Au-delà des contextes humanitaires, le Programme commun a contribué au développement d'activités VIH conjointes entre des agences travaillant des thématiques complémentaires. On peut citer la collaboration entre le PNUD, l'UNFPA et des partenaires de la société civile pour offrir un paquet de services aux survivantes de la violence faite aux femmes (Axe stratégique 3 du cadre UBRAF 2020-2021), ou la collaboration entre l'UNFPA et l'UNESCO sur l'accès aux services de la santé sexuelle et de la reproduction et le travail de formation et sensibilisation des jeunes en milieu scolaire et non scolaire (Axe stratégique 4). Dans ce sens, le Programme commun a pu construire sur des partenariats existants en renforçant la composante VIH dans ces collaborations.

Des opportunités existent pour mieux intégrer les aspects VIH dans la réponse humanitaires des NU au-delà les zones couvertes par les fonds catalytiques. En dehors des zones qui ont bénéficié de l'enveloppe pays, la réponse au VIH n'a pas été intégrée de façon consistante dans les clusters humanitaires. Un membre de l'équipe conjointe note *« Il faut qu'il y ait une ligne spécifique dans la réponse humanitaire sur le VIH. La DRC a un problème majeur là-dessus. Il faut vraiment intégrer le contexte humanitaire. »* L'appui de l'ONUSIDA est fondamental pour assurer l'intégration du VIH de façon transversale dans la réponse humanitaire, mais avec un seul représentant par région, le Secrétariat ne peut pas être présent dans tous les clusters pour s'assurer de l'intégration des questions de VIH. Une présence de l'ONUSIDA dans le bureau de la réponse humanitaire intégrée sous l'égide de OCHA permettrait de mieux coordonner les agences sur les aspects en relation avec le VIH et de s'assurer que la composante VIH est présente. Le Plan de Réponse humanitaire de la RDC de 2021 consolidé par OCHA³⁵ mentionne ainsi les problématiques liées au VIH en relation avec les aspects de malnutrition, de co-infection avec la tuberculose, la PTME et les violences faites aux femmes, mais l'ONUSIDA n'est pas mentionné dans ce plan.

Le manque de flexibilité dans l'allocation des ressources et la planification des activités par les agences coparraines au niveau décentralisé contribue au défi de la coordination des actions du

³⁵ Plan de réponse humanitaire de la RDC, 2021 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hrp_2021-vf_28_janvier_web_ok-links.pdf

Programme commun dans les provinces. Les activités VIH restent dépendantes des autres interventions des agences logistiquement, ce qui complique la réallocation géographique des ressources. Un membre de l'équipe conjointe décrit ainsi les enjeux pour aligner les activités VIH au sein de l'équipe : « *Certaines interventions ont des ressources, d'autres non. Dans ces conditions, c'est difficile de parler d'activités qui ne sont pas financées par l'enveloppe commune. Les agences sont multi-sectorielles. Chaque agence travaille dans un secteur donné, c'est un circuit déjà établi qui facilite leur travail.* » La planification des ressources et des activités des agences est organisée centralement, ce qui limite le pouvoir de décision des membres de l'équipe conjointe au niveau décentralisé afin de mieux coordonner leurs activités. Un répondant du gouvernement note « *Au niveau pays, le cadre de planification stratégique du gouvernement est décliné dans les gouvernements provinciaux. Les agences devraient s'aligner, mais elles doivent suivre des orientations qui viennent du niveau central, elles ont déjà défini les enveloppes, les programmes. Localement on peut définir les moyens, mais l'affectation des ressources dépend du niveau central. Les agences doivent accorder une certaine autonomie au niveau des provinces. Les ressources décidées plus haut ne leur permettent pas d'être flexibles.* »

6. Approche de partenariat du Programme commun avec les organisations de la société civile

Le Programme commun a contribué à promouvoir la participation des réseaux de PVVIH et de populations clés dans la réponse au VIH auprès du gouvernement et des autres partenaires techniques et financiers.

Le Programme commun, en particulier à travers le Secrétariat de l'ONUSIDA, a appuyé la représentation des personnes vivant avec le VIH dans les instances de décision de la réponse au VIH et a contribué aux capacités organisationnelles des réseaux (source : xx). Un répondant de la société civile note ainsi : « *Pour les PVVIH, l'ONUSIDA a beaucoup contribué au niveau organisationnel, depuis l'analyse de diagnostic organisationnel, jusqu'à la formation d'une organisation pour les PPVVIH qui travaille avec tous les acteurs. Ils sont pris en compte dans l'écriture des documents normatifs.* » Les attentes sont fortes de la part des OSC sur l'appui des NU pour conduire le plaidoyer sur les questions de droits humains en lien avec le VIH. Des répondants de la société civile au niveau décentralisé requièrent que ce soutien soit également disponible à leur niveau. L'un d'eux souhaite que : « *Les agences des Nations Unies nous accompagnent dans le plaidoyer auprès des décideurs, des autorités en ce qui concerne la marginalisation, la discrimination.* » ; un autre participant commente « *Il faut faire participer les OSC dans les synergies avec les institutions régaliennes.* »

Au-delà de la structuration et de la reconnaissance des réseaux de la société civile dans la réponse au VIH, différentes agences coparraines ont travaillé au travers de partenariats avec des OSC pour appuyer des services conviviaux ou des stratégies de services avancées au niveau des communautés. On peut citer par exemple le partenariat entre le PNUD et le SEDUC, une organisation à présent constituée de manière indépendante pour gérer les cliniques juridiques ; les partenariats du PAM avec différentes OSC dans les provinces du Centre pour appuyer les programmes sur la recherche des PVVIH perdus de vues à travers les pairs ; ou le programme de l'UNICEF sur les mères mentors qui fonctionnent sur le modèle de l'appui par les pairs.

Selon les répondants de la société civile et les participants aux groupes focaux, il existe cependant des défis importants dans l'approche de partenariat des agences coparraines sur les aspects VIH :

- **La continuité des partenariats et l'alignement entre les agences des NU restent un défi.** Il existe un mécanisme commun de sélection et évaluation des partenariats au sein des NU (la plateforme UNPP³⁶), mais il semble peu utilisé par les membres de l'équipe conjointe pour harmoniser les évaluations et gestion des partenariats. Du point de vue de plusieurs partenaires de la société civile interrogés, les agences arrivent en ordre dispersé et ne travaillent pas avec eux de manière complémentaire. L'un d'eux commente : « *Le constat, c'est que les coparrainants de l'ONUSIDA ne sont pas en train de travailler dans la vision commune que l'ONUSIDA est en train d'impulser. Nous avons un plan stratégique et des interventions qui couvrent tout le pays. Ce document devrait être appuyé par les agences des NU qui interviennent dans les régions où les interventions ont été ciblées de manière stratégique. Mais ils ne font pas ça de manière coordonnée, ce n'est pas efficace.* »
- **Un second défi est la transparence dans le processus de sélection des partenaires.** La réponse de la société civile est structurée autour de plateformes qui regroupent les organisations de populations clés. On peut citer UCOPLUS pour les PVVIH, RENADEF et FEMME PLUS pour les réseaux de femmes, RACQJ pour les organisations de jeunes. Ces plateformes permettent à la société civile de peser dans les débats et auprès des institutions. Or les activités des agences des NU ne cherchent pas toujours à

³⁶ <https://unpartnerportalco.zendesk.com/hc/en-us>

travailler à partir de ces cadres, la sélection des partenaires se faisant parfois sur la base de la solution la plus pratique pour mettre en place des activités concrètes. Un répondant note : « *Les agences partent faire ce qu'ils veulent selon leurs pensées, créent de petites organisations pour faire passer les fonds... or il faut bâtir sur ce qui existe et organiser la lutte. Si les autres ne suivent pas cette orientation, c'est de l'argent jeté. Chacun part avec sa valise d'argent. Bien sûr les rapports montrent de beaux graphiques, mais l'impact humain est zéro.* »

- D'autre part, **même si la thématique des populations clés a été impulsée par le Programme commun, les organisations de populations clés ne sont pas encore pleinement associées dans les questions qui les touchent.** La légitimité des organisations partenaires des NU auprès des populations ciblées fait parfois défaut, plusieurs répondants des organisations de populations clés expliquant que les fonds sont dirigés au travers d'autres organisations, mais pas directement au travers de réseaux de populations clés. Les intermédiaires sont perçues comme extérieurs aux populations qu'elles servent, s'exprimant sur le thématique des populations clés sans pour autant en faire partie. La question de la légitimité des intermédiaires a été au centre des discussions dans les groupes focaux. Un participant à un groupe de discussion souligne ainsi : « *Le souhait est qu'ils puissent travailler directement avec les organisations identitaires. Les procédures sont lourdes pour atteindre les bénéficiaires.* » Les participants aux groupes de discussion et des participants aux entretiens individuels issus des organisations représentant des populations clés ont souligné leurs difficultés pour accéder à des partenariats avec les agences des NU. L'un d'eux commente par exemple « *Il faudrait faire une identification des organisations communautaires et qu'elles soient reconnues.* »
- La structuration des plateformes de populations clés reste un chantier complexe, en particulier du fait des complications légales pour enregistrer les organisations. Le vide légal qui entoure les LGBT en RDC signifie que, malgré l'absence de criminalisation, ces organisations ne peuvent pas être enregistrées et leurs membres subissent des pressions fortes qui les gardent dans la clandestinité. Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) eux sont criminalisés ce qui réduit encore la possibilité de mettre en place des plateformes de représentation pérennes. Dans ces conditions, les procédures des NU pour créer et gérer les partenariats apparaissent trop rigides pour permettre de s'engager dans des partenariats avec les plateformes de populations clés. Les participants aux groupes focaux qui soulignent que les activités des NU ne parviennent pas à engager les personnes marginalisées : « *Les activités ne touchent que ceux qui sont connus car la clandestinité est forte.* » « *Les NU travaillent seulement avec le sommet de l'iceberg.* »
- **Les personnes interrogées de la société civile au niveau décentralisé et lors des groupes focaux ont relevé régulièrement que les fonds n'arrivent pas sur le terrain,** mais restent bloqués au niveau des sièges des ONGs récipiendaires et de la capitale, avec en particulier un manque de soutien aux activités par les pairs éducateurs. Certaines ONGs travaillant sur les questions de VIH avec les populations clés semblent ainsi manquer de légitimité par rapport aux réseaux communautaires (appelés également « organisations identitaires » en RDC). Les participants aux groupes focaux dénoncent également que les rapports faits aux/par les agences des NU ne reflètent pas la réalité du terrain. Les mécanismes de redevabilité aux bénéficiaires finaux font le plus souvent défaut, et les participants ont soulevé les questions de détournement par les organisations récipiendaires des fonds destinés aux groupes marginalisés. Une participante à un FGD de professionnelles du sexe à Kinshasa note ainsi : « *Nous même les PS, nous nous débrouillons pour visiter nos pairs avec notre propre argent de transport, nous allons aussi à la recherche des perdus de vue. On leur amène les données et eux (les organisations récipiendaires) se contentent de faire les rapports. Ils ne sont pas présents sur le terrain. Et à la fin du mois, ils nous donnent seulement 35 \$, alors que nous signons 75 \$ sur les justificatifs.* » Parmi les HSH impliqués dans un groupe focal à Kinshasa, il existe la même perception que la participation des populations clés dans les décisions est purement formelle, sans réelle implication des personnes concernées : « *Il n'y a pas d'association des pairs. On vous appelle seulement pour prendre des photos, la bière et le transport. Il faut associer les pairs déjà à la conception, une implication au niveau stratégique. Les PTF (partenaires techniques et financiers) ne connaissent pas en profondeur les problèmes et les besoins des membres.* »

En ligne avec le nouveau cadre UBRAF 2021-2026³⁷ (et dans la continuité du cadre UBRAF précédent³⁸), le Programme commun en RDC sous l'égide de l'ONUSIDA, pourrait mener une réflexion sur son approche collective au renforcement de la réponse des réseaux de la société civile sur le VIH. Le nouveau cadre UBRAF souligne l'importance de cette stratégie pour atteindre les objectifs globaux sur le VIH : « *Dans le cadre de l'UBRAF, le Programme commun accordera la priorité au soutien catalytique pour améliorer les*

³⁷ Traduit de l'anglais à partir du Draft UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework 2022–2026 (2021)

³⁸ UNAIDS/PCB (37)15.19 UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework 2016–2021 (2015)

ripostes communautaires au VIH, l'engagement communautaire et le leadership, dans le but de garantir que les communautés vivant avec et affectées par le VIH disposent de l'agence, des ressources et des outils dont elles ont besoin pour optimiser leur contribution à mettre fin à l'épidémie de sida.» Les participants des réseaux interrogés se font écho de cette priorité et recommandent que plus d'efforts soient fournis par les agences des NU pour soutenir une approche participative et l'implication directe des personnes concernées, plutôt que de mettre en place des programmes verticaux pilotés depuis Kinshasa. Un membre d'un groupe focal note : « *Il faut multiplier les consultations communautaires pour avoir toutes les informations qui permettront de mettre pied des programmes et interventions qui vont répondre aux vrais défis et problèmes des bénéficiaires en rapport avec le VIH/sida.* »

EQ4 Quels sont les facteurs principaux qui ont influencé la réalisation des objectifs du Programme commun et comment ont-ils été pris en compte ?

1. Facteurs influençant la réalisation des objectifs du Programme commun

1. Les facteurs internes au Programme commun

Les facteurs internes au Programme commun ont été abordés précédemment.

Il s'agit au niveau des forces du Programme : la capacité d'influence et de mobilisation des acteurs de la réponse au VIH ; la capacité technique des agences dans leurs secteurs d'activités respectifs ; la multi-sectorialisé des agences qui permet d'appuyer la réponse au VIH au-delà du secteur de la santé ; et la centralité des questions de genre et droits humain dans le SNU comme exprimé dans l'agenda 2030 et les ODD (EQ1). Les enjeux internes du Programme incluent la faiblesse des financements VIH qui mène parfois à un 'saupoudrage' des ressources; le manque d'un cadre stratégique, opérationnel et budgétaire consolidé englobant les activités et les ressources dédiées au VIH pour le secrétariat de l'ONUSIDA et par agences coparraines; les difficultés de coordination des activités VIH en particulier au niveau décentralisé du fait de la planification centralisée des agences ; et la faiblesse des mécanismes de coordination de la réponse à travers le secrétariat de l'ONUSIDA au niveau décentralisé et dans les instances de coordination humanitaires (EQ3).

En ce qui concerne les facteurs externes, on relève :

2. La COVID-19

La COVID-19 a été le facteur contextuel prépondérant durant la réalisation du Plan Conjoint 2020-2021. Les données relatives à l'impact du COVID sur l'épidémie de VIH en RDC sont encore lacunaires. Une étude de l'impact du COVID sur l'utilisation des services de santé en RDC datant de juillet 2021 ne relève pas d'effet au niveau national, mais une baisse significative de la fréquentation des services dans la zone urbaine de Kinshasa³⁹. Même s'il n'existe pas d'indications probantes que les PVVIH soient plus à risque de contracter ou développer des formes graves de la maladie globalement⁴⁰, ceux-ci présentent souvent des co-morbidités qui les placent dans les groupes à risque pour la COVID-19. Au-delà des effets de la maladie elle-même, les mesures de confinements ont affecté les facteurs déterminants de l'épidémie du VIH en RDC. L'UNFPA a notamment documenté une augmentation des grossesses précoces et des rapports non-protégés chez les jeunes déscolarisés, et une clinique juridique soutenue par le PNUD documente les nouveaux cas de violences domestiques et d'abus des droits humains en relation avec l'application de l'état d'urgence.

Selon les différents répondants interrogés, l'épidémie a également impacté le système de santé, l'organisation des services, la qualité des soins et la prise en charge des PVVIH. Un membre d'un groupe focal d'UDI témoigne du fait que les discriminations contre les populations clés ont affecté leur accès aux services en lien avec la COVID-19 : « *Au début de la COVID-19, un de nos pairs s'est refusé le droit de réaliser un test de COVID alors qu'il avait des étouffements. Le prestataire était convaincu que les étouffements étaient dus à la prise de la drogue. Et ce dernier est décédé suite à la COVID-19.* »

Comme rapporté dans les entretiens, la mise en place de l'état d'urgence et des restrictions de déplacement et de regroupement ont perturbé les activités de sensibilisation et de formation présentielle, la disponibilité

³⁹ Estimating National and Area Specific COVID 19 Effects on Health Service Use in the Democratic Republic of the Congo, D4I/USAID (2021)

⁴⁰ <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals#>

des intrants et des médicaments essentiels, et la prestation de services. Au niveau du Programme commun, le contexte opérationnel de la COVID-19 a affecté la mise en place des activités (EQ2).

Le contexte opérationnel de la COVID-19 a bouleversé les pratiques de agences, et a engendré de nouvelles pratiques qui pourraient être adaptées sur le long terme. On peut citer les collaborations renforcées entre les acteurs de la réponse qui ont permis de réorienter rapidement les ressources vers les nouvelles priorités, le rôle accru des organisations communautaires de pairs dans la mise en place de services pour atteindre les communautés et maintenir les patients PVVIH sous traitement, et les nouvelles pratiques de travail à distance. La réponse au COVID-19 a montré que les partenaires techniques et financiers sont capables de mobiliser rapidement de fonds pour faire face à l'enjeu. Ainsi, une participante à un groupe de discussion commente : « *La maladie à Coronavirus est venue et nous avons assisté à la mobilisation des chaînes de télévision et de radio, l'octroi des véhicules et la mise en place des programmes pour lutter contre la maladie. Si un tel arsenal pouvait aussi être fait pour le VIH se serait bien.* »

Certaines nouvelles façons de travailler développées durant la pandémie pourraient être étendues et pérennisées pour soutenir la coordination décentralisée au niveau des provinces. Par exemple, lors des ateliers conduits dans le cadre de cette évaluation, les restrictions de regroupement et de mouvement ont requis une approche innovante en créant des groupes virtuels à distances dans les différentes provinces participant aux ateliers régionaux. Ces réunions ont permis de capturer les priorités exprimées par les partenaires à distance et de les intégrer dans les résultats du travail de groupe. Cette pratique pourrait être adaptée pour étendre les activités de coordination régulières dans les provinces éloignées sans dépendre de déplacements physiques qui limitent le travail de coordination.

3. La stagnation des financements disponibles pour le VIH/sida en RDC

D'une manière générale, le niveau de financement de la réponse nationale au VIH/sida reste faible en RDC. Le Plan National contre le VIH/sida (2020-2023) note ainsi : « *Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre de ce PSN se sont élevées à environ 218 millions de dollars américains, soit un taux de mobilisation de 38% par rapport aux besoins de ce PSN au cours des deux années de sa mise en œuvre.* »

La RDC reste largement dépendante des bailleurs de fonds pour la réponse institutionnelle au VIH. Les deux bailleurs principaux de la réponse sont le Fonds Mondial et le PEPFAR. D'autre part, l'enquête REDES de 2014 révèle que les dépenses associées au VIH reposent largement sur les ménages, à hauteur de 44% des dépenses⁴¹. La stratégie des bailleurs⁴² s'appuie sur une exigence accrue de mobilisation des ressources domestiques, afin de pérenniser la réponse au VIH et permettre la mise à l'échelle des services. Le rapport GAM de 2020 fait le point sur l'état du financement de la réponse nationale⁴³ en se basant sur les derniers rapports REDES disponibles pour la RDC, dont le dernier date de 2017. Il en ressort que depuis 2014, on observe une tendance à la baisse de la part des fonds publics domestiques, avec une réduction de 24% en 2014 à 10,6% en 2017. Pour ce qui est de la période postérieure, selon le PNS (2020-2023), les fonds domestiques représentent 4% des fonds mobilisés en 2018, et 5% en 2019. Il semble que la définition de la catégorie de « fonds publics domestiques » diffère entre la méthodologie REDES et celle employée dans le PNS, ce qui pourrait expliquer la différence importante entre les chiffres REDES de 2014-2017 et ceux rapportés pour 2018-2019 dans le PNS. Reste que les différentes sources de donnée indiquent une stagnation de la part des investissements publics dans la réponse au VIH.

