

EVALUATION DU PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA AU MALI



Avis de non-responsabilité

Ce rapport a été rédigé par Florianne Gaillardin et Aliou Sylla. 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 au Mali 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/howweare/evaluation>

Photo de couverture : Photo prise lors de la mission de prise de contact de l'Equipe Conjointe des Nations Unies avec les autorités de Mopti, Mali, pour la mise en place de l'« Initiative Mopti Région Résiliente sans Sida, je m'engage » (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS, MINUSMA, FAO, HCR, PNUD), avril 2021. ONUSIDA/Equipe Conjointe/avril 2021

Copyright © 2022

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

Tous droits réservés.

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

ONUSIDA/JC3011F/Mali

Table des matières

Remerciements	2
Résumé exécutif	3
Acronymes	9
Introduction	11
Stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA	11
Le Programme Commun (PC) au Mali	11
Le contexte du Mali	13
Situation de l'épidémie VIH/SIDA au Mali et réponse	13
But et portée de l'évaluation	15
But et objectifs de l'évaluation	15
Portée de l'évaluation	15
Questions d'évaluation.....	15
Méthodes	16
Approche de l'évaluation.....	16
Éthique.....	16
Approche basée sur la théorie.....	16
Approche en temps réel	17
Méthodes et outils de collecte des données	18
Analyses	20
Limitations et mesures d'atténuation.....	20
Résultats	21
Quelle a été la pertinence et la cohérence du Programme Commun ?	21
Dans quelle mesure le Programme Commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?	33
Dans quelle mesure l'approche du Programme Commun a-t-elle été adaptée pour réaliser ses objectifs ?	40
Conclusions et recommandations	48
Annexe 1 : Liste des participants aux entretiens	51
Annexe 2 : Analyse qualitative des groupes de discussion	52
Annexe 3 : Programme des visites de terrain	58
Annexe 4 : Rapport de l'atelier sur la Théorie du Changement ONUSIDA 23-24 mai à Bamako, Mali	59
Annexe 5 : Bibliographie	60
Annexe 6 : Théorie du changement du Programme Commun au Mali	62

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 au Mali. Elle a été réalisée par une équipe de consultants indépendants composée de Florianne Gaillardin comme consultante internationale et Dr Aliou Sylla comme consultant national.

Le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA tient à remercier l'équipe d'évaluation, les parties prenantes du Programme Commun au Mali, en particulier le Secrétariat de l'ONUSIDA à Bamako ainsi que les membres de l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH/SIDA pour leur participation active dans le processus d'évaluation.

Le bureau d'évaluation est également 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. Nos sincères appréciations vont aux Secrétaires Exécutifs Régionaux du HCNLS à Ségou et Sikasso, ainsi qu'aux coordonnateurs des organisations Walé et CERKES pour leur appui durant la visite de terrain de l'évaluation. Finalement, nous remercions particulièrement les membres des réseaux de personnes vivant avec le VIH et de populations clés à Bamako, Ségou et Sikasso pour leurs contributions lors des discussions de groupe.

Il existe un fort alignement des orientations stratégiques du Programme Commun sur les priorités nationales et les cadres stratégiques globaux et des progrès ont été effectués dans la coordination. Toutefois, il reste à faire en ce qui concerne le ciblage géographique et des populations, ainsi que pour communiquer pleinement la contribution du Programme Commun à la réponse nationale. Le Programme a mis en œuvre des actions catalytiques innovantes et à fort impact, mais d'autres activités ne disposent pas encore d'une stratégie de durabilité ou d'une approche coordonnée. Les aspects genre et droits humains sont généralement pris en compte par les agences. Le partenariat avec les organisations de la société civile reste une priorité pour réduire les vulnérabilités.

Nous espérons que l'évaluation aidera le Programme conjoint à apporter un soutien optimal à la riposte au VIH, en vue d'éliminer le VIH d'ici 2030.

Résumé exécutif

Introduction

La prévalence du VIH au Mali s'élevait à 0,9% en 2020. Ce taux est considéré comme relativement faible par rapport à d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, mais cache d'importantes disparités, notamment la féminisation de l'épidémie et sa concentration dans les populations clés (professionnelles du sexe (PS), hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes transgenres, utilisateurs de drogues injectables (IDU) et prisonniers). Le Mali présente un progrès lent sur les cibles Fast-Track 90–90–90. En 2020, 54% des PVVIH connaissaient leur statut, parmi eux 52% était sous traitement ARV et les données sur la suppression de la charge virale étaient indisponibles. L'accès à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) restait faible, avec 28% des femmes enceintes PVVIH sous traitement en 2020, sans amélioration depuis 2010. Le contexte récent au Mali est marqué par de nombreux défis pour la réponse au VIH. L'instabilité politique et l'embargo économique, l'insécurité due à la guerre au Sahel, les mouvements de population, et la pandémie de COVID-19 expliquent en partie la faible priorité donnée au VIH dans le discours et les finances publiques. Les priorités du Programme Commun (PC) au Mali s'inscrivent autour de quatre axes stratégiques en lien avec le Cadre Stratégique National (2017-2021): i) l'accès aux services de prévention et dépistage, aux services intégrés, et à la charge virale ; ii) l'amélioration de la couverture des services de PTME et de l'accès au traitement pédiatrique; iii) les stratégies de prévention combinée et de sensibilisation pour réduire les barrières d'accès aux services VIH pour les populations clés et vulnérables ; et iv) le soutien à la réponse nationale multi-sectorielle.

Cadre de l'évaluation

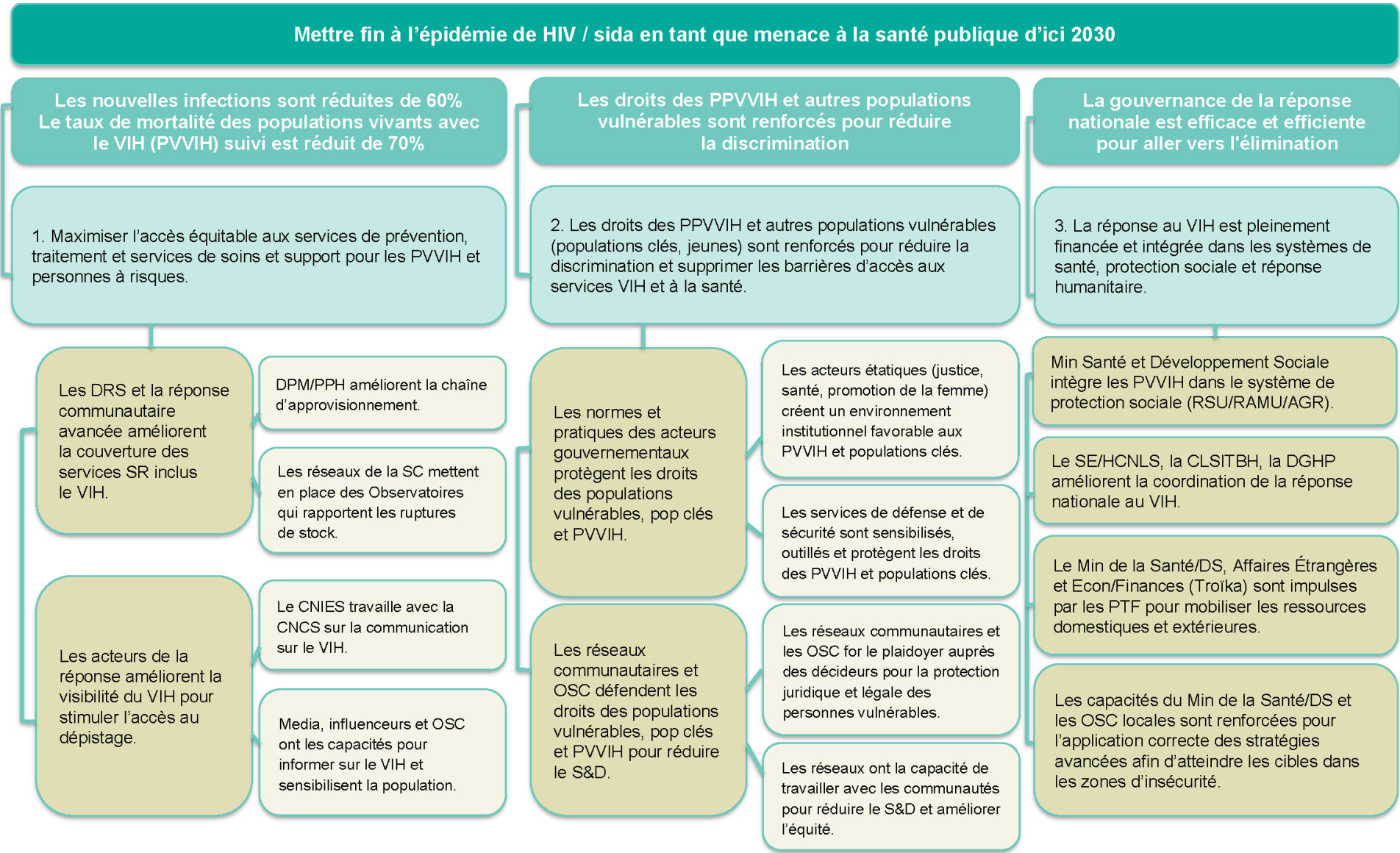
L'évaluation du PC du Mali couvre la période 2020-2021, et porte sur le rôle et la contribution de l'ONUSIDA et des agences co-parraines (l'Équipe Conjointe des Nations Unies (NU) sur le VIH/SIDA) à la réponse nationale et aux cibles Fast-Track. Elle considère également la pertinence du Programme dans le contexte de la nouvelle stratégie globale de l'ONUSIDA (2021-2026) et du Cadre Unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (UBRAF) 2022-2026.

L'évaluation a inclus une visite de terrain dans la capitale Bamako, et dans la région centre à Ségou et Sikasso. A cette occasion, le Directeur du bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA a également visité le Mali, et accompagné par le Directeur Pays du Secrétariat, a rencontré les chefs d'agences de l'Équipe Conjointe pour aborder la contribution des NU à la réponse au VIH et les sensibiliser à l'évaluation. Un atelier de deux jours a été facilité à Bamako avec la participation de l'Équipe Conjointe et ses partenaires, qui a permis de développer une théorie du changement pour le Programme (ci-dessous).

L'évaluation a cherché à maximiser la participation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dans la collecte des données et a adopté une analyse désagrégée par sexe et analysé les facteurs d'inégalité de genre dans la mesure du possible.

La collecte des données a reposé sur différentes sources de données quantitatives et qualitatives :

Revue Documentaire	Entretiens Individuels	Groupes de Discussion	Visite de terrain
+50 documents portant sur le cadre stratégique national et global, le Programme Commun, les programmes des autres partenaires, et les données épidémiologiques en lien avec le VIH	57 entretiens individuels parmi lesquels 32% avec les agences des NU, 4% avec d'autres partenaires techniques et financiers, 33% avec des représentants du Gouvernement, 28% avec des membres de la Société Civile et 4% avec des représentants des médias	14 groupes de discussion réunissant 75 participants parmi lesquels 27% de PS, 22% de HSH, 15% de transgenres, 22% de IDUs, et 17% de personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	L'observation directe des sites de programmes (clinique, prison, centres de services différenciés), rencontres avec les partenaires et les membres des réseaux à Ségou et Sikasso



Résultats

1. Quelle a été la pertinence du Programme Commun ?

Les objectifs du PC sont alignés avec les priorités nationales ainsi qu'avec le cadre UBRAF, et le Programme a veillé à maximiser la valeur ajoutée de ses interventions en ciblant les enjeux clés de la réponse au Mali.

Le PC concentre ses ressources avant tout sur l'offre de services en particulier l'offre de moyens de prévention et de dépistage, la PTME, la prise en charge pédiatrique, et la détermination de la charge virale. Les activités liées à la réduction des inégalités et les barrières d'accès pour les populations clés, vulnérables et affectées par le VIH, ainsi qu'au renforcement de la gouvernance de la réponse multi-sectorielle sont plus limitées.

La valeur ajoutée du PC est avant tout catalytique et stratégique, au travers de partenariats avec les acteurs clés (gouvernement, société civile et autres partenaires techniques et financiers (PTF)) afin de renforcer leurs capacités, et influencer leurs attitudes et pratiques. Cependant, certaines interventions du PC s'apparentent davantage à un appui direct à la mise à l'échelle des services VIH, ce qui n'est peut-être pas l'approche la plus stratégique aux vues du montant et du type de financement des NU comparé à d'autres bailleurs de la réponse de plus grande envergure (PEPFAR/USAID et Fonds Mondial).

L'évaluation a pu recueillir les préoccupations de membres des réseaux de populations ciblées par le Programme (PVVIH femmes et hommes, IDU femmes et hommes, PS, HSH et personnes transgenres). Les activités planifiées par le PC sont pertinentes par rapport à certaines problématiques clés mentionnées lors des groupes de discussion, même s'il reste des déficits en particulier sur les questions de stigma et discrimination par la Police, la famille et la communauté et sur la question de la vulnérabilité socio-économique.

En général, la thématique de la réduction des inégalités reste peu priorisée dans les activités du PC.

2. Quelle a été la cohérence du Programme Commun ?

Le rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA a été unanimement salué dans la dynamisation et la coordination de l'Equipe Conjointe, ainsi que pour inclure les partenaires gouvernementaux et de la société civile dans les activités de coordination. L'élaboration du Plan Conjoint est l'occasion pour les agences de se positionner par rapport aux objectifs globaux et nationaux de la réponse au VIH en se concentrant sur leur mandat. Le processus de définition des priorités a été amélioré durant les deux derniers bienniums, mais selon des membres de l'Equipe Conjointe il requiert davantage de concertation au moment de la prise de décision.

Au niveau de la réalisation des objectifs du Plan Conjoint, la contribution du Secrétariat est prépondérante dans l'appui à la gouvernance de la réponse et à la réponse multi-sectorielle ; le Secrétariat offre également un appui technique et financier auprès des acteurs de la réponse pour mener des activités programmatiques sur le VIH. De fait, l'équipe de l'ONUSIDA est sous tension au niveau de l'utilisation des ressources humaines, ce qui pose la question de la priorisation des activités menées.

Le cadre de résultats du PC ne permet pas de saisir pleinement sa contribution aux résultats visés. En particulier, le Plan Conjoint n'identifie pas de résultats spécifiques aux zones d'intervention du Programme en termes de changements de capacités, attitudes et pratiques, et il n'inclue pas de cibles annuelles qui permettent de mesurer les progrès vers les résultats stratégiques du VIH. Cela contribue au fait que la contribution du PC à la réponse nationale est peu visible pour les autres acteurs de la réponse. De plus, le cadre UNSDCF ne reflète pas la contribution du PC de façon adéquate, ce qui réduit également sa visibilité au sein même du système des Nations Unies.

Il existe également un manque de cohérence géographique et au niveau des cibles entre les agences de l'Equipe Conjointe, qui conduit parfois à un manque de synergie sur le terrain. L'engagement des autorités au niveau régional est inégal, et souvent mené de façon bilatérale par les agences. Ces difficultés ont été identifiées par l'Equipe Conjointe, et l'initiative « Mopti, région résiliente sans SIDA » impulsée par le PNUD et dans laquelle les autres agences de l'Equipe Conjointe participent constitue une expérience prometteuse pour améliorer la coordination programmatique et opérationnelle au sein du PC et avec les acteurs locaux.

3. Dans quelle mesure le Programme Commun a-t-il pu atteindre ses objectifs ?

Les rapports annuels du Programme indiquent que l'Equipe Conjointe a pu mettre en place la majorité des activités prévues durant le biennium 2020-2021 malgré les problèmes liés à la COVID-19 et à l'insécurité. Des activités innovantes avec un fort potentiel pour être mises à l'échelle ont été conduites. Cependant, l'effet catalytique de ces interventions sur les autres acteurs de la réponse (par exemple à travers le plaidoyer ou la mobilisation des ressources) a été limité par le contexte adverse décrit plus haut. On peut citer en particulier :

- **Le dépistage à partir des cas index**, à partir de différents points d'entrée (enfants malnutris dans les Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENIs), patients présentant des infections sexuellement transmissibles ou la tuberculose). Le projet, appuyé par l'ONUSIDA, a mis en place un système innovateur de suivi et motivation des centres de santé. Il a été conduit sous l'égide de la Direction Régionale de la Santé avec les partenaires de la société civile Walé à Ségou et l'Association KénéDougou Solidarité à Sikasso.
- Le rattrapage des femmes enceintes non dépistées pour la PTME appuyé par l'UNICEF et des enfants malnutris, hospitalisés et vus en consultation appuyé par l'UNICEF sous l'égide des Directions Régionales de la Santé de Ségou et Sikasso avec respectivement l'ONG Wale et l'Association KénéDougou Solidarité.
- **L'appui économique et la protection sociale des PVVIH** à travers la mise en place de 'revolving funds' sous l'égide de la Direction Régionale du Développement Social, Economique et Sanitaire avec le CERKES à Sikasso et appuyé par l'ONUSIDA.

Les agences des NU sont considérées par les autres acteurs de la réponse au VIH comme une référence en matière de promotion de l'égalité de genre, de l'équité et des droits humains, en ligne avec l'objectif de « ne laisser personne derrière ». En pratique cependant, il existe un manque d'inclusion des problématiques transversales dans les programmes VIH des agences. Au sein du PC, les répondants notent que l'ONUSIDA est l'organisation qui porte les questions de droits humains, et en particulier celle des discriminations contre les populations clés, qui sont peu ciblées par les activités des autres agences. Cette situation est à rapprocher du contexte socio-culturel malien où aborder les thèmes de l'orientation sexuelle ou du genre peut engendrer des ripostes de la part de certains leaders politiques, religieux ou d'opinion. La question des inégalités de genre et les vulnérabilités socio-économiques de certains groupes de population mérite d'être mieux intégrée dans les interventions VIH afin de faciliter l'atteinte des résultats visés.

4. Dans quelle mesure l'approche du Programme Commun a-t-elle été adaptée pour réaliser ses objectifs ?

Globalement, les ressources allouées par les agences de l'Equipe Conjointe pour le VIH ont décliné sur la période. Le budget total du Plan Conjoint a été réduit de 38% entre les deux bienniums, passant de 4 624 053 Euros en 2020-2021 à 2 858 376 Euros en 2022-2023. Les ressources humaines dans les agences en lien avec le VIH semblent cependant être globalement en augmentation et plus intégrées transversalement dans les programmes des agences. Les critères d'allocation des fonds de l'enveloppe pays ne sont pas suffisamment clairs selon certains membres de l'Equipe Conjointe.

D'autre part, si la valeur ajoutée du PC passe par son rôle catalytique, la définition de ce type d'intervention n'est pas explicite, ce qui ne permet pas de prioriser les fonds de l'enveloppe pays de façon stratégique. En général, les programmes VIH des agences coparraines sont mis en œuvre à travers des financements ponctuels de quelques mois, avec l'ambition de créer un effet de levier sur les autres acteurs de la réponse. Cependant certaines des interventions n'incluent pas une stratégie de pérennisation, suivi et mise à l'échelle dès leur conception ce qui limite leur contribution au-delà de la zone géographique et de la période de mise en œuvre du projet.

Les agences de l'EC ont mis en place des partenariats de long terme avec la partie gouvernementale, mais ces partenariats sont essentiellement bilatéraux plutôt qu'au niveau du PC. Le Secrétariat de l'ONUSIDA s'est efforcé d'appuyer la coordination de la réponse, avec un succès mitigé étant donné le contexte d'instabilité politique. Des collaborations sont nouées avec les autres PTF entre les agences de l'Equipe Conjointe, et l'ONUSIDA a joué un rôle important dans la mobilisation des ressources externes pour la réponse au VIH, auprès du Fonds Mondial et de PEPFAR/USAID. Les partenariats avec les Organisations de la Société Civile (OSC) ont permis de développer leurs capacités dans certains domaines comme l'offre de services différenciés et les stratégies communautaires. Les approches d'appui institutionnel aux OSC sont également cruciales afin de tirer pleinement profit de leur contribution.

Conclusions

Conclusion 1 : Il existe un fort alignement des orientations stratégiques du Programme Commun sur les priorités nationales et les cadres stratégiques globaux tels que l'UBRAF et les Objectifs du Développement Durable. Des progrès ont été effectués en particulier lors des deux derniers bienniums dans la coordination des agences au sein d'un cadre de planification commun. Cependant, au niveau programmatique et opérationnel il existe encore un manque de coordination de l'Equipe Conjointe sur le ciblage géographique et les populations visées qui ne permet pas de maximiser les synergies entre les agences.

Conclusion 2 : Le Plan Conjoint et son cadre de résultats ne permettent pas de communiquer pleinement la contribution du Programme Commun par rapport aux résultats stratégiques et aux objectifs de la réponse nationale. Cela entraîne également un manque de gestion basée sur les résultats priorisant les interventions les plus alignées sur la valeur ajoutée des NU. Ceci est en partie dû aux supports fournis pour appuyer la planification.

Conclusion 3 : Le Programme a mis en place des actions catalytiques innovantes et à fort impact qui répondent aux enjeux clés du VIH au Mali, mais qui n'ont pas atteint leur potentiel de pérennisation et mise à l'échelle en particulier du fait du contexte politique et sécuritaire au Mali. D'autres activités VIH des agences manquent de stratégie de pérennisation et ne sont pas suffisamment coordonnées par la réponse multisectorielle au niveau régional. Cette lacune a été identifiée par le Programme Commun, ce qui a mené à la définition de l'intervention 'Mopti sans Sida' qui propose un modèle de planification conjointe prometteur.

Conclusion 4 : Les aspects genre et droits humains sont pris en compte par les agences selon leurs mandats respectifs, mais non de façon transversale dans les activités menées pour s'assurer de « ne laisser personne derrière ». Les partenariats avec les OSC se caractérisent par une approche 'stop and go' qui ne facilite pas la maximisation de l'impact des interventions communautaires et leur contribution à la réduction des vulnérabilités dues aux inégalités de genre, au stigma et à la discrimination.

Recommandations

Recommandation 1 : Améliorer la cohérence du Programme Commun

- S'assurer d'une planification conjointe au niveau géographique et des populations ciblées, basée sur des résultats programmatiques partagés.
- Faire des visites de supervision conjointes dans les régions entre les agences et en impliquant également les partenaires gouvernementaux.
- Saisir l'opportunité de la régionalisation du nouveau Cadre Stratégique National et l'exemple de l'initiative « Mopti, région résiliente sans SIDA » pour régionaliser le Programme Commun.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA devrait se recentrer progressivement sur un rôle de facilitation, mobilisation et d'appui technique sur le VIH auprès des agences de l'Equipe Conjointe et l'appui stratégique à la réponse nationale pour maximiser sa valeur ajoutée.

Recommandation 2 : Améliorer la formulation du cadre de résultats du Programme Commun

- Revoir le cadre de résultats du Programme 'offline', afin d'identifier des indicateurs clés de résultats communs entre les agences spécifique au Mali au niveau des changements de capacités, attitudes et pratiques des acteurs visés par le Programme, en prenant comme base les résultats formulés dans la théorie du changement développée durant l'atelier sur la Gestion Basée sur les Résultats.
- Au niveau des résultats stratégiques, identifier des cibles annuelles déclinées au niveau des zones géographiques d'intervention du Programme qui permettront d'identifier la contribution du Programme aux objectifs nationaux et globaux.
- Lors de la prochaine revue des outils de planification et rapportage, considérer : i) simplifier/réduire le nombre de formats ; ii) s'assurer que les formats permettent de capturer les résultats intermédiaires visés au niveau du pays (en termes de capacités, attitudes et pratiques) ; iii) s'assurer que les formats permettent d'indiquer les cibles annuelles visées au niveau des résultats stratégiques ; et iv) s'assurer d'une continuité entre la formulation des cibles planifiées et des

résultats rapportés. Considérer également renforcer l'appui à l'Equipe Pays pour les processus de planification et rapportage.

- Lors de la prochaine révision de l'UNSDCF, s'assurer de l'alignement avec le cadre de résultats du Programme Commun afin de rendre plus visible la contribution des Nations Unies sur le VIH.

Recommandation 3 : S'assurer que les activités catalytiques de l'Equipe Conjointe s'inscrivent systématiquement dans une stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle

- Mieux définir ce qui constitue une activité catalytique, et utiliser ce critère comme base d'attribution des financements de l'enveloppe pays.
- Intégrer un plan de pérennisation dès la conception des interventions du Programme Commun, qui mette l'accent sur le suivi des activités, en particulier dans le cas des activités de formation et renforcement des capacités.
- Identifier les opportunités de mise à l'échelle des activités catalytiques dès leur conception, en systématisant le pilotage des interventions par les autorités régionales.
- Financer la capitalisation et la publication des résultats des activités innovantes, par exemple sur la protection sociale, l'index testing, ou les approches différenciées afin de permettre aux autres bailleurs de la réponse d'appuyer leur mise à l'échelle.
- Partager un résumé du Plan Conjoint avec les autres acteurs de la réponse au VIH au Mali (partie nationale incluant la société civile et les PTF), incluant sa théorie du changement et le niveau de ressources allouées au VIH par l'Equipe Conjointe pour améliorer la responsabilité mutuelle.
- Appuyer la redynamisation de la réponse au VIH/SIDA en menant un plaidoyer auprès des ministères de la réponse multisectorielle et du gouvernement afin d'appuyer la coordination nationale de la réponse.

Recommandation 4 : Améliorer l'intégration des questions transversales de l'inégalité de genre, violations des droits humains et inégalités dans toutes les interventions du Programme Commun, en particulier à travers le renforcement des partenariats avec les organisations de la société civile

- S'assurer que les thématiques transversales et les populations clés de l'épidémie sont intégrées dans les cibles des agences, en menant une analyse commune sur les facteurs de vulnérabilité afin de guider la conception des interventions.
- Appuyer la capacité institutionnelle des OSC partenaires et la structuration des réseaux identitaires au-delà de la mise en œuvre d'interventions ponctuelles.
- Améliorer la transparence sur les ressources disponibles pour les partenaires de la société civile et sur les critères de sélection des partenaires.
- Mener une discussion entre les agences coparraines et leurs partenaires de la société civile afin d'identifier des opportunités pour mieux prendre en compte les besoins opérationnels des OSC tout en tenant compte des contraintes institutionnelles des agences pour améliorer i) la communication en temps voulu sur la disponibilité des fonds afin de permettre la planification à moyen terme ii) la ponctualité des déboursments afin de respecter le temps de mise en œuvre des projets et iii) le *costing* et le recouvrement des coûts de gestion et de personnel associés aux activités planifiées.
- Développer le rôle des OSC partenaires dans le suivi de la réponse, en particulier sur les aspects de suivi de la qualité des services, des ruptures de stocks, et des violations des droits humains à travers l'appui à la mise en place d'un observatoire de la réponse au VIH et l'extension des services à base communautaire dans les zones de difficile accès.