⁴¹ Rapport national de suivi de la riposte au VIH/sida en RDC, (Rapport GAM), PNMLS, 2020, <https://pnmls.cd/Documentation/uploads/RAPPORT%20GAM%202020%20-%20FINAL%2018112020.pdf>

⁴² PEPFAR DRC Country Operational Plan 2021 (2021)

⁴³ Rapport GAM, PNMLS, 2020,

Table 12 : Répartition des fonds mobilisés pour la réponse au VIH (PSN 2020-23)⁴⁴

Répartition des fonds mobilisés par source de financement (en USD)

SOURCES DE FINANCEMENT	BUDGET 2018	DEPENSES 2018	BUDGET 2019	DEPENSES 2019	TOTAL DEPENSES	TOTAL BUDGET	%
PEPFAR	71 677 811	55 086 636	65 495 000	54 634 476	109 721 112	137 172 811	80
GFATM	34 183 628	26 121 769	37 367 772	28 783 510	54 905 279	71 551 400	77
GOVERNEMENT	4 291 259	3 351 849	5 291 259	1 404 650	4 756 499	9 582 518	50
SYSTEME DES NATIONS UNIES	ND	ND	ND	ND	-	ND	-
AUTRES PARTENAIRES	ND	ND	ND	ND	ND	ND	-
TOTAL	110 152 698	84 560 254	108 154 031	84 822 636	169 382 890	218 306 729	78

Dans le contexte de la COVID-19, il est probable que la stagnation des ressources disponibles pour le VIH/sida en RDC continue à constituer la toile de fond de la réponse au VIH. Malgré cet enjeu, la RDC a pu réaliser des avancées importantes sur les cibles programmatiques (en particulier sur la prévention des nouvelles infections et la mise sous traitement des PVVIH et effectuer la transition vers une épidémie concentrée avec une prévalence chez les adultes de plus de 15 ans en baisse de 3,1% en 2000 à 0,7% en 2020⁴⁵. Il existe des opportunités pour continuer à progresser sur l'efficacité de la réponse tout en abordant la question des lacunes de financements sur les priorités identifiées. **Le Programme commun peut jouer un rôle clé dans la recherche de nouveaux partenariats et dans la mobilisation des ressources publiques et privées aux niveaux national et décentralisé.**

4. Le contexte opérationnel de la RDC

L'histoire récente de la RDC est marquée par des conflits récurrents ou émergents impliquant des groupes armés congolais et venant des pays voisins (voir l'Introduction). Ce contexte opérationnel est caractérisé par les difficultés à accéder aux zones d'insécurité et affecte la continuité des interventions. De plus, les mouvements de populations, incluant la venue de populations réfugiées des pays voisins (l'Angola, le Sud Soudan) et les déplacés internes posent des défis supplémentaires à la continuité des services VIH.

Les agences des NU sont un acteur majeur de la réponse humanitaire en RDC, et tentent de mettre en place des approches adaptées à ces situations d'instabilité récurrentes. L'approche nexus vise ainsi à faire le lien entre les acteurs de l'humanitaires et du développement pour pérenniser les interventions en renforçant les capacités locales et la résilience des institutions. De plus, les NU bénéficient d'une longue expérience en RDC dans la mise en place de mécanismes de coordination sectoriels, les clusters humanitaires, et de coordination centrale sous l'égide de OCHA. Le Programme commun en RDC compte aussi avec l'expérience et les ressources des agences coparraines telles que le HCR, l'UNICEF et le PAM qui positionnent le Programme commun comme un acteur majeur dans l'intégration des aspects VIH dans la réponse humanitaire en RDC. **L'équipe conjointe et le Secrétariat sont bien positionnés pour accroître la prise en compte des contextes humanitaires dans la réponse nationale au VIH, ainsi que l'intégration des aspects VIH dans les différents clusters humanitaires.**

Au-delà des zones humanitaires, le contexte opérationnel en RDC est caractérisé par la faiblesse du pouvoir politique central dans les provinces éloignées, et par la faiblesse des infrastructures de communication et de transports qui posent autant de défis logistiques. La traduction du cadre national de la réponse au VIH au niveau provincial dans les plans stratégiques, opérationnels et les budgets des gouvernements provinciaux suivant un modèle décentralisé fait souvent défaut dans la pratique. **Des opportunités existent pour le Programme commun de soutenir la réponse au niveau décentralisé et ainsi contribuer à l'objectif d'améliorer la couverture des services VIH à travers le pays :**

⁴⁴ Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida (2020-2023)

⁴⁵ AIDS Info <https://aidsinfo.unaids.org/>

- Le soutien à la planification et budgétisation au niveau des provinces, ainsi qu'à la mise en place d'un plan de mobilisation des ressources locales en particulier dans les zones minières. Ces éléments clés ont été abordés par les participants aux ateliers régionaux dans chacune des régions (voir Annexe 3). Un recentrage stratégique sur la mobilisation des ressources domestiques au niveau décentralisé pourrait constituer la pierre angulaire de la stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle des actions du Programme commun afin de jouer pleinement son rôle catalytique.
- L'amplification de la stratégie de prestation de services avancée, à travers des organisations de la société civile disposant de réseaux de pairs éducateurs. Cette approche est particulièrement adaptée dans un contexte caractérisé par les difficultés de transport ainsi que la nécessité d'aller à l'encontre des personnes marginalisées. Certaines agences du Programme commun ont une longue expérience dans ce domaine, comme le PAM, ONU FEMMES, l'UNFPA, L'UNESCO et l'UNICEF. Depuis la survenue de la COVID-19, les structures communautaires sont apparues comme un mécanisme indispensable pour maintenir les services VIH et assurer la distribution des tests et des ARVs au niveau des communautés. De plus, les stratégies de prestation de services par les pairs éducateurs sont particulièrement adaptées pour appuyer les services conviviaux qui permettent d'atteindre les personnes vulnérables issues des populations clés, qui rencontrent des barrières d'accès aux services de santé. Cette thématique a également été priorisée dans les propositions issues des ateliers régionaux (réflétées dans l'Annexe 3).

5. L'importance des déterminants de santé : les inégalités de genre, la pauvreté et la malnutrition, et les barrières d'accès aux soins rencontrées par des groupes de populations spécifiques

La RDC est placée au 150^e rang sur 162 de l'Indice d'Égalité de Genre (GII) en 2020⁴⁶. La violence à l'égard des femmes est largement répandue au travers du pays. Selon les résultats publiés par l'OMS en 2018⁴⁷, 47% des femmes en RDC ont subi des violences de la part de leur partenaire intime (VPI) au cours de leur vie, et 36% au cours des 12 derniers mois. De plus, selon l'EDS 2013-14⁴⁸, plus d'une femme sur quatre (27%) avait subi des violences sexuelles à un moment quelconque de sa vie, et près d'une sur six (16%) avait subi des violences sexuelles au cours des douze mois précédant l'enquête. Les taux les plus élevés de violence déclarée, y compris de violence sexuelle, ne se trouvent pas comme on pourrait s'y attendre dans les provinces de l'Est touchées de longue date par les conflits. La proportion de femmes déclarant avoir été contraintes à des rapports sexuels a été la plus élevée dans les provinces de Mai-Ndombe (30,1% des femmes) et de Sankuru (35,1%), situées respectivement dans l'Ouest et le Centre de la RDC, contre une proportion plus faible au Nord-Kivu (3,8%) et au Kasai (9,4%). Les répondants aux entretiens évoquent comme facteur de risque les pratiques culturelles locales à risque basée sur les inégalités de genre, par exemple l'héritage des veuves par le frère du conjoint décédé ou les rituels de purification imposés aux veuves qui peuvent être un facteur de risque à la transmission du VIH.

D'autre part, les déterminants socio-économiques sont particulièrement significatifs pour les populations clés, qui subissent la double peine de la pauvreté et de la marginalisation. Un participant à un groupe focal d'UDI comment ainsi : « *Le peuple Congolais ne bénéficie pas de ses droits et comment voulez-vous qu'une population clé en bénéficie ?* » Le Programme commun, en particulier à travers la collaboration PAM/HCR dans la zone Centre, a développé plusieurs interventions sur ces questions. Un élément clé de l'adhérence au traitement est le soutien nutritionnel pour les PVVIH malnutris ou dans l'incapacité de travailler, comme souligné par plusieurs participants dans les groupes focaux : « *un enjeu est l'abandon du traitement anti rétro viral car il n'y a pas de prise en charge alimentaire* », « *dans un estomac vide les ARVs se transforment en poison* », « *Une personne normale ne peut pas comprendre la douleur des PVVIHs de vivre les terribles épisodes de diarrhées, de douleur et de manquer à manger.* »

La dimension d'appui nutritionnel a bien été intégrée de façon transversale dans le Plan Conjoint 2020-21, prise en charge par le PAM. Pour la période 2018-2019, le PAM indique avoir sensibilisé 4611 accompagnants dans la région centre sur le VIH et le dépistage des enfants malnutris, et avoir offert un appui nutritionnel à 1600 femmes survivantes de violences sexuelles dans la province du Sud Kivu en 2020.

⁴⁶ <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>

⁴⁷ Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women WHO, 2021 <https://who.canto.global/pdfviewer/viewer/viewer.html?share=share%2Calbum%2CKDE1H&column=document&id=tfgc8uqvuh0b1157te vomtch1j&suffix=pdf>

⁴⁸ République Démocratique du Congo Deuxième enquête démographique de santé (EDS-RDC II 2013-2014), Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et ministère de la Santé Publique, 2014 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300_0.pdf

Toutefois, l'inclusion des PVVIH dans le besoin dans le programme nutritionnel du PAM semble avoir diminué selon plusieurs répondants des groupes focaux, qui déplorent que les critères de sélection soient devenus plus restrictifs. Le rapport d'activité du PAM de 2019 note également une baisse des fonds disponibles qui n'ont pas permis de délivrer les 401,3 tonnes métriques prévues, estimant que seulement 30% des besoins avaient été couverts. D'autres activités, par la FAO et le PNUD par exemple, ont traité des questions de support économique à travers les activités génératrices de revenus (AGR) afin de permettre la réintégration sociale et économique des PVVIH et personnes vulnérables comme les femmes survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre. La question de la pérennisation des AGR a été toutefois maintes fois soulevée lors des ateliers régionaux. En l'absence d'un cadre de suivi et d'accompagnement, les AGR mises en place tendent à être peu durables, par exemple lorsque la santé des PVVIH ou les circonstances sécuritaires et économiques se dégradent.

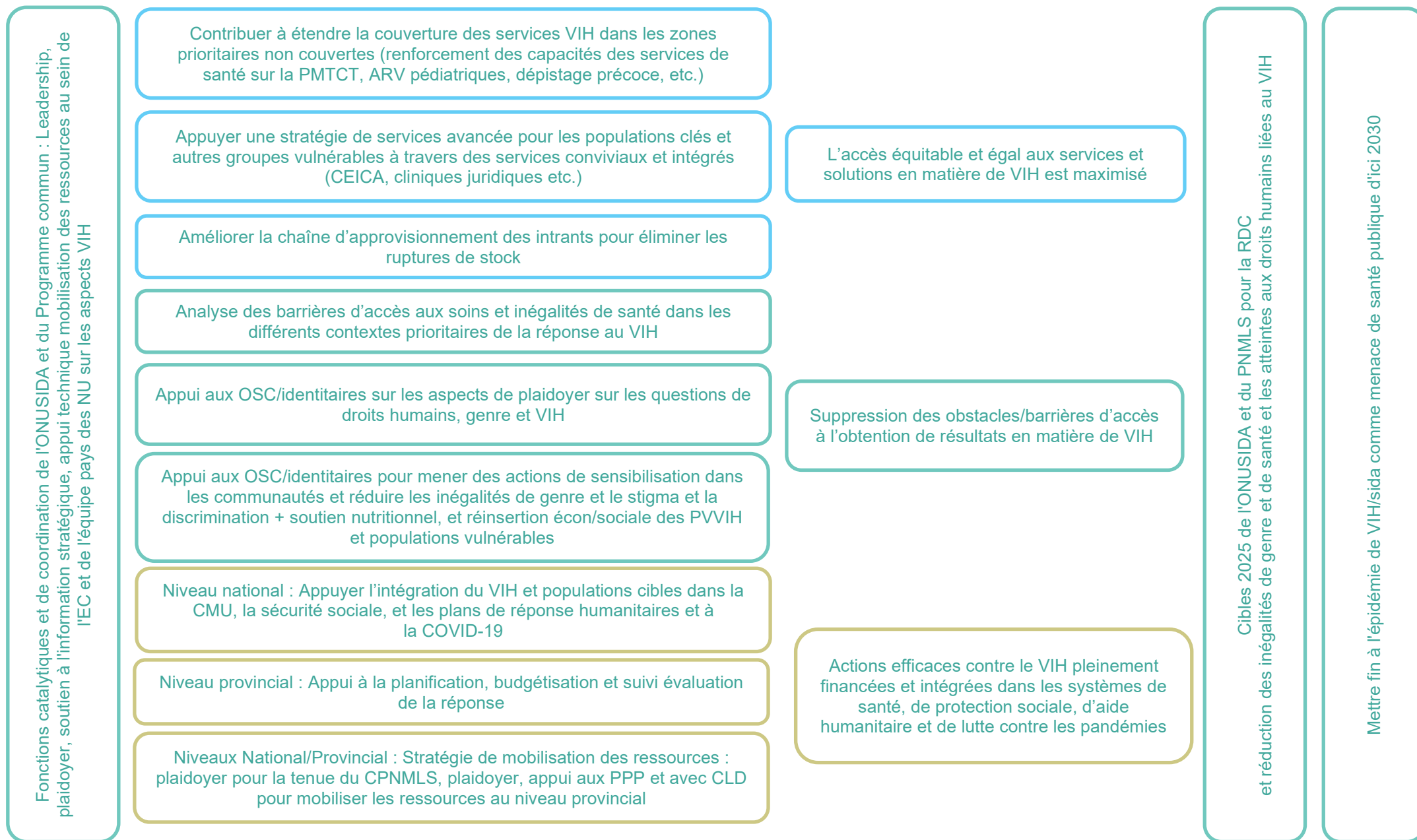
Des groupes spécifiques au niveau local méritent de faire l'objet d'interventions spécifiques pour réduire leurs facteurs de vulnérabilité. Dans la région sud par exemple, les participants ont identifié des groupes particulièrement vulnérables au VIH dans leur contexte du fait de la présence des mines et de la région frontalière avec des zones de haute prévalence en Zambie et au Botswana : les artisans miniers, les transporteurs, les petites commerçantes et cuisinières qui fournissent les repas aux mineurs. La situation des populations autochtones dans les régions de l'Est de le d'Ouest a également été soulevée, du fait du manque de données et d'informations disponibles sur ces groupes particulièrement marginalisés (voir annexe 3).

Le nouveau cadre UBRAF réitère et renforce la centralité des approches transformatrices des normes de genre, et met l'accent sur la réduction des inégalités dans la riposte au VIH. Selon des répondants de l'équipe Conjointe et de la société civile, le Programme commun a insuffisamment appuyé l'analyse des barrières de santé et les questions d'équité et d'inégalité de genre, au-delà des populations clés. **Le cadre UBRAF indique également l'importance d'intégrer les PVVIH et les populations vulnérables au VIH dans les systèmes de protection sociale, et de veiller à la réduction des barrières économiques à l'accès aux soins VIH dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle.**

2. Proposition des ateliers régionaux pour prendre en compte ces facteurs dans le prochain plan conjoint

Les participants aux ateliers régionaux ont développé des propositions pour prendre en compte et répondre aux facteurs décrits ci-dessus. Fig. 9 ci-dessous reprend les axes de consensus qui se sont dégagés au travers des différents ateliers. Les produits des ateliers régionaux sont présentés de façon résumée en Annexe 3.

Fig. 9 : Priorités identifiées sur la base de la théorie du changement (pour 2022-2023)



Conclusions et recommandations

Conclusions

C1. La valeur ajoutée spécifique du Programme commun réside dans son aspect catalytique, au travers de l'appui stratégique et technique à la réponse multisectorielle au VIH. Toutefois son impact est limité par l'insuffisance des ressources dédiées à la couverture des services VIH à travers le pays, qui pose un risque pour la pérennisation des acquis du programme.

Malgré des ressources relativement limitées comparé aux partenaires techniques et financiers comme le Fonds Mondial et PEPFAR, le Programme commun joue un rôle de premier plan dans la réponse au VIH en RDC. Sa valeur ajoutée réside dans l'appui stratégique et technique apporté aux acteurs de la réponse nationale, sa capacité d'influence sur les questions de genre et droits humains, et son aspect multi-sectoriel qui lui permet d'intégrer le VIH dans les secteurs de l'éducation, de la justice, du genre ou de l'agriculture. Certaines agences coparraines sont particulièrement bien positionnées pour intégrer le VIH dans la réponse humanitaire et l'approche nexus.

Toutefois, les activités du Programme commun ne sont pas toujours alignées sur ces aires de valeur ajoutée. Certaines activités programmatiques ne s'inscrivent pas dans une stratégie de mise à l'échelle et de pérennisation à travers des partenariats stratégiques. Dans un contexte de baisse des ressources dédiées au VIH tant au sein des agences des Nations Unies que parmi les autres partenaires techniques et financiers, les efforts du Programme commun gagneraient à se recentrer sur sa valeur ajoutée pour soutenir l'intégration du VIH dans les autres secteurs et mobiliser de nouvelles sources de financement, en particulier au niveau provincial, pour appuyer la mise à l'échelle de la réponse au VIH.

C2. L'ONUSIDA joue un rôle clé dans la mobilisation de l'équipe conjointe à travers son leadership et les appuis stratégiques et techniques au niveau central, et à travers le mécanisme de l'enveloppe pays au niveau décentralisé. Cependant, des lacunes persistent dans la définition des contours du Programme commun pour lequel un cadre de planification et budgétisation commun ne sont pas clairement articulés.

L'enveloppe pays a permis de définir des collaborations concrètes entre les agences et de mobiliser des fonds complémentaires dans certaines des agences coparraines. Cette approche ciblée géographiquement a permis de démontrer les bénéfices d'une meilleure convergence des activités VIH des agences coparraines et de rendre visible l'impact du Programme. En dehors des activités menées dans les zones visées par l'enveloppe pays et des activités d'appui stratégique et technique au niveau central, l'apport du Programme commun pour coordonner et mobiliser les agences coparraines sur la thématique du VIH apparaît ténu dans les provinces, et on assiste à un saupoudrage des activités sans lien direct avec les zones prioritaires de la réponse au VIH.

Le leadership du Programme commun gagnerait à être étendu à l'ensemble des activités VIH des agences indépendamment de leur source de financement. Dans un pays aussi vaste et enclavé que la RDC, la planification, coordination et mobilisation des ressources au niveau provincial est clé. Il existe des attentes par rapport au rôle des représentations régionales du Secrétariat de l'ONUSIDA pour mieux coordonner les agences et appuyer la réponse au VIH à ce niveau ; cependant ses ressources sont trop limitées au niveau décentralisé pour assurer pleinement cette fonction.

C3. Le Programme commun a contribué à intégrer les réseaux de la société civile en tant qu'acteurs de la promotion des droits humains et de l'égalité de genre dans la réponse au VIH. Cependant, son appui reste insuffisant en ce qui concerne les aspects de pérennisation et structuration des organisations de populations clés et l'exigence de redevabilité et d'engagement significatif des membres des réseaux.

L'engagement du Programme commun avec la société civile est principalement de deux ordres : le Programme commun sous l'égide du Secrétariat de l'ONUSIDA a travaillé à promouvoir la capacité de plaidoyer et la participation des réseaux de PVVIH et de populations clés dans les instances de décision de la réponse nationale au VIH ; et certaines des agences coparraines ont engagé les organisations à base communautaire dans des programmes de sensibilisation et de services avancés à travers les pairs éducateurs.

Cet engagement reste peu harmonisé et significatif en ce qui concerne : la structuration des plateformes de populations clés et le renforcement institutionnel des réseaux de pairs (femmes et filles, PVVIH, populations clés et autres groupes marginalisés engagés dans la réponse au VIH) ; et la promotion de la représentativité et de la transparence à travers des mécanismes de redevabilité aux membres de communautés.

Recommandations

R1. Renforcer la valeur ajoutée du Programme commun en appuyant la mise à l'échelle et la pérennisation des actions catalytiques à travers la mobilisation des ressources pour la réponse nationale au VIH.

- Appuyer la mobilisation des ressources domestiques au niveau central, en particulier en conduisant un plaidoyer au plus haut niveau au travers la redynamisation des réunions du CNMLS et des CPMLS
- Recentrer l'Enveloppe Pays sur des actions stratégiques au niveau des provinces, en particulier l'appui à la planification du VIH et aux stratégies de mobilisation des ressources incluant les financements au niveau des provinces et des communes, les partenariats publics-privés, les plans des comités locaux de développement et la responsabilité sociale des entreprises minières.
- Appuyer l'analyse des barrières d'accès aux soins VIH et des inégalités liées au VIH et soutenir l'intégration des PVVIH et personnes vulnérables, incluant les populations clés, dans les systèmes de Couverture Maladie Universelle et de protection sociale ainsi que dans la réponse humanitaire. Continuer également le plaidoyer pour que les personnes affectées par les crises humanitaires soient prises en compte dans la réponse au VIH.

R2. Renforcer la coordination du Programme commun en s'assurant que le Plan Conjoint est compréhensif et décliné au niveau provincial, avec un cadre de résultats commun basé sur les aires prioritaires de la réponse au VIH

- Préciser le cadre du Plan Conjoint et son articulation avec l'UNSDCF. Etablir un plan et un budget consolidé rendant compte de l'ensemble des activités VIH des agences des Nations Unies en RDC.
- Baser le cadre de résultats du Plan Conjoint sur une théorie du changement du Programme commun en RDC, alignée sur le nouveau cadre UBRAF 2021-2016, et qui rende explicite la valeur ajoutée du Programme commun dans la réponse en RDC ainsi que son mécanisme de fonctionnement. Une théorie du changement a été proposée par l'évaluation en Annexe 7 du rapport, qu'il convient de valider avec l'équipe conjointe, afin de pouvoir l'utiliser comme base au développement du cadre de résultat/suivi et évaluation du Programme commun. D'autre part, une proposition d'un cadre de résultats schématique est présentée dans l'évaluation (figure 9) qui synthétise les propositions émergentes des ateliers régionaux.
- Planifier les activités du Programme commun sur la base des priorités régionales, en s'assurant que les priorités nationales soient déclinées dans les contextes locaux. Pour cela, développer des plans régionaux qui reflètent dans le plan conjoint consolidé tout en le contextualisant. Annexe 3 du rapport propose une base de développement de ces plans régionaux à partir des propositions faites durant les ateliers régionaux, articulés autour des trois résultats stratégiques du cadre UBRAF 2021-2026 et repris dans le cadre de résultats synthétique.
- Mobiliser les chefs d'agence pour assurer l'intégration du programme VIH au sein de l'équipe pays des NU et formaliser les Points Focaux VIH tant au niveau central qu'au niveau des provinces. Améliorer la communication sur le Plan Conjoint et ses déclinaisons au niveau des provinces, au sein de l'équipe conjointe et auprès des partenaires.
- Renforcer les ressources humaines et l'appui opérationnel aux représentations régionales du Secrétariat de l'ONUSIDA afin qu'elles puissent remplir leur rôle de coordination et d'appui technique dans les régions. Utiliser différentes stratégies pour étendre l'appui du Secrétariat dans les régions (ateliers virtuels, cascade à travers la facilitation d'échanges entre les provinces).

R3. Renforcer l'engagement significatif des PVVIH et des populations vulnérables, incluant les populations clés, et l'impact communautaire à travers une stratégie de partenariat commune avec les réseaux issus de la société civile

- Développer un cadre commun de partenariat avec les réseaux engagés dans la lutte contre le VIH, qui clarifie les objectifs de développement institutionnel et des capacités des partenaires de la société civile, en particulier les réseaux de populations clés.
- Intégrer au cadre de résultats du Programme commun une cible/indicateur basé sur un mécanisme de redevabilité aux membres des réseaux afin de suivre leur participation dans la planification et le suivi des actions, et leur satisfaction sur le partage d'information et les programmes qui les concernent.
- Renforcer les services à base communautaire à travers les pairs éducateurs et les services conviviaux, les services holistiques incluant les activités génératrices de revenus, l'accompagnement juridique, la sensibilisation sur les inégalités de genre et le stigma et la discrimination. En tirant les leçons de l'expérience de la réponse durant le COVID-19, appuyer la capacité de prestation de services des réseaux de la société civile au niveau des communautés à travers des programmes dédiés et un

plaidoyer auprès du Gouvernement et autres partenaires techniques et financiers pour intégrer les stratégies de services avancées dans la couverture de services VIH.

- Intégrer les approches transformatrices des normes de genre dans les programmes VIH, afin de contribuer à la réduction des inégalités de genre comme facteur majeur de vulnérabilité au VIH. Reprendre les recommandations émises par l'évaluation sur la violence faite aux femmes et aux filles, qui inclut un cas d'étude et des suggestions spécifiques pour le Programme en RDC⁴⁹.

⁴⁹ Joint evaluation of the UN Joint Programme on AIDS on preventing and responding to violence against women and girls, UNAIDS, 2021, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_joint-evaluation-preventing-responding-violence-women-girls-report_en.pdf

Annexe 1 : Termes de Référence (TdR)

Evaluation of the UN Joint Programme on HIV in the DRC

1. Overall context

Evaluations of the work of the UN Joint Programme on HIV at the country level are part of the UNAIDS evaluation plan approved by UNAIDS Board. The evaluations are designed for organizational learning as well as accountability purposes. The evaluations are managed by UNAIDS evaluation office in close collaboration with UNAIDS country offices and carried out by external consultants.

The evaluations focus on the performance, challenges and achievements of the Joint Programme at country level. This encompasses the work of the country offices of UNAIDS Secretariat and Cosponsors as well as specific contributions by regional offices and headquarters units, where relevant. In each country the role and contribution of UNAIDS Secretariat and Cosponsors is captured in a Joint Plan of the UN Joint Team on AIDS, which translates UNAIDS Unified, Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) into action at the country level.

The UNAIDS Country office coordinates the functioning of a UN Joint Team on AIDS, composed of representatives of Cosponsors – at different levels and covering the AIDS portfolio in their agencies. In some countries there is also a Thematic Group, composed of Head of Agencies, to specifically discuss AIDS related issues. In others, AIDS is part of the agenda of the regular UN Country Team, convening all Heads of Agencies on all issues.

In 2021, UNAIDS developed a new Global AIDS Strategy for 2021–2026, that is a bold new approach to use an inequalities lens to close the gaps that are preventing progress towards ending AIDS. The Strategy calls on the Joint Programme to advance its leadership role in the global HIV response. A new UBRAF covering the same period is also under development. In this context, the evaluations of the Joint Programmes on HIV at country level are also forward looking, to help the Joint Programme sharpen the role it plays in supporting the implementation of evidence-based priority actions to achieve the targets to get the country on track to end AIDS as a public health threat by 2030.

The evaluations are designed with a view to inform a) the implementation of ongoing programmes and activities but also b) the design of future programmes and activities. Depending on the programming cycle of the UN, the evaluations may feed into evaluations of UN Development Assistance Frameworks (UNDAFs) and inform the development or implementation of UN Sustainable Development Cooperation Frameworks (UNSDCFs).

2. Purpose and focus of the evaluation

The evaluation of the Joint Programme in the Democratic Republic of Congo (DRC) is designed to document and analyse achievements, challenges and lessons learned by Joint Programme in supporting the country to end AIDS as a public health threat by 2030.

More specifically, the evaluation will assess the role and contribution of UNAIDS Secretariat and Cosponsors (the UN Joint Team on AIDS) in the context of the 2020–2024 UNSDCF in the DRC.

A general schematic theory of change—to be contextualized for DRC—of how UNAIDS Secretariat and Cosponsors contribute to the achievement of national AIDS goals and targets as well as UNSDCF outputs and outcomes is presented in annex 1.

Findings, conclusions and recommendations of the evaluation are expected to help identify ways of ensuring continued and intensified engagement of the UN system to end AIDS in DRC—and help position the UNAIDS country office and the broader UN Joint Team on AIDS in the current UN Cooperation Framework (2020–2024) and UN reform efforts at country level.

The OECD/DAC evaluation criteria—*relevance, coherence, effectiveness, efficiency, impact* and *sustainability of results*—are used as a reference to assess the work of the UNAIDS Secretariat, Cosponsors as well as their joint work through the UN Joint Teams on AIDS. Not all criteria will be used for the evaluation—but prioritized as needed and in consultation with the Joint Team in country.

3. Evaluation questions, methods and process

The evaluation will be guided by three overarching questions—is the Joint Programme on HIV in the DRC doing the *right things*, in the *right way* and achieving the *right results* in the UNDAF? The specific evaluation questions to assess the performance, challenges and achievements of the Joint Programme will be agreed at the outset of the evaluation—in consultation with the Joint Team on AIDS—and following a preliminary document review.

The evaluation will be managed by the UNAIDS evaluation office and carried out by one international and one (or several) national consultant/s. The evaluation is designed as a participatory and iterative learning exercise to be completed within a period of three months. Stakeholder participation is essential. An indicative list of stakeholders to be engaged in the evaluation will be prepared by UNAIDS country office.

The Joint Team is entering a new biennium (2022–2023) and there is a need for better planning and making support available more effective, also considering other partners. The Joint Programme will need to operate more efficiently, improve quality of its support, strengthen technical engagement to close critical gaps and make a difference by using the resources available to ensure AIDS targets can be achieved. In the context of the DRC—given the size of the programme, it will be important to look at issues of performance at the sub-national level as well - namely the three areas outside the capital where UNAIDS Secretariat is present.

At the outset of the evaluation, the consultants (backed by the UNAIDS evaluation office as necessary) will organize a participatory workshop with the UN Joint Team on AIDS—and external stakeholders as relevant and agreed—to:

- Revisit the general Theory of Change for the evaluation and customize it to the DRC
- Prioritize and define the questions for the evaluation—in the context of the revised TOC and for prioritized country results.

The operating context of the DRC is particularly complex, given the size of the country, the AIDS epidemic and players as well as ongoing insecurity and the pockets of internal civil conflict and ethnic tensions. Therefore, the scoping and prioritization of evaluation questions will play an essential role for the evaluation. The questions could cover elements such as if the Joint Programme has delivered well on what it set out to do (value added), what was done uniquely (humanitarian/human rights, gender equality, strategic management, laboratory capacity, etc.), funds allocation/partnerships to raise funds, and looking at what the DRC applied specifically from the global UBRAF framework.

Questions should cover process (like coordination elements and working together/jointness) but also context (priority areas in the HIV response in DRC). The past Strategy and UBRAF (2016–2021) remain frameworks of reference to assess past achievements—while the new Strategy and UBRAF (being developed) for 2021–2026 should help frame the forward-looking elements of the evaluation.

At the end of the evaluation, the consultants (backed by the UNAIDS evaluation office as necessary) will organize another participatory workshop, with the UN Joint Team on AIDS and external stakeholders to:

- Discuss and validate recommendations
- Provide training on results-based management (RBM)
- Based on the evaluation recommendations, initiate a concrete application of RBM (expected results and actions following recommendations) that will form the basis for the future Joint Programme planning (2022–2023 biennium).

The evaluation covers the period 2018 until mid- 2021. Methods to assess the performance and results of the Joint Programme involve a comprehensive review of documents, a synthesis and analysis of data from regular performance reports in the UNAIDS Joint Programme Monitoring System (JPMS), open and semi-structured interviews and focus group discussions with key stakeholders as well as site visits, if possible, in the current COVID-19 environment. Other methods and/or sources of information may also be considered.

The evaluation will draw on findings and lessons learned from the recent evaluation of the work of the Joint Programme in preventing and responding to violence against women and girls. Reviews and evaluations of Cosponsor or other relevant programmes will also feed into the evaluation.

4. Management and responsibilities

UNAIDS evaluation office will manage the evaluation and is responsible for the overall quality of the evaluation, ensuring consistency and coherence across evaluations in different countries. The UNAIDS evaluation office will cover the cost of the evaluation, including any mobile data or other in-country costs that may be incurred. The recruitment of the consultants will be done in the most efficient and expedient way by UNAIDS evaluation office (international consultant) and the UNAIDS country office (national consultant/s).

UNAIDS country office and members of the UN Joint Team on AIDS in the DRC are involved at every stage of the evaluation and play a key role in identifying key informants and providing documents and information to answer the evaluation questions. UNAIDS country office also provides logistical support by supporting the evaluation team to organize meetings, focus group discussions and interviews, providing transport, as necessary, etc.

External consultants are recruited to ensure the independence of the evaluations. The consultants are tasked with reviewing documents provided, carrying out data collection and producing the evaluation report, which will be quality assured by UNAIDS evaluation office (reference quality assurance checklist).

The key responsibilities of the *international consultant* and estimated number of working days (35 in total, of which 12 working days in DRC) are summarized below. The working language of the evaluation is French.

Facilitate the development of a Theory of Change for the Joint Programme and definition of evaluation questions (4 working days)

- Prepare an outline and materials for a session to develop a ToC for the Joint Programme and a participatory method to define evaluation questions based on the ToC
- Revise the outline and materials based on feedback from the evaluation office and country office
- Conduct a two-day workshop (virtually or in-person)

Inception phase (6 working days)

- Conduct preliminary research, interviews and a desk review of relevant documents
- Prepare an inception report with TOC, evaluation questions and indicate how these will be answered
- Finalize the inception report based on feedback from the evaluation office and country office

Data collection and analysis (15 working days)

- Review planning frameworks, workplans, monitoring and evaluation reports, other documents
- Collect information through key informant interviews and focus group discussions
- Analyse and synthesize information collected and consider additional inputs and documents

Finalisation of report (6 working days)

- Prepare a draft report with findings, conclusions and draft recommendations
- Share the draft report with UNAIDS evaluation office and UN Joint Team on AIDS for comments
- Prepare a summary presentation (powerpoint)

Conduct a final workshop to refine the evaluation recommendations followed by a contextualised training on results-based management for the UN Joint Team on AIDS (4 working days)

- Prepare an outline and training materials for a session on RBM for the UN Joint Team on AIDS
- Revise outline and materials based on feedback from the evaluation office and country office
- Conduct a two-day workshop (virtually or in-person) to discuss and refine the recommendations of the evaluation, provide training on key RBM concepts for the UN Joint Team on AIDS—and contextualise the RBM training starting the development of concrete results and actions for the JP in DRC based on evaluation recommendations. The RBM training, contextualised to the Joint Programme/planning process in DRC, could also be conducted through a Moodle space style—for more sessions over several days—TBD.
- Amend the recommendations section of the final report as needed.

The final workshop could also be the occasion for official launch of the findings of the evaluation and dissemination.

A visit by the international consultant to DRC (Kinshasa) would be desirable (for an estimated 12 working days). However, given the COVID-19 situation, the international consultant may need to work remotely.

The national consultant/s will be guided by the international consultant and UNAIDS office in the DRC. Given the size the country and the importance to assess performance at the sub-national level as well (at least the three regions where UNAIDS operates), it may be useful to have up to four national consultants, covering different locations (the three catchment areas of the UNAIDS sub-offices plus Kinshasa). The key responsibilities of the national consultant/s and estimated number of working days are summarized below:

Facilitate and support the evaluation (15 working days each), and with reference to a specific geographical area of focus:

- Participate in virtual evaluation meetings as necessary (initial briefing; meeting to discuss emerging findings etc.);

- Review planning documents and M&E reports, and other relevant AIDS documents and support the international consultant to gather and organize information;
- Facilitate contacts to organize calls or meetings with key selected stakeholders from Government, civil society, community representatives and development partners for interviews;
- Under the supervision and coordination of the international consultant, conduct selected interviews and/or focus group discussions to collect information as per the evaluation protocol/tools;
- Analyse and synthesize information collected;
- Contribute to the evaluation report and support to presentation of findings.

The experience and qualifications required of the international and national consultant/s are included in annex 3.

5. Deliverables and timelines

The international consultant is responsible for the following deliverables (in French):

Deliverable 1: Inception report with methodology

To be submitted to the UNAIDS evaluation office. The inception report should detail the lead evaluator's understanding of what is being evaluated and why, including an agreed ToC and set of questions and showing how each evaluation question will be answered by way of: proposed methods; proposed sources of data; and data collection procedures. The inception report should include an evaluation matrix, proposed schedule of tasks, activities and deliverables.

Deliverable 2: Draft evaluation report

To be submitted to the UNAIDS evaluation office and presented to members of the Joint Team on AIDS at country level for review and comments.

Deliverable 3: Final evaluation report with executive summary and PowerPoint presentation

To be submitted to the UNAIDS evaluation office. The report should be submitted in French (an English translation may be provided by UNAIDS at a later stage). The quality of the report will be determined based on predetermined quality standards (ref. OECD/DAC's Quality Standards for Development Evaluation and UNAIDS quality checklist for evaluation reports).

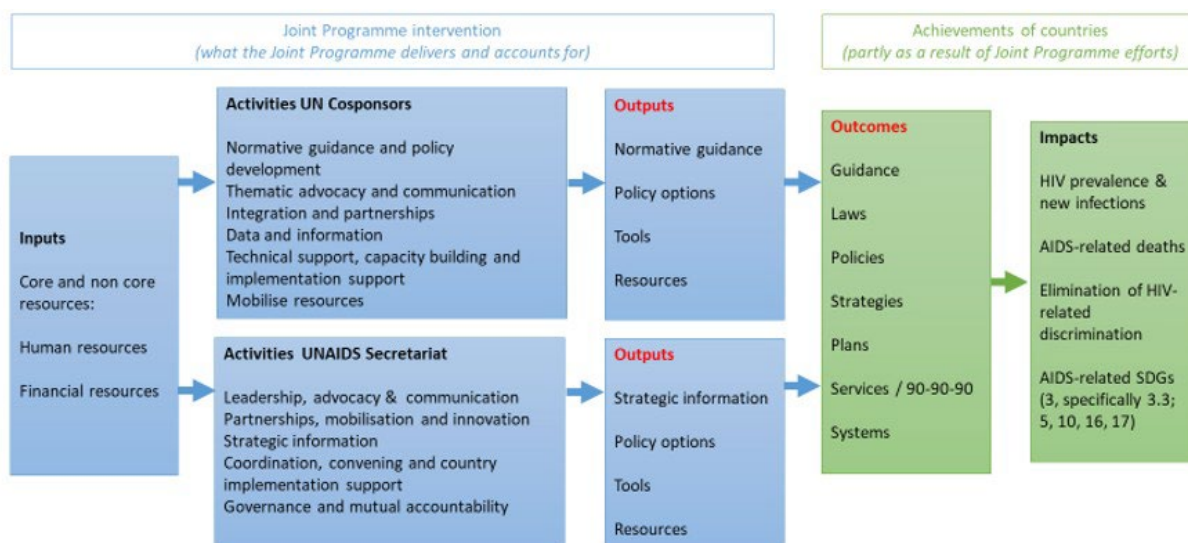
Deliverable 4: Two training sessions on theory of change and results-based management

The training sessions should be conducted in French and be based on an outline and training materials that consider feedback from the UNAIDS evaluation office and country office.