Acronymes

AGR	Activité Génératrice de Revenus
ARCAD-SIDA	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile de Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA
AKS	Association Kéné Dougou Solidarité
ARV	Anti Rétroviral
CCM	Country Coordination Mechanism
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CERKES	Centre de Référence Kéné Dougou Solidarité
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Prénatale
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSLS/MSHP	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
CSN	Cadre Stratégique National
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CV	Charge Virale
DRDSES	Direction régionale du développement social, économique et sanitaire
DR	Direction Régionale
DRS	Direction Régionale de la Santé
EC	Equipe Conjointe
EDS	Enquête Démographique de Santé
EP	Enveloppe Pays
EPIC	Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control
eTME	Elimination de la transmission de la mère à l'enfant
FAO	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population
GAM	Global AIDS Monitoring
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GFTAM	Fonds Mondial de la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria
GII	Gender Inequality Index
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
HCR	Agence des Nations Unies pour les réfugiés
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LGBT+	Lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transsexuelles
MINUSMA	Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation au Mali
NU	Nations Unies
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

ONU Femmes	Entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OS	Objectif Stratégique
OSC	Organisation de la société civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PC	Programme Commun
PEC	Prise en Charge
PEP	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POC	Point of Care
PS	Professionnelle du Sexe
PRODESS	Programme de développement socio-sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PSNI	Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et les hépatites virales du Mali 2021-2025 (2021-2025)
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des flux de Ressources et de Dépenses pour la lutte contre le VIH et le Sida
RMAP+	Réseau Malien des Associations de PVVIH
SC	Société Civile
SE/HCNLS	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
SER	Secrétaire Exécutif Régional
SNU	Système des Nations Unies
SRA	Aire de Résultat Stratégique
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TB	Tuberculose
TdC	Théorie du Changement
UBRAF	Cadre unifié du budget, de résultats et de redevabilité
UDI	Utilisateur de Drogues Injectables
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNEG	Evaluation des Nations Unies
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
UNSDCF	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework
USAID	Agence des Etats Unies d'Amérique pour le Développement International
VBG	Violences Basées sur le Genre

Introduction

Stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA

En 2021, l'ONUSIDA, en collaboration avec les partenaires à tous les niveaux, a élaboré une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA pour 2021-2026¹ et un Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités associé (UBRAF 2022-2026)². La nouvelle stratégie est centrée sur la lutte contre les inégalités pour accélérer les progrès vers l'éradication du VIH/SIDA comme menace pour la santé publique d'ici à 2030. De ce fait, cette 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 ».

Le Programme Commun (PC) au Mali

Au Mali, l'Équipe Conjointe (EC) est formée par le Secrétariat de l'ONUSIDA ; neuf agences co-parraines : la FAO, le FNUAP, le HCR, l'OMS, l'ONUFEMMES, le PAM, le PNUD, l'UNESCO et l'UNICEF ; et la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA). Au moment de cette évaluation, le Programme Commun est dans la phase de mise en œuvre de la première année du Plan Conjoint 2022-2023, basé sur les orientations de la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA et son nouveau cadre UBRAF (2022-2026) et conceptualisé lors d'une retraite à Ségou en novembre 2021 qui a réuni les membres de l'Équipe Conjointe, la partie nationale y compris la société civile et les partenaires de la réponse au VIH/SIDA. Le Programme Commun opère dans le cadre de coopération de l'UNSDCF (2020-2024)³, contribuant aux résultats de l'Axe 3 : Services sociaux de base et protection sociale.

Même si leur formulation a varié entre les différentes itérations des Plans Conjoints, les priorités du Programme Commun au Mali s'inscrivent dans une continuité autour de quatre axes clés : L'accès aux services VIH, en particulier au dépistage, aux services intégrés, et à la charge virale ; l'amélioration de la couverture des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et de l'accès au traitement pédiatrique du VIH ; les stratégies de prévention combinée et de sensibilisation pour réduire les barrières d'accès aux services intégrés VIH pour les groupes clés et vulnérables ; et le soutien à la réponse nationale multi-sectorielle au VIH. La table 1 ci-dessous résume de façon schématique comment ces axes stratégiques sont reflétés dans les différentes itérations du Plan Conjoint :

¹ Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities. End AIDS <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>

² 2022-2026 Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB_SS_2022_2026_UBRAF_Framework_EN.pdf

³ Cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable pour le Mali (UNSDCF) 2020-2024 <https://mali.un.org/fr/download/58440/106181>

Table 1 : Les axes prioritaires du Plan Conjoint au Mali (noter que le plan biennuel 2020-2021 a été révisé en 2021 pour prendre en compte le contexte de la COVID-19, c'est pourquoi il est présenté séparément pour 2020 et la révision de 2021)

Plan Conjoint 2020	Plan Conjoint 2021	Plan Conjoint 2022-2023
<p>SRA 1 : Dépistage du VIH et Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, les objectifs de cascade de traitement seront atteints 	<p>SRA 5 : Dépistage du VIH et Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, au moins 90% des PVVIH connaissent leur statut VIH+ et 90% parmi elles sont sous ARV et ont une CV indétectable y compris dans les zones humanitaires en tenant compte de la COVID19 	<p>OS 1 : Les personnes vivant avec, à risque et affectées par le VIH obtiennent un accès équitable et récoltent des avantages équitables des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Les nouvelles infections sont réduites de 60%. Le taux de mortalité des PVVIH suivi est réduit de 70%
<p>SRA 2 eTME et soins pédiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, faire passer la couverture de la PTME et des soins pédiatriques à 95% 	<p>SRA 6 : eTME et soins pédiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, faire passer la couverture de la PTME et des soins pédiatriques à 90% 	
<p>SRA 3 : Renforcement de la prévention combinée parmi les jeunes et les populations clés</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 90% des populations clés et des jeunes auront accès à des programmes de prévention combinée 	<p>SRA 7 : Prévention combinée</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 90% des populations vulnérables et des populations clés ont accès à des programmes adaptés de prévention combinée et ont les informations requises pour la prévention de la COVID-19 	<p>OS 2 : Les communautés de PVVIH, à risque et affectées par le VIH sont dotées de ressources efficaces pour diriger la prestation de services liés au VIH, défendre et jouir de leur droit à la santé, à la protection sociale et les moteurs structurels de l'épidémie de VIH sont éliminés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les droits des PPVVIH et autres populations vulnérables sont renforcés pour réduire la discrimination
<p>SRA 4 : Gouvernance de la riposte Nationale</p> <ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, la Gouvernance de la Riposte nationale sera efficace et efficiente pour aller vers l'élimination 	<p>SRA 8 : Gouvernance de la riposte Nationale</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance de la réponse au VH est assurée pour une réponse multisectorielle efficace et efficiente 	<p>OS 3 : Disponibilité accrue de systèmes efficaces, équitables et durables pour atteindre et maintenir les objectifs de 2025, grâce à un financement solide pour les budgets nationaux et les réponses communautaires, une plus grande intégration des services pour une prestation centrée sur la personne, un accès élargi aux services de lutte contre le VIH dans les situations d'urgence et une préparation et des réponses efficaces à la pandémie.</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance de la réponse nationale est efficace et efficiente pour aller vers l'élimination

Le contexte du Mali

Le contexte opérationnel au Mali pose un nombre de défis pour la mise en œuvre du Programme Commun ainsi que pour la réalisation de ses objectifs.

Le Mali est le plus vaste pays d'Afrique de l'Ouest. Il est largement rural et moins densément peuplé avec environ 21 474 000 habitants⁴ répartis sur 1 241 238 km². Les deux tiers nord du pays sont caractérisés par un climat désertique et regroupent environ 10% de la population, tandis que la capitale, Bamako, accueille environ 2,5 millions d'habitants.

Depuis 2012, l'histoire politique du Mali a été marquée par une succession de coups d'État militaires, les derniers datant d'août 2020 et mai 2021 ayant porté l'actuel Président de la Transition au pouvoir. A la suite de ces événements, le Mali a subi un embargo économique de la part des membres de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) décrété en janvier 2022, et qui semble en voie d'être levé au moment de l'écriture de ce rapport. Un autre facteur de perturbation majeur est la guerre du Sahel, l'insécurité et les mouvements de populations liés à la présence de groupes salafistes djihadistes implantés dans la zone sahélienne depuis 2012, qui continue d'affecter en particulier le nord et le centre du pays.

Il faut relever également les facteurs socio-culturels qui influent sur la situation du VIH, en particulier en ce qui concerne les inégalités de genre. L'Index d'inégalité de genre (GII) du PNUD⁵ de 2019 classe le Mali au rang 158 sur 189 pays, avec un GII de 0,671. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018 relève que 89% des femmes maliennes sont excisées, et 49% des femmes en union ou rupture conjugales témoignent avoir vécu des violences de la part de leur partenaire.

Au niveau du système de santé du pays, selon la dernière EDS datant de 2018⁶, 57% de la population avait accès aux soins dans un rayon de 5km, comparé à une cible de 61% dans le Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS)⁷. Le système de santé malien est caractérisé par une structure décentralisée, avec comme principales unités de soins les Centres de Santé Communautaires (CSCOM), au nombre de 1 368 en 2018, et les Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau de chacun des 62 districts sanitaires⁸.

Enfin, le contexte de l'épidémie de COVID-19 a eu un fort impact sur le contexte opérationnel du Programme Commun dans la période concernée par l'évaluation. Si le Mali semble avoir été relativement épargné par l'épidémie, avec 31 181 cas répertoriés dont 737 décès⁹, l'impact principal s'est fait sentir dans la réallocation des ressources d'un système de santé déjà sous tension, ainsi que par les bailleurs de fonds. D'autre part, les restrictions de déplacements et de réunions associés avec le contrôle de l'épidémie ont affecté la capacité de l'équipe de mettre en place les activités, en particulier pour ce qui est de l'année 2020. La COVID-19 a également conduit à reprogrammer certaines activités.

Situation de l'épidémie VIH/SIDA au Mali et réponse

La prévalence du VIH au Mali s'élevait à 0,9% parmi la population de 15 à 49 ans en 2020, en baisse par rapport à 2010 où elle se situait à 1,3%. Ce taux est considéré comme relativement faible par rapport à d'autres pays d'Afrique de l'Ouest¹⁰, mais cache d'importantes disparités avec une épidémie concentrée dans certaines tranches de la population. En particulier, l'épidémie de VIH est féminisée, avec une estimation de 59 000 femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH, contre 37 000 hommes dans la même tranche d'âge. L'épidémie est concentrée dans certains groupes de la population qui présentent une prévalence plus élevée : 8,7% parmi les travailleuses du sexe, 12,6% parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 11,7% parmi les personnes transgenres, et

⁴ World population prospects (2019) UN Department of Economics and Social Development Affairs Population dynamics <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

⁵ Gender Inequality Index, 2019 PNUD https://hdr.undp.org/sites/default/files/data/2020/2020_Statistical_Annex_Table_5.xlsx

⁶ EDS Mali 2018 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>

⁷ PRODESS IV http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS_IV_VF_05_Juillet_2021.pdf

⁸ Annuaire statistique du système d'information sanitaire du Mali, 2018, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique http://www.sante.gov.ml/docs/Annuaire%20SNIS%202018%20VF_%20version%2027%20Avril.pdf

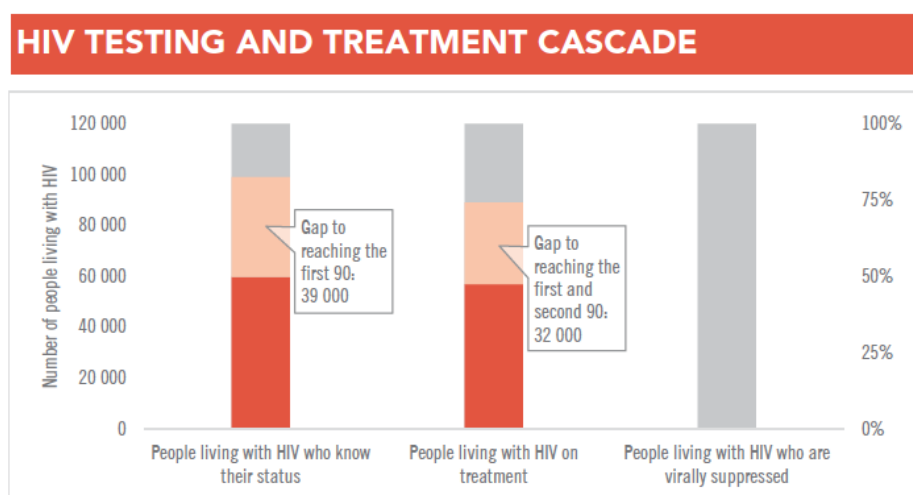
⁹ John Hopkins Mali COVID-19 overview <https://coronavirus.jhu.edu/region/mali>

¹⁰ Rapport de Bilan SNU Mali 2019 (mis à jour 2021)

1,6% parmi les prisonniers¹¹. Les données pour les personnes utilisatrices de drogues injectables ne sont pas disponibles¹².

En termes de la cascade de traitement, le Mali présente un progrès lent sur les cibles fast track 90-90-90 selon les estimations présentées par AIDSInfo 2021¹³ : en 2020 54% des PVVIH connaissaient leur statut, parmi eux 52% était sous traitement ARV et les données sur la suppression de la charge virale étaient indisponibles. De plus, les estimations sont particulièrement préoccupantes pour les enfants, avec seulement 29% des enfants vivant avec le VIH/SIDA de 0-14 ans connaissant leur statut. En termes de disparités de genre, la proportion de femmes PVVIH connaissant leur statut et étant sous traitement est plus élevée : avec 64% des femmes PVVIH connaissant leur statut et parmi elles 62% sous traitement, contre 49% et 44% respectivement pour les hommes.

Figure 1 : Situation de la cascade de traitement au Mali en 2020 (AIDSInfo 2021)



Le progrès sur l'accès à la PTME est également lent, avec 28% des femmes enceintes PVVIH sous traitement en 2020, sans amélioration depuis 2010. Le taux de diagnostic précoce s'élevait à 13,4% en 2020, marquant une amélioration par rapport à 2010 (6,1%)¹⁴.

Même s'il n'existe pas de Rapport de l'Index Stigma pour le Mali actuellement, les données disponibles indiquent qu'il existe une forte prévalence des attitudes discriminatoires envers les populations clés et les personnes vivant avec le VIH¹⁵. Ainsi, toujours selon l'EDS de 2018, 48% des répondants femmes et 41% des répondants hommes âgés de 15 à 49 ans ont répondu non à la question « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? ».

La réponse nationale au VIH/SIDA au Mali est encadrée par le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (2017-2021), qui a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours publiée en janvier 2020. Au niveau du Ministère de la Santé, il existe également le Plan stratégique intégré de lutte contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite (2021-2025).

Le cadre législatif sur le VIH est caractérisé par la loi 06-028 relative à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA, qui prévoit la mise en œuvre de programmes spécifiques en faveur des populations clés et autres groupes vulnérables. Il n'existe pas de législation criminalisant les personnes transgenres ou les relations de même sexe au Mali¹⁶, élément qui explique la réticence de nombreux acteurs à tenter d'inscrire leur protection dans les textes de loi de crainte qu'une législation contraire à leurs intérêts voie le jour.

¹¹ UNAIDS data 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

¹² Le CSN cite une prévalence de 5,1% pour les UDIs, basé sur les résultats d'une étude par ARCAD-SIDA de 2015. (population générale)

¹³ *Ib Id*

¹⁴ UNAIDS data 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

¹⁵ Rapports d'avancement nationaux – Mali 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MLI_2020_countryreport.pdf

¹⁶ UNAIDS Data 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

But et portée de l'évaluation

But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation du Programme Commun du Mali fait partie du plan d'évaluation approuvé par le Conseil d'Administration de l'ONUSIDA. L'évaluation porte sur le rôle et la contribution de l'ONUSIDA et des Agences co-parraines (l'Équipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH/SIDA) dans le contexte de l'UNSDCF 2020-2024 au Mali.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation du Programme Commun du Mali sont de :

- Évaluer la pertinence et la contribution du Programme Commun durant la mise en place du dernier plan de travail (2020-2021)
- Identifier les leçons apprises et recommandations pour améliorer l'impact du Programme Commun durant le biennium actuel (2022-23), en lien avec la nouvelle Stratégie Globale de l'ONUSIDA
- Faciliter une formation pratique sur la gestion axée sur les résultats pour renforcer la mise en place du Plan Conjoint.

Portée de l'évaluation

L'évaluation porte sur la période de 2020 à 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 FastTrack et le cadre UBRAF (2016-2021). D'autre part, l'évaluation examine la pertinence de l'approche du Programme Commun telle qu'exprimée dans le Plan biennal 2022-2023 le cadre de la nouvelle stratégie globale 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 guidé l'évaluation :

Quelle a été la pertinence et la cohérence du Programme Commun ?

- Dans quelle mesure le Programme Commun est-il aligné aux priorités nationales et participe-t-il à la réponse nationale au VIH/SIDA ?
- Dans quelle mesure les interventions des co-parrains sur le VIH sont-elles cohérentes, quelles sont les synergies possibles pour améliorer la riposte du système des Nations Unies au VIH ?

Dans quelle mesure le Programme Commun a-t-il atteint ses objectifs ?

- Quelle a été la contribution du Programme Commun aux résultats stratégiques escomptés ?
 - Dans quelle mesure le Programme Commun a-t-il mis en place des initiatives catalytiques/à fort impact ?
 - En quoi le Programme Commun a-t-il contribué à la promotion des droits humains et de l'égalité de genre dans le cadre de la lutte contre le VIH ?

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

- Dans quelle mesure l'utilisation des ressources a-t-elle été efficace ? Quelles ressources humaines et financières sont dédiées au VIH/SIDA par les agences ?
- Dans quelle mesure l'approche programmatique du Programme Commun a-t-elle permis de maximiser sa contribution à la réponse nationale ?
- Dans quelle mesure l'approche de partenariat du Programme Commun a-t-elle été adaptée pour appuyer la réalisation des objectifs ?

Méthodes

Approche de l'évaluation

L'approche de l'évaluation est basée sur les normes et standards d'évaluation du Groupe d'Évaluation des Nations Unies (UNEG)¹⁷, et les standards de bonnes pratiques sur l'intégration des questions de droits humains et de genre dans les évaluations¹⁸. En particulier, elle s'appuie sur les principes de prise en compte des droits humains et du genre à travers une approche participative et inclusive, ainsi que 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. Ces éléments sont développés en détail dans la section **Error! Reference source not found.**

Éthique

Les principes édictés par l'UNEG¹⁹ pour assurer une conduite éthique ont également guidé l'évaluation.

- **Principe de d'intégrité** : Les sources de données qui ont mené aux conclusions de l'évaluation sont analysées de manière croisée pour arriver à des résultats crédibles. La solidité des preuves apportées est également considérée dans la présentation des résultats. De plus, l'indépendance de l'équipe d'évaluation a été respectée tout au long du processus d'évaluation, assurant l'impartialité des résultats obtenus.
- **Principe de responsabilité** : Les résultats émergents ont été validés avec les répondants à travers des vérifications individuelles et collectives.
- **Principe de respect** : La confidentialité et l'anonymat des répondants ont été assurés par l'équipe d'évaluation sous la supervision de la responsable d'équipe. Les participants aux groupes de discussion ont été rencontrés dans des lieux sûrs et leur identité n'a pas été révélée. La confidentialité a été rappelée en préambule de chaque entretien individuel, le nom des participants aux entretiens individuels apparaissant en Annexe du rapport sans lien avec leur contribution. L'évaluation a veillé à ce que les différentes catégories d'acteurs concernés par le Programme Commun, identifiés à partir d'une cartographie conduite dans la phase de démarrage, puissent exprimer leurs vues.
- **Principe de bénéficence** : Comme décrit **ci-dessous**, l'équipe d'évaluation s'est efforcé de maximiser l'utilité de cet exercice en multipliant les approches pour assurer la pertinence de l'exercice pour le Programme en cours.

Approche basée sur la théorie

L'approche de l'évaluation est basée sur la théorie, c'est à dire qu'elle repose sur une théorie du changement (TdC) qui rend explicite les liens de causalité envisagés entre les activités mises en place dans le cadre du Programme Commun, les résultats espérés qui correspondent à la sphère d'influence directe du Programme, et leur lien avec les résultats stratégiques escomptés. Elle vise également à identifier les hypothèses et risques principaux qui peuvent influencer les résultats du programme et nécessiter des adaptations.

Une première Théorie du Changement a été développée durant la phase de démarrage de l'évaluation à partir du plan biennuel actuel (2022-23), lui-même basé sur le nouveau cadre UBRAF (2022-2026). Ce modèle a ensuite été revu et co-développé avec l'Équipe Conjointe et certains de ses partenaires clés lors d'un atelier de deux jours, tenu à Bamako les 23 et 24 mai. Des théories 'subsidiaries' plus détaillées pour chaque axe stratégique, ainsi qu'un bref narratif, se trouvent en **Annexe 6**. La théorie du changement ci-dessous (Figure 2) définit la contribution du Programme Commun de façon catalytique, c'est à dire en termes de son influence sur les acteurs clés de la réponse au VIH en termes de

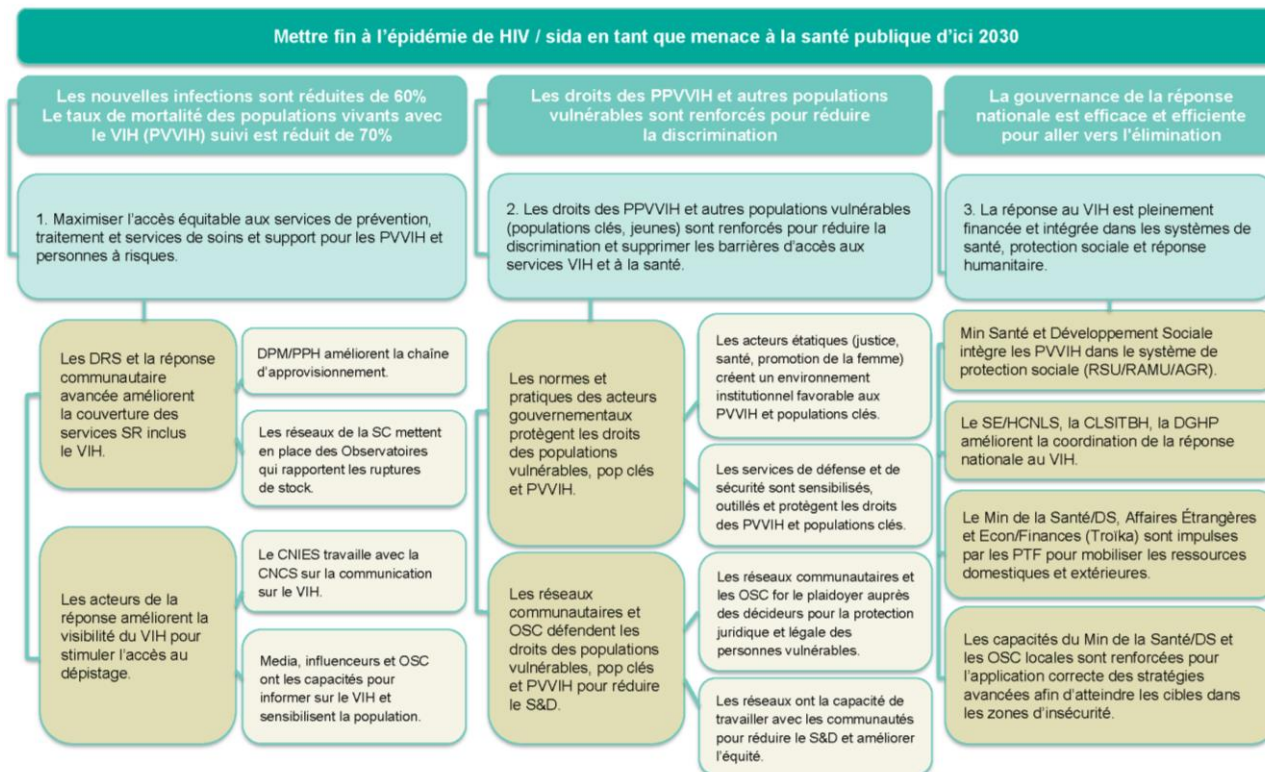
¹⁷ UNEG Norms and Standards (2017) <http://www.unevaluation.org/document/download/2787>

¹⁸ Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation -- Towards UNEG Guidance (2011) <http://www.uneval.org/document/download/1294>

¹⁹ Ethical Guidelines for Evaluation, UNEG, 2020 <http://www.unevaluation.org/document/download/3683>

capacités, attitudes et pratiques. Ces changements constituent la sphère d'influence directe du Programme, et permettent *a posteriori* de fournir un cadre théorique pour évaluer la pertinence, l'efficacité et identifier des aspects de l'impact du Programme Commun.

Figure 2 : Théorie du changement révisée après l'atelier avec l'Équipe Conjointe



Approche en temps réel

L'évaluation est également basée sur l'approche 'en temps réel', c'est à dire qu'elle vise à influencer certains aspects du programme au cours de son exécution afin de maximiser son utilité pour le Programme. Cette approche a été mise en place à travers les points d'entrée suivants :

- **La participation du Directeur du bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA :** Accompagné du directeur pays de l'ONUSIDA au Mali, le Directeur du bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA a rencontré les responsables des agences des Nations Unies et les adjoints ainsi que des responsables gouvernementaux pour sensibiliser les principaux partenaires à l'évaluation, faciliter l'examen et l'acceptation des résultats et des conclusions ainsi que la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation. Les moyens de redynamiser la riposte au VIH, qui a perdu de son élan ces dernières années, et d'intégrer plus délibérément le VIH dans les programmes et les activités des agences des Nations Unies ont également été explorés.
- **La visite de terrain à Ségou et Sikasso :** Les rencontres effectuées par l'équipe d'évaluation auprès de nombreux responsables régionaux (Gouverneur de Ségou, Chef de Cabinet de Sikasso, Directions régionales de la Santé, de la protection sociale, et les Secrétaires Exécutifs Régionaux du Haut Conseil de lutte contre le SIDA) ont permis d'aborder les enjeux de la lutte contre le VIH au niveau de la région et le rôle du Programme Commun par rapport à ceux-ci. Cette visite a également permis d'échanger avec les partenaires de la société civile et les populations clés.
- **L'atelier sur la théorie du changement à Bamako :** L'atelier sur la théorie du changement dans le cadre de la gestion axée sur les résultats a permis à l'Équipe Conjointe et certains de ses partenaires clés de développer une compréhension commune du processus de développement d'une théorie du changement et des concepts clés de la gestion axée sur les résultats. L'atelier a également été l'occasion de mener une réflexion sur les approches à prioriser afin de maximiser la

contribution du Programme à la réponse nationale et d'identifier des opportunités pour renforcer les synergies entre les agences.