Timeline: To feed into planning for the 2022 and 2023 biennium, there is need for the evaluation to start no later than July 2021 and provide findings and recommendations by end September 2021—for a total duration of maximum three months.

Annex 1: Theory of change

The diagram below illustrates the theory of change of how UNAIDS Secretariat and Cosponsors contribute to the achievement of UNSDCF outcomes as well as the targets and commitments in the 2016 UN General Assembly Political Declaration on HIV and AIDS as well as previous UNAIDS 2016–2021 Strategy and UNAIDS overall vision of zero new infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths. The ToC will need update and customization to the DRC context.



Annex 2: Proposed list of key informants and indicative schedule

Key informants to be interviewed [to be completed]

Stakeholder	
UN system	UNAIDS Country Director
	UN Resident Coordinator
	Cosponsor Country Representatives
	Members of UN Joint Team on AIDS
Government	National AIDS Control Authority (policy)
	National AIDS Programme (coordination)
	Public sector HIV service providers (services)
	Sectoral ministries
	Principal Recipients of Global Fund resources
Civil society	Representatives of people living with HIV
	Representatives of key populations
	NGOs working on AIDS
	Researchers, rights groups, media, etc.
Development partners	Funders of UN HIV programmes
	PEPFAR/USAID/CDC
	International NGOs involved in AIDS

Annex 3: Requirements for consultants

International consultant

Education, experience and language skills

- A university degree (Master's or PhD), in a discipline relevant to evaluation;
- At least eight years of experience designing, implementing and/or evaluating development programmes;
- Extensive experience and mastery of quantitative and qualitative evaluation methods and tools;
- In-depth understanding of development challenges, in particular issues related to gender, human rights and inequalities;
- Experience of developing theories of change as well frameworks and tools for results-based management;
- Familiarity with UNAIDS and/or UN operations at the country level;
- Ability to work in French (oral and written).

Functional competencies

- Excellent analytical skills, including the capacity to synthesize large amount of information from different sources in a limited amount of time without compromising quality;
- Strong skills in extracting data from management information systems as well as analysing and presenting financial and human resource data;
- Ability to work in multicultural and multidisciplinary teams, maintaining professionalism, diplomacy, courtesy and being tactful.

Operational effectiveness competencies

- Ability to conduct an evaluation with high ethical standards, ensuring independence and confidentiality;
- Ability to manage a substantive workload in an organized manner during a short period of time and meet deliverable deadlines within the agreed timeframe;
- Strong oral and written communication skills in French as well as presentation and facilitation skills to be able to effectively conduct a training session.

National consultant/s

Education, experience, competencies and language skills

- University Master's degree in public health policy, administration, social science, management or law (or similar);
- Over 5 years of experience in development, public management and/or policy ideally related to HIV, health or social services or legal framework and related analysis;
- Documented experience designing, implementing and/or evaluating development programmes;
- Ability to engage with relevant experts in government, civil society and partners in the DRC;
- Knowledge about the HIV epidemic and related priorities and policies and experience in working in the DRC's HIV response or broader public health or human rights issues;
- Previous experience with or good knowledge of UN work is an asset;
- Good working knowledge of spoken and written French.

Annex 4: List of key reference documents [to be completed]

UN in the DRC

- UNSDCF 2020–2024
- UNSDCF Annual Report 2020
- UNDAF Annual Reports 2018–2019

UNAIDS Joint Programme in the DRC

- UN Joint Plans on AIDS 2018-2019 and 2020–2021

- UNAIDS Joint Programme Monitoring Reports

National HIV response documents

- National Strategic Plan
- Review of National Strategic Plan
- Global AIDS Monitoring Report 2020 including National Commitment and Policy Instruments

Annexe 2 : Liste des participants aux entretiens et groupes focaux

National/global	Sud	Centre	Ouest	Est
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrice Badibanga, PAM ▪ Cheikh Mbow, MONUSCO ▪ Etienne Mpoyi, OMS ▪ Freddy Salumu, UNICEF ▪ George Biock, UNDP ▪ Janvier Ndaruhutse, ONUSIDA ▪ Jolie Masika, UNESCO ▪ Lolo Shungu, Bureau du Coordinateur Résident ▪ Natalie Marini, ONUSIDA ▪ Robert Anunu, UNHCR ▪ Susan Kasedde, ONUSIDA ▪ Elisabetta Pegurri, ONUSIDA siège ▪ Mamadou Sakho, ONUSIDA siège ▪ Patrick Brenny, ONUSIDA siège 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raoul Ngoye Mukulumpe, ONUSIDA ▪ Félix Mayamba, OMS ▪ Elie Wilondja, PAM ▪ (anonymous), UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modestine Nkiampila Nkosi, ONUSIDA ▪ Joelle Mulumba Ngoie, OMS ▪ Jeanette Ntanga, PAM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adamou Dambagui, ONUSIDA ▪ Erick Ngoie, PNUD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patience Bisewo, PAM, Sud Kivu ▪ Marcel Lumbala, UNHCR PH-VIH officer, Nord Kivu ▪ Jean-Luc Kassa, MONUSCO, Sud Kivu ▪ Benjamin Tshizubu Mutombo, ONUSIDA ▪ Dr Philémon MUSAVULI, UNFPA Sud-Kivu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aimé Mboyo, PNLS ▪ Mbadu Muanda, PNSA ▪ Melia Bossiki, PNMLS ▪ Yves Obotela, PNMLS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Willy Mupanga, Médecin coordonnateur provincial, PNLS/Haut-Katanga ▪ Abel Ilunga, PNLS/Haut-Katanga ▪ Jack Kwete, Secrétaire exécutif provincial (SEP), PNMLS/Lualaba ▪ Didier Kahenga, SEP PNMLS/Tanganyika ▪ Salomon Kalongo, SEP PNMLS Haut Lomami 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erick Kasongo-Ngongo, PNLS/Lomami ▪ Didine Manyonga, PNMLS/Lomami ▪ Claudine Oganda Omba, PNLS/Sankuru ▪ Liza Ndelela, PNLS/Kasaï Oriental ▪ Jean Carret Manshimba, PNMLS/Kasaï ▪ Anderson Ilunga Tshikele, PNLS/Kasaï ▪ Philippe Malu, PNMLS/Kasaï 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrick Phanzu, SEP PNMLS, Kinshasa ▪ Félix Ekofo, Chef de Division SURVEPI, PNLS ▪ Vincent de Paul Bopango, MCP PNLS, Tshuapa ▪ Félix Lonzolo, S&E PNMLS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annie Bipendu Wetu, Gouvernement /Hopital Militaire Responsable Service VIH, Nord Kivu ▪ Elisabeth Mishika, Division Provinciale de la santé Nord Kivu ▪ Michel Mbuyu, SEP PNMLS, Ituri ▪ Aubin Mongili, SEP PNMLS, Nord Kivu ▪ Sylvie Mutonda, PNMLS Chef de cellule S&E et planification, Sud Kivu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ange Mavula, UCO PLUS ▪ Hillaire Mbwolite, CSO Representative, CNMLS ▪ Marie Nyombo Zaina, RENADEF (Réseau National pour le Développement de la Femme) ▪ Rachel Ndaya, RACOF ▪ Serge Tamundele, SEDUC ▪ Béni Madiana, CCF, Kinshasa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adelard Mutombo, World Production, COFASI/Haut-Katanga ▪ Patty Kalwa, Project manager maison faradja/Lualaba ▪ Pierre Kasongo, Secrétaire provincial, CIELS/Haut-Katanga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Félicité Ndaya, Fondation FEMME PLUS ▪ Rose Mbuyi Kanku, Rien Sans les Femmes ▪ Philippe Ntumba, UCO PLUS ▪ Christine Tshilanda, CODIF (Confédération Congolaise pour le Développement Intégral de la Femme et de l'Enfant) ▪ Roger Mukendi, RENADEF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jean Pierre Bongo, UCO PLUS, Kinshasa ▪ Guy Nsumbu, UCO PLUS ▪ Toussaint Ngundoli, Jeunesse Espoir, Kinshasa ▪ Laure Kitanu, ICW, Kinshasa ▪ Joséphine Kahambwe, RENADEF, Kwilu ▪ Stéphane Muzenza, RENADEF, Mai Ndombe et Kwango 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annie Nabintu, SC/Prise en charge SVVS Présidente ASPLC/Goma Responsable Projet Prise en Charge de l'enfant, Nord Kivu ▪ Eulalie Vindu, SC/Hopital Heal Africa Coordinatrice, Nord Kivu ▪ Jérémie Naly SC/RAINBOW Secrétaire Exécutif, Sud Kivu ▪ Wisky Kalume, UCO PLUS, Nord Kivu ▪ Aimée Nshombo, UMANDE, Sud Kivu

Participants aux groupes focaux organisés au niveau des régions

Sud	Centre	Ouest	Est
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chauffeurs (4 hommes) ▪ HSH (3 hommes) ▪ Professionnelles du sexe (3 femmes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artisans miniers (4 hommes) ▪ Personnes vivant avec le VIH (4 femmes) ▪ Jeunes et adolescents (4 hommes) ▪ Professionnelles du sexe (3 femmes) ▪ Transsexuelles (4 genre non précisé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesbiennes, bisexuelles et trans (3 femmes) ▪ HSH (2 hommes et une femme) ▪ Professionnelles du sexe (3 femmes) ▪ Utilisateurs de drogues injectables (3 hommes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisateurs de drogues injectables (3 hommes) ▪ Professionnelles du sexe (3 femmes) ▪ Lesbiennes, gays, bisexuelles et trans (4, genre non précisé)

Annexe 3 : Compte rendus des ateliers régionaux

Les comptes rendus des ateliers régionaux présentent le résumé du travail de l'équipe conjointe le deuxième jour de l'atelier, qui suit le travail de groupe avec les partenaires le premier jour. Une restitution complète des notes des ateliers et des présentations a été faite séparément à chaque région à travers le/la coordinateur/trice ONUSIDA.

Photo 1 : Premier jour de l'atelier à Goma, 13 octobre 2021



Région Est

L'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH est maximisé

1. Extension de la couverture du paquet complet de services VIH dans les ZS non-couvertes et à l'intérieur des ZS partiellement couvertes

a. Améliorer la couverture des interventions dans les zones d'insécurité

- Intégrer les services VIH (dépistages, distributions de préservatifs) lors des missions conjointes + avec la section VIH de la MONUSCO
- Travailler sur un mode opératoire conjoint dans le cadre de la transition après la MONUSCO pour assurer la continuité des services
- Travailler avec le PNLS sur l'accès aux ARV et dépistage précoce/charge virale chez l'enfant
- Augmenter les activités des agences des NU dans les provinces à forte prévalence (ex. le Haut Uélé)
- Etablir de nouveaux partenariats avec des organisations à base communautaire/stratégies de services avancées. Echange d'expérience avec OMS/UNICEF sur la campagne de vaccination en zone d'insécurité.
- Utiliser le UNPP (plateforme de partenariats) pour harmoniser les procédures de sélection des partenaires de la société civile, et faire une cartographie plus complète des organisations communautaires locales au niveau de chaque province

b. Améliorer la chaîne d'approvisionnement des intrants

- S'assurer que le dépistage est disponible à tous ceux qui en ont besoin, au-delà des groupes concernés par le dépistage ciblé = augmenter la disponibilité des intrants pour le dépistage
- Redynamiser les Groupes Achats et Stocks au niveau des provinces
- Faire un plaidoyer auprès du FM pour que les stratégies innovantes de PEPFAR soient étendues dans les ZS FM : PREP, auto-test, identifiant unique
- Renforcer les capacités des pharmacies des ZS qui disposent d'intrants VIH sur la gestion des intrants
- Faire un plaidoyer pour que les cartouches de test VIH soient disponibilisées pour les machines GeneXpert disponibles
 - En Ituri, amorcer l'utilisation de la machine GeneXpert par l'achat de cartouches et accompagner le gouvernement provincial à les prendre en charge
 - Intégrer l'ONUSIDA au groupe de riposte COVID-19 et aux épidémies du Nord Kivu et participer aux réunions DPS pour faire le plaidoyer pour que les cartouches GeneXpert VIH soient transférées vers l'Ituri

2. Appuyer la stratégie de prestation de services au niveau communautaire

- Développer les synergies au sein de l'équipe conjointe au niveau des cibles (éviter les doublons, maximiser la couverture) à travers un plan conjoint EC provincial tenant compte des composantes suivantes :
 - Appuyer les PODI (Points de Distribution PVVIH) qui ne sont pas soutenus par le FM (PNUD, MONUSCO)
 - Appuyer les CEICA dans le cadre de AII-In (UNICEF, UNFPA)
 - Continuer la sensibilisation des jeunes scolarisés (UNESCO)
 - Appuyer les stratégies communautaires envers les JADOS survivantes de violences (ONU FEMMES)

Suppression des obstacles/barrières d'accès à l'obtention de résultats en matière de VIH

1. Sensibilisation des leaders religieux et communautaires sur les inégalités de genre, la S&D contre les PVVIH et les populations clés, les droits humains

- Partager les plans d'activité entre FM/PEPFAR-CARITAS/EC sur la sensibilisation des leaders religieux/FBO pour améliorer la couverture dans les provinces
- Renforcer le Réseau Congolais des Leaders Religieux Vivant avec le VIH
- Travailler avec les relais communautaires COVID-19 et MVE pour intégrer les questions de VIH (OMS/PNLS)

2. Soutien nutritionnel et AGR pour les PVVIH qui le nécessitent

- Faire une cartographie des interventions au niveau de la province pour améliorer les synergies entre les interventions telles que :
 - PAM inclut les PVVIH avec malnutrition modérée dans les distributions alimentaires... mais comment améliorer la couverture ?
 - FAO = voir s'il est possible d'intégrer les PVVIH stables dans les intrants agricoles et le matériel
 - PNUD : peut-il étendre son appui à de nouvelles cliniques juridiques à travers un mapping des structures existantes qui ont besoin d'appui (ex. à Uvira)
 - ONU FEMMES appuie la réinsertion économique des survivantes de la VFF

3. Faire appliquer les dispositions légales pour les PVVIH et personnes vulnérables au VIH

a. Appuyer la divulgation et l'application de la loi portant protection des PVVIH

- Faire un plaidoyer (commun entre PMLS et EC) auprès du Gouverneur pour faire respecter la loi portant protection des PVVIH et la gratuité des soins à travers le CPMLS.

b. Mise en pratique de la loi sur la protection sociale en ce qui concerne les PVVIH

- Vulgarisation des dispositions de la loi sur la protection sociale au sein de l'EC
- Identification des points d'entrée pour améliorer la protection sociale des PVVIH

c. Au niveau central, ONUSIDA doit participer aux réunions techniques pour s'assurer que le VIH est intégré dans le panier de soins dans le cadre de la CMU

Actions efficaces contre le VIH pleinement financées et intégrées dans les systèmes de santé, de protection sociale, d'aide humanitaire et de lutte contre les pandémies

1. Etablir un plan conjoint VIH budgétisé dans chaque province pour l'EC

- Etablir des plans conjoints provinciaux comme base de la planification nationale de l'EC sur le VIH. S'assurer que les autres provinces peuvent continuer à être engagées en désignant un point focal et en organisant des réunions en ligne.
- Un fois approuvé, partager le plan conjoint au niveau des chefs de bureau dans la province
- ONUSIDA doit se positionner auprès des agences coparraines au niveau national pour débloquer les budgets alloués sur la base des plans décentralisés
- L'ONUSIDA doit être présent aux réunions de planification des coparrainants au niveau national pour s'assurer du respect des engagements
- Formalisation des PF dans les agences (au niveau de leur ToRs et redevabilité). Plaidoyer de l'ONUSIDA au niveau central pour obtenir la formalisation des PF dans les agences au niveau central et décentralisé

2. Appuyer le développement et le suivi de la mise en place d'un plan opérationnel VIH/sida au niveau des provinces

a. Appuyer le développement d'un plan opérationnel provincial (tout d'abord dans une seule province de la région)

- Contextualiser la stratégie nationale au niveau de la province
- Tenir une retraite avec tous les acteurs de la réponse au VIH et clarifier la division du travail et la couverture géographique des interventions
- Budgétiser le plan

b. Appuyer la Task-Force VIH du gouvernement au niveau provincial et le CPMLS

- Fonds catalytiques doivent servir à soutenir la coordination au niveau provincial
- Appuyer les réunions du CPMLS avec les fonds catalytiques ONUSIDA

3. Développer une stratégie de gouvernance et mobilisation des ressources au niveau provincial

a. Mobilisation des fonds au niveau du gouvernement provincial

- Plaidoyer pour le décaissement des fonds sur la ligne budgétaire VIH.
- Partage d'expérience sur les succès obtenus par le PEV sur la mobilisation de fonds provinciaux

- Auprès du CPMLS faire un plaidoyer pour faire ressortir les gaps (intrants, activités VIH) qui doivent être financés par le gouvernement provincial + l'application des lois (ex. gratuité des soins PVVIH). Demander au Gouvernement Provincial de présenter les résultats auprès du CPMLS.
- Mener un plaidoyer conjoint avec PNLs et UCOPLUS auprès du Gouverneur et de l'assemblée provinciale
- Appuyer une campagne médiatique avec la société civile sur le thème de la mobilisation des ressources domestiques

b. Mobilisation de financements des compagnies privées

- PPP avec les entreprises minières : appuyer les CLD pour qu'ils développent le volet santé, inclus le VIH. Faire un partage d'expérience avec UNICEF qui a obtenu des succès dans le domaine au Katanga
- Faire le plaidoyer pour financer les intrants durant le FONAST (Forum National sur le VIH/sida dans le milieu du travail)

4. Intégration du VIH dans la réponse humanitaire

- Renforcement des capacités des acteurs sur l'intégration du VIH en situation de crise humanitaire (directive IASC)
- Intégration des aspects VIH dans l'élaboration du PAH (Plan d'Action Humanitaire)
- ONUSIDA – participer aux équipes inter-agences de rapid assessment si possible, si non former les membres des autres agences à intégrer les aspects VIH dans les rapid assessments
- Réviser les outils de la réponse humanitaire (ex. formulaires de rapid assessment) pour inclure les aspects VIH.

Région Centre

L'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH est maximisé

- Renforcer les CEICA et le système de référence entre les CEICA et les services de santé jeunes

Suppression des obstacles/barrières d'accès à l'obtention de résultats en matière de VIH

1. Vulnérabilité et protection sociale

- Travailler avec les services sociaux pour l'encadrement des bénéficiaires pour pérenniser les AGR. Soutenir UCOPPLUS avec les AGR
- Identification des populations vulnérables et appui au développement de plateformes de référence
- Appui à l'accès à la protection sociale pour faciliter l'adhérence

2. Réduire les inégalités comme causes de vulnérabilité au VIH

- Travailler à l'élimination des facteurs de vulnérabilité (us et coutumes)
- Travailler à réduire la stigmatisation au niveau des structures sanitaires
- Centres de Dépistage Volontaire. Services conviviaux dans un cadre informel par des pairs. Rôle du Programme commun : soutien à la société civile avec un plan de partenariat avec les OSC e.g. challenge fund : canal unique pour le financement des partenaires, aligner la sélection et le processus.

Actions efficaces contre le VIH pleinement financées et intégrées dans les systèmes de santé, de protection sociale, d'aide humanitaire et de lutte contre les pandémies

1. Appui à la gouvernance pour que le gouvernement s'investisse

- Développer des stratégies de renforcement de capacité et de plaidoyer au niveau provincial. Besoin de rencontres d'agences au niveau opérationnel sur le modèle des clusters humanitaires qui rapportent au cluster national.
- Plaidoyer auprès des gouvernements provinciaux :
 - Plan de développement provincial intègre-t-il les ODD, inclus le VIH ? Inclure un résultat du Programme commun par rapport à ce thème
 - Plan provincial VIH/sida : plan opérationnel comme base du plaidoyer du PNLS/PNMLS pour augmenter les ressources. Modèle de mise à l'échelle en cascade à travers des échanges entre provinces avec celles qui ont déjà complété le processus. Pour cela, renforcer les capacités du PNLS/PNMLS à travers le plaidoyer auprès des gouvernements provinciaux ; e.g. PEV= le gouvernement contribue = prendre exemple là-dessus pour domicilier les stratégies

2. Le système de protection sociale et l'accès universel à la santé doit intégrer les populations vulnérables au VIH

- Le rôle de l'EC est de faire le plaidoyer pour la réduction du S&D dans le cadre de l'accès à la protection sociale en s'assurant que les populations cibles y ont accès

- La VFF hors des zones humanitaires : Appuyer l'application de la stratégie du Gouvernement sur la VFF et la vulgarisation de la loi au niveau des provinces en ce qui concerne les populations cibles du programme
- Assistance aux bénéficiaires sur le terrain (échelle limitée) à travers les services conviviaux
- Consolider la réponse des NU pour renforcer le système national. Valeur ajoutée de l'EC : accès aux services VIH (prévention/diagnostique/traitement)

3. Stratégie de continuité des soins dans le contexte humanitaire

- Récupérer les perdus de vue pour assurer la continuité des traitements. Faire des sensibilisations par les pairs dans les camps et améliorer les références vers les FOSA. Inclure cette stratégie dans une stratégie de soutien nutritionnel à toute la population déplacée.
- Approche nexus : s'assurer que les populations cibles ont accès à la continuité des soins et services VIH/de santé dans la transition humanitaire/développement

Région Ouest

L'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH est maximisé

1. Accompagnement/assistance technique dans la mise en œuvre de la réponse pour la mise à l'échelle de la couverture de santé dans toutes les ZS

- Rendre disponibles les ARV pédiatriques dans les ZS rurales, renforcer l'appui nutritionnel aux OVC
- Accès des JADOS : augmentation des centres conviviaux et promouvoir les programmes d'éducation à la vie familiale
- Étendre les cliniques juridiques = plaider pour augmenter leur budget
- Soutenir la chaîne d'approvisionnement des intrants : rôle du Programme commun sur la PTME, la charge virale, la SSR
 - Plan d'approvisionnement
 - Plan de suivi de l'approvisionnement pour éviter les ruptures et le gaspillage

2. Soutenir la continuité des soins à travers les services communautaires

- Contexte d'épidémies, s'assurer que les services sont accessibles (COVID-19, Ebola)
- Capacitation de la communauté sur le VIH/sida. OSC= relais communautaires, offre de services

3. Accès équitable au dépistage

- Dépistage ciblé... mais disponibilité hors ciblage ? Comment combler les gaps ? Dépistage des laissés pour compte.
- Intégrer des services de prévention pour les femmes à haut risque : e.g. anneaux de tapivirin pour les PS
- Stratégie d'accès pour les jeunes déscolarisés : services communautaires

Suppression des obstacles/barrières d'accès à l'obtention de résultats en matière de VIH

- Renforcer les équipes au niveau des ZS pour ce qui est des activités VIH. Outils et cibles (désagrégées par ZS) pour atteindre les groupes cibles
- Renforcer l'utilisation des outils de planification au niveau provincial pour les groupes cibles
 - Les ados et les jeunes = politique et pratique. Loi = plaider au Parlement sur l'âge du consentement
 - Jeunes femmes de 15 à 24 ans sont une cible prioritaire
 - Identifier les barrières et améliorer l'accès à la promotion et à la prestation de services
 - Milieu carcéral = accès au test ; prévention en milieu carcéral (loi non-appliquée)
 - Hommes et femmes en uniforme : accès au dépistage
 - Difficulté de travailler avec les UDI (illégal)
 - Stigmatisation des LGBT, PS dans les services
 - Populations autochtones : quel accès aux services

Actions efficaces contre le VIH pleinement financées et intégrées dans les systèmes de santé, de protection sociale, d'aide humanitaire et de lutte contre les pandémies

1. Appui au développement de plans de développement provincial pour qu'ils incluent des indicateurs VIH

- Améliorer la capacité de planification et suivi/évaluation sur le VIH au niveau provincial. Dans les plans de développement, mise en place d'un plan opérationnel mis à jour et évalué
- Traduire le plan stratégique au niveau provincial. Les Secrétariats peuvent utiliser les PAO pour mobiliser des ressources = PAO Multi-sectoriel VIH

2. Mobilisation des ressources

- Externes :
 - Implication avec FM/PEPFAR (ONUSIDA, OMS) Rôle de l'EC pour mobiliser les ressources d'autres bailleurs que FM et PEPFAR. Gap : documentation de l'EC pour montrer sa valeur ajoutée
 - Intégrer le VIH dans la mobilisation des ressources, comment capitaliser les fonds propres.
 - Plaidoyer : chefs d'agences doivent être sensibilisés : il y a des collaborations au niveau global, mais on ne sent pas une EC forte dans le pays. Il faut présenter la valeur ajoutée du travail de l'EC aux chefs d'agence
 - Agenda de recherche commun
- Internes : contribution de l'Etat sur les activités et intrants, fonds de contrepartie (Fonds sida)
 - Enveloppe pays doit se centrer sur les aspects stratégiques, et non les aspects opérationnels : Renforcement des capacités des acteurs nationaux dans la mobilisation des ressources, le développement stratégique, démontrer l'impact. Appui stratégique
 - Intégrer le VIH/sida au niveau des provinces
 - Contribution des taxes VIH
 - Miniers : contrat social. Les agences des NU apportent une caution morale dont les bailleurs ont besoin
 - Comités locaux de développement : accompagnement technique sur les programmes jeunes, le commerce du sexe
 - PPP : Documentation et feuille de route conjointe pour soutenir les PPP et appui à la partie nationale sur comment intégrer le privé

3. CSU et protection sociale intègrent le VIH

- Services payants : panier de services minimum, encadrement du marché des services VIH et harmonisation des coûts.
- CMU= assurance, protection sociale pour une partie de la population

Région Sud

L'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH est maximisé

1. Accroître l'accès au paquet de services VIH inclus le dépistage pour les groupes vulnérables dans les sites miniers

- Rapprocher les services dans les sites artisanaux à travers une action concertée avec les OSC, ONG internationales, agences des NU comme l'UNICEF (pour le dépistage des enfants) et l'UNFPA
- Offrir un paquet intégré (de services SGBV, VIH, protection, soutien psychologique et juridique) + Protection et réinsertion socio-économique des femmes veuves
- Etablir des stratégies de prestation de services avancées (outreach) avec des structures mobiles. Etablir un One Stop Centre (clinique juridique et attention aux survivantes de la VFF)
- Renforcement de la capacité du ministère des Mines avec le PMNLS (lead) pour conduire des activités VIH et VFF et inclure le paquet VIH dans le paquet de services santé et sécurité au travail (même si pas légalement employés)
- Augmenter la demande pour les services de dépistage à travers le plaidoyer auprès des compagnies minières en les sensibilisant sur leurs responsabilités
- Mise en place d'un identifiant unique pour les PVVIH. Travailler à travers la Coalition Inter-Entreprises pour les sensibiliser sur leurs responsabilités
- Établir des points focaux communautaires

2. Inclure les services VIH dans la réponse humanitaire au Tanganyika

- À travers une collaboration entre l'OCHA/UNFPA/HCR/PNUD/UNICEF. Partage d'expérience avec le Nord Kivu sur cet aspect

3. Accroître l'accès au paquet de services VIH et la continuité des services VIH pour les populations transfrontalières

(Transporteurs, petits commerce, PS hommes et femmes, travailleurs de la douane)

- Faire une proposition de programme auprès de SADES et COMESA pour établir une collaboration transfrontalière/subrégionale et une uniformisation des processus avec ONUSIDA Zambie + partages d'expériences
- Travailler avec les réseaux de populations clés et de jeunes
 - Traduire le cadre d'engagement national avec les réseaux de PS au niveau local (Tanganyika)
 - Développer l'accès à la PREP, au dépistage mobile et aux ARV
- Identifiant unique pour les PVVIH des deux côtés de la frontière

Suppression des obstacles/barrières d'accès à l'obtention de résultats en matière de VIH

1. Mettre fin aux inégalités de genre et à la VFF comme facteur de vulnérabilité au VIH : sensibilisation

- Organiser une étude de base sur la situation de la VFF et du VIH dans les sites miniers artisanaux en collaboration avec le Ministère du Genre et les OSC
- Identifier des hommes et femmes champions dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation communautaire

- Conduire une formation en cascade avec des hommes et des femmes champions sur la question des inégalités de genre et la VFF
- Former les leaders communautaires sur le S&D et les inégalités de genre et les pratiques culturelles à risque
- Organiser des actions de sensibilisation au sein de la communauté + sur la question des us et coutumes envers les femmes veuves/pratiques culturelles à risque
- Mettre en place le club d'écoute

2. Mettre fin aux inégalités de genre et à la VFF comme facteur de vulnérabilité au VIH : plaidoyer

- Institutions politiques :
 - Assurer l'appropriation du thème et le progrès de l'égalité de genre dans les RH des institutions
 - Organiser des séances de plaidoyer et renforcement de capacité auprès des institutions
- Media = mener une campagne sur les inégalités de genre comme facteur de risque pour le VIH/sida + pratiques culturelles à risque
- SC s'approprie les questions d'inégalités de genre/VFF et a la capacité de faire le plaidoyer :
 - Avoir un cadre de concertation de la SC pour porter les questions liées au VIH et VFF
 - LA SC a la capacité de mener un plaidoyer auprès du gouvernement sur la question des droits des PVVIH

Actions efficaces contre le VIH pleinement financées et intégrées dans les systèmes de santé, de protection sociale, d'aide humanitaire et de lutte contre les pandémies

1. Appui à la gouvernance des ressources à travers i) la mobilisation des ressources et ii) l'amélioration de la planification et de la redevabilité

- Renforcer le leadership du PNMLS au niveau provincial et la gouvernance des PPP (améliorer la transparence et le partenariat), la gestion des redevances des entités décentralisées. Le gouvernement s'approprie le rôle de coordination de la réponse au VIH et la lutte contre les inégalités comme facteur de risque au VIH
- Appuyer la validation de plans provinciaux VIH comme base de la mobilisation des ressources
- Développer une stratégie de plaidoyer et mobilisation des ressources au niveau régional :
 - Faire une formation en fundraising pour les membres de l'EC, résoudre problèmes administratifs : comment intégrer les fonds levés localement dans le système ?
 - Plaidoyer auprès du gouvernement provincial. Ex : PEV a travaillé à travers un réseau de parlementaires aux niveaux national et provincial pour obtenir des fonds du gouvernement
 - Plaidoyer auprès des entreprises pour qu'elles mettent en place des programmes de dépistage/attention au VIH parmi leurs travailleurs
 - Travailler avec les entités décentralisées pour les appuyer dans le développement de leurs plans/cahiers des charges auprès des entreprises minières

Annexe 4 : Cartographie du Programme commun dans les 26 provinces

Région Ouest						
Province	UNFPA	UNICEF	UNHCR	ONUSIDA	OMS	PNUD
Nord Ubangui	Pas d'appui aux activités VIH					
Sud Ubangui	Pas d'appui aux activités VIH					
Mongala	Pas d'appui aux activités VIH					
Tshuapa	Pas d'appui aux activités VIH					
Equateur	Approvisionnement en préservatifs pour la population générale et les populations clés	SMNEA, PTME, All In (via PNMLS) OEV, GAS enfants et adolescents	Appui de l'accompagnement des populations déplacées et frontalières	Assistance technique, Réunion de coordination, Planification avec Spectrum, Activités COVID 19-VIH	Assistance technique, Activités COVID 19, Suivi eTME	
Kwango	Approvisionnement en préservatifs pour la population générale et les populations clés			Appui aux réunions de coordination et de supervision		Appui pour la vulgarisation des instruments juridiques portant protection de l'enfant, femme et la promotion des droits des PVVIH
Kwilu	Distribution des préservatifs			Appui aux réunions de coordination et aux supervisions		PEC des victimes des violences sexuelles Appui pour la vulgarisation des instruments juridiques portant protection de l'enfant, femme et la promotion des droits des PVVIH
Mai Ndombe	Approvisionnement en préservatifs pour la population générale et les populations clés			Appui aux réunions de coordination et de supervision		Appui pour la vulgarisation des instruments juridiques portant protection de l'enfant, femme et la promotion des droits des PVVIH
Kongo Central	Approvisionnement en préservatifs pour la population générale et les populations clés	SMNEA, PTME, ALL IN (via PNMLS) OEV, GAS enfants et adolescents		Assistance technique, Réunion de coordination, Planification avec Spectrum, Activités Covid 19-VIH	Assistance technique, Activités COVID 19, Suivi eTME	

Kinshasa	<p>Approvisionnement en préservatifs pour la population générale et les populations clés</p> <p>SADEC, avec production de rapports pour l'orientation au pays et aux PTF, il y a des propositions communautaires, base de la planification pour les PTF sur base de gap/ besoin</p>	SMNEA, PTME, All In (via PNMLS) OEV, GAS enfants et adolescents		<p>Assistance technique, Réunion de coordination, Planification avec Spectrum, Activités Covid 19-VIH</p> <p>Accompagnement et présidence du CCM</p> <p>Partenariat pour alléger les lois sur la discrimination</p> <p>Financement de la mise en place de la plateforme de la société civile bien que jusque-là, elle est non fonctionnelle</p> <p>Financement des activités telle que la JMS</p>	<p>Assistance technique, Activités COVID 19, Suivi eTME</p> <p>Prévention combinée chaîne d'approvisionnement VIH et TB ; TB et Covid</p> <p>Algorithme test PCR</p> <p>PTF au sein du CCM</p>	<p>Appui aux activités du plan stratégique national sur l'axe stratégique sur l'environnement favorable, volet secteur justice</p> <p>Activités de dépistage et appui psychologique auprès des populations clés (MSM et PS avec le PSSP)</p> <p>Appui à la participation à l'atelier international sur le transgenre et VIH à Johannesburg</p> <p>Groupes spécifiques des populations clés financés par le PNUD, basé à Dakar ? Font partie au pays Kinshasa, Bukavu et Lubumbashi</p>
-----------------	---	---	--	---	--	--

Région Est

	UNFPA	UNICEF	PAM	FAO	UNHCR	MONUSCO	ONUSIDA	OMS	PNUD
Sud Kivu	<p>SSR/GBV (2ZS)</p> <p>Préservatifs (masculins et féminin), lubrifiants</p>	<p>PCIMA ;</p> <p>SRMNEA ; lutte contre la maladie, Eau Hygiène et assainissement All In (7ZS/34)</p>	<p>Nutrition (Approvisionnement en intrants nutritionnels pour la prise en charge de la MAM, Supervision) 2ZS</p>		<p>Assistance aux réfugiés et autres déplacés internes</p>	<p>Intervention auprès des contingents de la Monusco</p>	<p>Coordination du Programme commun et Appui aux groupes (TB/VIH, PTME, Pop clé...)</p>		<p>Droits Humains et VIH,</p> <p>Appui en intrants aux activités,</p> <p>Appui aux AGR (concerne les OAC des PVV et des Key Pop)</p> <p>Appui à la promotion des droits humains (lutte contre la discrimination et stigmatisation (3ZS)</p>
Nord Kivu	<p>Approvisionnement en préservatifs, lubrifiants et autres intrants (détermines...)</p>	All In	<p>Appui à la JMS (2 ZS)</p>	<p>Appui avec des matériels aratoires et élevage à UCOP+</p>	<p>Appui à la célébration de la JMS (2 ZS)</p> <p>Assistance aux réfugiés et autres déplacés internes</p>	<p>Appui à la célébration de la JMS. Intervention auprès des contingents de la Monusco</p>	<p>Appui à la JMS (Campagne de sensibilisation couplée au CDV dans les positions avancées FARDC à Rubaya)</p> <p>Coordination du Programme commun et Appui aux</p>	<p>Appui à la célébration de la JMS</p> <p>Appui intrants VIH/COVID à la campagne CDV Ex combattants (Mubambiro)</p>	<p>Droits Humains et VIH,</p> <p>Appui en intrants aux activités, Appui aux AGR (concerne les OAC des PVV et des Key Pop)</p> <p>Appui à la promotion des droits humains (lutte contre la discrimination et stigmatisation</p>

						groupes (TB/VIH, PTME, Pop clé...)		
Maniema	Appui en préservatifs masculins et féminins	All IN (8ZS), PTME, PEC PED, Dépistage précoce des enfants exposés, SONU, SOE, SEN, SDMPR, ENAP						
Ituri	Préservatifs (masculins et féminin), lubrifiants	PTME et VIH pédiatrique	Prise en charge alimentaires aux réfugiés et autres déplacés internes (ponctuel)		Appui ponctuel aux réfugiés et déplacés		Coordination du Programme commun et Appui aux groupes (TB/VIH, PTME, Pop clé...)	
Tshopo	Préservatifs (masculins et féminin), lubrifiants						Appui ponctuel JMS	
Haut Uélé	Pas d'appui aux activités VIH							
Bas Uélé	Pas d'appui aux activités VIH							

Région Centre

	UNFPA	UNICEF	PAM	UNHCR	OMS
Kasaï	<p>Prévention et réponse de Violences Basées sur le Genre (Kananga)</p> <p>Disponibilité, accès, qualité et utilisation de service de SRMNEA, PF et GBV</p> <p>Accès aux droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles dans les communautés affectées par les conflits</p> <p>Accès aux droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles dans les communautés affectées par les conflits (1ZS)</p> <p>AAP-PSE</p>			<p>Protection en faveur des personnes déplacées internes dans le grand Kasaï/War Child</p> <p>Projet protection et réintégration en faveur des populations déplacées internes, retournées et les refoulées et rapatriées d'Angola</p> <p>Renforcer la protection des personnes réfugiées, déplacées et retournées</p>	<p>Appui à la surveillance des maladies et riposte, appui aux missions des investigations des maladies, appui aux enquêtes épidémiologiques, appui aux campagnes de masse, dans toutes les zones de santé</p>