- **Les sessions de rétrocession des résultats émergents et discussion des recommandations :** L'Équipe Conjointe a été activement impliquée à différents stades clés de l'évaluation, à travers : une première rencontre virtuelle pour guider la définition du cadre de l'évaluation lors de la phase de démarrage, l'atelier présentiel à Bamako pour discuter des résultats émergents de l'évaluation, et une deuxième session virtuelle de travail pour contribuer à la formulation de conclusions et recommandations. Suivant la production du rapport final, il est prévu une ultime session de travail entre l'équipe d'évaluation et l'Équipe Conjointe afin d'aborder la réponse aux recommandations et identifier les actions éventuelles qui peuvent en découler.

Méthodes et outils de collecte des données

Les sources de données de l'évaluation ont inclus des sources secondaires (documentaires) et une collecte de données primaires comme suit :

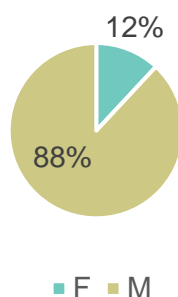
- **Une revue documentaire** de plus de 50 documents ([Annexe 5](#)) : incluant les Plans Conjointes et rapports associés depuis 2020 ; les cadres stratégiques à différents niveaux (UBRAF, UNSDCF, CSN) ; les documents cadres des autres partenaires techniques et financiers (PTF) (Spotlight de l'Union Européenne, le Fonds Mondial, EPIC de l'USAID) ; des documents de programme régionaux appuyés par le Programme Commun Ségou, Sikasso, Mopti) ; des rapports d'agences de l'Équipe Conjointe ; et des données épidémiologiques sur le VIH et les déterminants de santé (tels que ceux produits par l'ONUSIDA, l'OMS, et l'enquête EDS de 2018)
- **Des visites de terrain** à Bamako, Ségou et Sikasso ([Annexe 3](#)) : ces visites ont permis de tenir des rencontres avec les autorités régionales, les partenaires gouvernementaux et de la société civile et les groupes cibles du Programme. Elles ont également permis à l'équipe d'évaluation de faire des observations directes de certains sites et activités du Programme (académie, ghetto, prison, centres d'accueil des populations clés et clinique de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) pour les jeunes).
- **Des entretiens individuels** avec des répondants clés (n=57): les catégories d'acteurs impliqués dans le programme ont été cartographiés lors de la phase de démarrage de l'évaluation, et une liste consolidée de répondants a été établie avec l'Équipe Conjointe. Les entretiens se sont tenus en présentiel, par téléphone ou de façon virtuelle. Les répondants sont situés à Bamako, à Ségou, à Sikasso et à Mopti, couvrant ainsi certains des sites majeurs des activités du Programme Commun. On constate que la vaste majorité des répondants sont des hommes, et si l'on exclue les membres de l'Équipe Conjointe, il s'agit pratiquement de la totalité des répondants. Ceci s'explique par le fait que la présence des femmes est limitée dans certains collectifs concernés par l'évaluation, en particulier dans les positions techniques et de direction. L'équipe d'évaluation a tenté d'apporter des mesures d'atténuation à ce déséquilibre (voir [limitations](#)). La liste des répondants ayant participé aux entretiens individuels se trouve en [Annexe 1](#). Les entretiens sont distribués comme suit :

Table 2 : Distribution des entretiens individuels par catégories de répondants

Équipe Conjointe	Autres PTF	Gouvernement	OSC nationales	Media
18	2	19	16	2

Figure 2 : Distribution des entretiens individuels par sexe

Genre des participants aux entretiens



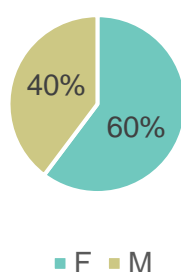
- Des groupes de discussion** (n=78) ont été tenus par l'équipe d'évaluation. Les frais de transport des participants étaient remboursés à hauteur de 5 000 CFA (environ 7,50 Euros). Le nombre de participants par groupe était limité dans le cadre des mesures barrières contre la COVID-19. Les groupes se sont tenus de façon désagrégée par sexe et dans des espaces confidentiels, avec la seule présence des membres de l'équipe d'évaluation. L'équipe d'évaluation a pu assurer de façon plus directe une représentation équilibrée des participants hommes et femmes. Noter que dans les données présentées dans la figure 3, les transgenres femmes ont été intégrées dans la catégorie 'femme'. Aucun transgenre homme n'a été rencontré par l'équipe d'évaluation. Les résultats de l'analyse qualitative de ces entretiens sont présentés en [Annexe 2](#).

Table 3 : Distribution des groupes de discussion par groupe cible

	PS	HSH	Trans	UDI femmes	UDI hommes	PVVIH femmes	PVVIH hommes
Bamako	6	6	6	1	5		
Ségou	8	5	6			4	4
Sikasso	5	6		6	5	5	
Total	19	17	12	7	10	9	4

Figure 3 : Distribution des groupes de discussion par sexe

Genre des participants aux groupes focaux



- Visite du Directeur du bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA** : Le Directeur du bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA est venu en visite à Bamako durant la mission de terrain de l'équipe d'évaluation, et accompagné du Directeur Pays de l'ONUSIDA au Mali il a rencontré certains des chefs d'agences de l'Équipe Conjointe et visité un site de programme.

- **Atelier de formation contextualisée sur la gestion axée sur les résultats (GAR) (Annexe 4).** Cet atelier tenu sur deux jours a été facilité par l'équipe d'évaluation, avec la participation des points focaux de l'Équipe Conjointe et de certains partenaires clés du Programme. Préalablement, les participants ont été invités à suivre une formation en ligne mise à disposition par l'UNICEF sur la GAR²⁰. L'atelier a permis de remplir trois objectifs :
 - Restituer et valider les résultats émergents de l'évaluation et des observations menées par l'équipe d'évaluation durant la visite de terrain ;
 - Mener une formation théorique sur les concepts clés de la gestion axée sur les résultats, l'utilisation de la théorie du changement et la formulation des résultats ;
 - Appliquer ces concepts de façon pratique en développant une théorie du changement pour le Programme Commun lors de groupes de travail.

Analyses

L'évaluation s'est efforcée de croiser différents points de vue et sources de données pour arriver à des conclusions équilibrées. La section des Résultats décrit la force de la preuve qui motive les conclusions de l'évaluation.

Des analyses spécifiques ont été conduites pour appuyer la formulation des résultats :

- Analyse de tendance des ressources du Plan Conjoint
- Taux de réalisation des cibles
- Analyse quantitative des données des discussions de groupe avec les cibles du programme
- Analyse qualitative du contenu des entretiens individuels et des groupes de discussion.

Limitations et mesures d'atténuation

Les limitations principales qui ont affecté l'évaluation sont :

- La situation sécuritaire au Mali : Selon le briefing de l'UNDSS, les risques sécuritaires correspondaient à des actes terroristes, avec des incidents de sécurité visant des ONG et des agences des Nations Unies. La situation à Bamako et dans la région Centre Ouest visitées par l'équipe d'évaluation était de niveau 4, correspondant à un risque substantiel. Le Nord du pays (régions de Mopti, Gao et Tombouctou) était de niveau 5, soit un risque élevé. Cette région n'a pas pu être visitée par l'équipe d'évaluation. Comme mesure d'atténuation, l'équipe d'évaluation a pu s'entretenir avec les membres de l'Équipe Conjointe opérant dans la région et également tenir un entretien téléphonique avec le Secrétaire Exécutif régional.
- Les inégalités de genre : comme mentionné plus haut, la distribution des répondants individuels aux entretiens était largement inégale entre les participants hommes et femmes en particulier si l'on exclut les participants de l'Équipe Conjointe, reflétant la faible participation des femmes dans les organisations rencontrées. Comme mesure d'atténuation, l'analyse s'appuie sur les données épidémiologiques et les sources documentaires qui reflètent les conséquences des inégalités de genre sur la situation du VIH au Mali. L'équipe d'évaluation a également pris soin de demander en priorité des références vers des répondants de genre féminin, et a pu assurer une représentation équitable des répondants hommes et femmes dans les groupes de discussion avec les populations ciblées par le Programme.

²⁰ <https://agora.unicef.org/course/info.php?id=3122>

Résultats

Quelle a été la pertinence et la cohérence du Programme Commun ?

Dans quelle mesure le Programme Commun est-il aligné aux priorités nationales et participe-t-il à la réponse nationale au VIH/SIDA ?

- **Les objectifs du PC sont alignés avec les priorités nationales ainsi qu'avec le cadre UBRAF, et le Programme a veillé à maximiser la valeur ajoutée de ses interventions.**

Même si la formulation des résultats a varié, on constate une continuité des priorités stratégiques du PC à travers la période 2020-2023 (voir [Table 1](#)). Un fort alignement des résultats et cibles du Programme Commun avec le Cadre Stratégique National (CSN) et les différentes itérations du cadre UBRAF a été maintenu. Ainsi, les objectifs stratégiques ont été entièrement alignés avec ceux de la réponse nationale pour ce qui est du Plan Conjoint 2022-23, avec les mêmes résultats d'impact que le CSN.

Figure 4 : Résultats d'impact du CSN (2017-2021)



Le nouveau Plan Conjoint (2022-2023) est également aligné avec le nouveau cadre UBRAF (2022-2026), et en particulier avec les trois objectifs stratégiques et les dix produits identifiés (voir la TdC développée par l'évaluation en [Annexe 6](#)).

- **Les répondants aux entretiens individuels notent le dynamisme du Programme Commun pour s'adapter aux évolutions contextuelles qui affectent la réponse au VIH.**

Certaines agences ont modifié leurs approches opérationnelles pour maintenir l'accès aux services malgré les restrictions de mouvement. Ainsi, un membre de l'EC témoigne : « *On a appris à travailler dans le contexte de la COVID-19. On fait le dépistage avec les rapid oral tests. On a appris à utiliser les ressources locales parce que les déplacements étaient limités. On a essayé d'utiliser les services du Secrétariat Exécutif Régional pour atteindre les zones les plus reculées.* »

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a également employé une approche de gestion adaptative, répondant aux enjeux émergents et aux demandes d'appui des acteurs de la réponse dans la mesure du possible, quand celles-ci s'inscrivent dans les priorités stratégiques du Programme Commun : « *Il faut se focaliser sur l'essentiel, mais on ne peut pas dire non au gouvernement, et si une ONG nous sollicite il faut répondre* ». Le Secrétariat de l'ONUSIDA doit donc dialoguer avec les acteurs de la réponse lorsque son appui est sollicité, afin de décider si ses activités doivent être adaptées pour répondre aux besoins émergents. Les adaptations contextuelles du Programme incluent l'appui à la coordination nationale dans le contexte d'instabilité politique et de baisse de ressources domestiques allouées au VIH, et le recentrage sur l'accès aux mesures de protection contre la COVID-19 pour les PVVIH et les populations vulnérables.

- **La valeur ajoutée du PC est avant tout catalytique et stratégique, ciblant les goulots d'étranglement de la réponse nationale au VIH.**

Les financements du PC sont modestes au regard de ceux apportés par d'autres partenaires techniques et financiers (PTF), comme par exemple le Fonds Mondial (GFTAM). Ainsi, selon les données présentées dans le Joint Programme Monitoring System (JPMS), le total des ressources mobilisées sur la période 2020-2023 par le PC est de 3,4 millions Euros, tandis que le GFTAM apportait 93 millions d'Euros à la réponse nationale sur la même période²¹.

Selon la théorie du changement (TdC) élaborée par les participants de l'EC et des partenaires clés (Annexe 6), la valeur ajoutée du PC est assurée par ses effets catalytiques qui permettent de renforcer les capacités des acteurs de la réponse, ou de modifier leurs attitudes et pratiques afin qu'ils puissent contribuer pleinement aux résultats stratégiques sur le VIH ciblés au niveau national. Les participants à l'atelier considèrent que le PC peut démultiplier son influence à travers des interventions catalytiques ciblant les enjeux clés de la réponse nationale.

Table 4 : Exemples d'interventions catalytiques du PC

Type d'intervention catalytique du PC	Exemple
Tester des approches innovantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Système d'évaluation et de motivation des centres de santé participants pour les inciter à améliorer leur performance dans le cadre de l'index testing (ONUSIDA) ▪ Points de distribution communautaire des ARVs en zones d'insécurité (MINUSMA)
Influencer les priorités des autres PTF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer pour l'extension des financements USAID dans le cadre du projet EPIC22 au-delà des populations clés pour inclure les populations passerelles (ONUSIDA)
Renforcer les capacités des acteurs gouvernementaux et de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui à RMAP+ sur l'analyse des capacités organisationnelles et le plan de renforcement des capacités (ONUSIDA)
Mobiliser des partenariats grâce à la garantie réputationnelle des NU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'un partenariat régional pour accélérer la réponse au VIH à travers la coordination des acteurs avec Mopti sans SIDA (PNUD et autres membres de l'EC)
Offrir un appui technique aux partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui au Ministère de la Santé et du Développement Social sur les aspects normatifs pour renforcer la qualité des services VIH (OMS)

Au niveau des thématiques abordées, certaines priorités mentionnées par les acteurs gouvernementaux nationaux sont ciblées par le PC car elles correspondent à sa valeur ajoutée :

- L'extension de la prévention et du dépistage afin de réduire l'écart entre le nombre de dépistés et les nouvelles infections ;
- La mise en fonction de la charge virale (CV), car si la cartographie des appareils m-PIMA et GeneExpert est satisfaisante il existe des goulots d'étranglement pour que les PVVIH bénéficient d'un suivi régulier de leur CV ;
- L'appui à l'information stratégique, en particulier l'obtention et l'analyse de données désagrégées par âge, sexe et zone géographique. En effet, même si les instruments d'analyse et présentation des

²¹ <https://data.theglobalfund.org/location/MLI/overview>

²² Le Projet Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control (EPIC) est financé par l'USAID/PEPFAR et est centré sur le contrôle du VIH dans les populations clés.

données avec les programmes Estimation and Projection Package (EPP) et Spectrum et les indicateurs rapportés dans le rapport Global AIDS Monitoring (GAM) sont en place, la collecte de données épidémiologiques de qualité au niveau des centres de santé reste un enjeu.

Par contre, les questions de la sécurité des transfusions sanguine, la couverture en ARVs (hors prise en charge (PEC) pédiatrique) et certains moyens de prévention combinée comme la PREP ne sont pas priorités par le PC car ciblées par les financements GFTAM et USAID.

- **Cependant, certaines aires d'intervention du PC ne correspondent pas à cette approche stratégique. Certaines activités sont additionnelles aux financements d'autres bailleurs de la réponse dans une perspective d'appui direct à la mise à l'échelle des services VIH au Mali.**

Certaines interventions du PC participent à l'appui à la mise à l'échelle des services VIH sans toujours adopter une approche catalytique. C'est le cas par exemple de l'appui par le FNUAP à l'acquisition et à la distribution des préservatifs et de lubrifiants et de l'appui de l'UNICEF en achat de réactifs/tests pour la PTME dans les unités de consultation prénatale (CPN) et pour la mise en place de sites pour la détection de la charge virale/Point Of Care (POC) pour le diagnostic précoce des enfants et le suivi de la CV des femmes enceintes. Si ces interventions correspondent bien à des lacunes dans le financement de la réponse, il convient de s'assurer que ces appuis s'inscrivent dans une stratégie de maximisation de la valeur ajoutée des NU et non de compétition. Ainsi, un répondant issu des PTF mentionne : « *Les NU ne doivent pas se positionner comme bailleurs de fonds, il ne faut pas qu'ils se mettent en concurrence avec les autres PTF. Du coup les activités catalytiques n'ont pas de suite, parce que la mise à l'échelle ne peut se faire qu'à travers l'appui des autres bailleurs.* »

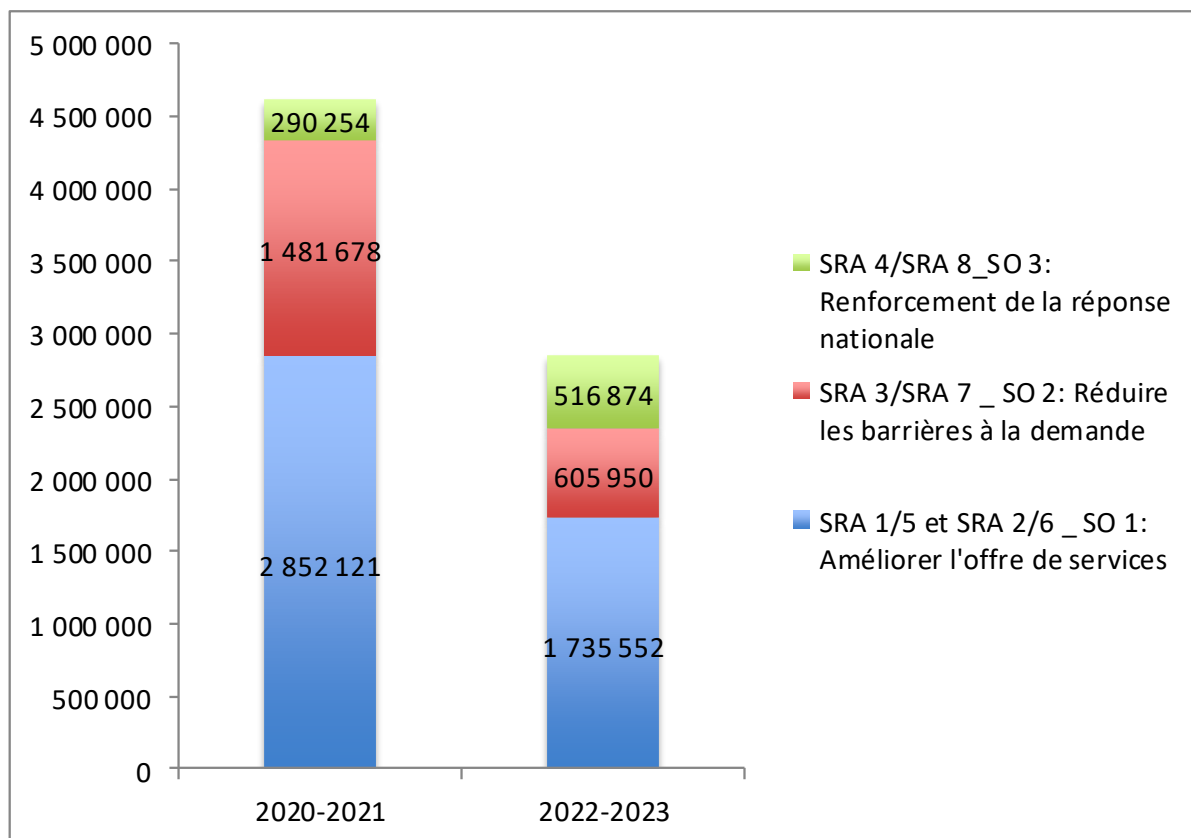
- **On constate que le PC concentre ses ressources avant tout sur l'offre de services cliniques et l'accès aux soins.**

L'appui à l'offre de services (en particulier pour la prévention, le dépistage, la PTME, la PEC pédiatrique et la CV) représente plus de 60% du budget du Programme Commun, avec un déséquilibre marqué entre les budgets alloués aux différents axes stratégiques. D'autres thématiques peu financées par les autres PTF (actions de sensibilisation, réduction des facteurs de vulnérabilité tels que les inégalités de genre et l'exclusion socio-économique, renforcement de la réponse multisectorielle) reçoivent aussi une part moindre de l'effort financier du PC.

Un membre de l'équipe de l'ONUSIDA au niveau régional note que la lutte contre le SIDA est très biomédicale. Au Mali, on observe toutefois un recentrage des fonds alloués vers l'appui à la réponse nationale multisectorielle (strategic result area (SRA) 4/8 et Strategic Objective (SO) 3²³) de 6 à 18% entre les bienniums 2020-21 et 2022-23 respectivement, et une proportion stable allouée à l'appui à l'offre de services VIH (61%). La proportion des ressources allouées à la réduction des barrières à la demande baisse de 32% à 21% entre les deux bienniums. Dans l'ensemble, on constate une baisse importante des ressources du PC entre les deux bienniums.

²³ Se référer à la [Table 1](#) pour les correspondances entre les Résultats et Objectifs stratégiques dans les différentes itérations du Plan Conjoint sur la période 2020-2023

Figure 5 : Budget total par biennium et par axe stratégique du Plan Conjoint



Dans quelle mesure le programme répond-il aux préoccupations des groupes cibles ?

- **L'évaluation a pu recueillir les préoccupations de certains groupes ciblés par le Programme à travers des discussions de groupes.**

Les groupes cibles suivants ont été rencontrés dans le cadre de l'évaluation : personnes vivant avec le VIH (PVVIH) femmes et hommes, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), transgenres, utilisatrices et utilisateurs de drogues injectables (UDI), et professionnelles du sexe (PS). Une analyse thématique de ces échanges, dont le détail est présenté en [Annexe 2](#), révèle que certaines thématiques clés ressortent chez tous les groupes cibles interrogés, même si leur degré d'importance varie entre les différents groupes : La discrimination par la communauté et la stigmatisation par la famille des PVVIH et des populations clés ainsi que l'auto-stigmatisation ; la perte d'emploi ou de revenus liés à la connaissance du statut sérologique ou de l'appartenance à un population clé par l'employeur ou les clients ; la pauvreté ; les difficultés d'accès aux moyens de prévention du VIH et aux services de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) ; la persécution par la Police et les difficultés avec la Justice ; les expériences de discrimination au niveau des services de santé ; et les violences sexuelles, physiques et verbales. Des témoignages verbatim de ces différentes préoccupations sont rapportés dans l'Annexe 2 du rapport. Une participante PS résume par exemple comment les PS sont exposées à une combinaison de facteurs qui constituent autant de barrières à l'accès aux soins et aux services HIV :

« Nous sommes marginalisées et proie à toutes formes de violences. C'est un obstacle dans l'obtention des soins pour les PS séropositives car nous avons peur de quitter nos refuges, nous avons peur d'être vues. Une fois, une de nos filles a eu une altercation avec l'un des voyous de l'auto gare et elle s'est fait poignarder par ce dernier. Vu qu'il n'y avait pas de fond d'urgence, la prise en charge n'a pas été correctement faite. Le fond d'urgence est capital car parfois nous tombons malades et nous n'avons pas les moyens pour les traitements. Cela m'est une fois arrivée, je n'avais que mes yeux pour pleurer faute de moyens. C'est grâce à l'aide du président du réseau que je m'en suis sortie. »

Les participants ont également relevé des facteurs de protection qui réduisent leur vulnérabilité au VIH : Le fait que le centre communautaire géré par l'OSC de référence est un refuge libre de discrimination ; la distribution de moyens de prévention (seringues, préservatifs, gels) et de traitement des IST au niveau de ces mêmes sites ; l'acceptation par la famille et l'acceptation du statut sérologique ; la protection de la Justice qui permet de faire valoir les droits des veuves et des enfants; l'accès aux activités génératrices de revenus (AGR) qui permet de subvenir aux besoins de la famille ; et le fait que posséder une source de revenus stable permet de réduire la vulnérabilité à la discrimination.

- **Certaines des activités planifiées par le Programme Commun sont pertinentes par rapport aux facteurs de protection et de vulnérabilité mentionnés par les participants aux groupes focaux. Cependant en général la thématique de la réduction des inégalités reste peu priorisée dans les activités du Programme Commun.**

Certaines activités du Programme Commun adressent les préoccupations mentionnées par les groupes cibles. Toutefois, d'après les rapports du Programme Commun pour le biennium 2020-2021, il est difficile d'évaluer l'échelle de ces activités et de comprendre dans quelle mesure ces activités ont pu être mises en place en particulier dans le cadre des reprogrammations dues à la COVID-19. Au niveau des activités planifiées pour réduire les barrières d'accès pour les populations clés et vulnérables, on peut citer au cours de la période 2020-2023 :

L'appui aux services de prévention combinée et aux structures communautaires :

- Le renforcement des capacités des membres des organisations communautaires pour la prévention et les soins des violences sexuelles y compris dans les zones de conflit (FNUAP) ;
- L'appui aux structures de mise en œuvre dans la prévention du VIH et la prise en charge des violences sexuelles dans les zones affectées par la crise, ainsi qu'à l'application des lois existantes en matière de protection liés aux droits humains, à l'égalité des sexes et la protection sociale.
- Le renforcement des capacités des détenteurs de PEPkits, suivi de l'utilisation et du renouvellement des PEPkits (ONUSIDA) ;
- La mise à disposition de kit d'urgence aux One Stop Centres pour les survivantes de VBG et aux centres jeunes et CSRéf Kayes, Bamako, Sikasso, Ségou et Mopti (FNUAP) ;

Les actions de sensibilisation visant à réduire le stigma et la discrimination par les communautés ou dans les services étatiques :

- Organiser des formations, sensibilisation et dépistage à l'intention des forces de défense et de sécurité, ex-combattants, agents communautaires et structures en charge de l'Éducation Non Formelle sur la promotion des droits humains, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et les violences sexuelles liées au conflit (PNUD) ;
- Former et organiser des activités communautaires sur la promotion des droits humains des adolescents et jeunes (PNUD) ;
- Développer des actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux, des autorités administratives, ainsi que des actions de promotion de comportements non discriminatoire et non stigmatisant au sein de la population générale (ONUFEMMES)

La réduction des vulnérabilités socio-économiques des groupes cibles :

- Des initiatives qui répondent à certaines des préoccupations majeures des groupes cibles (AGR, services différenciés, stratégies communautaires) (ONUSIDA)

Toutefois, certaines préoccupations majeures mentionnées par les participants aux groupes de discussion ne sont pas suffisamment abordées, en particulier les discriminations et atteintes aux droits humains des populations clés par la Police et les persécutions par la Justice. Les activités mentionnées ci-dessus sont peu priorisées en termes de financements, et de fait semblent voir leur part réduire dans le Plan Conjoint 2022-2023. Ainsi, la part allouée à la réduction des barrières d'accès et à la réduction des facteurs de vulnérabilité qui correspond à l'Objectif 2 du cadre UBRAF 2022-2026 ne représente que 21% du budget du Plan Conjoint 2022-23 (voir Figure 5).

Un membre de l'Équipe Conjointe évoque la nécessité d'un recentrage stratégique du PC sur ces aspects dans le cadre de la réduction des barrières d'accès : « *On a besoin de se recentrer davantage sur la prévention, et la prévention englobe aussi la sécurité alimentaire, pas seulement la communication pour le changement de comportements, mais des activités concrètes pour que les gens soient plus résilients.* »

Dans quelle mesure les interventions des co-parrains sur le VIH sont-elles cohérentes et quelles sont les synergies possibles pour améliorer la riposte du SNU contre le VIH ?

Rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA

- **Le rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA a été unanimement salué dans la dynamisation de la coordination de l'Équipe Conjointe, ainsi que pour inclure les autres partenaires gouvernementaux et de la société civile.**

Des répondants de l'Équipe Conjointe mentionnent : « Avec le peu de ressources humaines qu'ils ont, je me demande comment ils arrivent à coordonner toutes ces activités. Ils sont vraiment dynamiques : comptes rendus, réunions, ils nous poussent à faire des rencontres. Pas seulement pour le système des NU, il y a des rencontres qui se tiennent entre tous les acteurs », et « La coordination par l'ONUSIDA fonctionne à merveille, l'ONUSIDA est très dynamique, les réunions de suivi se tiennent et il y a des ateliers avec les services du gouvernement pour améliorer la concertation. Toutes les agences sont très bien intégrées. »

Sous l'égide de l'ONUSIDA, l'EC a pu tenir des réunions de coordination régulières, et des retraites hors de la capitale pour élaborer le Plan Conjoint à Sikasso et à Ségou pour les bienniums 2020/21 et 2022/23 respectivement. Un membre du Secrétariat décrit ainsi ce processus : « *A chaque fois que l'on finit le plan, il est ratifié par les chefs d'agence durant l'UNCT. Les chefs d'agences revoient le plan et le commentent. Les réunions sont tenues de façon rotatoire entre les membres de l'EC.* »

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a aussi travaillé à impliquer les acteurs de la société civile et du gouvernement dans l'élaboration de ses programmes. Ainsi, il existe une stratégie d'inviter les partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux aux retraites d'élaboration des Plans Conjointes, car c'est également une occasion pour les acteurs nationaux de se rencontrer et d'échanger, en l'absence d'un cadre de coordination fonctionnel au niveau national (puisque aucune rencontre des partenaires n'a été tenue depuis 2014 sous l'égide du HCNLS).

- **L'élaboration du Plan Conjoint est l'occasion pour les agences de se positionner par rapport aux objectifs globaux et nationaux de la réponse au VIH en se centrant sur leur mandat. Le processus de définition des priorités a été amélioré durant les deux derniers bienniums mais selon des membres de l'EC le processus de prise de décision peut encore être amélioré pour assurer une contribution optimale de tous les membres.**

Le recours aux retraites et aux orientations stratégiques, ainsi que l'ouverture à la partie nationale, ont permis de renforcer les aspects synergétiques du PC, amenant les agences à se positionner sur les priorités nationales en fonction de leurs mandats lors du processus d'élaboration du Plan Conjoint. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a mis l'accent sur la mutualisation des efforts, la coordination et le partage d'information lors de ce processus.

Cependant, selon plusieurs répondants de l'EC, le processus conjoint de décision une fois les concertations au sein de l'EC achevées pourrait être renforcé pour s'assurer que les opportunités de synergie entre les agences sont bien exploitées. Par exemple, un répondant de l'EC explique que « *Dans le cadre de l'Équipe Conjointe il faut que l'ONUSIDA délègue un peu plus. On crée des groupes pour que tout le monde joue son rôle. Au niveau de la prise de décision, la définition des activités doit être faite de façon participative. Tout ce qui est planification doit être participatif, les gens ne doivent pas avoir l'impression que ça a été imposé. Les choses doivent se concevoir ensemble, donc la mise en œuvre sera plus coordonnée.* » A cet égard, les participants à l'atelier ont souligné l'importance de pouvoir co-construire le PC et définir des résultats communs en utilisant l'approche de la TdC.

- **Au niveau de la réalisation des objectifs du Plan Conjoint, la contribution du Secrétariat est prépondérante dans l'appui à la gouvernance de la réponse et à la réponse multi-sectorielle ; le Secrétariat conduit également des activités d'appui technique et programmatique auprès des acteurs de la réponse.**

Le Résultat Stratégique 4/8 sur le renforcement de la gouvernance de la réponse nationale était exclusivement du ressort de l'ONUSIDA dans le biennium 2020/21. Dans le biennium 2022/23, conçu dans le cadre de l'UBRAF 2022/26, le renforcement de la réponse multisectorielle est conçu de façon plus large, incluant les questions d'intégration du VIH dans la réponse humanitaire et dans les systèmes de protection sociale, ce qui implique d'autres agences de l'EC (PNUD, HCR et PAM).

L'ONUSIDA a également le *lead* sur l'Information stratégique sur le VIH avec l'appui de différentes agences de l'EC, alors que l'OMS s'est recentrée sur l'appui technique et normatif auprès de son partenaire clé, le Ministère de la Santé. L'ONUSIDA travaille sur la question de l'amélioration de la qualité des données collectées et des estimations Spectrum, et participe au pilotage de l'enquête Enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence (IBBS) en cours.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA joue aussi un rôle de premier plan dans l'appui à des activités programmatiques sur le VIH. On peut par exemple citer des activités de formation ou de pilote de stratégies innovantes :

- Durant le biennium 2020-21 : Contribution à la formation des relais communautaires pour faciliter l'accès des PVVIH aux services de charge virale ; 25 prestataires formés par atelier sur les stratégies différenciées, soit 4 ateliers sur 2 ans ; la mise en place d'un programme innovant d'AGR et protection sociale pour les PVVIH ; des activités de sensibilisation des associations de jeunes sur le stigma et la discrimination au siège du Secrétariat et en collaboration avec des OSC partenaires
- Durant le biennium 2022-23 : Appliquer le dépistage à partir du cas index à toutes les personnes dépistées positives au niveau des services de santé et des communautaires (Malnutrition, TB, IST, etc.) ; la formation conduite sur le VIH pour l'académie de Sikasso dans le cadre de l'atelier sur les VBG de l'UNESCO

Lors de ces activités, le Secrétariat de l'ONUSIDA a étendu ses interventions hors de la capitale vers Kayes, Sikasso, Koulikoro, Ségou, Mopti, Gao et Tombouctou, et ce malgré un contexte sanitaire et sécuritaire adverse.

- **L'équipe de l'ONUSIDA est sous tension au niveau de l'utilisation des ressources humaines, ce qui pose la question de la priorisation des activités menées.**

Un répondant du Secrétariat décrit le mandat de l'ONUSIDA : « notre rôle dans le pays c'est de s'assurer qu'il y a une réponse aux besoins et que la réponse suit les orientations au niveau mondial. Il faut analyser les bonnes pratiques, appuyer un cadre stratégique pour relever les défis de la réponse au VIH dans le pays, et prendre en compte les droits des minorités. »

Cependant, comme expliqué précédemment, le rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA s'étend au-delà de ces aspects stratégiques. Cela peut s'expliquer par la nécessité de redynamiser la réponse au VIH et de parer aux lacunes dans un contexte de baisse des ressources et dépriorisation du VIH face à d'autres thématiques émergentes comme la COVID-19 et la question sécuritaire. Si ce rôle est important dans le contexte actuel, certains acteurs de l'EC et d'autres partenaires soulignent qu'il existe un risque de glissement de la portée (*'scope creep'*) des activités du Secrétariat.

Par exemple, lors de la mise en place du programme AGR pour les PVVIH, il serait intéressant que l'ONUSIDA, après 4 cycles de financements successifs, puisse passer la main à d'autres membres de l'EC qui possèdent des ressources techniques et financières spécialisées dans ce type d'intervention.

Le rôle de coordination et de mobilisation des acteurs, qui est central au mandat du Secrétariat, est très intensif en termes de ressources humaines. Il faut de plus que l'équipe de l'ONUSIDA soit en mesure de se tenir informée des nouvelles initiatives et données relatives au VIH dans le pays, faire du plaidoyer pour assurer la visibilité des enjeux du VIH, accompagner la transition de la réponse nationale vers un modèle décentralisé et communautaire, et s'assurer de la mise en œuvre du plan de travail établi par l'EC. Aux vues des capacités de l'équipe technique du bureau de l'ONUSIDA, qui correspond à 3 personnes à temps complet, il semble que, en l'absence d'une augmentation des ressources

humaines allouées, un recentrage sur les fonctions stratégiques et de coordination du Secrétariat, plutôt que sur les activités programmatiques serait souhaitable dans le long terme.

Cohérence de l'Équipe Conjointe

- **Le cadre de résultats du PC ne permet pas de saisir pleinement sa contribution aux résultats visés, car il n'existe pas de résultats intermédiaires communs qui décrivent les changements visés par l'action de l'EC.**

La formulation du Plan Conjoint ne permet pas d'identifier la contribution du Programme aux cibles nationales et aux résultats stratégiques UBRAF. Cette difficulté est en partie due au format utilisé pour développer le Plan Conjoint sous forme de matrice assez complexe et peu lisible (une feuille Excel avec 20 colonnes). Au-delà du format utilisé, un problème fondamental pour mettre en place la gestion basée sur les résultats est qu'il n'existe pas de résultats intermédiaires communs qui décrivent les changements découlant de l'action de l'EC. Une réflexion a été amorcée sur la définition de ces changements, formulés comme des changements de capacités, attitudes et pratiques des acteurs de la réponse au VIH au Mali, lors de l'atelier sur la TdC, qui pourraient former la base d'un cadre de résultats communs ([Annexe 6](#)).

Cette absence de clarté sur des résultats communs a pour conséquence de rendre difficile d'une part la définition de priorités communes afin d'améliorer l'impact du programme, et d'autre part le rapportage sur la contribution du Programme Commun. Ainsi, et comme soulevé également au niveau de la coordination de l'UNCT, les agences tendent à rapporter les activités conduites sans identifier en quoi elles ont résulté dans une amélioration de la situation du VIH. Un membre du Secrétariat de l'ONUSIDA explique ainsi « *Le rapportage n'est pas au niveau, on ne mesure pas les progrès. Il n'y a pas une connaissance commune sur la mise en œuvre d'un Plan Conjoint et de comment faire des rapports.* » Le Plan Conjoint inclut actuellement deux types d'indicateurs : i) des indicateurs de produits qui décrivent les activités conduites par les agences et leur portée (nombre de personnes ou de sites atteints) ; et ii) des indicateurs d'impact alignés sur les cibles Fast-Track et autres objectifs nationaux de la réponse au VIH. Ces indicateurs ne possèdent pas de cibles annuelles (ou 'milestones') pour comprendre si les progrès sont en passe d'être réalisés, et ne sont pas déclinés au niveau des zones d'intervention couvertes par le Programme Commun. Pour la PTME, la cible pour 2020 était de faire passer la couverture de la PTME et des soins pédiatriques à 95% d'ici 2021. Après la modification introduite à la fin de 2020 pour répondre au contexte de la COVID-19, la cible pour 2021 était de faire passer la couverture de la PTME et des soins pédiatriques à 90% dans la même période).

Ce cadre de résultats ne permet pas de refléter de façon adéquate les résultats obtenus par le PC. Ainsi, sur le biennium 2020/21, les résultats stratégiques sont tous rapportés comme 'on track' dans le rapport sur les indicateurs de la réponse, alors que les cibles Fast-Track au Mali sont rapportées comme 'progrès lent' dans le GAM, et que beaucoup d'activités du PC n'ont pas pu être réalisées comme initialement prévu en particulier dans le contexte de la reprogrammation liée à la COVID-19 à la fin de 2020.

Figure 6 : Taux de réalisation des activités, livrables et résultats stratégiques



▪ **La visibilité de la contribution du Programme Commun à la réponse est limitée pour les autres acteurs**

Les répondants aux entretiens individuels dans les catégories du gouvernement, des PTF et de la société civile ont exprimé un manque de visibilité sur les plans et ressources prévues pour le Programme Commun et sur sa contribution à la réponse nationale.

Ainsi, un partenaire gouvernemental au niveau national considère qu'« il faut un meilleur alignement en amont des agences. Il n'y a pas un cadre de performance unique et stratifié, et de mise en œuvre commune. Chacun a son cadre de performance. De ce fait, c'est seulement lors de l'évaluation du cadre stratégique qu'on a les résultats, a posteriori ».

Un répondant issu des PTF mentionne un manque de visibilité sur les ressources allouées par les agences des NU sur le VIH. De plus, les relations de partenariat sont individuelles avec chaque agence. « *Ce que je trouve dommage c'est que l'on ait ces relations de façon bilatérales. On n'a jamais de discussions dans le cadre du PC. Ils ne partagent pas le plan de travail avec nous, ce qu'ils partagent c'est les activités de collaboration spécifiques.* ».

Un acteur de la Société Civile constate : « Le plan d'action conjoint et les réunions animées par l'ONUSIDA sont une plateforme, cela permet de voir quelle agence fait quoi et où, mais on n'a pas le document fini du Programme ».

Un répondant du bureau de l'ONUSIDA considère également « On peut mieux faire au niveau du partage du Plan Conjoint avec la partie nationale ».

Le constat du manque de visibilité de la contribution conjointe des agences des NU sur le VIH est donc partagé parmi les partenaires du PC, malgré les efforts de coordination réalisés par le Secrétariat de l'ONUSIDA. Au-delà des aspects de communication, ceci est à rapprocher de la faiblesse de la définition et du suivi de résultats communs reflétant la contribution du Programme Commun. La définition de ces résultats communs en termes de changements de capacités, attitudes et pratiques des acteurs de la réponse a été initiée lors de l'atelier sur la TdC (Annexe 6).

- **Le cadre UNSDCF ne reflète pas la contribution du Programme Commun de façon adéquate, ce qui réduit également la visibilité du Programme Commun non seulement auprès des acteurs extérieurs, mais au sein même du SNU.**

La thématique du VIH est incluse dans l'Axe stratégique 3 de l'UNSDCF (2020-2024) portant sur l'accès aux services sociaux de base et protection sociale inclusive, notamment pour les populations vulnérables, y compris dans les zones humanitaires. Il n'existe pas actuellement d'indicateur de résultat sur le VIH dans le cadre de l'UNSDCF, même si des discussions sont en cours à ce sujet avec le Secrétariat de l'ONUSIDA. Ainsi, dans le cadre de coopération précédent (UNDAF 2015-2019²⁴), l'effet lié au VIH correspondait aux cibles globales et nationales de la réponse, avec une référence à l'objectif d'élimination de 2030 et un indicateur sur les nouvelles infections VIH. Dans le cadre UNSDCF, cet indicateur est remplacé par un indicateur de processus (% des sites de prise en charge qui bénéficient de l'appui de SNU), qui de plus n'est pas capturé dans le Plan Conjoint 2022-2023 :

Table 4 : Résultats et indicateurs sur le VIH dans le cadre de coopération du SNU au Mali

UNDAF+ 2015-2019	UNSDCF (2020-2024)
Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	Axe 3 : Services sociaux de base accessibles, de qualité et protection sociale inclusive
3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles	3.1.1 (Santé et VIH) Les institutions et les communautés ont davantage de capacités pour planifier et mettre en œuvre de manière efficace l'offre, la demande et la qualité des services de santé (y compris la planification familiale et le VIH/Sida équitables), y inclus en situation humanitaire
Indicateur : 3.3.1 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population	Indicateur : % des sites de prise en charge qui bénéficient de l'appui de SNU (cible de 6%)

- **Les actions du PC sont pilotées depuis Bamako, avec un manque de coordination effective sur le terrain. Il existe de ce fait un manque de cohérence géographique et au niveau des cibles entre les agences. L'engagement des autorités au niveau régional est inégal, et non-coordonné entre les membres de l'EC.**

Même si le Plan Conjoint identifie la valeur ajoutée de chacune des agences dans le cadre du PC, la déclinaison opérationnelle de ces priorités manque de synergie. Les collaborations sont insuffisantes sur le terrain et au niveau des régions. Un membre de l'EC note : « *les actions conjointes ne sont pas une réalité. On mène des actions de supervision conjointe, mais le volet VIH n'est pas inclus.* »

D'après les discussions et observations réalisées durant la visite de terrain à Ségou et Sikasso, on ne voit pas le PC dans les régions et les agences avancent parfois en ordre dispersé avec des cibles géographiques et des populations visées différentes. Un exemple est la formation sur les VBG menée par l'UNICEF en 2020 dans l'académie de Sikasso, suivie d'une formation sur le VIH facilitée dans cette même académie par l'ONUSIDA en appui à un atelier de l'UNESCO sur les VBG en 2022, sans qu'il y ait eu un suivi de la première intervention ou un lien avec la seconde. Il faut noter que selon un répondant de l'ONUSIDA cette intervention a été ponctuelle et ne reflète pas le rôle habituel joué par le Secrétariat. Également à Sikasso, le centre de SSR pour les jeunes et sa radio, initialement appuyé par le FNUAP et dont la gestion a été transférée au Ministère de la Jeunesse, ne bénéficie d'aucun appui des autres agences du Programme Commun malgré le potentiel pour sensibiliser les cibles de jeunes et offrir des services VIH intégrés à la clinique de SSR.

²⁴ Systèmes des Nations Unies, Mali bilan commun 2019 (mis à jour 2021)

Ce manque de synergie au niveau des opérations est aussi à rapprocher d'un manque de coordination avec les acteurs au niveau local au-delà des partenaires directs de mise en œuvre. En particulier, les acteurs clés du Gouvernorat et de la coordination du VIH (SER/HCNLS) ne sont pas informés systématiquement des actions des partenaires. Or d'après nos entretiens, ces acteurs sont influents au niveau de la région et ont partagé leur disponibilité pour redynamiser la coordination de la lutte contre le sida. Un acteur gouvernemental note que « *en général, on ne sent pas que les agences ont travaillé de façon coordonnée autour d'un cadre régional. Parfois les interventions sont élaborées sans l'implication des parties prenantes sur place.* » Il considère également qu'il faut éviter les supervisions unilatérales des agences, qui parfois descendent sur le terrain et dans les services de santé sans la partie nationale, même si ces supervisions ne concernent pas seulement les activités VIH des agences.

L'absence d'un cadre de coordination régional signifie que les actions des agences sont peu contextualisées et ne participent pas à la responsabilisation des autorités locales. Ce problème est soulevé par les acteurs étatiques au niveau national : « *Les régions ne se ressemblent pas, il y a des besoins différents, il faut que chaque région ait son plan. Il n'existe pas de plans régionaux de lutte contre le sida.* »

Un responsable régional commente « *Nous devons élaborer la réponse, les partenaires doivent s'inscrire dedans. Il faut éviter le chemin contraire* » A cet égard, le développement du nouveau Cadre Stratégique National sur le VIH (CSN), prévu sur un modèle régionalisé, devrait offrir une opportunité de remédier à certaines de ces lacunes de coordination.

▪ **L'initiative Mopti sans Sida²⁵ : une initiative prometteuse pour améliorer la coordination programmatique et opérationnelle au sein du Programme Commun, et avec les acteurs locaux.**

Les acteurs de la réponse au niveau national citent régulièrement l'initiative de Mopti sans Sida comme un exemple de pratique prometteuse pour améliorer la coordination et l'alignement. Un partenaire gouvernemental considère que « *la réflexion régionale et les partenariats dans l'initiative Mopti sans Sida sont un format qu'il faut promouvoir.* » Cette initiative est également reçue de façon enthousiaste par les partenaires interrogés au niveau de Mopti, et les autorités ont émis le vœu que cette initiative soit répliquée à Tombouctou, Ségou et Gao.

L'initiative a adopté une approche participative et inclusive au niveau régional, afin de dynamiser la coordination des acteurs de la réponse sous l'égide du SER/HCNLS.

Un autre point fort de cette initiative pilotée par le PNUD et l'ONUSIDA, avec la participation de la MINUSMA et des autres agences de l'EC, est de développer une réponse adaptée dans le contexte d'insécurité et de situation humanitaire.

Enfin, une innovation clé de cette approche est la déclinaison d'indicateurs et de cibles régionales sur la base des données Spectrum. Un membre de l'EC engagé dans cette initiative explique :

« *C'est la première fois que l'on perçoit ce qui existe comme résultats attendus au niveau régional, ce qui doit être fait et ce qui reste à faire en termes des 90-90-90 et se projeter pour l'atteinte des 95-95-95 et l'horizon 2030. L'approche régionale avec son plan budgétisé permet de développer la synergie entre les différentes agences et une meilleure coordination des interventions de différents partenaires tel le Fonds Mondial, les ONG internationales et tous autres partenaires* »

Cette approche est particulièrement informative au regard du développement du prochain CSN basé sur un modèle régionalisé.

L'application de ce modèle est suivie de près également au niveau de la sous-région (Afrique de l'Ouest de Centrale), par le bureau régional de l'ONUSIDA. L'initiative est basée sur l'approche « *les villes s'engagent* », mais avec la spécificité de l'adoption d'un focus régional et du contexte populations déplacées internes. L'initiative Villes est en cours à l'ONUSIDA, mais est peu développée dans la région. Les leçons apprises à Mopti pourraient permettre de relancer cette approche dans la sous-région, au niveau le plus pertinent de décentralisation selon les contextes.

²⁵ Initiative « Mopti, région résiliente sans SIDA, Je m'engage, document de projet

Initiative Mopti Région Résiliente sans Sida, je m'engage

Objectif : Élaborer, sur la base de l'évidence, un plan d'accélération holistique de la réponse au VIH adapté à chaque District/région sanitaire pour booster l'atteinte des cibles 95-95-95 fixées pour 2025.

Approche : « preceed/proceed », basée sur une étude de base détaillée et participative suivie d'une étape de planification avec les acteurs locaux.

Réalisations :

- Le projet a complété sa phase d'élaboration et commence actuellement la phase de mise en œuvre.
- Une analyse situationnelle a été conduite qui a inclus une analyse épidémiologique du VIH et ses déterminants en utilisant les données Spectrum ; une cartographie des intervenants de la réponse et des services VIH disponibles ; et une analyse des aspects d'inégalité de genre et droits humains ainsi que des groupes vulnérables présents dans la région.
- Suivant cette phase d'étude de base, la conception de l'intervention a été conduite à travers des ateliers de planification avec les parties prenantes locales : les participants de chaque district sanitaire ont revu le plan d'action en ajoutant des activités novatrices au regard des réalités contextuelles. Le Plan stratégique est organisé autour de 3 axes stratégiques correspondant au cadre UBRAF 2022-2026 : Maximiser l'accès équitable et juste aux services et aux solutions de lutte contre le VIH ; Éliminer les obstacles pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH ; financer pleinement et soutenir des ripostes efficaces au VIH et les intégrer dans les systèmes de santé, de protection sociale, humanitaires et de ripostes aux pandémies.

Aspects novateurs :

- La coordination des agences autour d'un cadre régional, sous l'égide de la coordination régionale multisectorielle et de la santé (SER/HCNLS et DRDSES)
- Les indicateurs de résultats sont alignés avec les objectifs fast track de 2025 95-95-95 et le cadre stratégique national, déclinants des données de base et des cibles régionalisées pour chaque indicateur

Défis potentiels : Un budget ambitieux de 22,249,290 Euros qui n'est pas levé à ce jour, mais constitue un solide outil de mobilisation de financements. Cependant, il existe également un risque que l'impact de ce projet soit limité si les fonds requis ne sont pas levés.

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

Quelles ont été les réalisations du PC par rapport aux objectifs visés ?

- **Comme mentionné plus haut, le cadre de résultats du Programme Commun ne définit pas la contribution visée en termes de changements de capacités, attitudes et pratiques des acteurs de la réponse, et ne décline pas les cibles d'impact de façon annuelle et au niveau des zones géographiques visées.** De ce fait, il est difficile d'évaluer la mesure dans laquelle le PC a atteint ou non ses objectifs.
- **Les rapports annuels du Programme indiquent que l'EC a pu mettre en place la majorité des activités prévues durant le biennium 2020/21 malgré les problèmes liés à la COVID-19 et à l'insécurité ; cependant l'effet de ces interventions a été limité par ce contexte adverse.**

Malgré les reprogrammations liées à la COVID-19 en 2020 (voir figure 6), les activités ont repris à partir de 2021. Cependant, le contexte opérationnel (marqué par la COVID-19, l'instabilité institutionnelle, l'insécurité et l'embargo) a limité les effets catalytiques des interventions, en particulier en termes de mobilisation des ressources domestiques pour la pérennisation des interventions pilotes par le financement et au niveau des efforts pour appuyer la coordination nationale de la réponse. Par exemple, le contexte de baisse des ressources allouées à la santé explique que l'ONUSIDA s'est engagé à déboursier une 5^e tranche de financement pour le programme d'index testing, à partir du dépistage des enfants malnutris, et des patients avec des IST et la tuberculose à Ségou et à Sikasso, afin de mettre à l'échelle cette intervention pilote dans les deux régions, alors qu'il était initialement prévu que ce financement soit pris en charge par le Ministère de la Santé.

- **Sur la base des rapports d'activités des agences, on peut relever les réalisations clés du PC sous chaque axe stratégique, ainsi que la contribution du PC à la réponse à la COVID-19 :**

Table 6 : Résumé des réalisations principales du PC durant le biennium 2020-2021²⁶

Axe stratégique	Aires de résultats clés obtenus
SRA 1/5 : Accès aux moyens de prévention et de dépistage	Mise en place de modèles différenciés de dépistage et de traitement (dépistage à partir de cas index dans les services de malnutrition infantile, IST, TB et vaccination avec les ONG CERKES et WALE) : 2410 personnes dépistées Appui à la disponibilité de la CV dans 23 sites : provision d'intrants et de machines pour la charge virale m-PIMA
SRA 2/6 : PTME et PEC pédiatrique	Mise en place d'approches pilotes de rattrapage pour la PTME Appui à l'extension des services PTME dans les zones à forte prévalence : 5 sites PTME équipés avec des machines m-PIMA ; Plan d'expansion GenXpert expansion pour le diagnostic précoce et formation de 473 prestataires de services PTME et PEC du VIH pédiatrique
SRA 3/7 : appui aux réponses communautaires au VIH	Approches communautaires adaptées aux cibles (One Stop Centres pour les survivantes de VBG), distribution de kits de dignité et formation de comités pour la prévention des VBG dans les communautés Stratégies communautaires de prévention et dépistage par les pairs : sensibilisation des jeunes et des professeurs sur les VBG, la SSR et le VIH ; partenariat avec des radios : 137 728 personnes sensibilisées sur la SR/IST/VIH dont 94 339 jeunes.

²⁶ Rapports d'activités 2020 et 2021 présentés dans le JPMS

SRA 4/8 : Appui à la réponse nationale	<p>Appui à la coordination nationale de la réponse : appui à la revue à mi-parcours du CSN, et au développement du Plan Stratégique 2021-2025</p> <p>Appui à l'amélioration de l'information stratégique sur le VIH</p> <p>Mobilisation des ressources des autres PTF pour appuyer les thématiques genre et DH : Appui au CCM pour le développement des notes conceptuelles/ applications au financement du GFTAM, avec un financement de plus de 93 millions d'Euros attribué au Mali en 2020/22.</p>
Participation à la réponse à la COVID-19	<p>Assistance alimentaire (transferts monétaires) pour les PVVIH dans les quartiers de Bamako touchés par la COVID-19, suivie d'une enquête de suivi post-distribution : 131 ménages dont 590 personnes de RMAP+</p> <p>Appui à la Direction nationale de la protection sociale pour assurer la continuité des services liés au VIH pour les personnes vivant avec le VIH et sensibiliser les populations clés à la prévention du COVID-19</p> <p>Un renforcement des capacités au RMAP+ sur le suivi de l'accès au traitement des PVVIH pendant la COVID-19</p> <p>Sites PTME appuyés avec des équipements de protection personnelle contre la COVID-19.</p>

Dans quelle mesure le Programme Commun a-t-il mis en place des initiatives catalytiques/à fort impact ?