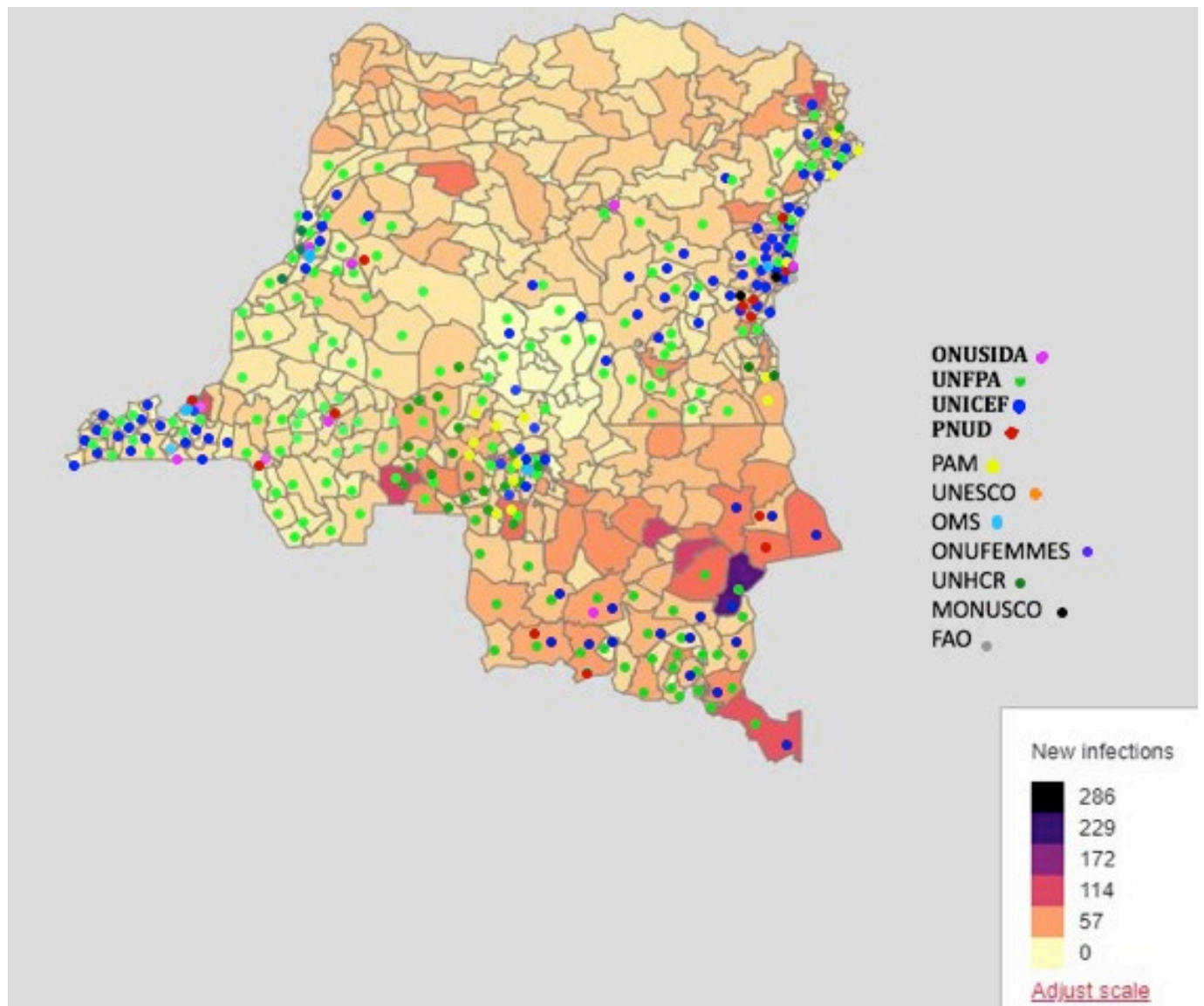
	Programme sages femmes				
Kasaï Central	<p>Disponibilité, accès, qualité et utilisation de service de SRMNEA, PF et GBV</p> <p>Accès aux droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles dans les communautés affectées par les conflits</p> <p>Accès aux droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles dans les communautés affectées par les conflits (1ZS)</p> <p>AAP-PSE</p> <p>Programme sages femmes</p>		<p>Assistance nutritionnelle des populations victimes de conflits dans le Kasaï</p> <p>Assistance alimentaire aux personnes vulnérables victimes de conflits</p>	<p>Protection en faveur des personnes déplacées internes dans le grand Kasaï/War Child</p> <p>Projet protection et réintégration en faveur des populations déplacées internes, retournées et les refoulées et rapatriées d'Angola</p> <p>Construction et gestion des centres de transit</p> <p>Promouvoir la coexistence pacifique dans les communautés ; et assurer une présence légale pour la protection</p> <p>Renforcer la protection des personnes réfugiées, déplacées et retournées</p>	<p>Appui à la surveillance des maladies et riposte, appui aux missions des investigations des maladies, appui aux enquêtes épidémiologiques, appui aux campagnes de masse, dans toutes les zones de santé</p>
Kasaï Oriental	<p>Disponibilité, accès, qualité et utilisation de service de SRMNEA, PF et GBV</p> <p>AAP-PSE</p> <p>Programme sages femmes</p>	<p>Prévention et Prise en charge de la Malnutrition</p> <p>Renforcer l'utilisation et la qualité des services de nutrition dans les structures sanitaires et communautaires</p> <p>Appui à la prise en charge holistique des Survivants des Violences basées sur le genre</p> <p>Appui aux monitorages amélioré pour action, Appui au projet communauté amis des enfants, appui aux activités de communication de campagne de masse toutes les ZS, sensibilisation de covid - 19 et choléra toutes les ZS</p>	<p>Assistance nutritionnelle des populations victimes de conflits dans le Kasaï</p> <p>Assistance alimentaire aux personnes vulnérables victimes de conflits</p>	<p>Protection en faveur des personnes déplacées internes dans le grand Kasaï/War Child</p>	<p>Appui à la surveillance des maladies et riposte, appui aux missions des investigations des maladies, appui aux enquêtes épidémiologiques, appui aux campagnes de masse, dans toutes les zones de santé</p>
Lomani		<p>Prévention et Prise en charge de la Malnutrition</p> <p>Renforcer l'utilisation et la qualité des services de nutrition dans les structures sanitaires et communautaires en charge holistique des Survivants des Violences basées sur le genre</p>			<p>Appui à la surveillance des maladies et riposte, appui aux missions des investigations des maladies, appui aux enquêtes épidémiologiques, appui aux campagnes de masse, dans toutes les zones de santé</p>

Sankuru	Midwifery program	Prévention et prise en charge de la Malnutrition Renforcer l'utilisation et la qualité des services de nutrition dans les structures sanitaires et communautaires			Appui à la surveillance des maladies et riposte, appui aux missions des investigations des maladies, appui aux enquêtes épidémiologiques, appui aux campagnes de masse, dans toutes les zones de santé
----------------	-------------------	--	--	--	--

Région Sud

	UNFPA	UNICEF	ONUSIDA	OMS	PNUD
Tanganyka		PTME (Renforcement capacités des prestataires de soins et des acteurs communautaires, activités de suivi et appui au monitoring) VIH pédiatrique avec focus sur les enfants Nés exposés des mères VIH+ (3ZS)	Appui aux réunions de coordination ou de concertation (TB/VIH, PTME, Pop clé...)		Droits Humains et VIH (approche parcours) Appui en médicament aux activités du centre convivial de Kalemie, Appui aux AGR (concerne les OAC des PVV et des Key Pop) (2ZS)
Lualaba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approvisionnement en préservatifs ▪ Population générale, ▪ Populations clés, ▪ Populations prioritaires (toutes les 14ZS) 	Formation sur la PTME et appui des activités PTME (5ZS)	Sensibilisation dans les carrières sur le VIH et la Covid-19 (1ZS)		Droits Humains et VIH (approche parcours) Appui en médicament aux activités du centre convivial de Kalemie, Appui aux AGR (concerne les OAC des PVV et des Key Pop) (2ZS)
Haut Lomani	Pas d'appui aux activités VIH				
Haut Katanga	Approvisionnement en produits contraceptifs et Santé de la reproduction (toutes les 27 ZS)	SMNEA, PTME, All In (via PNMLS) OEV, GAS enfants et adolescents (10ZS)		Assistance technique, COVID 19, Suivi eTME	

Interventions du Programme commun par zones de santé



Région Est

Préparé par **Freud Muciza Bayunvanye**

1. Conduite de l'évaluation dans la région Est

Les activités de l'évaluation se sont déroulées normalement sous le lead de la consultante principale. Toutefois, tout au long de ce processus, il y a eu certaines difficultés et contraintes. Il s'agit notamment de : l'indisponibilité des renseignements après des rendez-vous dument pris et répétés, plus particulièrement des agences du système des nations unies, les Provinces qui ne renseignent pas sur leurs données (Bas UELE et Haut UELE), la tendance à ne pas être souples à renseigner pour les uns et au renoncement des dernières minutes pour les autres sans raisons claires.

Il y a également l'absence des données chiffrées dans auprès des répondants du Programme commun. Il sied de souligner que cette évaluation a permis de constater la différence qu'il y a entre le mandat des agences en termes de contribution à la réponse pays contre le VIH/sida et l'effectivité des actions sur le terrain. La non-appropriation de certains responsables des agences, a fait que certains membres du Programme commun soient inexistantes dans la lutte contre cette pandémie.

Ainsi, la collecte des données, les entretiens réalisés, la revue documentaire et les focus groups tenus, ont permis de glaner un nombre important d'informations, suggestions et recommandations qui pourront si elles sont prises en compte aider à faciliter la perception des rôles et responsabilités du Programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida.

2. Contexte régional

Le présent rapport porte sur quatre Province de la République Démocratique du Congo Sud-Kivu, Nord-Kivu, Tshopo et Maniema. A part la province de la Tshopo qui se trouve au Nord du pays, les trois autres constituent l'ancien Kivu. Ces quatre provinces s'étendent sur une superficie de 457 413 km² et le total de leurs populations est de 23 687 581 habitants soit 52 personnes au Km².

Tableau 1 : Prévalence du VIH/Sida dans les provinces concernées par l'enquête

Province	Prévalence dans la population Générale	Prévalence pour les key pop	Prévalence pour les Femmes enceintes	Année
Nord-Kivu	1,2 %	3,2%	0,4 – 0,5%	2020
Tshopo	4 %	ND	4%	2020
Ituri	5%	4,72 % en moyenne (MSM 5,18%, PS 4,2 %, UDI 5,8% et Tr 3,7%)	0,8 %	2020
Sud-Kivu	1,2%	6%	1,9	2020
Maniema	4%	ND	4,1	2020

Source : Rapport annuels des PNLs Nord-Kivu 2020, Ituri 2017, Sud-Kivu

Pour ce qui est des risques liés à la propagation du VIH/Sida dans ces provinces, on peut citer notamment : la proximité avec des pays à fortes prévalences, le faible niveau de connaissance des populations sur le VIH, la présence de groupes armés nationaux et étrangers, les déplacements internes massifs des populations, la présence des camps de réfugiés présence des carrés miniers sans programme de prévention, plusieurs cas

des violences sexuelles, persistance des comportements, us et coutumes défavorables à la lutte contre le VIH, le degré élevé de discrimination et stigmatisation des PVVIH et des populations clés.

Description des populations vulnérables (quelles sont les populations vulnérables, où sont-elles, quels enjeux, référence des données collectées)

- Ici, nous avons différencié les populations clés et les populations vulnérables. Dans la première catégorie, les Professionnelles du Sexe, les LGBT, les Utilisateurs des Drogues Injectables ; les Détenus, les PVVIH, les PVV Co infectées VIH/TB et VIH/Hépatites.
- Les populations vulnérables font référence aux adolescents et jeunes (10 à 24 ans), aux femmes enceintes, aux polytransfusés, aux déplacés internes, aux réfugiés, aux Orphelin et Enfants Vulnérables (OEV), au Personnel en Uniforme, PVVIH, camionneurs, miniers ainsi que les survivantes des violences sexuelles.

Enjeux principaux au regard du VIH/Sida

La riposte du VIH/Sida vis-à-vis de ces catégories nécessite une attention particulière sur les enjeux tels que l'Implication des communautés ; la prévention combinée ; la protection de droits humains des PVVIH et minorités sexuelles ainsi que l'approche différenciée des soins et traitement.

Pour ce qui est des principes directeurs pour faire face à ces enjeux, il est primordial d'accorder une attention particulière à : l'engagement politique fort ; la multisectorialité et intersectorialité effective de la réponse ; le respect des droits humains et du genre ; la coordination et la décentralisation ; renforcement de la demande pour l'utilisation des services et l'extension de la couverture ainsi que l'alignement et la redevabilité.

3. Description de la réponse au VIH

Priorité/Cadre provinciaux

Pour organiser la lutte contre le VIH/Sida au niveau du Pays, la RDC s'est dotée de deux programmes spécifiques : le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNLS) et le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS). Un Plan Stratégique National est élaboré chaque année pour organiser la riposte contre le VIH/Sida et les IST au niveau du Pays. Les provinces quant à elles, se servent d'outil pour les contextualiser en fonction des réalités de leurs entités.

Autres acteurs présents et interventions (hors Programme commun)

En plus du Gouvernement National, la riposte contre le VIH/Sida dans les province du Sud-Kivu, Nord-Kivu, Maniema et Tshopo a bénéficié ces quatre dernières années de l'appui de plusieurs partenaires notamment : UNICEF, DDC, GIZ, UNFPA, APEC, FM, Cordaid, MSF/F, MSF H, Global Stratégies, UCOP+ , MONUSCO, UNFPA, du PNUD, Coopération Suisse, GIZ, Global stratégies, Fondation Panzi (Stephen Lewis), PEPFAR, Enabel et OMS.

Coordination VIH au sein de l'équipe UN Pays et Coordination humanitaire

En 2021, l'ONUSIDA a élaboré une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le VIH/sida pour 2021-2026, centrée sur la lutte contre les inégalités de santé comme stratégie pour accélérer les progrès vers l'éradication du VIH/sida comme menace pour la santé publique d'ici à 2030. De ce fait, la nouvelle stratégie ancre la riposte au VIH/sida dans l'Agenda 2030 et les Objectifs de Développement Durable (ODD), en mettant en lumière l'interdépendance entre le VIH et les ODD et l'objectif de « ne laisser personne derrière ». Un nouvel UBRAF couvrant la période 2022-2026 est également en cours de développement, et guidera au niveau de la RDC le nouveau Plan Conjoint biennal couvrant la période 2021-2023.

Description du Programme commun

Acteurs présents

Le bureau pays de l'ONUSIDA en République Démocratique du Congo (RDC) coordonne le fonctionnement du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, composée de représentants des coparrainants à différents niveaux et couvrant le portefeuille VIH/sida dans leurs agences. Les agences coparraines en RDC sont le UNFPA, le HCR, l'OMS, l'ONU FEMMES, le PAM, le PNUD, l'UNESCO et l'UNICEF. Le bureau de l'ONUSIDA dispose de représentations régionales dans les régions Est, Sud et Centre, en plus du siège basé à Kinshasa.

Activités VIH conduites depuis 2018

Le rôle et la contribution du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA sont consignés dans le Plan Conjoint du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, qui traduit le Cadre unifié, du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) de l'ONUSIDA au niveau national. En RDC, le Plan Conjoint⁵⁰ est biennuel et dans les dernières années couvre les périodes 2018-2019 et 2020-2021.

Budget (Enveloppe Pays et fonds propres des coparrainants)

L'enveloppe pays pour les coparrainants s'élevait à 300 000 \$ pour 2021. A celle-ci s'ajoutent les fonds additionnels (non-core funds) des agences coparrainées, les allocations UBRAF du siège (cosponsor core HQ funds), et les fonds 'Business Unusual Funds' (BUF) pour financer l'intégralité du Plan Conjoint.

Résultats

1. Réalisation du Programme commun (PC) dans la région

Le Programme commun des Nations Unies ne cesse de faire le plaidoyer, bien qu'il ne puisse pas tout faire ; plaidoyer pour que les programmes répondent à leurs cahiers des charges et contribuent efficacement aux objectifs pays dans la réponse contre la pandémie du sida ; édicter des orientations claires pour intégrer la donne COVID-19 dans la planification et la mise en œuvre des activités ; renforcer l'existence des bureaux de terrain pour approcher les services des bénéficiaires et améliorer la couverture, et l'accès aux services.

2. Défis et limitations du PC

- L'appui limité pour le passage à l'échelle des expériences réussies ;
- La loi qui limite l'âge d'accès au dépistage volontaire de la jeune fille à 18 ans alors que les études prouvent l'âge moyen au 1^{er} rapport sexuel des filles est de 12 ans. ;
- La faible appropriation et la pérennisation des activités par le gouvernement ;
- Faible appui nutritionnel ;
- L'avènement du covid-19 et ses corollaires ;
- Les ruptures fréquentes dans l'approvisionnement des intrants ;
- Faible couverture géographique pour le suivi biologique (longue distance)
- Les défis sécuritaires et qui empêchent l'accès aux services ;
- Les mauvais états des infrastructures ne facilitent pas l'accès des intervenants aux bénéficiaires dans certaines parties de la République ;
- La non-disponibilité et la faible capacitation des points focaux VIH dans les agences du système des Nations Unies.

3. Facteurs extérieurs influençant les résultats du PC

Les défis contextuels incluent : les guerres à répétition, les conditions socio-économiques (pauvreté, chômage, etc.), les mouvements de populations, promiscuité dans les sites d'accueil, le partage de frontières avec certains pays à prévalence élevée, le très faible accès à l'information sur le VIH (mobilisation communautaire laisser pour compte), l'ignorance, la Stigmatisation/Discrimination, le faible accès aux services VIH (ruptures intrants, arrivée tardive au TARV, etc.) Bref, l'état du système de santé de la RDC, la situation de son personnel, les infrastructures du pays en général, la fragilité de ses institutions et l'incapacité de l'Etat à assumer ses fonctions régaliennes ou encore à assurer l'accès de la population à des services de base ; ont un impact direct et négatif sur la capacité à fournir des services, des soins gratuits et de qualité aux personnes vivant avec le VIH, aux populations clés, aux groupes vulnérables et aux populations en général.

⁵⁰ Voir les Plans Conjoints 2018-2019 et 2020-2021 (accédés depuis le JPMS)

D'autres part certains facteurs extérieurs ci-après liés à la capacité de la réponse nationale au VIH peuvent influencer les résultats du Programme commun : Insécurité persistante liée à la présence des groupes armés tant nationaux qu'internationaux dans certains coins et recoins de l'EST ; la rareté des ressources financières ; faible capacité de mobilisation des ressources domestiques par le gouvernement de la RDC ; faible appropriation de la lutte par les autorités politico administratives ; faibles implications des communautés concernées dans la réponse.

Conclusions et recommandations

A l'issu du processus d'évaluation, toutes les données régionales et le rapport final devraient contribuer à une prise de conscience ponctuée par la bonne volonté, une appropriation efficace, une analyse exhaustive et objective permettra au Programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida à remobiliser les énergies pour un accompagnement non seulement efficace mais aussi efficient pour une réponse repensée avec toutes les parties prenantes contre le VIH/sida dans la partie Est en particulier, et sur toute l'étendue de la RDC en générale.

Région Centre

Préparé par : **Christophe Kabeya Luboya**

Introduction

1. Description des populations vulnérables et enjeux principaux au regard du VIH/sida

Au Kasai Oriental

Les populations vulnérables sont les SVS, MSM, PS, TG, UDI, Patients TB, AJF, Les Personnes Vivants avec le VIH en général, les OEV VIH+, les femmes enceintes et allaitantes VIH+ et leurs enfants exposés les femmes.

Les enjeux sont le manque d'appui technique et financier, le manque d'appui nutritionnel, le manque de formation des acteurs. Les priorités de la réponse au VIH sont la réduction des obstacles liés au Genre et aux Droits humains (lutte contre les VSBG) et la réduction de la vulnérabilité des adolescents et jeunes femmes ; l'appui nutritionnel et l'assurance de transport des PVVIH pour y avoir accès ; l'amélioration de la qualité de vie de Personnes Vivants avec le VIH par l'accès au TARV de qualité et leur implication à tous les niveaux décisionnels de lutte contre le VIH.

Des progrès ont été réalisés notamment sur l'estimation de la population VIH+ grâce à l'outil Spectrum.

Au Kasai Central

Les enjeux identifiés incluent :

- La prévention du VIH dans la communauté et la sensibilisation sur le dépistage
- Promouvoir les actions de protection sociale des PVVIH et TB ;
- Assurer la récupération nutritionnelle des PVVIH sous ARV et patient TB sous DOTS souffrant de malnutrition aiguë. Contribuer à l'amélioration de l'adhérence au TARV et le succès du DOTS, permettre le retour à une vie productive et empêcher les ménages d'adopter des stratégies négatives de survie et de détériorer leurs biens
- Assurer qu'au moins 90 % de femmes en âge de procréer éligibles à la PTME sont atteintes par l'intervention VIH dans les zones cibles de l'intervention conjointe afin de contribuer à la réduction de nouvelles infections à VIH.
- Assurer dans le contexte humanitaire la recherche de perdus de vue (au moins 90% des PVVIH en situation humanitaire d'urgence (Déplacés, retournés) réintègrent le programme des soins et traitement du VIH de qualité et le soutien nutritionnel).

Au Kasai

Les populations vulnérables sont : les PS, les jeunes, femme, HSM, miniers, les femmes enceintes, les tuberculeux.

Les enjeux relevés sont :

- Les problèmes liés à la prestation des services et soins de santé (développement de la ZONE DE SANTÉ et continuité des soins) :
 - La faible couverture intra zonale en services VIH 65/395 soit 16% ;
 - La faible couverture en services VIH en province, soit 44%
 - La faible proportion des Personnes vivant avec le VIH mises sous TARV ;
 - La faible couverture des Personnes Vivants avec le VIH mises sous INH ;
 - La faible opérationnalité des modèles de soins différenciés et du guichet unique ;
 - Le faible taux de l'EID ;
- Les problèmes liés aux ressources humaines pour la santé (RHS) :

- 40% des agents du PNLS ne bénéficient ni du salaire et prime de l'Etat ni prime des partenaires ;
- Les problèmes liés aux infrastructures, équipements médico-sanitaires et maintenance :
 - Absence d'un laboratoire provincial ;
 - L'absence d'un local propre pour le PNLS, équipement, matériel informatique.
- Les problèmes liés aux médicaments essentiels et intrants spécifiques :
 - La rupture des intrants de lutte dans les ZONE DE SANTÉ
 - Les approvisionnements non adaptés au besoin liés aux commandes des ZONE DE SANTÉ
- Les problèmes liés au financement du système local de santé :
 - Le non-décaissement de fonds de contre parti prévus en faveur de la lutte (Gouvernements Central et Provincial) ;
 - Faible mobilisation des ressources additionnelle pour la lutte contre le VIH/Sida.
- Les problèmes liés à la gestion de l'information sanitaire :
 - Rupture des outils de collecte et de rapportage des données VIH dans les formations sanitaires observée pendant le premier semestre ;
 - La faible qualité des données VIH (Exhaustivité et la traçabilité des données) ;
 - Le non saisi de malades dans le logiciel Tier.Net ;
 - La faible opérationnalité de la plate-forme DHIS2 (Connexion, cartographie et complétude des rapports)
- Les problèmes liés à la gouvernance, au leadership et à la collaboration intersectorielle :
 - Le non-actualisation de l'arrêté régissant l'organisation et le fonctionnement du Programme ;
- Les problèmes liés aux financements des interventions en situations humanitaires :
 - Faible réponse aux urgences humanitaires en matière de lutte contre le VIH ;

A Lomami

La population vulnérable principale est les professionnelles de sexe.

Les enjeux principaux sont : la sensibilisation, le dépistage, la prise en charge psychosociale des Personnes vivants avec le VIH et les enfants orphelins.

Au Sankuru

Les populations vulnérables sont les Jeunes, les coinfectés à la TBC, femmes, les populations clés. Le groupe le plus touché c'est d'abord les jeunes, surtout dans la porte TUB, IST.

Les principaux enjeux sont : le dépistage des personnes prise en charge de confection TB-VIH+, et la PEC de Personnes vivants avec le VIH et les violences sexuelles et le suivi et évaluation. Une valeur ajoutée du PC par rapport aux enjeux a été la mise en place des outils de coordination et lobbying.

2. Description de la réponse du PC au VIH

La réponse est guidée par les outils suivants : Le logiciel du Ministère de la santé "le DHIS2", les rapports de routine des partenaires coopérants, les rapports des enquêtes menées sur le terrain par le PNLS et PRONANUT, les enquêtes EDS, les enquêtes MICS, les rapports annuels de PNLS, PNMMLS, rapports des acteurs de VIH.

Les activités VIH conduites depuis 2018 incluent :

Au Kasai

- En juillet 2018 avec l'appui financier de l'UNHCR, le Secrétariat Exécutif Provincial du PNMLS Kasai avait mené une évaluation rapide de besoins en VIH des personnes déplacées internes et les personnes affectées par la crise humanitaire liée au phénomène KAMUENA Nsapu et cela dans deux zones de santé dont une zone urbaine (KANZALA) et une zone rurale (KAMUESHA).

- Renforcement des capacités des 100 prestataires de santé (médecins, infirmiers, technicien de labo et biologistes et communautaires de 4 zones de santé.
- Appui en tests de dépistage
- Réalisation de la charge virale auprès de 1800 malades
- Sensibilisation et dépistage volontaire dans les 4 Zones de Santé.

Au Kasai Oriental

- Appui financier journée mondiale sida

Au Kasai Central

- Fournir une assistance nutritionnelle aux personnes vivant avec le VIH sous ARV et patients TB-DOTS en état de dénutrition.
- Sensibiliser les populations sur le VIH, la recherche des cas perdus de vue en situation d'urgence humanitaire
- Fournir une aide technique au Gouvernement afin de veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient accès à une alimentation appropriée d'un point de vue nutritionnel et adaptée au traitement qu'elles reçoivent.
- Formation des prestataires communautaires sur le NACS (Nutritional Assessment, Counseling and Support), la recherche des perdus de vue.
- Renforcer les capacités des prestataires en CCC nutrition, doter les structures en outils de communication et de plaidoyer
- Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH soient en relation avec les mécanismes de soutien communautaires pour que l'apport de moyens de subsistance se poursuive sur le long terme.
- Appuyer des études scientifiques sur la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle des PVVIH, sur le statut nutritionnel, les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents, jeunes, femmes enceintes et allaitantes sur la nutrition, la planification familiale et le VIH
- Produire les matériels de plaidoyer VIH pour les trois provinces (Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental)
- Produire les matériels éducatifs (boîtes à images).

Au Sankuru

- Lobbying et coordination

A Lomami

- En 2020, l'ONUSIDA a appuyé la JMS avec 824\$

Résultats

1. Réalisations du Programme commun (PC) dans la région

Au Kasai

Les points forts du Programme commun sont : La convergence provinciale des financements, des interventions acteurs et des interventions de VIH dans les mêmes provinces en crise ; la planification conjointe des interventions lors d'un atelier organisé par l'ONUSIDA (en 2018) ; le suivi conjoint par l'équipe UN-VIH des résultats des interventions planifiés dans le cadre de country envelope et autres ; la réintégration des perdus de vue dans la file active ; la mise à disposition des acteurs des outils de plaidoyer et de communication sur le VIH ; et la production des évidences au moyen des études.

Au Kasai Central

Il y a eu des progrès sur les principaux enjeux, notamment : L'amélioration de la couverture en services VIH (qui est passée de 4 à 8 Zones de Santé, soit de 22 à 44% ; et grâce à l'ONUSIDA, il a eu pour la première

fois à avoir les données de la Charge virale (boostage du troisième 90). Reste à élargir la couverture en activités de lutte contre le VIH de 8 à 18 zones de santé, faciliter l'accès à la charge virale des patients sous TARV. Intensifier les activités communautaires, rendre opérationnelle les dix secteurs prioritaires de lutte contre le VIH, autonomiser la lutte contre le VIH en province en mettant en place le fond provincial de lutte contre le sida. Avec le PNMLS, les résultats de l'enquête sur les besoins rapides des populations déplacées ont été utilisés pour le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources pour l'organisation de la formation en Paquet VIH, les questions en rapports la santé sexuelle des adolescents et jeunes ont été pris en compte sans oublier la question relative à l'élargissement de la couverture des activités dans les zones de la bande frontalière avec l'Angola.

Région Ouest

Préparé par : **Arlette Mavila Kilonga**

Introduction

Contexte régional

Situation épidémiologique du VIH dans la région Ouest

La province du Kwango, une des 10 provinces de la région Ouest du Programme commun a une prévalence estimée à 1,02%, comparée à 1,2% au niveau national selon l'EDS 2013-2014. La prévalence est de 0,1% dans le Kwilu, une des 10 provinces de la région Ouest du Programme commun (PC). L'incidence dans la population adulte de 15-49 ans est de 0,17 pour 1000 habitants en 2020 au niveau national, et de plus de 2,5 pour 1000 habitants dans certaines provinces comme le Nord Ubangi, province de la région Ouest. Au regard de la tendance en baisse de la prévalence du VIH telle que révélée par le Spectrum 6.06 de 2021 laissant entrevoir une épidémie à VIH concentrée et pour accélérer le contrôle de l'infection à VIH, 15 provinces ont été identifiées comme prioritaires devant bénéficier du paquet VIH complet. Le criterium sélectif comprenait la prévalence du VIH, le poids de la file active des patients sous ARV, le taux de détection de la TB, la multi résistance à la TB, la cartographie de populations clés, le décès lié au VIH ainsi que l'incidence du VIH. Nous notons que 4 provinces sur 10 de la région Ouest sont identifiées prioritaires (Kinshasa, Kwilu, Kongo Central, Nord Ubangi). La couverture de la PTME reste faible (48% au niveau national) et ainsi que la prise en charge pédiatrique (34% au niveau national). Sur base des critères notamment la fréquentation à la CPN1 et le poids des femmes enceintes VIH attendues qui devront bénéficier des interventions catalytiques pour booster la PTME ainsi que la prise en charge pédiatrique, le pays a identifié 17 provinces prioritaires, dont certaines dans la région Ouest : Kinshasa et Tshuapa.

Les études sentinelles du VIH de 2017 chez les femmes enceintes, montrent ainsi pour la province de Tshuapa une prévalence de 4,5 %.

Description des populations vulnérables

Selon le PSN, nous avons comme population vulnérables au VIH/sida: les PVVIH, les personnes avec co-infection VIH/Tuberculose, celles à comorbidité avec Hépatite, les populations clés (Professionnelles de sexe (PS), les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH/MSM), les lesbiennes, bisexuels et transgenre (LBT)), les populations vulnérables, en déplacement, les réfugiés, les orphelins et enfants vulnérables (OEV), les hommes en uniforme, les camionneurs, les miniers et les pêcheurs, les personnes avec handicap, les adolescents et les jeunes, les femmes enceintes et les polytransfusés.

Description de la réponse au VIH

Priorités /cadre provinciaux

Les provinces ne disposent pas de plans stratégiques VIH. Les activités en rapport avec le VIH sont reprises dans les plans d'action opérationnels des coordinations provinciales.

Autres acteurs présent et interventions (hors PC)

La Ville Province de Kinshasa est une province de convergence pour le FM et le PEPFAR en raison de 14 ZS bénéficiant de l'appui du FM et 18 du PEPFAR.

Description du Programme commun

Acteurs présents

Dans la région Ouest, sur base des interviews réalisées ; les acteurs présents dans la région sont l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA, l'UNHCR, l'UNICEF.

Et la mobilisation des ressources bien que l'apport en fonds soit faible et l'affectation non ciblée.

Résultats

Réalisations du Programme commun dans la région

Il y a un accès du plus grand nombre parmi les populations vulnérables au dépistage et aux ARVs, cependant sans soutien nutritionnel. Il n'y a plus de rupture des ARVs car il y a des stratégies initiées par l'ONUSIDA qui collabore avec les bailleurs de fonds tels que PEPFAR et FM. Le bémol est le suivi biologique n'a pas atteint les résultats escomptés 90–90–90. La prise en charge d'OEV pour les études primaires et secondaire est effective dans la ville de Kinshasa. Il y a le mentorat avec les mères mentors qui suivent les femmes pour qu'on n'ait pas des enfants infectés. Nous sommes passés maintenant à 95/95/95. La prise en charge pédiatrique boîte du fait qu'on n'a pas toujours les molécules nécessaires. Le suivi se fait chez 50 % d'enfants seulement.

Avec le PNUD, il y a la prise en charge des dossiers juridiques. Des activités de sensibilisation et de prise en charge des femmes victimes de violence est réalisée (PNUD) ; l'UNHCR appuie la lutte pour les populations déplacées, dans les zones frontalières et pour les victimes de violences dans le contexte d'insécurité. L'UNICEF appuie le projet All-In avec la sensibilisation des jeunes scolarisés et non-scolarisés sur la santé sexuelle et de la reproduction. Cet aspect permet la prise en charge des PVVIH jeunes non informés sur le VIH.

Défis et limitations du PC

Nous avons le défi financier, la non-inclusion des PVVIH dans les agences des NU pour être utiles comme dans les autres pays d'Afrique, la mobilisation des fonds pour la couverture de la charge virale qui pose problème, le rendu des résultats qui pose problème, le manque de sensibilisation et de vulgarisation des lois, des traités et arrangements pour les populations clés. Il y a également l'implication des toutes les organisations sans se limiter aux seules faisant partie des plateformes et l'accès aux financements des autres agences des Nations Unies à ce jour très difficile à obtenir.

Approche du programme

La nouvelle directrice de l'ONUSIDA a apporté un vent nouveau dans le travail de collaboration avec un focus mené ensemble sur le plan annuel avec identification des actions prioritaires de financement par l'ONUSIDA, la réalisation des missions conjointes PNLS-PNMLS-ONUSIDA, la réalisation des activités et les missions en rapport avec le SPECTRUM par le PNLS et l'ONUSIDA ainsi que la gestion de l'information stratégique et l'identification ensemble (Le PEPFAR, le PNLS, le DHIS2 et le PNMLS) des goulots d'étranglement.

Le PNUD a joué un grand rôle dans l'appui au secteur de la justice et droits, avec l'utilisation de l'application YEBA MIBEKO. Le PNUD et l'ONUSIDA sont dans le consortium plaidoyer qui a permis la révision de la loi sur le dépistage des mineurs. Cependant, il y a des efforts à fournir. L'environnement favorable face à la discrimination et à la stigmatisation est important pour diminuer les barrières et améliorer la prévention et le traitement.

En rapport avec l'influence sur les normes de genre et les inégalités, il y a l'appui du pays sur les thématiques reprises dans le PSN sur les inégalités par une représentativité des femmes dans les instances de coordination.

Le développement des capacités, le plaidoyer pour la participation à des formations à l'étranger, la formation des jeunes brigadiers anti-sida-tuberculose ont été appuyés par l'ONUSIDA. On a également la formation des prestataires sur la discrimination et la stigmatisation ainsi que la formation sur l'accompagnement juridique des victimes de violences sexuelles et basées sur le genre. Il y a également l'appui avec les fonds catalytiques.

Il y a le plaidoyer, la mobilisation des fonds pour appuyer le pays dans la lutte contre le VIH.

L'ONUSIDA joue un rôle plus dans l'appui technique, la mobilisation des ressources (Contact du fond mondial), le financement de la participation aux réunions internationales. On n'a pas noté son rôle dans la coordination dans la région Ouest, ce qui constitue un point à améliorer.

Facteurs extérieurs influençant les résultats du PC

Les facteurs cités sont (1) le faible revenu, la précarité, la pauvreté aggravée par un taux important de chômage ; (2) l'état de santé altéré par la maladie chronique, l'isolement, l'exclusion, la malnutrition, un système immunitaire affaibli ; (3) l'âge : les enfants de moins de 5 ans et les personnes de plus de 75 ans, vulnérables aux maladies et au changement climatique ; (4) la stigmatisation et la discrimination qui

entraînent l'auto-stigmatisation ; (5) l'insécurité. Les causes de vulnérabilité sont une conjugaison des crises alimentaire, financière et énergétique.

Conclusions et recommandations

Conclusion

Dans sa vision de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, l'ONUSIDA a conçu une nouvelle stratégie qui vise de mettre fin aux inégalités pour mettre fin au sida. Cette stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 utilise une optique d'inégalités pour combler les lacunes qui empêchent les progrès visant à mettre fin au sida. La réduction des inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et le fait de donner la priorité aux personnes qui n'ont pas encore accès aux services vitaux de lutte contre le VIH est le cheval de bataille de cette stratégie. Pour que chaque pays et chaque communauté soient sur la bonne voie afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, la stratégie énonce des actions prioritaires fondées sur des données probantes et des objectifs audacieux.

Dans un contexte international et national marqué par la crise sanitaire due à la pandémie à covid19, la RDC par le Programme National de Lutte contre le VIH/sida et les IST (PNLS) avec ses partenaires techniques et financiers (Fonds Mondial, PEPFAR, Agences des Nations Unies et Société civile) a su s'adapter en élaborant un plan de contingence face à cette urgence mondiale. Il faudrait reconnaître que pendant ces cinq dernières années, de larges progrès ont été enregistrés. La connaissance du statut sérologique est passé de 40% à 76%, la mise sous traitement ARV est passée de 31% à 74% et l'accès à la mesure de la CV de 19% à 41%.

Recommandations

Agir sur certaines insuffisances relevées, notamment :

- Un alignement des cibles nationales sur la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA ;
- Un meilleur ciblage géographique et des populations devant bénéficier de ces interventions en incorporant les nouvelles provinces issues du découpage ;
- Le soutien et l'appui de la lutte de façon globale, holistique pour les interventions à l'endroit de ces populations ;
- Un renforcement des capacités à une plus grande échelle et une mobilisation des fonds pour appuyer les actions des plans de travail annuels, trimestriels et pourquoi pas quinquennaux,
- Une diversification des sources de financement et une plus grande efficacité de l'utilisation des ressources,
- Un renforcement des capacités,
- Une vulgarisation du plan conjoint des NU,
- Un accompagnement dans l'élaboration des documents normatifs au niveau intermédiaire et périphérique,
- Le travail avec la coordination du PNMLS pour rendre l'approche multisectorielle de la coordination efficace,
- Une mobilisation de fonds additionnels pour augmenter la hauteur des fonds catalytiques,
- La promotion des organisations à assises communautaire qui n'ont pas beaucoup de capacités,
- Un développement d'autres mécanismes pour les organisations à faible capacité pour faire participer tout le monde,
- Une documentation des bonnes pratiques et leur soumission aux preneurs de décision
- L'élaboration d'un nouveau PSN en fonction des nouvelles directives de l'ONUSIDA pour être conforme aux objectifs mondiaux.

Région Sud

Préparé par : **Sylvain Kasonga Kabangu**

Introduction

Le profil épidémiologique de la région Sud a montré que l'épidémie y est de type généralisé. Les professionnelles du sexe et les hommes ayant les rapports sexuels avec des hommes constituent les populations clés, qui alimentent l'épidémie. Parmi les populations passerelles figurent les miniers (exploitation artisanale et industrielle), les camionneurs, les femmes victimes des violences sexuelles, notons aussi un intense trafic avec les activités transfrontalière avec les pays de la SADEC. Plusieurs déterminants identifiés expliquent la propagation du VIH dans la population, notamment le faible niveau de connaissance sur la prévention, de l'utilisation de préservatifs, d'accès aux services de dépistage et de prise en charge.

Description des populations vulnérables

Le nombre de personnes vivants avec le VIH ici dans la province du Haut-Katanga est un nombre après Kinshasa le plus important dans le pays. Il y a, à peu près 110 000 personnes vivant avec le VIH ici dans le Haut-Katanga. Mais les personnes qui alimentent ces statistiques sont les populations clés (les professionnels de sexe, hommes ayant les rapports sexuels avec des hommes, les chauffeurs et les miniers).