Comme décrit dans la TdC ([Annexe 6](#)), une des approches du PC est de mettre en place des approches innovantes pour résoudre des goulots d'étranglement cruciaux qui entravent la réalisation des objectifs nationaux en matière de VIH/SIDA. L'évaluation s'est penchée sur trois interventions qui répondent à ces critères :

- **Le dépistage à partir des cas index (à Ségou et Sikasso), à partir de différents points d'entrée (enfants malnutris dans les Unités de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENIs), patients présentant des ISTs ou la tuberculose)**

La stratégie mise en place avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA en collaboration avec les ONG Walé et l'Association Kéné Dougou Solidarité (AKS) pour améliorer le dépistage du VIH à partir de cas index offre une réponse à un enjeu clé de la réponse au VIH. Dans un contexte marqué par la perte de visibilité du VIH dans la société malienne et par la faiblesse des progrès sur la cible du premier 90, il est nécessaire de booster le dépistage.

Les résultats obtenus par cette initiative ont été bien documentés ainsi que les leçons apprises, afin de faciliter la mise à l'échelle de cette approche. Un aspect innovant de ce programme a été le système de motivation des CSCOM et CRéf participants, basé sur une grille d'évaluation et un système de points pour motiver l'octroi de ressources additionnelles pour les sites les plus performants, engendrant une émulation entre les différents sites.

Contribution à la pérennisation de la stratégie du dépistage du VIH chez les enfants malnutris, les patients tuberculeux et les patients admis pour consultations IST dans les CSRéf à Ségou.

Objectif : Pérenniser les acquis du taux de dépistage du VIH chez les enfants malnutris à 98%, les patients souffrant d'IST à 90% et les patients souffrants de tuberculose à 100% dans les CSRéf de la région d'ici la fin décembre 2021.

Approche : Le projet a compris plusieurs phases :

2018 Dépistage des enfants malnutris dans les CSCOM et les 2 URENI de Ségou

2019 cette approche a été étendue à tous les CSRéf de la région

2020 le testing des cas index a été étendu aux unités TB et IST des CSRéf.

Un système de motivation basé sur l'octroi de ressources additionnelles pour les centres les plus performant a été mis en place, avec une grille d'évaluation considérant différentes dimensions (sites avancés de dépistage VIH disponibles ; % d'enfants malnutris, de mères, de pères, et de membres de la fratrie dépistés ; dépistage TB ; mise sous traitement ARV).

Résultats :

2018 : 273 enfants malnutris admis, avec une amélioration du taux de dépistage 2,34% à 98,9% à la fin du projet ; séropositivité de 3,45% dans les URENI.

2019 : 463 enfants malnutris admis ; amélioration du taux de dépistage 12,76% à 97% à la fin du projet ; séropositivité de 3%.

2020 : 1977 enfants malnutris, 360 cas d'IST et 91 cas TB ont été admis ; amélioration du taux de dépistage respectivement de 97% à 98,94%, de 4,59% à 96,38% et de 78,79 % à 100%. Le taux de séropositivité était de 1,3% parmi les enfants malnutris, de 0,8% parmi les cas d'IST et de 7,75% parmi les cas de TB.

Les cas index ont permis d'étendre le dépistage au cercle familial : dans les URENI, 100% des mères, 64% des pères et 22% de la fratrie étaient positifs. Pour ce qui est des patients IST, 31% des partenaires étaient positifs, et 16% des parents index des patients TB.

L'initiative a été étendue à Sikasso avec l'ONG AKS, avec 7697 patients dépistés sur 8530 admis en consultation, dont 437 positifs et 346 mis sous ARVs en 2021.

Enjeux et leçons apprises

La mise à l'échelle et la pérennisation de l'approche 'cas index' n'est pas encore au rendez-vous.

▪ Le rattrapage des femmes enceintes non dépistées pour la PTME (à Sikasso)

Au-delà de l'objectif d'étendre la couverture des sites PTME à tous les CSCOM (les sites PTME étaient présents dans 1 108 sur 1 368 CSCOM en 2019)²⁷, il existe de multiples barrières pour que les femmes enceintes accèdent au dépistage et, si séropositives, adhèrent au protocole de la PTME au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale. Ces barrières peuvent être liées à la qualité des services mais également à des facteurs socio-culturels et économiques. Ainsi, au niveau national, le taux de femmes enceintes PVVIH accédant au traitement stagne autour de 28% depuis plus de 10 ans, et le diagnostic précoce ne concernait que 13,4% des enfants PVVIH en 2020 (données Spectrum).

L'intervention pilotée par l'UNICEF, la DRS et l'AKS à Sikasso permet d'explorer des pistes pour accélérer les progrès sur la PTME. L'objectif était de rattraper et dépister les 51 616 femmes enceintes ayant échappé au dépistage et 2 064 enfants dans cinq districts sanitaires de la région de Sikasso,

²⁷ Evaluation à mi-parcours du CSN

incluant des sites d'orpaillage. Elle a reposé sur un modèle holistique, avec différents types d'interventions :

- Au niveau des centres de santé : une remise à niveau des personnels sur la PTME et la PEC pédiatrique dans les CSCOM, CRéf, l'hôpital régional et du programme élargi de vaccination et d'hospitalisation et de consultation pédiatrique. Les intrants ont également été fournis pour éviter les ruptures de stocks pour les réactifs.
- Au niveau des communautés : des causeries éducatives sur la consultation prénatale (CPN) et la PEC pédiatrique ; l'utilisation de radios communautaires pour améliorer la sensibilisation à travers la diffusion des Spots UNICEF ; des campagnes de dépistage communautaire de masse des femmes enceintes et des enfants en population générale et sur les sites d'orpaillage.

L'intervention a démontré sa contribution pour booster le taux de dépistage et de mises sous traitement des femmes enceintes PVVIH et des enfants vivant avec le VIH durant sa période de mise en œuvre. Au total, 13 625 femmes enceintes ont été dépistées, dont 66 séropositives dont 58 ont été mises sous ARV, et 3 127 enfants ont été dépistés, dont 56 séropositifs dont 50 ont été mis sous ARVs.²⁸

Ce projet pilote soulève plusieurs questions : Quels obstacles restent-ils à lever pour augmenter le dépistage des femmes enceintes ? En effet, si le dépistage a bien été augmenté durant cette intervention, le taux de réalisation de l'objectif prévu est seulement de 26% en ce qui concerne les femmes enceintes, alors qu'il est réalisé à 150% pour ce qui est des enfants. D'autre part, le nombre de dépistages communautaires a été beaucoup plus modeste que ceux réalisés au niveau des centres de santé (1385 et 12 240 respectivement), et le taux de femmes enceintes vivant avec le VIH parmi les personnes testées qui ont été dépistées à travers l'approche communautaire a été de 0,4% tandis qu'il était de 0,5% au niveau des centres de santé. Enfin, la question est posée de la stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle de ce type d'intervention.

▪ **L'appui économique et la protection sociale des PVVIH (à Sikasso)**

Comme corroboré par les participantes à la discussion de groupe qui ont bénéficié de ce projet, une barrière majeure à l'adhérence au traitement des PVVIH est la vulnérabilité économique. Ou, comme l'explique un répondant du gouvernement au niveau régional « *La stigmatisation est plus grave que le sida lui-même.* » Les mécanismes par lesquels l'absence d'autonomie économique engendre une vulnérabilité accrue des PVVIHs sont multiples d'après les contributions aux discussions de groupe : l'adhérence au traitement est étroitement liée à la nutrition ; la pauvreté rend les PVVIH plus vulnérables aux discriminations, ce qui peut les mener à cacher leur statut ; enfin l'absence de revenus stables peut renforcer l'auto-stigmatisation et la dépression.

Cet enjeu majeur reçoit pourtant souvent peu d'attention, c'est pourquoi l'initiative menée par la Direction Régionale de la Protection Sociale et l'ONG CERKES avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA a été particulièrement prometteuse. Au-delà des résultats encourageants obtenus au niveau de la performance économique des AGRs et de l'adhérence au traitement des participants, il faut noter que l'approche de pérennisation et de mise à l'échelle a été intégrée dans la conception du projet : l'implication de la Direction Régionale de la Protection Sociale dans la conception et la mise en œuvre du projet a contribué à la stratégie de mise à l'échelle dès la phase de test du projet ; les AGRs offertes ont été mises en place à travers un 'revolving fund', permettant d'étendre les bénéficiaires du programme au-delà des personnes initialement appuyées ; le programme a été bien documenté et disséminé, par exemple au niveau régional à la conférence AFRA VIH en 2020²⁹.

²⁸ Rapport technique UNICEF/UBRAF/ONUSIDA, Association Kenedougou Solidarité, 2021

²⁹ <https://www.afra vih2022.org/>

Projet pilote de Protection Sociale des PVVIH à Sikasso

Objectif : Obtenir la protection sociale des PVVIH à Sikasso d'ici à 2021 et récupérer les perdus de vue en offrant un appui nutritionnel.

Approche :

Projet pilote d'une année, mis en œuvre à travers la DRS Protection Sociale avec le CERKES, l'hôpital et les bénéficiaires eux-mêmes.

120 PVVIH identifiés à travers les structures d'encadrement des PVVIH. Les critères de sélection incluent : le degré de vulnérabilité des PVVIH, la prise de traitement régulière avec une charge virale stable afin d'assurer la capacité de travailler régulièrement et obtenir des bénéfices des AGRs, et la présence d'enfants à l'école. 80% des bénéficiaires étaient des femmes.

Les participants ont bénéficié d'un transfert monétaire pour accéder à une bonne alimentation et couvrir leurs frais de transport pour accéder aux ARVs : 30 000 CFA par personne pour le cash transfert, et 7 500 CFA pour le transport par personne. Appui aux AGRs individuelles et collectives : 75 000 CFA pour les AGR individuelles, 230 000 CFA pour chacun des 3 groupes menant une AGR collective. Les AGRs choisies par les participants ont inclus la production de pâte d'arachide, l'embouche, une banque de condiments et la transformation de produits alimentaires.

Pour appuyer les AGRs, une formation a été impartie sur la maîtrise des dépenses et un revolving fund a été mis en place avec un compte ouvert par la DRS.

Résultats :

Les AGRs individuelles ont généré un taux de recouvrement de 74,10% et les AGR collectives de 40,40%.

L'objectif d'entraîner les participants dans le Régime Sociale Unifié (RSU) a été réalisé à 84%.

« *Un projet à haute portée sociale* » selon le partenaire gouvernemental, qui a aussi contribué à la scolarisation des enfants des PVVIH. Les bénéficiaires se sont sentis aimés et pris en compte par l'administration, et ont témoigné en ce sens.

Enjeux et leçons apprises :

- L'enjeu est la pérennisation et la mise à l'échelle, prévue à travers la Direction de la Protection Sociale
- L'appui technique sur les aspects AGR pourrait être amélioré, peut-être à travers une agence de l'EC avec une expertise spécifique (FAO, PAM). En particulier mener une formation de formateurs pour laisser l'expertise sur place afin de pouvoir étendre le programme à travers le revolving fund, et éviter les approches moins efficaces.
- Beaucoup de choses non-prévues initialement ont dû être mises en place par la DRDES pour lesquelles il faudrait prévoir un budget en cas de mise à l'échelle (réunions du comité de pilotage ; frais de déplacement pour retrouver les personnes bénéficiaires injoignables ou changeant de domicile ; compte du revolving fund).

En quoi le Programme Commun a-t-il contribué à la promotion des droits humains et de l'égalité de genre dans le cadre de la lutte contre le VIH ?

- **Les répondants externes au Programme et les membres de l'EC interrogés soulignent que les agences des NU sont une référence pour la promotion de l'égalité de genre, de l'équité et des droits humains, en ligne avec l'objectif de « ne laisser personne derrière ».**

Ainsi, un membre de l'EC décrit « nous avons une section spécialiste des questions de genre, les collègues en charge du genre travaillent avec tous les responsables de programme pour voir dans quelle mesure les questions de genre sont pris en charge, ça fait partie des éléments de qualité des programmes. Ces questions sont prises en compte pour voir si nous travaillons dans le cadre de l'équité. »

Certaines agences se sont particulièrement positionnées sur la question des inégalités de genre, telles que l'ONUFEMMES et le FNUAP. Le FNUAP travaille avec ses partenaires de mise en œuvre pour les sensibiliser et les former à la prévention des abus et de l'exploitation sexuels, et l'ONUFEMMES travaille avec les différentes agences pour développer la capacité des équipes sur la question des inégalités de genre. Un rôle potentiellement à renforcer pour cette agence est l'assurance qualité du Programme Commun dans son ensemble pour s'assurer que les questions de genre soient bien intégrées transversalement.

- **En pratique, il existe un manque d'inclusion des problématiques transversales dans les programmes VIH des agences.**

La question des axes de vulnérabilité intersectionnels est peu présente dans les activités programmatiques du PC. Or les discussions menées avec les groupes cibles rappellent qu'il existe des instances de discrimination des populations clés, en particulier LGBT+, dans les associations de PVVIH ou de discrimination entre les populations clés (transgenres et HSH, entre les utilisateurs de différents types de drogue), qui illustrent la nécessité d'adopter une approche basée sur les droits humains dans toutes les activités et partenariats pour « ne laisser personne derrière ».

Chaque agence tend à se spécialiser sur certaines cibles selon son mandat, ce qui fait que les besoins des populations clés et des PVVIH ne sont pas toujours intégrés de façon transversale dans les activités du Programme Commun, même si chacune des cibles est visée par des activités spécifiques.

Une justification avancée pour la non-prise en compte de certains groupes vulnérables, comme les populations clés, est que le programme vise tout le monde sans distinction. Ainsi, un point focal de l'EC explique : « *Nous travaillons sur l'accès aux services, que tu sois « pop clé » ou non, on ne fait pas de distinguo entre les « pop clés » et la population générale* ». Cette approche ne permet pas de prendre en compte les barrières d'accès et facteurs de vulnérabilité, comme l'exige le nouveau cadre UBRAF centré sur la réduction des inégalités.

D'autre part, lors des discussions avec les agences de l'EC, beaucoup justifient le fait de ne pas cibler les populations clés car celles-ci bénéficieraient de suffisamment d'appuis de la part d'autres grands programmes comme EPIC de l'USAID. Ceci semble indiquer que ces populations sont considérées de façon verticale dans des programmes spécifiques, plutôt qu'à travers l'inclusion des questions de droits humains de façon transversale à tous les programmes. On peut alors considérer qu'il existe un risque important au niveau de la pérennisation des appuis dédiés à ces populations.

- **Au sein du PC, les répondants notent que l'ONUSIDA est l'organisation qui porte les questions de droits humains, et en particulier des discriminations contre les populations clés.**

Un répondant de la société civile constate qu'il existe « *une frilosité des autres agences sur les populations clés*. » Le bureau régional de l'ONUSIDA considère que beaucoup reste à faire pour que les agences du PC envisagent les enjeux du VIH en termes de droits humains. Un répondant constate que « *les équipes ONUSIDA sont un peu isolées sur ces aspects. Beaucoup de co-sponsors travaillent les questions de droits humains dans leurs programmes en général, et l'UBRAF pourrait mieux mutualiser ces ressources pour ce qui est du VIH. En particulier, les organisations de droits humains pourraient être plus engagées, on reste sur les réseaux populationnels. Parfois ce serait intéressant*

d'avoir des réunions thématiques des membres de l'UBRAF, mais pas seulement avec les points focaux, sur des thématiques genre et droits humains, par exemple sur la promotion de l'autonomie économique des femmes dans la lutte contre le VIH. »

- **Cette situation est à rapprocher du contexte socio-culturel malien où aborder directement le thème de l'orientation sexuelle ou de genre peut engendrer des ripostes de la part de certains leaders politiques, religieux ou d'opinion.**

Plusieurs exemples d'instances où les agences ont dû renoncer à aborder directement les problèmes de droits humains ont été mentionnés : le Programme Spotlight a dû renoncer à aborder les personnes LGBT+ et transgenres³⁰ et certains réseaux de PVVIH ont renoncé à accueillir les HSH et transgenres après les pressions de leaders religieux ; un programme d'une agence co-parraine a dû renoncer à l'éducation à la sexualité suite à une controverse avec un Imam et adopter la terminologie d'« éducation à la santé » ; et les actions de plaider sur les questions de droits humains et genre sont limitées. En effet, même si les populations clés ne sont pas criminalisées au Mali et sont mentionnées explicitement dans le CSN et le GFTAM, les acteurs évitent de pousser pour des changements législatifs protégeant leurs droits par crainte d'engendrer une réponse contraire. Un intervenant de l'Equipe Conjointe décrit ainsi : *« ça demeure assez compliqué. Présentement, nous sommes dans une situation particulière depuis plus de deux ans, ces aspects sont au ralenti. Les mécanismes qui étaient en place pour mener le plaidoyer ne fonctionnent plus régulièrement. »*

Un partenaire gouvernemental insiste sur l'importance de prendre en compte les spécificités socio-culturelles pour aborder ces questions de façon adaptée au contexte : *« Sur l'aspect droits humains et genre, il faudrait être très critique avec le SNU car les réalités pays sont différentes du modèle qu'ils emploient. Il faut tenir compte du code social, de la population qui est une mosaïque d'ethnies, de l'impact des leaders religieux revenant du Yémen, d'Egypte, d'Arabie Saoudite sur les normes sociales. »*

- **La question des inégalités de genre et les vulnérabilités socio-économiques de certains groupes de population mérite d'être mieux intégrée dans les interventions VIH afin de faciliter l'atteinte des résultats visés.**

Par exemple pour la PTME, les effets combinés des inégalités de genre et du stigma associé au VIH expliquent en grande partie le manque d'adhérence des femmes enceintes vivant avec le VIH au protocole PTME selon les intervenants de la SC et les participants aux groupes de discussion PVVIH. Une femme PVVIH témoigne ainsi *« J'ai été dépistée jeune mariée, mon mari voulait mettre fin au mariage. Une des membres de l'association est partie plaider avec mon mari pour qu'il me garde, mais ma belle-mère ne me laisse pas préparer le repas pour elle. »* Dans les faits, le dépistage du VIH soumet les femmes au risque d'être chassées de chez elles ou abandonnées par leur mari, et à un risque accru de violences psychologiques et physiques, et ce durant la période particulièrement vulnérable de la grossesse. Un répondant explique ainsi : *« La vulnérabilité des femmes est augmentée par le fait que le VIH est d'abord détecté chez les femmes. Idéalement le dépistage devrait se faire avant les grossesses, car durant la CPN ça donne lieu à beaucoup de problèmes. Il faut mettre l'accent sur l'information au niveau communautaire. »*

Une initiative en ce sens par le FNUAP dans le cadre du programme Spotlight est de lier la PTME aux One Stop Centres, afin de renforcer les mécanismes d'appui psycho-sociaux aux femmes PVVIH et de les référer à des acteurs qui puissent intervenir dans leurs communautés. Le programme travaille également avec les leaders religieux pour aborder la thématique VIH avec les hommes de la communauté, adoucir les réactions de la famille et limiter la discrimination.

³⁰ Rapport d'avancement narratif 2022 (couvrant la période 2019-2021) Mali, Programme National de Prévention et de Réponse aux violences faites aux femmes et aux filles, Spotlight

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

Dans quelle mesure l'utilisation des ressources du PC a-t-elle été efficace ? Quelles ressources humaines et financières sont dédiées au VIH/SIDA par les agences ?

- **Globalement, les ressources allouées par les agences de l'EC pour le VIH ont décliné sur la période, même si le PC a joué un rôle de mobilisation des ressources de certaines agences co-parraines.**

Une force du PC au Mali est qu'il y a une bonne disponibilité de l'information sur le niveau de ressources allouées au VIH par les agences co-parraines, y compris en termes de ressources propres mobilisées.

Le budget total du PC a décliné de 38%, de 4 624 053 Euros en 2020/21 à 2 858 376 Euros en 2022/23. Ceci s'explique en partie par un investissement massif de l'UNICEF en 2020 pour appuyer les activités de PTME, qui n'a pas été maintenu par la suite.

Le PC a permis de mobiliser des fonds pour le VIH, même si la situation varie entre les agences (voir Figure 8). Un répondant de l'ONUSIDA décrit ainsi : « Certaines agences peuvent investir en plus des fonds catalytiques ; d'autres ne vont pas investir davantage au-delà de l'enveloppe pays ; d'autres mettent seulement leurs fonds propres alors que jusqu'à présent ils ne recevaient rien de l'enveloppe pays. »

Des exemples d'agences qui ont mobilisé des fonds dans le cadre du PC sont : l'UNICEF, qui a investi massivement sur la PTME avec 1,5 million d'Euros en 2020, même si ce niveau de ressources n'a pas été maintenu par la suite ; l'ONU-FEMMES, qui a engagé des fonds propres jusqu'à 50 000 Euros annuels sans apport additionnel de l'enveloppe pays ; et le PNUD qui a récemment réinvesti dans le VIH, avec 250 000 dans le biennium actuel en appui à l'initiative Mopti sans SIDA.

Pour ce qui est de Secrétariat, le budget s'est élevé à 483 380 Euros en 2020/21 et à 616 000 Euros en 2022/23, soit respectivement 11% et 21% du budget total du Programme (voir Figure 7).

Figure 7 : Plan Conjoint : Budget par biennium et par source (2020/21 et 2022/23)

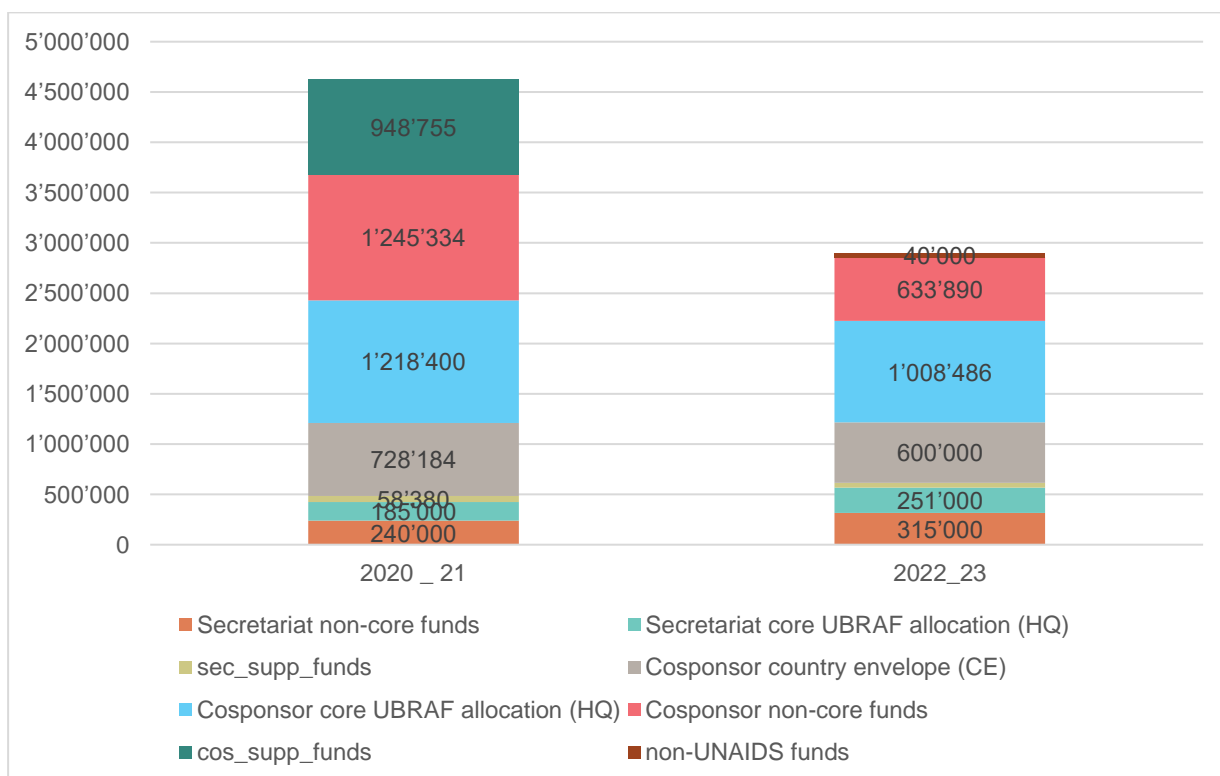
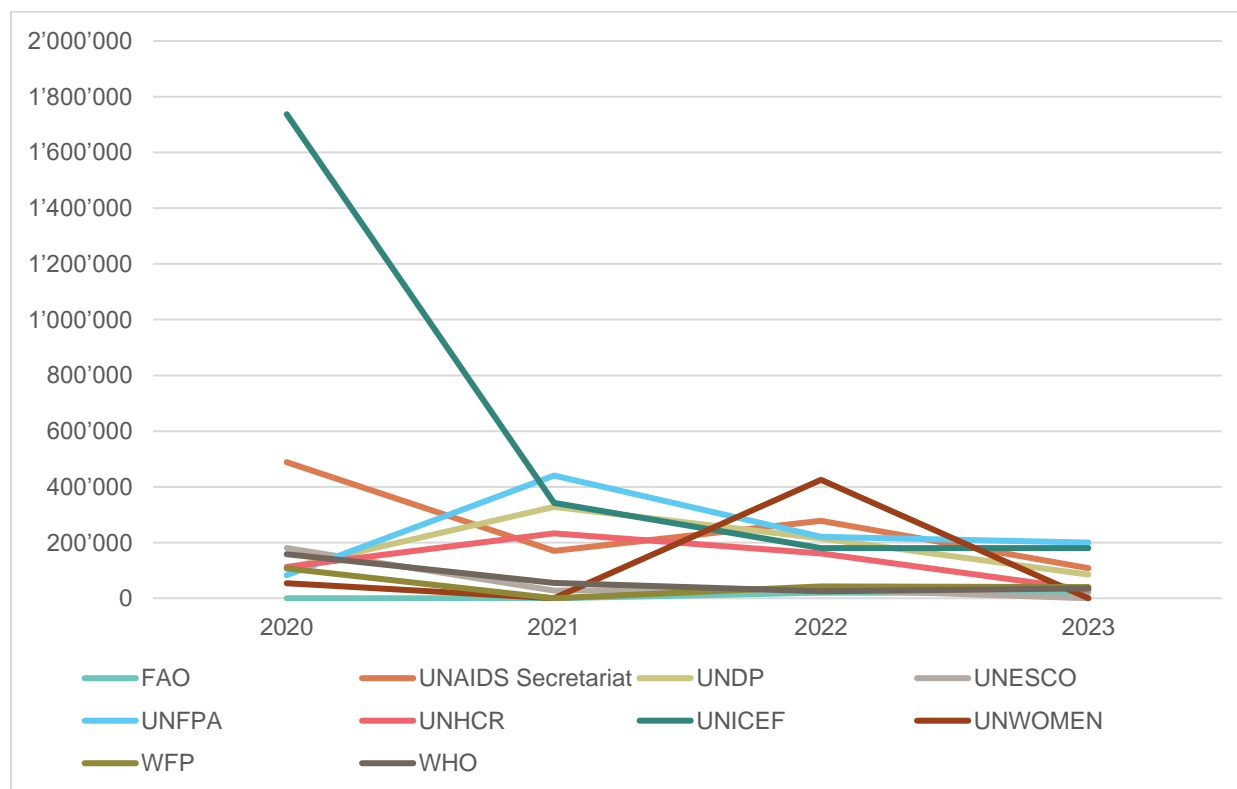


Figure 8 : Plan Conjoint: Budget annuel par agence (2020-2023)



- **Les ressources humaines dans les agences dédiées au VIH semblent être en augmentation et plus intégrées transversalement dans les programmes des agences entre les biennums 2020-21 et 2022-23 (voir Figure 9).**

Les membres de l'ONUSIDA et de l'EC relèvent cependant que les temps alloués ne correspondent pas toujours à la réalité : le statut des Points Focaux de l'EC est inégalement capturé entre les agences, variant de personnes dédiées à 100% sur les questions de VIH et SSR, des positions qui sont reconnues dans les termes de référence (TdR) avec un certain pourcentage de temps de travail alloué, d'autre dont le rôle comme Point Focal est mentionné dans leurs TdR mais n'est pas attribué un pourcentage particulier, et enfin d'autres dont le rôle comme Point Focal n'est pas mentionné dans leurs TdR. D'après les entretiens individuels, les Points Focaux de l'EC évaluent généralement le temps alloué à ce rôle entre 5 et 20% de leur temps de travail.

- **Les critères d'allocation des fonds de l'enveloppe pays (EP) ne sont pas clairement définis, ce qui ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle catalytique.**

Plusieurs agences co-parraines ont regretté la faiblesse de l'enveloppe pays mise à la disposition des agences par l'ONUSIDA, commentant par exemple : « *Le Fonds UBRAF pour mener des activités VIH n'est pas à hauteur de souhait* ». Il faut noter à ce propos que la répartition des fonds de l'enveloppe pays³¹ par pays est décidée au niveau régional, et entre les agences au niveau national. D'autre part, l'enveloppe pays a pour vocation à mobiliser des actions conjointes, plutôt qu'à financer les activités des agences sur le VIH, son montant est par conséquent limité.

De plus l'attribution de l'EP fait l'objet de vues divergentes au sein de l'EC.

Certains répondants considèrent que cette répartition ne se fait pas de façon transparente. Par exemple :

³¹ L'enveloppe pays est définie comme une allocation accordée aux agences co-parraines spécifiquement pour le niveau des pays pour mobiliser une action conjointe dans 33 pays Fast-Track et pour soutenir les populations plus grand besoin dans d'autres pays. https://digitallibrary.un.org/record/1637535/files/DP_2018_27--DP_FPA_2018_12-EN.pdf?ln=ar




« Quels sont les critères d’attribution de l’enveloppe pays des allocations par agence ? Est-ce que c’est sur la base des activités ? Et pourquoi cette disparité entre les agences ? » ;

« Il y a des agences qui bénéficient de beaucoup de ressources alors que d’autres n’en ont pas. Je n’ai pas très bien compris. On devrait baser les ressources sur le mandat des agences, et faire en sorte que tous les membres de l’EC puissent bénéficier. Il y a un déficit de communication sur les critères de sélection et processus d’allocation, ça crée une faiblesse. »

Cependant, d’autres membres de l’EC considèrent que le processus de répartition entre agences est transparent et basé sur des critères clairs. Le bureau de l’ONUSIDA a pu partager la grille de répartition de l’EP avec l’évaluation, et explique que cette répartition fait l’objet d’un consensus ente les agences durant la conception du PC. Un membre du bureau reconnaît toutefois « *La clé de répartition des fonds catalytique est complexe. Au début, seules trois agences bénéficiaient de l’enveloppe pays* ».

Figure 9 : Capacité de l’Equipe Conjointe par biennium

	2020-2021	2022-2023	Tendance
FAO	Technical Officer 20%	Chargé des Projets PBF 30% Chargé de Nutrition PF Santé 40%	↑
UNAIDS Secretariat	UCD 100% Strategic information adviser 100% Fast track adviser 100% Community Support Adviser 100% Admin Assistant 100%	UCD 100% Strategic information adviser 100% Fast track adviser 100% Community Support Adviser 100% Admin Assistant 100%	→
UNDP	Technical Officer 25%	Programme Associate 30% Programme Specialist 30%	↑
UNESCO	Technical Officer 25%	Associate Project Officer 5% Programme Officer 80 % Responsable de projet d’éducation à la santé et au bien-être 5%	↑
UNFPA	Technical Officer 50%	National Programme Officer 30% Technical Specialist SH 5%	↓
UNHCR	Technical Officer 20%	Associate Protection Education 25% Associate Protection CBP 100% Protection Officer CBP 25% Associate Protection SGBV 25%	↑
UNICEF	Health Officer 85% Survival Programme Advisor 20% Health Programme Officer 30%	Health officer Nutrition 15% Health Specialist Kayes 15% Health Officer VIH et Gender 100% Health Specialist MNH 25% Programme assistant 15% Health Manager 15% Health Specialist Sikasso 15% Health Specialist Mopti 15%	↑

UNWOMEN	Technical Officer 25%	Spécialiste Programme Spotlight EVAW 40%	
WFP	Technical Officer 25%	Programme Associate 20% Nutrition focal point 10% CBT Officer 3% Programme Officer Nutrition 15% Programme Officer CBT 5% Nutrition Officer 10%	
WHO	Technical Officer 50%	National Programme Officer VIH, TB and Hepatitis 50%	

Dans quelle mesure l'approche programmatique du PC a-t-elle permis de maximiser sa contribution à la réponse nationale ?

- **Si la valeur ajoutée du PC passe par son rôle catalytique, la définition de ce type d'intervention n'est pas explicite, ce qui ne permet pas de prioriser les fonds de l'EP de façon stratégique.**

L'aspect catalytique repose avant tout sur l'effet levier pour impulser le changement.

Il peut s'agir d'un effet levier au sein des agences, par exemple lorsque les fonds de l'EP permettent de mobiliser d'autres ressources en interne. Ainsi, un membre de l'EC explique : « *L'année dernière nous avons reçu 30 000 Euros dans le cadre de l'enveloppe pays, ça augmenté l'enveloppe dédiée au dépistage au sein de notre agence. Suite à cela, nous avons soumis une note conceptuelle avec d'autres agences de l'EC sur la base de notre expérience, qui va nous permettre de mobiliser 6 millions de dollars pour un programme centré sur le VIH.* »

Toutefois, certaines agences n'utilisent pas les fonds UBRAF de manière catalytique, mais en appoint à leurs ressources propres sur le VIH afin d'augmenter la couverture des opérations. Un membre de l'EC commente ainsi : « *Nous mobilisons nos ressources propres dans le cadre de notre mandat sur le VIH, les fonds UBRAF viennent en appoint. Sans les fonds UBRAF les interventions ne s'arrêtent pas, on mobilise les fonds internes pour satisfaire les demandes du gouvernement. Il y a beaucoup de défis quant à la couverture des services, les fonds UBRAF nous épaulent pour combler ces défis.* »

Une autre caractéristique des interventions catalytiques est qu'elles promeuvent la collaboration de différentes agences pour arriver à l'atteinte des objectifs communs. Cette intégration du travail des agences est cruciale dans la réponse humanitaire. Par exemple, les fonds catalytiques peuvent permettre d'étendre le dépistage du VIH en zones de transition humanitaire/développement, où les interventions VIH ne sont pas très présentes par rapport à d'autres interventions d'urgence menées par les agences spécialisées. Ainsi, l'initiative Mopti sans SIDA permet d'associer des agences à forte expérience opérationnelle en zones d'insécurité (la MINUSMA, le HCR) avec d'autres agences telles que le PNUD et le FNUAP qui ne sont pas spécialistes exclusivement sur ces contextes.

L'effet levier s'applique également aux acteurs de la réponse nationale, en particulier les acteurs gouvernementaux. Ainsi, un partenaire gouvernemental explique qu'il faut impliquer le gouvernement au niveau décentralisé dans le pilotage des programmes afin d'assurer leur pleine participation dans la mise à l'échelle des activités catalytiques : « *Les activités catalytiques devraient booster les réponses régionales et montrer leur contribution par rapport aux résultats. La coordination doit se faire à travers un cadre de concertation par la mise à disposition des fonds catalytiques pour accélérer la cadence. Il faut avoir un partenariat dès la conception, dans la mise en œuvre et le suivi évaluation.* »

La définition de ce qui constitue une intervention catalytique permettrait de mieux prioriser les interventions du PC et de clarifier les critères d'attribution des fonds de l'EP aux agences.

- **Les programmes VIH des agences co-parraines sont mis en œuvre à travers des financements ponctuels de quelques mois. De ce fait, l'accent est mis sur la réalisation des activités dans le temps imparti plutôt que sur l'obtention de résultats de long terme.**

Les projets financés dans le cadre du PC sont généralement d'une durée maximum d'une année, et sont donc destinés à démontrer l'efficacité d'une stratégie afin que l'Etat, appuyé par d'autres PTF de plus grande envergure, se les approprie. Un partenaire du PC note ainsi : « *L'objectif de ces projets n'est pas de se substituer à des financements pérennes par le pays, comme ceux du Fonds Mondial qui a des cycles de financement de 3 ans. Nos interventions pilotes peuvent être intégrées dans la note conceptuelle du Fonds Mondial.* »

Cette approche rencontre pourtant des limites du fait que la stratégie de pérennisation et de suivi n'est pas toujours intégrée dans la conception du projet et le suivi des résultats du projet après la complétion des activités est souvent laissé de côté. Or ces éléments sont clés pour que les interventions puissent avoir un effet de long terme.

Un exemple est le programme de formation sur les VBG mené avec l'académie de Sikasso. Entre 2015 et 2016, 400 enseignants ont été formés sur les VBG par l'UNICEF. Mais les comités VBG n'ont pas été mis en place et les supervisions conjointes avec le bailleur n'ont pas eu lieu. Depuis la formation initiale, il n'y a pas eu de suivi de l'impact de l'intervention sur les élèves. En 2022, l'UNESCO a imparti une nouvelle formation sur les VBG à 190 enseignants avec l'appui de l'ONUSIDA, sans qu'un lien ait été établi avec l'intervention précédente de l'UNICEF. Le partenaire de mise en œuvre relève que leur implication dans cette dernière intervention, pilotée depuis Bamako, s'est limitée à la sélection des participants à la formation. Un acteur régional considère en relation avec ces initiatives de formation : « *en général, on ne sent pas que les agences ont travaillé de façon coordonnée autour du cadre régional. Parfois les interventions sont élaborées sans l'implication des parties prenantes sur place.* »

- **Malgré des interventions prometteuses, la mise à l'échelle des interventions pilotées par l'EC ne semble pas s'être matérialisée durant les deux derniers bienniums.**

La réponse au VIH au Mali fait face à l'enjeu structurel du manque de ressources domestiques pour le VIH et de la faiblesse de la gouvernance de la réponse par la partie nationale, ce qui entraîne des difficultés chroniques au niveau de la couverture effective des services et de la chaîne d'approvisionnement des intrants. Un répondant du Gouvernement explique : « *Il y a toujours des projets mais la mise en œuvre n'est pas financée par la suite. Il y a des ruptures des intrants dues au manque de suivi du dispositif qui est en place, non pas de manque des ressources.* »

Dans ce contexte, les initiatives à fort impact et intensives en ressources pilotées par les Nations Unies ne se maintiennent pas dans le temps. Certaines initiatives ont ainsi été conçues avec une stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle qui n'a pas pu fonctionner du fait de ces facteurs contextuels :

- Pour le projet de protection sociale des PVVIH à Sikasso : Un répondant explique que « l'objectif était de mettre à l'échelle le projet pilote des AGR pour les PVVIH avec le Fonds Mondial et l'Etat, on a presque réussi. Au niveau du CCM, la Direction de la Protection Sociale devait être au cœur de la subvention, et permettre de décentraliser les subventions aux DR. »
- Pour les centres de services différenciés, un répondant explique : « On ne veut pas les présenter comme une bonne pratique, car ils n'arrivent pas à être autonomes. Le personnel est pris en charge par notre agence depuis des années. On espérait qu'ils puissent bénéficier des crédits de l'Etat, mais on a constaté que non, même si on bataille avec le Ministère pour qu'ils soient pris en compte. A un moment quand on s'est désengagés, les centres ont été à l'abandon. Ils font du bon travail mais il y a un problème de pérennité. »
- Le problème de la pérennisation des activités se pose de façon particulièrement aiguë dans les zones humanitaires, entraînant des ruptures dans l'accès aux services pour les personnes en situation de déplacement.

Le manque de respect des engagements par la partie étatique est crucial pour les PTF dans leur ensemble, et requiert d'adopter une stratégie conjointe et de faire un suivi régulier de cet enjeu. Il reste des opportunités à exploiter dans ce sens. D'autres bailleurs de fonds comme le GFTAM et l'USAID pourraient investir davantage dans les approches promues par le PC.

Un répondant de l'EC note « *On aurait pu améliorer la documentation, la publication, faire en sorte que l'Etat s'approprie ces stratégies. C'est ce qui manque un peu. Il faudrait plus de dialogue avec les autres PTF, de documentation des stratégies des NU pour préparer la phase de passage à l'échelle.* »

Nous l'avons fait, nous nous battons pour que cela fasse partie de la note conceptuelle au Fonds Mondial, mais ce n'est pas évident. »

Un répondant des PTF confirme que plus pourrait être fait pour renforcer le lien avec le travail du PC afin d'améliorer l'efficacité de leur financement : « *Ce serait intéressant qu'ils (le PC) financent des activités pilotes, novatrices, et nous on passerait à l'échelle dans la prochaine subvention.* »

Pour cela il faut une documentation de qualité, car on doit pouvoir juste mettre en œuvre le pilote, on a très peu de temps et le budget ne peut pas être dépensé si on doit refaire le pilote. Il faut qu'il s'agisse seulement de mettre à l'échelle, si le pilote est mal documenté ça ne sert pas. Ce serait la valeur ajoutée des agences des NU en tant que partenaire technique. »

De ce fait, il serait intéressant d'amorcer un dialogue avec les autres PTF visés pour la mise à l'échelle afin de mieux comprendre leurs besoins pour concevoir et documenter les interventions pilotes de manière qu'elles puissent être mises à l'échelle si elles ont un impact démontré.

Dans quelle mesure l'approche de partenariat du Programme Commun a-t-elle été adaptée pour appuyer la réalisation des objectifs du Programme ?

- **Les agences de l'EC ont mis en place des partenariats de long terme avec la partie nationale. Ces partenariats sont essentiellement bilatéraux plutôt qu'au niveau du PC.**

Les agences des NU ont noué des relations de travail privilégiées avec leur ministère de référence. Par exemple, l'UNESCO travaille avec le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de la Santé, l'ONUSIDA et l'UNFPA dans le cadre du programme d'éducation à la santé O3 « Our lives, Our rights, Our future », qui inclue les thématiques de prévention du VIH, des grossesses précoces et la lutte contre les VBG. L'OMS a recentré ses activités sur l'appui normatif au Ministère de la Santé, accompagnant la partie nationale sur l'élaboration des protocoles pour la prise en charge des PVVIH, la mise à jour des directives sur le dépistage, le self testing et le dépistage par les prestataires communautaires afin d'améliorer les résultats du premier 90.

- **Le Secrétariat de l'ONUSIDA s'est efforcé d'appuyer la coordination de la réponse au niveau national, avec un succès mitigé.**

L'ONUSIDA a appuyé la revue du CSN et le développement du nouveau cadre stratégique. Le Secrétariat de l'ONUSIDA est un partenaire privilégié du HCNLS. Par exemple, du bureau pays a organisé des visites de terrain incluant le HCNLS, afin de faire le plaidoyer pour l'adoption de la stratégie de dépistage à travers les cas index. A Ségou et Sikasso 20 millions de CFA ont ainsi été déboursés, et l'ONUSIDA vise un passage à l'échelle dans toutes les régions. Malheureusement, l'embargo sur le Mali a été traduit par une coupe budgétaire de 85% pour la coordination nationale du VIH selon un répondant de l'ONUSIDA.

Un autre exemple est l'utilisation des retraites de l'EC pour offrir une plateforme de coordination aux acteurs de la réponse au VIH. En effet, il n'y a pas eu de réunion des partenaires organisée sous l'égide du HCNLS au Mali depuis 2014, malgré les plaidoyers menés au plus haut niveau par l'ONUSIDA. Les succès restent mitigés et la coordination nationale reste faible, mais il reste des avenues à explorer : la dynamisation de la coordination au niveau régional, et également auprès des différents ministres de la réponse multisectorielle à travers les chefs d'agences de l'EC. Un acteur gouvernemental explique « *Il faut mettre le doigt sur les problèmes liés à la coordination. Si le SIDA n'est plus dans l'agenda gouvernemental, on se tourne vers le Programme Commun pour rehausser cette thématique.* »

- **Des collaborations sont nouées avec les autres PTF entre les agences de l'EC, et en particulier avec l'ONUSIDA.**

Il existe des collaborations importantes entre les agences de l'EC et d'autres bailleurs du VIH. On peut citer :

- L'ONUSIDA a participé à la mobilisation de fonds pour la réponse nationale. Dans le cadre du programme EPIC (centré sur la réponse au VIH chez les populations clés) qui représente entre 7 et 8 millions de dollars par an pour la réponse au VIH au Mali, l'ONUSIDA a mené un plaidoyer auprès de PEPFAR pour étendre les interventions au-delà des populations clés vers les populations prioritaires comme les populations déplacées, en appliquant les approches développées pour les populations clés (HSH, PS, UDIs et prisonniers) auprès d'autres populations.
 - LE CCM bénéficie du soutien technique de l'ONUSIDA et de l'OMS dans le cadre de l'élaboration des demandes de subventions du GFTAM, et l'ONUSIDA occupe le poste de Vice-Président du CCM.
 - Le GFTAM finance les activités VIH de l'OMS. Il existe également une opportunité pour que l'ONUSIDA puisse développer son engagement financier à travers les financements GFTAM, si la contrainte institutionnelle du financement de l'ONUSIDA par le Fonds Mondial s'opérationnalise.
 - EPIC collabore avec l'UNICEF dans les districts sanitaires où ils sont présents, car le personnel FHI et les OSC partenaires utilisent les machines Point of Care pour la PEC pédiatrique mises en place par l'UNICEF.
- **Les partenariats avec les Organisations de la Société Civile (OSC) ont permis de développer leurs capacités dans certains domaines comme l'offre de services différenciés et les stratégies communautaires, mais les approches d'appui institutionnel aux OSC sont également cruciales afin de tirer pleinement profit de leur contribution.**

Les OSC soulignent les partenariats privilégiés noués avec l'ONUSIDA, à travers des renforcements de capacités institutionnelles, les appuis de plaidoyer pour promouvoir leur rôle auprès du Gouvernement et des autres PTF, et les appuis techniques. Un partenaire de la société civile décrit : « *Le bureau de l'ONUSIDA a appuyé un audit organisationnel du réseau, qui a abouti à un plan organisationnel des capacités. Un consultant est venu faire l'état des lieux du réseau, pour voir ce qui reste à faire. A partir de ce rapport on fera un plan de renforcement des capacités, qui pourra être appuyé par l'ONUSIDA. Nous avons aussi bénéficié des fonds de l'USAID à travers l'ONUSIDA. Ils sont une courroie de transmission avec les autres partenaires.* »

Cependant cette approche de partenariat n'est pas systématisée dans le modèle opérationnel du PC, et les OSC semblent parfois considérées comme de simples organes de mises en œuvre sans agenda propre et avec un manque de considération pour la pérennité de ces structures. Les modalités d'accès aux financements par la Société Civile auprès des différentes agences, le calendrier des financements, les cibles géographiques semblent être communiquées au dernier moment, sans réel cadre de concertation. Un partenaire explique ainsi « *On ne sait jamais combien ils ont, qu'est-ce qu'ils font. On aimerait savoir combien ils mettent sur quelle thématique. On a besoin de plus de transparence sur le niveau de financement et comment y accéder.* »

Le fait que les ressources nécessaires pour administrer les projets et en faire le suivi ne sont pas suffisamment prises en compte est également mentionné dans un rapport de Kéné Dougou Solidarité sur le projet index testing financé par l'ONUSIDA : « *Il est à noter que la mise en œuvre du projet a nécessité de gros sacrifices humains et financiers pour l'atteinte des objectifs. En effet, pour la mise en œuvre de certaines activités nous avons été obligés d'utiliser d'autres fonds de l'association car l'enveloppe allouée ne pouvait pas les supporter.* »

Les lacunes de l'approche de partenariat avec les OSC conduit à des opportunités manquées pour le PC de mettre en place des programmes à fort impact sur le long terme. Plusieurs répondants ont ainsi mentionné que les OSC pourraient jouer un rôle de premier plan sur un suivi des ruptures de stock, de la disponibilité des services, de la qualité des services VIH, et des incidents de discrimination par les prestataires de services. Le PC pourrait en particulier appuyer un observatoire de la qualité des services VIH, incluant les aspects de disponibilité des intrants et les expériences de discrimination, en s'inspirant des expériences de EPIC et FHI360 ou de Plan International au Mali sur ces questions.

Un répondant de la Société Civile explique « *On a créé un observatoire communautaire et on souhaiterait que le SNU l'appui pour lutter contre la stigmatisation et discrimination.* »

D'autres opportunités de booster la réponse à travers de meilleurs partenariats avec les OSC incluent :

- L'extension des services en zone de conflit, en particulier dans les régions de Kidal, Tombouctou et Gao où les PTF sont peu présents.
- L'extension des services ARV à travers des points de distribution au niveau des centres communautaires pour améliorer l'accès au traitement. Actuellement, les cliniques communautaires pour les populations clés ne sont pas reconnues comme des sites ARV à part une ou deux au niveau national selon un répondant de l'EC.

Conclusions et recommandations

Conclusions

- **Conclusion 1** : Il existe un fort alignement des orientations stratégiques du Programme Commun sur les priorités nationales et les cadres stratégiques globaux tels que l'UBRAF et les Objectifs du Développement Durable. Des progrès ont été effectués en particulier lors des deux derniers bienniums dans la coordination des agences au sein d'un cadre de planification commun. Cependant, au niveau programmatique et opérationnel il existe encore un manque de coordination de l'Equipe Conjointe sur le ciblage géographique et les populations visées qui ne permet pas de maximiser les synergies entre les agences.
- **Conclusion 2** : Le Plan Conjoint et son cadre de résultats ne permettent pas de communiquer pleinement la contribution du Programme Commun par rapport aux résultats stratégiques et aux objectifs de la réponse nationale. Cela entraîne également un manque de gestion basée sur les résultats priorisant les interventions les plus alignées sur la valeur ajoutée des NU. Ceci est en partie dû aux supports fournis pour appuyer la planification.
- **Conclusion 3** : Le Programme a mis en place des actions catalytiques innovantes et à fort impact qui répondent aux enjeux clés du VIH au Mali, mais qui n'ont pas atteint leur potentiel de pérennisation et mise à l'échelle en particulier du fait du contexte politique et sécuritaire au Mali. D'autres activités VIH des agences manquent de stratégie de pérennisation et ne sont pas suffisamment coordonnées par la réponse multisectorielle au niveau régional. Cette lacune a été identifiée par le Programme Commun, ce qui a mené à la définition de l'intervention 'Mopti sans Sida' qui propose un modèle de planification conjointe prometteur.
- **Conclusion 4** : Les aspects genre et droits humains sont pris en compte par les agences selon leurs mandats respectifs, mais non de façon transversale dans les activités menées pour s'assurer de 'ne laisser personne derrière'. Les partenariats avec les OSC se caractérisent par une approche 'stop and go' qui ne facilite pas la maximisation de l'impact des interventions communautaires et leur contribution à la réduction des vulnérabilités dues aux inégalités de genre, au stigma et à la discrimination.