Enjeux principaux au regard du VIH/sida

Les enjeux de la région Sud par rapport au VIH/sida sont les suivants :

- Améliorer la disponibilité des tests pour les sites qui sont fonctionnels
- Améliorer la couverture du dépistage du VIH
- Intégrer et optimiser de nouvelles approches (autotest, index testing)
- Rétention des PVV en file active (il y a une forte déperdition des PVV),
- Assurer l'accès universel au suivi biologique de la charge virale

Autres acteurs présents et interventions

En dehors du Programme commun avec les organisations du système des nations unies, le haut Katanga dispose d'autres bailleurs dans la lutte contre le VIH. Il s'agit des partenaires de PEPFAR et du Fond Mondial qui sont :

- IHAP avec comme zones : Kapolowe, panda, kenya, kamalondo, kampemba, ruashi, Lubumbashi, Sakania ; et avec comme paquet d'intervention : Prévention, PEC, atténuation de l'impact, OEV, Co infection TB-VIH, PODI, renforcement des capacités, suivi évaluation, supervision, fonctionnement
- ICAP avec comme zones : Pweto, Kashobwe, Kilwa, Kasenga, Kipushi, Lukafu, Mumbunda, Kisanga, Kowe, Tshamilemba, Katuba ; et le paquet d'intervention fait de : Prévention, PEC, atténuation de l'impact, OEV, Co infection TB-VIH. PODI, renforcement des capacités, suivi évaluation, supervision, KP.
- SANRU CDC couvrant les zones de : LIKASI, kikula, kambove, kilelabalanda, mufunga, mitwaba, lukafu ; avec comme volet d'intervention : prévention, PEC, atténuation de l'impact, OEV, Co infection TB-VIH, PODI, renforcement des capacités, suivi évaluation, supervision,
- FHI 360/SI : 27 ZS où ils travaillent sur : Information stratégique (SI), supervision, validation, Amélioration qualité de l'info stratégique
- FHI 360 EPIC. Kenya, Kampemba, Sakania, Panda, Kapolowe ; et avec comme domaine d'intervention les KP.

Approche de l'évaluation dans la région Sud

La collecte des données a inclus les interviews de 4 groupes différents ayant travaillé comme coparrainants ou ayant bénéficié de l'appui du Programme commun.

Ces groupes étaient constituée de :

- Les organisations du système des nations unies
- Le gouvernement
- La société civile
- Les groupes focaux

Ainsi sur 17 personnes pour les 3 premières cibles nous avons assuré les interviews de 11 personnes qui étaient disponibles dont 4 des Nations Unies, 3 du gouvernements et 4 de la société civile. Ci-dessous le résumé des entretiens.

Résultats

Gouvernement

Forces :

- Il y a un appui du Programme commun avec les activités d'appui (assistance technique, appui aux activités de sensibilisation, appui aux réunions de groupe thématiques : SMNEA, visite de terrain, appui aux réunions de concertation entre gouvernement et partenaires dans le VIH
- Désormais une bonne planification des activités en fonction des cibles (Spectrum)

Défis :

- La rationalisation des interventions
- L'accélération de la riposte pour l'atteinte des objectifs
- La mobilisation des communautés pour leur pleine participation aux actions de lutte
- La mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds et gouvernements pour une réponse adaptée.
- Elargir la couverture des activités VIH,
- Améliorer la prise en charge biologique,
- Prise en charge holistique des OEV,
- Autonomisation des femmes PVVIH,
- La promotion du genre et des droits humains,
- Lutte contre la discrimination et stigmatisation,
- Approvisionnement en intrants VIH,
- Mobilisation des fonds domestiques,
- Promotion du partenariat public-privé.

Société Civile :

Forces :

- La disponibilité des intrants de lutte contre le VIH (test, préservatifs, lubrifiants, l'appui aux activités de renforcement des capacités et de communication, l'appui à la mise en place de la surveillance communautaire
- La tenue des réunions conjointes permet d'intégrer les activités de tous les acteurs NU, Gouvernementaux et de la société, le renforcement des capacités en ligne ;
- La valeur ajoutée des NU c'est l'accompagnement matériel, technique et financier des acteurs de terrain ;
- Le changement de comportement s'observe dans la communauté à travers l'observance des moyens de prévention et l'acceptation de la prise en charge médicale ;
- Les NU nous ont renforcés en capacités organisationnelles, techniques de communication, en mobilisation des ressources et en plaidoyer à travers les formations, stages, échanges d'expérience et l'amélioration de nos relations avec le gouvernement

Défis :

- Le faible développement des activités en milieu rural
- Existence de certains sites non couverts par le paquet VIH
- Diminution des ressources allouées au VIH/sida par divers partenaires dont ceux des NU, la survenue de la pandémie COVID-19 qui a totalement ralenti les efforts consentis dans la lutte contre le VIH/sida, il y a environ 2 ans.

Nations unies :

Forces :

- Dans la province de Katanga, l'OMS a implanté le projet d'appui à l'eTME de 2016 à 2018.
- Au même moment, l'UNICEF a mis en place l'approche mère-mentor, le PAM a assuré l'appui nutritionnel aux PVV. Les réunions de coordination pour le partage d'expérience sous le leadership de l'ONUSIDA avec toutes les parties prenantes.
- Détermination de la cible à l'aide du Spectrum ;
- Renforcement des capacités du personnel UN ;
- Appropriation de la lutte par les acteurs locaux.
- Autour du PNMLS, avec appui UNICEF technique et financier des concertations périodiques de la planification aux évaluations impliquant le PNL, PNSA, Division de la jeunesse, Divi-genre, division de l'enseignement... Une concertation avec l'appui de UNICEF sur un plaidoyer de ONUSIDA a permis de mettre le PNMLS au Centre

Défis :

- Internes : manque de mobilisation des ressources
- Externes : absence de plan de contingence pour le continuum de soins en cas de déplacements massifs (guerre...)
- Faible accès des PVV au suivi biologique de la Charge Virale
- Faible accès des EEV au dépistage précoce (EID)
- Faible qualité des données (validation, audit, revue non réalisées)
- La disponibilité en tests de dépistage VIH et de la syphilis
- Faible réponse adressée aux populations clés et passerelles

Conclusions

Tout compte fait, l'évaluation est un processus très important qui a permis de s'assurer avant le financement à venir de la mise en œuvre des fonds UBRAF passé.

Force est de constater que les fonds et les activités menées par le Programme commun ne sont pas suffisants pour mettre fin au VIH à l'horizon 2030.

Il est donc important que l'ONUSIDA continue à jouer son rôle catalytique afin d'améliorer la couverture et la réponse au VIH et pour les fonds UBRAF à venir et à tenir compte des besoins des coparrainants pour une meilleure visibilité.

Recommandations

- Lubumbashi qui est pratiquement l'épicentre de la pandémie, prière d'augmenter et de concentrer l'appui
- Que l'ONUSIDA continue à jouer son rôle catalytique auprès des autres parties prenantes,
- Impliquer les autres partenaires dans le VIH afin d'améliorer la couverture.

Annexe 6 : Bibliographie

Cadre stratégique et de planning ONUSIDA

- On the Fast track to end AIDS. Stratégie mondiale de l'ONUSIDA (2016-2021)
- End inequalities. End AIDS. Stratégie mondiale de l'ONUSIDA (2021-2026)
- UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework (2016–2021)
- UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework_ Draft (2022-2026)
- BUDGET - PLAN DE TRAVAIL DE L'ONUSIDA 2020-2021
- Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020 : Accélérer la prévention du VIH en vue de réduire les nouvelles infections de 75%
- Mise en œuvre de la Feuille de route pour la prévention du VIH à l'horizon 2020. Quatrième rapport intermédiaire, novembre 2020

Données épidémiologiques et socio-démographiques

- Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida, PNUD/UNAIDS 2012
http://www.cd.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/VIH/UNDP-CD-rapport-stigma.pdf
- République Démocratique du Congo Deuxième enquête démographique de santé (EDS-RDC II 2013-2014), Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et ministère de la Santé Publique, 2014 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300_0.pdf
- Évaluation des sexo-spécificités liées au VIH et à la Tuberculose en République Démocratique du Congo, RDC Fonds Mondial, 2017 <https://elsamanghi.com/2020/10/26/etude-genre-vih-et-tuberculose-en-rdc/>
- Index de stigmatisation et de discrimination des populations clés en RDC, Rapport d'enquête 2017, PNMLS/PNUD
- Country Gender Profile Democratic Republic of the Congo Final Report Japan International Cooperation Agency (JICA, 2017), drc_2017.pdf (jica.go.jp)
- Congo Democratic Republic 2017-18, Evaluation des prestations des services de santé (2017-2018) SPA Final Report, 2018 <https://dhsprogram.com/publications/publication-SPA30-SPA-Final-Reports.cfm>
- Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (GAM) RDC (2019, 2020)
- Gender Based Violence in the Democratic Republic of the Congo: Key Facts and Priorities of humanitarian actors, GBV Sub-cluster Democratic Republic of the Congo, 2019
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/endsgbvoslo_advocacy_note_may2019.pdf
- UNAIDS data 2019 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Typologie & cartographie des violences sexuelles et basées sur le genre en RD Congo, UN WOMEN
- UNAIDS data 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- Reporting against 90–90–90 targets DRC 2020 Word File
- Global Fund Breaking Down Barriers Initiative Summary of Key Findings of the Baseline Assessments in 20 Countries, GFTAM, 2020
https://www.theglobalfund.org/media/9730/crg_breakingdownbarriersbaselineassessmentskeyfindings_summary_en.pdf
- Index de Stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH en RDC Edition 2020, ministère de la Santé Publique/PNLS, 2020
- Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women WHO, 2021
<https://who.canto.global/pdfviewer/viewer/viewer.html?share=share%2Calbum%2CKDE1H&column=document&id=tfgc8uqvuh0b1157tevomtch1j&suffix=pdf>
- Estimating National and Area Specific COVID 19 Effects on Health Service Use in the Democratic Republic of the Congo, USAID/Data for Impact (2021)

Stratégies et Plans en RDC

- Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Basées sur le Genre, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant 2009 https://evaw-global-database.unwomen.org/-/media/files/un%20women/vaw/full%20text/africa/drc2009_snvbg.pdf?vs=5206
- « Notre protection sociale » Stratégie Nationale de protection sociale de la RDC, 2017 <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/211911/1/Strat%c3%a9gie%20Nationale%20de%20Protection%20de%20la%20RDC-%20Version%20d%c3%a9pos%c3%a9e%20au%20Conseil%20des%20Ministres%20-%202023-02-17.pdf>
- 9 juillet 2018. – LOI n° 18-012 modifiant et complétant la loi 08-011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida et des personnes affectées (J.O.RDC., 23 juillet 2018, n° spécial, col. 9)
- Programme commun de lutte contre l'impunité, d'appui aux victimes de violences basées sur le genre, et d'autonomisation des femmes à l'Est de la République démocratique du Congo 03/2013-02/2018 <http://mptf.undp.org/document/download/10856>
- Global Partnership for Action to Eliminate All Forms of HIV-Related Stigma and Discrimination, UNAIDS, 2018 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_en.pdf
- Feuille de route nationale de l'appel à l'action pour la protection contre les violences basées sur le genre (VBG) en République Démocratique du Congo (2018-2020) OCHA Sous-cluster VBG, 2018, https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/feuille_de_route_pour_laction_vbg_en_rdc_vf_mai2019-2.pdf
- Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Basées sur le Genre révisée (SNVBG révisée), Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant Cellule d'Etudes et de Planification de la Promotion de la Femme, de la Famille et la Protection de l'Enfant « CEPFE », 2019
- Democratic Republic of the Congo Country Operational Plan (COP) 2020 Strategic Direction Summary March 9th, 2020, PEPFAR <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/COP-2020-DRC-SDS-FINAL.pdf>
- Leave no one Behind! A five-year plan for removing human rights and gender-related barriers to HIV and TB services in the Republic of Congo (DRAFT--30.12.20)
- Plan Stratégique National de la Riposte au VIH 2020-2023, Présidence de la République de RDC, PNMLS, 2020
- Plan de Réponse Humanitaire République Démocratique du Congo, Cycle de Programme Humanitaire 2021, OCHA, 2021 https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/hrp_2021-vf_28_janvier_web_ok-links1.pdf
- Partenariat Mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (2020)

Ressources techniques et guidance

- Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation -Towards UNEG Guidance, UNEG, 2016 <http://www.uneval.org/document/download/1294>
- Le VIH/sida et les droits de l'homme en République Démocratique du Congo, Manuel de formation, UNDP, septembre 2017
- Module Formation VIH, Genre et Droits Humains, ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le sida et les IST (PNMLS)
- UNAIDS Gender Assessment Tool, Towards a gender-transformative HIV response, UNAIDS 2018 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaidsgenderassessmenttool_en.pdf
- Directives pour la prise en charge en santé de la Reproduction, de la mère et du nouveau-né en situation de la pandémie de COVID-19 en République Démocratique du Congo, 2020

Rapports et évaluations

- Rapport d'activité sur la riposte au VIH/sida en RD Congo, PNMLS/ONUSIDA, 2012 [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ce_CD_Narrative_Report\[1\].pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ce_CD_Narrative_Report[1].pdf)

- Evaluation Finale du Programme commun de Lutte Contre l'Impunité, d'appui aux victimes basées sur le genre, et d'autonomisation des femmes à l'Est de la RDC "Tupinge ubakaji" Rapport d'évaluation, Cycle 2013-2018 PNUD RDC, 2017 <https://erc.undp.org/evaluation/documents/download/11040>
- End line evaluation of the H4+ Joint Programme Canada and Sweden (SIDA) 2011-2016 (2017)
- Baseline Assessment – Democratic Republic of Congo: Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services. The Global Fund, 2018 https://www.theglobalfund.org/media/9782/crg_humanrightsbaselineassessmentdemocraticrepublicofcongo_report_en.pdf
- Evaluation conjointe des programmes de lutte contre les violences sexuelles en République Démocratique du Congo 2005-2017 Rapport d'Evaluation, UNFPA, 2019 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/rapport_devaluation_eva_lutte_contre_les_vs_lattanzio.pdf
- WCA region, DRC Progress Towards the Fast Track Targets, UNAIDS, 2019
- Strengthening Regional and National Legislative Environments to Support the Human Rights of LGBT People and Women and Girls affected by HIV and AIDS in Sub-Saharan Africa A Case Study of the Democratic Republic of the Congo, Program on Global Health and Human Rights Institute on Inequalities in Global Health, University of Southern California (2019)
- Prospective Country Evaluation Democratic Republic of the Congo (2020) Global Fund/Path
- Rapport de l'Observatoire UCOPLUS deuxième trimestre 2021

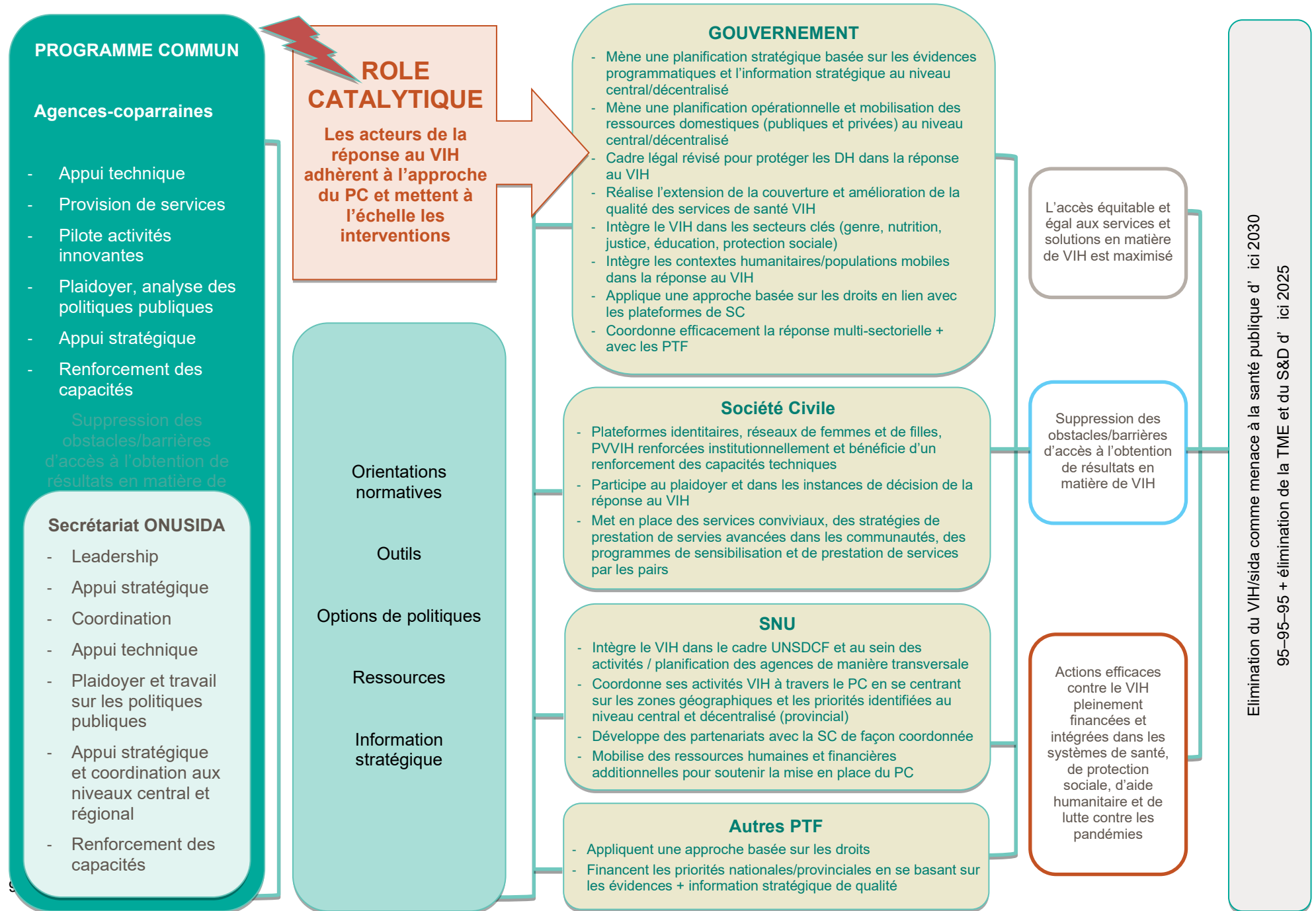
Programme commun RDC : Planning, ressources, rapports

- 2018-2019 Joint UN Plan on AIDS for DRC
- 2020-2021 Joint UN Plan on AIDS for DRC
- UBRAF DRC High Priority Areas, 2020, Word File
- 2021 Joint UN Plan on AIDS in Democratic Republic of CONGO: Summary Word File
- Country Summary reports for Democratic Republic of Congo, UNAIDS, 2018-2020
- UBRAF Indicators reports 2018-2020
- Democratic Republic of the Congo, UNAIDS Annual Reports 2018-2020 Excel file
- Country agency achievements reports (by country) for Democratic Republic of the Congo (the), UNAIDS, 2018
- Country agency achievements reports (by country) for Democratic Republic of the Congo (the), UNAIDS, 2019
- UNAIDS Country Envelope allocation 2018, 2019, 2020 Excel file
- UN staff resources Joint Programme, UNAIDS
- Bulletins trimestriels ONUSIDA (Novembre 2020, Janvier 2021, Mars 2021)
- Priorités ONUSIDA RDC 2021, présentation PowerPoint

UNSDCF

- Matrice de résultats de l'UNSDCF (2020-2024)
- Rapport annuel 2020 des Nations Unies en RDC (2021)
- Matrice de suivi des progrès de la mise en œuvre de l'UNSDCF en RDC (2020-2024)
- Revue Plan de Travail Conjoint Axe 3 (2020-2021)
- Revue annuelle 2020 du Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (UNSDCF 2020-2024), présentation PowerPoint
- Plan Cadre de Coopération des Nations Unies pour le développement durable (UNSDCF) RDC 2020-2024

Annexe 7 : TdC Programme commun développée pour l'évaluation



ONUSIDA

20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org