Recommandations

- **Recommandation 1 : Améliorer la cohérence du Programme Commun**

Recommandation	Audience principale
1.1 S'assurer d'une planification commune au niveau géographique et des cibles, basée sur des résultats programmatiques partagés.	Equipe Conjointe
1.2 Faire des visites de supervision conjointes dans les régions entre les agences et en impliquant également les partenaires gouvernementaux.	Equipe Conjointe
1.3 Saisir l'opportunité de la régionalisation du nouveau CSN et l'exemple de l'initiative « Mopti sans SIDA » pour régionaliser le Programme Commun.	Equipe Conjointe
1.4 Le Secrétariat de l'ONUSIDA devrait se recentrer progressivement sur un rôle de facilitation, mobilisation et d'appui technique sur le VIH auprès des agences de l'Equipe Conjointe et l'appui stratégique à la réponse nationale pour maximiser sa valeur ajoutée.	Secrétariat de l'ONUSIDA

▪ **Recommandation 2 : Améliorer la formulation du cadre de résultats du Programme Commun**

Recommandation	Audience principale
2.1 Revoir le cadre de résultats du Programme 'offline', afin d'identifier des indicateurs clés de résultats communs entre les agences spécifique au Mali au niveau des changements de capacités, attitudes et pratiques des acteurs de la réponse nationale visés par le Programme, en prenant comme base les résultats formulés dans la théorie du changement développée durant l'atelier.	Equipe Conjointe
2.2 Au niveau des résultats stratégiques, identifier des cibles annuelles (milestones) déclinées au niveau des zones géographiques d'intervention du Programme qui permettront d'identifier la contribution du Programme aux objectifs nationaux et globaux.	Equipe Conjointe
2.3 Lors de la prochaine revue des outils de planification et rapportage, considérer : i) simplifier/réduire le nombre de formats ; ii) s'assurer que les formats permettent de capturer les résultats intermédiaires visés au niveau du pays (en termes de capacités, attitudes et pratiques) ; iii) s'assurer que les formats permettent d'indiquer les cibles annuelles visées au niveau des résultats stratégiques ; et iv) s'assurer d'une continuité entre la formulation des cibles planifiées et des résultats rapportés. Considérer également renforcer l'appui à l'Equipe Pays pour les processus de planification et rapportage.	ONUSIDA au niveau régional/global
2.4 Lors de la prochaine révision de l'UNSDCF, s'assurer de l'alignement avec le cadre de résultats du Programme Commun afin de rendre plus visible la contribution des Nations Unies sur le VIH.	Secrétariat de l'ONUSIDA

▪ **Recommandation 3 : S'assurer que les activités catalytiques de l'Equipe Conjointe s'inscrivent systématiquement dans une stratégie de pérennisation et de mise à l'échelle**

Recommandation	Audience principale
3.1 Mieux définir ce qui constitue une activité catalytique, et utiliser ce critère comme base d'attribution des financements de l'Enveloppe Pays.	Secrétariat de l'ONUSIDA avec l'appui du bureau régional/global de l'ONUSIDA
3.2 Intégrer un plan de pérennisation dès la conception des interventions du Programme Commun, qui mette l'accent sur le suivi des activités, en particulier dans le cas des activités de formation et renforcement des capacités.	Agences co-parraines
3.3 Identifier les opportunités de mise à l'échelle des activités catalytiques dès leur conception, en systématisant le pilotage des interventions par les autorités régionales.	Agences co-parraines
3.4 Financer la capitalisation et la publication des résultats des activités innovantes, par exemple sur la protection sociale, l'index testing, ou les approches différenciées afin de permettre aux autres bailleurs de la réponse d'appuyer leur mise à l'échelle.	Secrétariat de l'ONUSIDA
3.5 Partager un résumé du Plan Conjoint avec les autres acteurs de la réponse au VIH au Mali (partie nationale incluant la société civile	Secrétariat de l'ONUSIDA

et les PTF), incluant sa théorie du changement et le niveau de ressources allouées au VIH par l'Equipe Conjointe pour améliorer la responsabilité mutuelle.	
3.6 Appuyer la redynamisation de la réponse au VIH/SIDA en menant un plaidoyer auprès des ministères de la réponse multisectorielle et du gouvernement afin d'appuyer la coordination nationale de la réponse	Chefs d'agences des membres de l'Equipe Conjointe

- **Recommandation 4 : Améliorer l'intégration des questions transversales de l'inégalité de genre, violations des droits humains et inégalités dans toutes les interventions du Programme Commun, en particulier à travers le renforcement des partenariats avec les organisations de la société civile**

Recommandation	Audience principale
4.1 S'assurer que les thématiques transversales et les populations clés de l'épidémie sont intégrées dans les cibles des agences, en menant une analyse commune sur les facteurs de vulnérabilité afin de guider la conception des interventions	Equipe Conjointe
4.2 Appuyer la capacité institutionnelle des OSC partenaires et la structuration des réseaux identitaires au-delà de la mise en œuvre d'interventions ponctuelles	Equipe Conjointe
4.3 Améliorer la transparence sur les ressources disponibles pour les partenaires de la société civile et sur les critères de sélection des partenaires.	Equipe Conjointe
4.4 Mener une discussion entre les agences co-parraines et leurs partenaires de la société civile afin d'identifier des opportunités pour mieux prendre en compte les besoins opérationnels des OSC tout en tenant compte des contraintes institutionnelles des agences pour améliorer i) la communication en temps voulu sur la disponibilité des fonds afin de permettre la planification à moyen terme ii) la ponctualité des déboursements afin de respecter le temps de mise en œuvre des projets et iii) le costing et le recouvrement des coûts de gestion et de personnel associés aux activités planifiées	Agences co-parraines
4.5 Développer le rôle des OSC partenaires dans le suivi de la réponse, en particulier sur les aspects de suivi de la qualité des services, des ruptures de stocks, et des violations des droits humains à travers l'appui à la mise en place d'un observatoire de la réponse au VIH et l'extension des services à base communautaire dans les zones de difficile accès.	Equipe Conjointe

Annexe 1 : Liste des participants aux entretiens

Membres de l'Equipe Conjointe au Mali et autres participants des NU	Multilatéraux et IONGs	Gouvernement	Société civile	Média
Bazahica Dorcella MINUSMA Sema Wa Sema David MINUSMA	Tall Madani FHI360	Niveau National Maïga Adama Sarawi Moussa HCNLS	Niveau National Kané Modibo RMAP+	Fomba Zakariyaou Renouveau TV
Bah Nayé OMS Ballo Tako OMS	Florisse Sonia GFTAM	Traore Ousmane HCNLS Diallo Youssouf CSLS-TBH Keita Mamadou CSLS-TBH	Traore Cheick Abou Laico CERKES Soumouteri Ali WALE	Maïga Fousseyni Arc en Ciel
Bore Oumou Bella ONUFEMMES		Diarra Awa CCM Sangare Alfousseyni CCM	Dembele Bintou Keita ARCAD Santé Plus	
Diallo Bassirou ONUSIDA Mali Diallo Yaye Kanny ONUSIDA Mali Kebe Sékou ONUSIDA Mali Saba Marc ONUSIDA Mali		Traore Mohammed Bassirou Direction Nationale de la Protection Sociale Dioni Mamadou Direction DRDES	Sidibe Cheick Hamala RENAPOC Sidibe Fadiala SOUTOURA	
Mach-Houd Kouton ONUSIDA RST		Ségou Toure Adama Amadou SER/HCNLS Ségou Toure Drissa DR Santé à Ségou Diarra Lassana DR Santé à Ségou	Ségou Traoré Mama WALE Diakite Moussa WALE Toure Baba WALE	
Coulibaly Adame PNUD		Sikasso	Sikasso	
Negué Francis RCO		Bah Oury BAH SER/HCNLS Sikasso Traore Dramane DR Santé à Sikasso	Sidibe Issa CERKES Siby Sidi CERKES Kanoute Issa CERKES	
Traore Rokiatou Ly UNFPA		Dougnon DR Santé à Sikasso Dembele Siaka Direction DRDES Sikasso	Maïga Abdoulaye CERKES Sangare Karim CERKES	
Camara Gneneba UNHCR Sanogo Mamadou UNHCR		Keita Berthe Mariam Direction DRDES Sikasso Togola Sinaly Académie de Sikasso	Mariko Idrissa Centre Jeunes de Sikasso	
Kanambaye Saidou UNESCO		Mopti	Ouologuem Aly RENAPOC Yatassaye Adam ARCAD SANTE PLUS	
Bagayoko Dougoufana UNICEF Traore Fatoumata Namandou UNICEF		Sangare Edouard SER/HCNLS Mopti		

Annexe 2 : Analyse qualitative des groupes de discussion

Méthode

Des groupes de discussion ont été réalisés avec les membres de certaines populations visées par les programmes de l'Equipe Conjointe, en particulier les PVVIH et les membres des populations clés. L'évaluation n'a pas pu interagir directement avec la population clé des prisonniers, toutefois la situation de cette population clé a été abordée lors de la visite de la maison d'arrêt de Sikasso, ainsi qu'avec les animateurs du CERKES conduisant des activités de sensibilisation et dépistage auprès des prisonniers.

A Bamako, l'évaluation a échangé au siège du réseau de populations clés RENAPOC avec les groupes suivants : transgenres (6), HSH (6), PS (6) et UDI hommes et femmes (6).

A Ségou, l'évaluation a tenu les groupes de discussion suivants au siège du réseau de PVVIH Kenyaton : PVVIH femmes (4) et hommes (4). Au siège de l'OSC ARCAD Santé Plus les groupes de discussion suivants ont été tenus avec des représentants des populations clés : transgenres (6), HSH (5), et PS (8).

A Sikasso, au siège du partenaire de la société civile Kéné Dougou Solidarité, les groupes suivants ont été tenus : PS (5), femmes PVVIH (5) et HSH (6). Les groupes de discussions avec les UDIs femmes (6) et hommes (5) se sont tenus dans le ghetto.

Le contenu des discussions a été soumis à une analyse thématique, afin de faire ressortir les enjeux clés relevés par les participants. Les entretiens ont été transcrits verbatim, puis leur contenu a été examiné une première fois pour repérer les thèmes principaux. Le texte a ensuite été codé systématiquement pour identifier des thèmes et sous-thèmes. Le Programme Atlas.ti a été utilisé pour faire ressortir les thèmes principaux selon différents axes d'analyse, tels que le genre des participants ou leur appartenance à un des groupes cités. Étant donné le nombre de participants aux groupes de discussion (78 au total), le nombre d'occurrences des différents thèmes est présenté pour donner une idée de leur poids respectifs dans les discussions, sans que l'on puisse en tirer une conclusion de représentativité des préoccupations des groupes de population au-delà des participants eux-mêmes.

Il faut noter que les limites entre les groupes correspondent à la façon dont les participants se sont eux-mêmes identifiés, même s'il est possible à une même personne de partager les caractéristiques de différents groupes. Par exemple, des femmes UDIs peuvent également subvenir à leurs besoins par le travail du sexe, ainsi que certains des HSH et des transgenres. Il faut aussi noter qu'il existe d'autres axes de vulnérabilité qui se superposent à ces catégories : par exemple des jeunes filles parmi les UDI (18 ans pour la plus jeune), des personnes migrantes de Côte d'Ivoire et du Burkina Faso parmi les PS, des survivants et des survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre (UDI femmes, transgenres, PS, femmes PVVIH), une personne vivant avec un handicap (PVVIH homme).

Résultats

Facteurs de vulnérabilité et protection liés au contexte social et à l'accès aux services VIH

Les facteurs de vulnérabilité principaux relevés par les participants sont liés au stigma et à la discrimination, qui se retrouvent à différents niveaux : dans la communauté proche de voisins, dans la famille, au travail, au contact des services de santé ou de Police, mais également parfois au sein même des populations clés (entre transgenres et HSH, parfois par les associations de PVVIH vis à vis des membres de populations clés vivant avec le VIH).

Leurs effets se traduisent par des persécutions policières, un manque de protection juridique face aux rackets, des dépossessions, la perte d'emploi, et par des violences. Certains groupes sont particulièrement exposés aux violences sexuelles (UDI femmes), physiques (transgenres, HSH, UDI hommes et femmes, PS) et verbales (HSH, transgenres). L'auto-stigmatisation est également mentionnée particulièrement chez les PVVIH femmes et hommes et les UDIs hommes.

Un moyen de réduire cette vulnérabilité est l'autonomisation économique, soit parce que l'existence d'une activité économique qui maintient la famille donne une stature de 'chef de famille' respecté (transgenres, PVVIH hommes), soit parce que les AGR permettent l'autonomisation et le maintien des enfants (PVVIH femmes). Les PS mentionnent leur souhait de quitter ce métier, sans pouvoir le faire à

cause d'obligations économiques ou d'enfants à charge. Le soutien de la famille proche constitue un important facteur de sécurité économique et de stabilité psycho-sociale (dans le cas de certains participants transgenres et des PVVIH hommes et femmes).

Au niveau de l'accès aux services VIH et SSR, les bénéfices des projets menés sont constatés par les différents groupes, même si des besoins non couverts sont identifiés.

Tout d'abord, l'existence d'un centre-refuge où les membres des réseaux peuvent retrouver leurs pairs dans un espace libre de discrimination (PS, transgenres) leur offre un soutien psychologique indéniable. Des membres des réseaux ont souhaité voir inclure plus de services spécialisés dans ces centres, tels que le soutien juridique, le plaidoyer et la sensibilisation des forces de police et du personnel juridique et les services de suivi des violences basées sur le genre.

Le travail des pairs éducateurs qui protègent les membres des réseaux en intercédant auprès de la Police (UDI femmes et hommes, PS, HSH) est valorisé par les participants qui saluent leur dédication. Les pairs connaissent bien les communautés, et peuvent circuler dans les ghettos et les maquis à la nuit tombée lorsque les membres ont besoin d'assistance. Il existe une distinction entre les animateurs, qui portent des badges, et les pairs éducateurs qui n'en ont pas. De ce fait, les animateurs sont respectés par les autorités comme salariés des OSC, tandis que les pairs peuvent souvent voir leur travail perturbé par la Police. C'est pourquoi ils réclament une forme d'identification pour ne pas être arrêtés durant leur travail.

Les centres facilitent l'accès aux services de prévention du VIH à travers la distribution de préservatifs et lubrifiants, la PREP dans certains cas (HSH et transgenres à Sikasso), les kits d'injection (UDI hommes et femmes), le traitement de certaines ISTs, les références pour accéder aux ARVs et l'appui à l'adhérence au traitement. Les différents groupes ont cependant noté une dégradation de l'accès à ces services. Par exemple, l'accès gratuit à la PREP est remis en cause car conditionné par un bilan de santé obligatoire qui est payant ; et les membres de différents groupes rapportent des ruptures dans l'approvisionnement des préservatifs, gels et traitement des IST. D'autre part, les membres des réseaux souhaitent voir les services offerts étendus à la distribution communautaire des ARVs (en particulier pour les populations clés qui sont discriminées par les services de santé), et au dépistage du cancer du col de l'utérus (PS).

Les AGRs sont très bien reçues par les PVVIH femmes qui ont été interrogées, même si elles soulignent leur préférence pour les AGR individuelles. Les membres des populations clés qui sont dans une situation de vulnérabilité économique réclament également d'avoir accès aux AGRs et aux formations professionnelles. Les PVVIH soulignent l'importance des sessions culinaires pour permettre de rattraper les perdus de vue et assurer le suivi de l'adhérence au traitement.

Enfin, bien qu'il soit difficile d'en quantifier l'ampleur, il existe des personnes dont la vulnérabilité est exacerbée au sein des groupes de population identifiés, et qui ne sont pas touchées par les services des OSC et les pairs :

- Les PS clandestines, par exemple des mères de familles qui pratiquent le commerce de sexe à l'occasion des marchés.
- Les PS mineures, par exemple dans le secteur de la gare de Bamako.
- Les enfants UDI garçons et filles dans le ghetto qui se voient offrir de la drogue pour pouvoir les inciter à voler ou à se prostituer.
- Les UDIs hommes qui vivent dans la rue et 'se défilent', refusent d'admettre qu'ils sont atteints du VIH ou de la tuberculose et n'accèdent pas aux soins.
- L'évaluation note que dans les lieux visités il n'y a pas de groupes ou pairs dédiés aux transgenres hommes, et que les relations sexuelles tarifées par les hommes semblent être plus taboues que pour les femmes.

Thèmes principaux liés aux facteurs de vulnérabilité

Thème	Sous-thème	Citation
Stigma et discrimination (n=54)	La discrimination par la communauté (n=24)	Notre plus grand souci est la discrimination, je suis regardé autrement à cause de mon statut de transgenre. Parfois je crains pour ma sécurité vu la manière dont les gens me regardent. (Bamako, groupe transgenres)
	La stigmatisation par la famille (n=10)	J'ai été dépistée jeune mariée, mon mari voulait mettre fin au mariage. Une des membres est partie plaider avec mon mari pour qu'il me garde, mais ma belle-mère ne me laisse pas préparer le repas pour elle. (Ségou, groupe PVVIH femmes)
	L'auto-stigmatisation (n=10)	Avec le VIH tu perds tout, ton estime de soi, ta dignité, tu n'as plus envie de rien. Mon mari est séropositif et m'a soutenu, mais le problème était moi-même. (Sikasso, groupe PVVIH femmes)
	Perte d'emploi (n=5)	Ma femme a accepté mon statut mais ma promotion dans le service public a été annulée, du coup je me débrouille dans les ONGs. (Ségou, groupe PVVIH hommes)
	La discrimination par les services de santé (n=4)	Nous voulons que Arcad soit un lieu de dispensation des ARVs, parce que les HSH ne veulent pas aller à Walé et à l'hôpital par peur des discriminations. (Ségou, groupe des HSH)
Accès aux services (n=23)	Les problèmes d'accès aux moyens de prévention du VIH et aux services de SSR (n=23)	Je voudrais parler de l'accès à la PREP, il nous ait très difficile d'accéder à la PREP. Au début cette association nous aidait à l'obtenir mais actuellement ce n'est plus le cas. Parfois cela impacte sur les soins surtout si l'intéressé est malade ou se trouve dans une situation précaire. (Bamako, groupe des HSH)
Vulnérabilité économique (n=21)	La pauvreté (n=21)	Ce n'est pas ma volonté de faire ce travail mais que faire ? Il faut subvenir à l'éducation des enfants. J'ai des dépenses très importantes et je n'ai pas le choix. (Sikasso, groupe des PS)
Non-respect des droits par les forces de l'ordre (n=21)	La persécution par la Police et les difficultés avec la Justice (n=21)	La Police s'associe avec les clients. Si le client vient et nous vole, la Police aussi vient nous racketter. Nous devons payer 15 000 CFA à la Police à la fin de l'année. La Police demande aussi les papiers du test VIH. (Sikasso, groupe des PS)
Violences (n=18)	Les violences sexuelles (n=7)	J'ai 20 ans, j'ai commencé la drogue à 17 ans. Les jeunes qui se droguent nous agressent. Moi-même j'ai été victime de viol la nuit dernière. (Sikasso, groupe UDI femmes)
	Les violences physiques (n=7)	Il faudrait faire un plaidoyer pour que l'État respecte nos droits. On te frappe d'abord, et après on t'agresse encore à la Police. (Sikasso, groupe des UDI hommes)
	Les violences verbales (n=4)	Certains employeurs n'ont pas de problème avec ça mais d'autres dès qu'ils remarquent que nous sommes différents d'eux, ils ne nous laissent plus de chance. J'ai été témoin de plusieurs incidents de cette nature. Le pire des cas sont les violences verbales que certains de nos pairs endurent sur leur lieu de travail. (Bamako, groupe des transgenres)

Thèmes principaux liés aux facteurs de protection

Thème	Sous-thème	Citation
L'accès aux services différenciés (n=15)	Le centre communautaire est un refuge (n=10)	C'est notre deuxième chez nous tellement on s'y sent bien. Ils nous offrent une écoute attentive et souvent c'est l'occasion d'échanger avec nos pairs. (Bamako, groupe des transgenres)
	La distribution de moyens de prévention (seringues, préservatifs, gels) et de traitement des IST (n=5)	Avant, nous ne trouvions pas les seringues. Ca fait maintenant deux ans que chaque mois nous recevons un paquet de services, inclus les seringues, les préservatifs, nous recevons des sensibilisations. Avant nous pratiquions le partage de seringues, jusqu'à trois personnes. (Sikasso, groupe des UDI hommes)
La réduction du stigma et de la discrimination (n=12)	L'acceptation par la famille (n=8)	Exceptionnellement, j'ai eu la chance de naître dans une famille ouverte d'esprit donc j'ai été acceptée comme je suis et cela a beaucoup facilité ma transition et mon intégration sociale, financière et administrative. (Bamako, groupe des transgenres)
	L'acceptation du statut sérologique (n=2)	Généralement on préfère se cacher tant que l'on peut. Partager mon statut m'a beaucoup aidé. (Ségou, groupe des PVVIH hommes)
	La protection de la Justice permet de faire valoir les droits des veuves et des enfants à la propriété (n=2)	Après le décès de mon mari, mes belles sœurs voulaient me chasser de la maison, mais je suis allée au tribunal. La maison appartenait à mon mari, donc on ne peut pas mettre son enfant dehors, et comme ça que j'ai pu rester chez moi. (Sikasso, groupe des PVVIH femmes)
Les moyens économiques (n=10)	L'accès aux AGRs permet de subvenir aux besoins de la famille (n=5)	Mon mari est décédé quand mon enfant avait 7 ans. L'AGR me permet d'amener mon enfant à l'école. Avec l'ARG je peux m'occuper de moi-même. (Sikasso, groupe PVVIH femmes)
	Avoir une source de revenus réduit la vulnérabilité à la discrimination (n=5)	J'ai un négoce d'embouche de poulets, donc ma famille ne dit rien sur la drogue. (Sikasso, groupe UDI hommes)

Les préoccupations varient selon les catégories de participants

Si l'on considère les **facteurs de vulnérabilités des différents groupes de populations** interrogés (PS, UDIs, Transgenres, HSH, PVVIH), on constate que les thèmes liés à l'accès aux services de prévention VIH constituent une préoccupation majeure des HSH. Chez les PS par contre, les questions de vulnérabilité économique et d'accès au soin sont particulièrement ressorties. Tant chez les PVVIH que les transgenres et les IDUs, ce sont les questions liées au stigma et à la discrimination qui dominent.

Si l'on considère les différents **facteurs de vulnérabilité et protection selon le genre** des participants, on constate que parmi les répondantes de genre féminin, les préoccupations liées au stigma et à la discrimination par la communauté et la famille sont de loin les plus fréquemment abordées. D'autres préoccupations importantes sont les persécutions policières et la vulnérabilité économique. Parmi les femmes transgenres, la préoccupation qui est mentionnée le plus souvent est de loin la discrimination par la communauté et la famille, suivie des persécutions par la Police. Parmi les répondants de genre

masculin, la préoccupation majeure est l'accès aux moyens de prévention du VIH, suivie de la vulnérabilité économique et des persécutions policières.

Pour les transgenres comme pour les hommes, le premier facteur de protection cité est l'accès au centre et aux services différenciés, suivi du soutien et de l'acceptation par la famille, suivi de la stabilité économique. Tandis que pour les femmes, il s'agit de loin de la stabilité économique.

Diagramme Sankey : groupes de population x facteurs de vulnérabilité

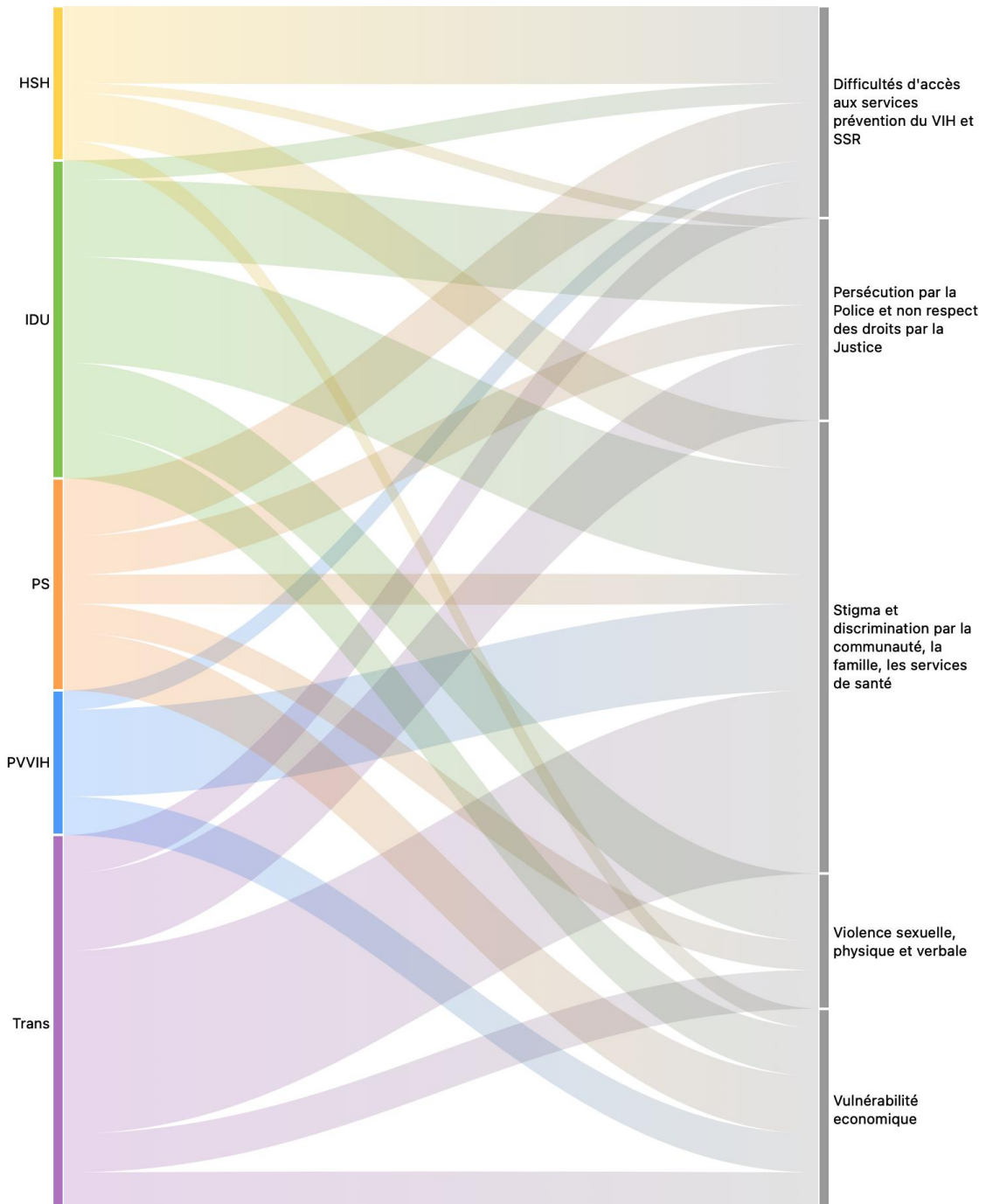
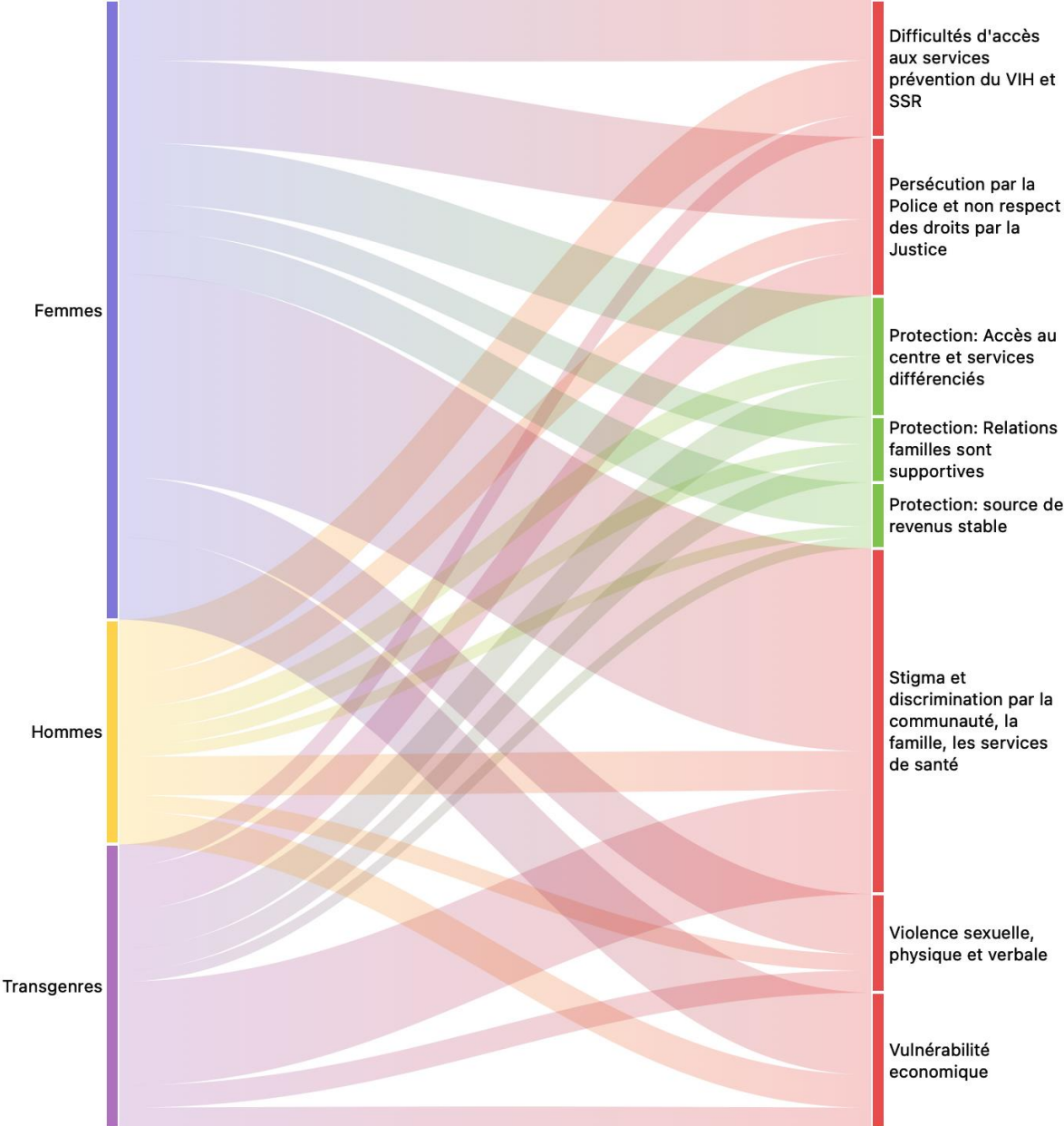


Diagramme Sankey : genre x facteurs de vulnérabilité et protection



Annexe 3 : Programme des visites de terrain

Date	Activité
12/05	Discussions avec les groupes cibles à Bamako (consultant national) : UDI, PS, HSH, transgenres
16/05	Arrivée de l'équipe d'évaluation à Ségou Rencontre avec le SER HCRLS Rencontre avec le Gouverneur
17/05	Visite à l'ONG Walé Rencontre avec les groupes de PVVIH hommes et femmes au siège de l'ONG Keneaton Rencontre avec les groupes Transgenres, HSH, PS au siège de l'ONG Arcad Santé Rencontre avec la DR Santé
18/05	Arrivée à Sikasso Rencontre avec le SER/HCRLS et l'ONG CERKES
19/05	Rencontre avec l'équipe de l'ONG CERKES Rencontre avec la DR Protection Sociale Rencontre avec les PVVIH femmes bénéficiaires des AGRs au siège de AKS Rencontre avec les groupes PS et HSH au siège de AKS Rencontre avec la DR Santé Visite avec le centre de santé et radio des jeunes
20/05	Rencontre avec le Directeur de Cabinet du Gouverneur Régional Rencontre avec les UDIs femmes et hommes dans le ghetto Visite de la Maison d'arrêt Rencontre avec l'Académie de Sikasso Rencontre de restitution avec l'équipe de AKS
21/05	Départ pour Bamako

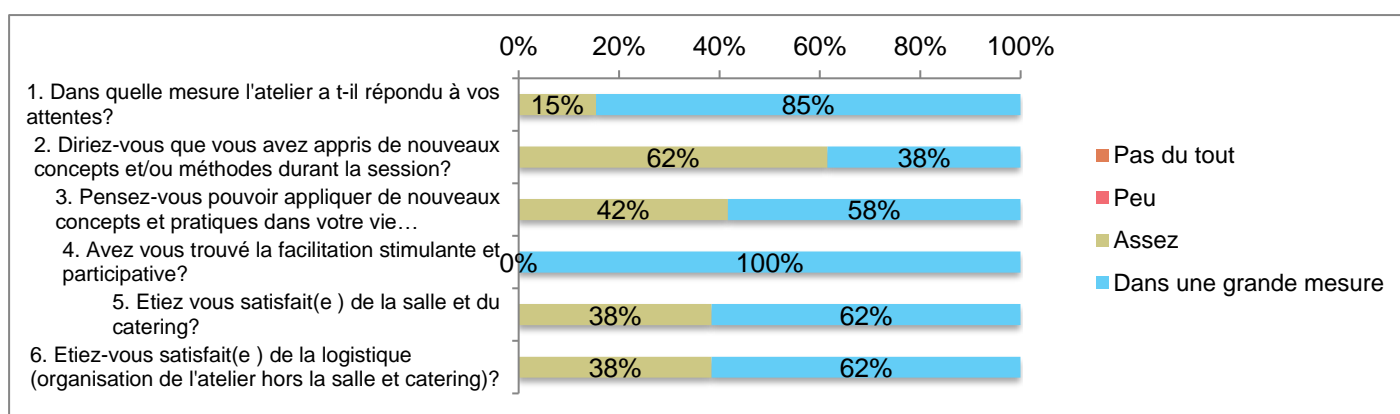
Annexe 4 : Rapport de l'atelier sur la Théorie du Changement ONUSIDA 23-24 mai à Bamako, Mali

L'atelier, organisé par le Bureau de l'ONUSIDA au Mali, s'est tenu sur deux jours (23 et 24 mai 2022) à l'Escale Gourmande, à Bamako. Les participants à l'atelier représentaient les organisations suivantes : CSLS_TBH, FAO, FNUAP, HCNLS, HCR, OMS, ONUFEMMES, ONUSIDA, PAM, PNUD, UNESCO, UNICEF et USAID.

La formation a porté sur la Théorie du Changement comme outil de la gestion basée sur les résultats. En amont de l'atelier, les participants ont été invités à compléter une formation en ligne sur la gestion axée sur les résultats (GAR) mise en ligne par UNICEF.³² L'atelier a couvert une restitution des observations principales faites par l'équipe d'évaluation durant la visite de terrain à Ségou et Sikasso ; une présentation des concepts et méthode de la théorie du changement ; et finalement trois sessions de travail de groupe qui ont permis aux participants de développer une théorie du changement basée sur le Plan Conjoint 2022-2023.

13 participants ont rempli l'évaluation de l'atelier. Les pourcentages présentés correspondent au score maximal « dans une grande mesure » sur une échelle de quatre scores allant de « pas du tout » (1) à « dans une grande mesure » (4). Dans l'ensemble, les participants ont jugé que l'atelier correspondait à leurs attentes (85%), qu'ils ont appris de nouveaux concepts (38%) et qu'ils seront à même d'appliquer leur apprentissage dans leur vie professionnelle (58%). Les participants ont apprécié la facilitation de l'atelier par l'équipe d'évaluation (100%), jugeant la facilitation « dynamique » et « démontrant une bonne connaissance du Programme Commun et des enjeux de la lutte contre le VIH au Mali. » Dans leurs commentaires, les participants ont exprimé que la formation a contribué à renforcer leurs capacités et ont souligné l'aspect pratique et interactif de l'atelier, qui a permis de stimuler les échanges entre participants. Ainsi, une participante explique que « L'atelier a fait ressortir les points forts de l'EC ; cohésion, collégialité, engagement, professionnalisme ». La salle, *catering* et la logistique ont également été appréciés par les participants, qui ont en majorité été satisfaits de ces aspects (62%).

Les points à renforcer ou suggestions faites dans les commentaires écrits des participants incluent : le fait que la formation aurait être plus longue (ex. sur 3 jours) pour permettre plus d'approfondissement ; le souhait que la formation soit conduite hors de Bamako pour permettre aux participants de ne pas être appelés par leurs agences durant les sessions ; et le souhait que ce type d'exercice se répète régulièrement.



³² Disponible à <https://agora.unicef.org/course/info.php?id=3122&lang=fr>, consulté le 25/05/2022.

Annexe 5 : Bibliographie

Cadre stratégique et de planning global de l'ONUSIDA

- On the Fast track to end AIDS Stratégie Globale de l'ONUSIDA (2016-2021)
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
- End inequalities. End AIDS. Stratégie Globale de l'ONUSIDA (2021-2026)
https://www.unaids.org/sites/default/files/PCBSS_Global_AIDS_Strategy_2021--2026_EN.pdf
- UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework (2016–2021)
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB46_Agenda_Item_4.2_Presentation.pdf
- UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework_ Draft (2022-2026)
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB_SS_2022_2026_UBRAF_Framework_EN.pdf
- UBRAF 2022-2026 : budget et plan de travail 2022-2023
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCBSS_Oct_2021_2022-2023_UBRAF_Workplan_Budget_FR.pdf
- UN Executive Committee, June 6, 2020 Action to drive Policy Change on GBV in COVID-19 (Ppt)

Documents stratégiques clés au niveau national

- Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida CSN 2017-2021
- Rapport de la revue à mi-parcours du cadre stratégique national 2017-2021, Janvier 2020
- PRODESS IV_ Programme de Développement Socio-Sanitaire 2020-2023, Ministère de la Santé et du Développement Social, 2021,
http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS_IV_VF_05_Juillet_2021.pdf
- Cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable pour le Mali (UNSDCF) 2020-2024 <https://mali.un.org/fr/download/58440/106181>
- Bilan Commun du Pays Mali Système des Nations Unies, mis à jour en mars 2021

Données épidémiologiques et autres documents de contexte

- UNAIDS Data 2021
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
- GFTAM HIV/AIDS results profile Mali 2021
- Rapports d'avancement nationaux - Mali, UNAIDS, 2020
https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MLI_2020_countryreport.pdf
- EDS Mali Rapport de synthèse 2018 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>
- Focus on key populations in national HIV strategic plans in the African Region, 2018, OMS
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275494/WHO-AF-CDS-HIV-02.2018-eng.pdf?ua=1>
- Gender Inequality Index, 2019 PNUD
https://hdr.undp.org/sites/default/files/data/2020/2020_Statistical_Annex_Table_5.xlsx
- Annuaire statistique du système d'information sanitaire du Mali, 2018, Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
http://www.sante.gov.ml/docs/Annuaire%20SNIS%202018%20VF_%20version%2027%20Avril.pdf

Plans du Programme Commun au Mali (JPMS)

- Joint UN Plans (2020, 2021, 2022, 2023)
- One pager Joint Plans 2020 and 2021
- Joint Team capacity assessments (2020/21 et 2022/2023)
- Répartition de l'enveloppe pays (2020/21 et 2022/23)

Rapports du Programme Commun au Mali

- UNAIDS Secretariat reports for Mali (2020 et 2021)
- Mali Agencies reports (2020 et 2021)
- Country summary reports (2020 et 2021)
- Implementation reviews (2020 et 2021)
- Indicator reports (2020 et 2021)
- Target reports (2020-2021)

Rapport régional ONUSIDA

- Regional Summary Report for East and Central Africa, UNAIDS, 2021

Rapports de projets des membres de l'Equipe Conjointe

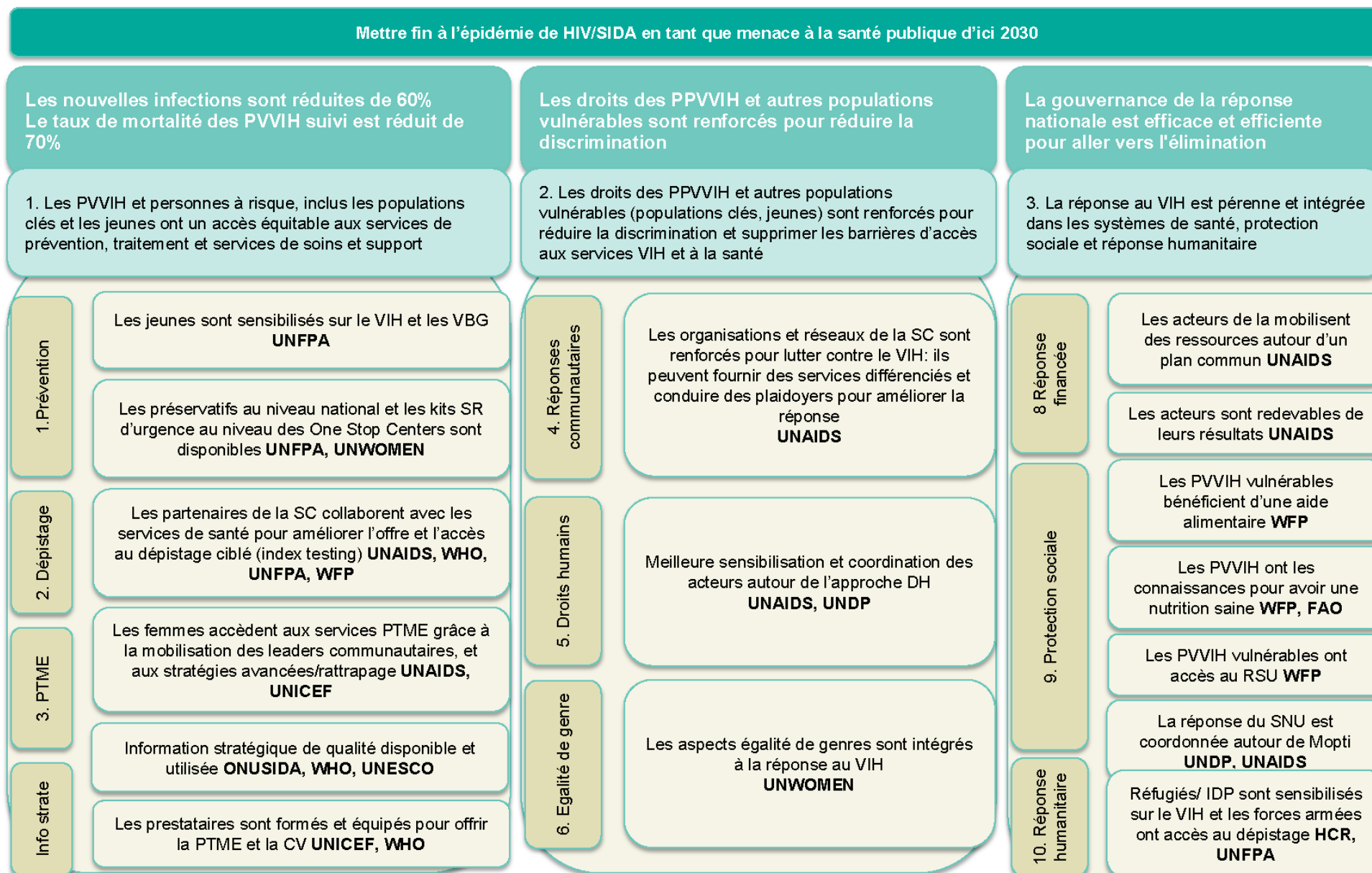
- Résultats, défis et leçons apprises dans la mise en œuvre du Plan Commun (2020-2021), FAO Ppt
- Contribution à la pérennisation de la stratégie du dépistage du VIH chez les enfants malnutris, les patients tuberculeux et les patients admis pour consultations IST dans les CSRéf de la région de Ségou, Présentation au Comité de Pilotage, ONG Walé (Décembre 2021), Ppt
- Grille d'évaluation des CSRéf, Walé
- Rapport technique UNICEF/ UBRAF/ONUSIDA : rattrapage des femmes enceintes et enfants séropositifs et le suivi consolidé ARV, nutritionnel et vaccinal de l'enfant séropositif (2019-2020), 2021
- Rapport du projet de dépistage à partir des cas index appuyé par l'ONUSIDA à Sikasso, Association Kéné Dougou Solidarité (2020-2021)
- Rapport Synthèse de la retraite de l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH /SIDA Novembre 2021
- Rapport Spotlight 2021 : Programme National de Prévention et de Réponse aux violences faites aux femmes et aux filles (depuis 2019)
- Rapport d'évaluation à mi-parcours de l'Initiative Spotlight
- Initiative « Mopti, région résiliente sans SIDA, Je m'engage, Rapport de démarrage UNDP/ONUSIDA, 2022

Documents cadres d'autres agences

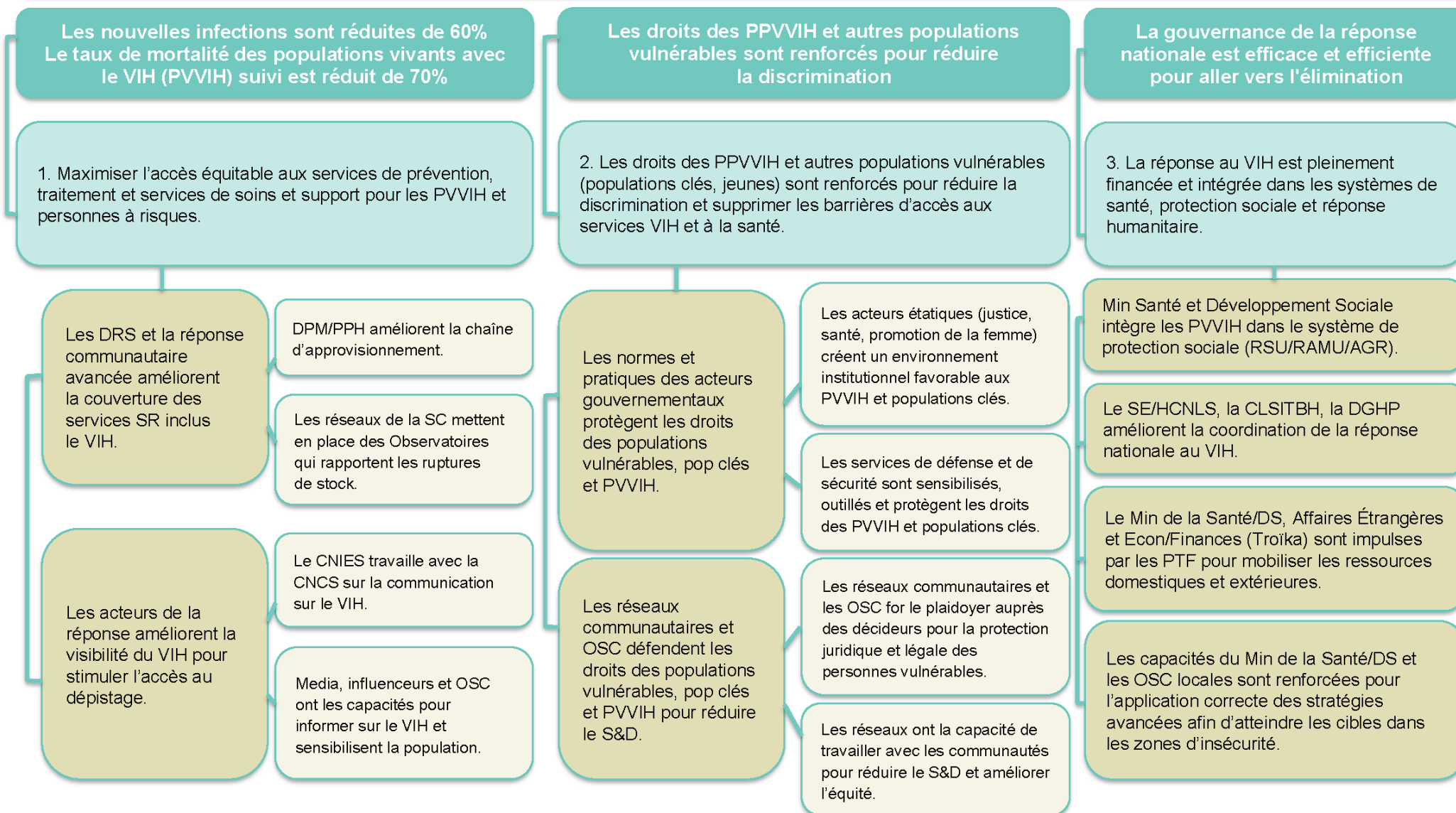
- Formulaire de demande de financement Période d'allocation 2020-2022 Mali
- EPIC: Maintaining epidemic control in Mali (2021-2024)

Annexe 6 : Théorie du changement du Programme Commun au Mali

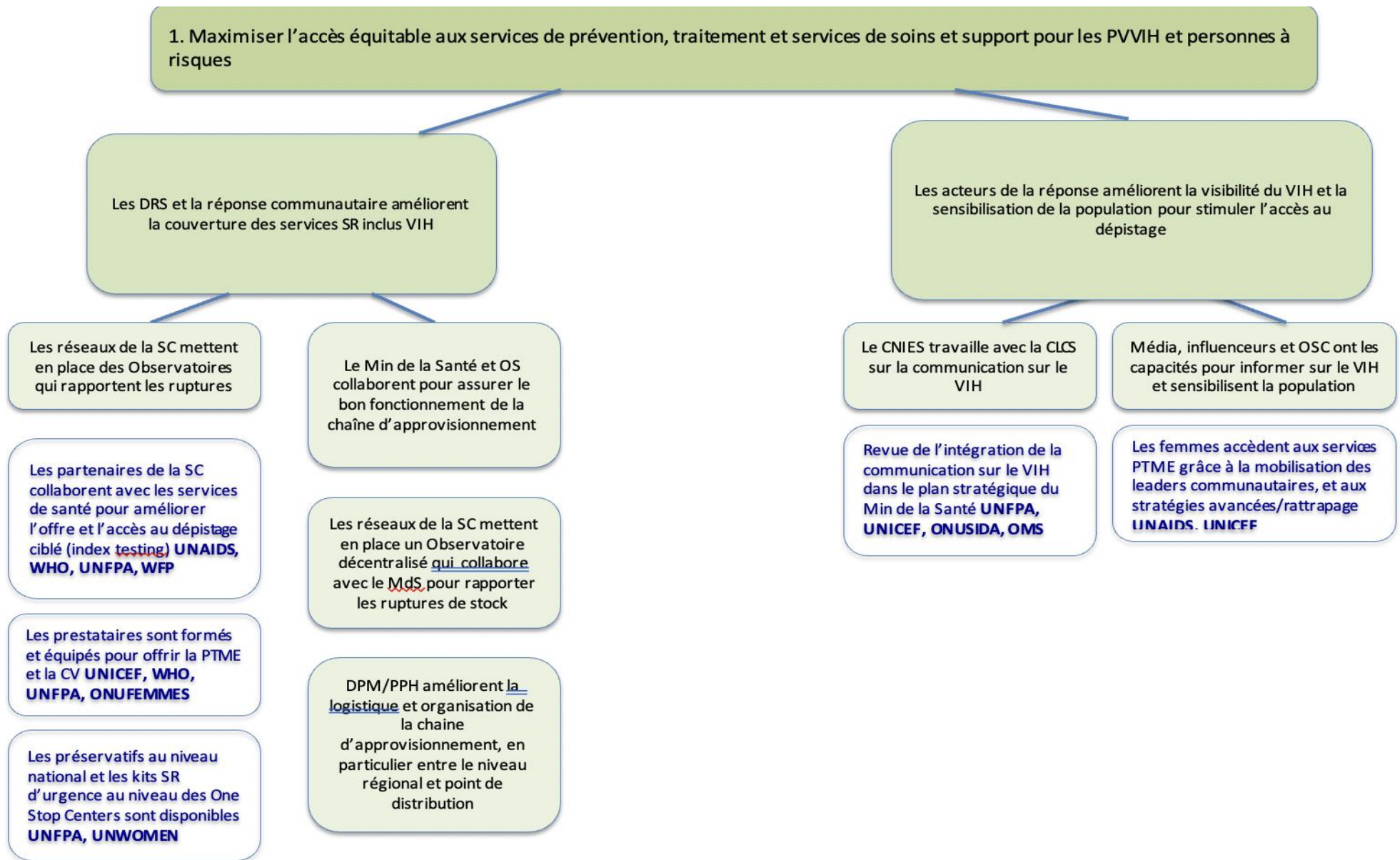
TdC développée lors de la phase de démarrage de l'évaluation sur la base du Plan Conjoint 2022-23



Mettre fin à l'épidémie de HIV / sida en tant que menace à la santé publique d'ici 2030



Théories du changement subsidiaires pour chacun des axes stratégiques



2. Les droits des PPVVIH et autres populations vulnérable (populations clés, jeunes) sont renforcés pour réduire la discrimination et supprimer les barrières d'accès

Les normes et pratiques des acteurs gouvernementaux protègent les droits des populations vulnérables, pop clés et PVVIH

Les réseaux communautaires et OSC défendent les droits des populations vulnérables, pop clés et PVVIH pour réduire le S&D

Les acteurs étatiques (justice, santé, promotion de la femme) créent un environnement institutionnel favorable aux PVVIH et populations clés

Les services de défense et de sécurité sont sensibilisés, outillés, et protègent les droits

Les réseaux ont la capacité de travailler avec les communautés pour réduire le S&D à améliorer l'équité

Les réseaux communautaires et les OSC font le plaidoyer auprès des décideurs pour la protection juridique et légale des personnes vulnérables

Les prestataires de soins fournissent des services appropriés en faveur des pops clés **OMS, PNUD**

FDS sensibilisées durant des journées dédiées **MINUSMA, PNUD, UNESCO**

Mise en place de groupes de soutien au sein des OSC, **ONU Femmes, PNUD, ONUSIDA**

Développement de stratégies de plaidoyer **UNAIDS, ONU Femmes, UNDP**

Les médias publics et privés diffusent des informations sur les droits des PVVIH et populations clés, vulnérables **UNESCO, PNUD, ONUSIDA**

Organisations des ateliers de formation DH genre pour les instructeurs **ONU Femmes, MINUSMA**

Organisation de journées de plaidoyer auprès des prestataires **ONUSIDA, ONU femmes, UNDP, UNHCR**

Modules de VBG et genre introduits dans les curriculum des écoles de santé **OMS, ONU Femmes, UNICEF**

Meilleure sensibilisation et coordination des acteurs autour de l'approche DH **UNAIDS, UNDP**

Les organisations et réseaux de la SC sont renforcés pour lutter contre le VIH: ils peuvent fournir des services différenciés et conduire des plaidoyers pour améliorer la réponse **UNAIDS**

Les aspects égalité de genres sont intégrés à la réponse au VIH **UNWOMEN**

3. La réponse au VIH est pleinement financée et intégrée dans les systèmes de santé, protection sociale et réponse humanitaire

Min Santé et Développement Social intègre les PVVIH dans les systèmes de protection sociale (RSU/RAMU/AGR)

Le SE/HCNLS, la CLSITBH, la DGHP améliorent la coordination de la réponse nationale au VIH

Les Min de la Santé/DS, Affaires Etrangères et Eco/fin (Troïka) sont impulsés par les PTF pour mobiliser les ressources domestiques et extérieures

Les capacités du min de la santé/DS et les OSC locales sont renforcées pour l'application correcte des stratégies avancées afin d'atteindre les cibles dans les zones d'insécurité

Une Plateforme des OSC/PTF est créée pour l'intégration des PVVIH et pop clés, vulnérables au VIH dans les systèmes de protection sociale

La réponse du SNU est coordonnée autour de Mopti **UNDP, UNAIDS**

Table ronde avec les bailleurs de fonds **toutes les agences**

Réfugiés/ IDP sont sensibilisés sur le VIH et les forces armées ont accès au dépistage **HCR, UNFPA, MINUSMA**

TDC du Programme Commun (narratif)

Le narratif ci-dessous a été construit par l'équipe d'évaluation sur la base des discussions qui se sont tenues dans l'atelier et des documents de projet. Il a vocation à être adapté et développé par l'Équipe Conjointe pour correspondre au mieux aux aspirations du Programme Commun.

Le Programme Commun vise à contribuer à mettre fin à l'épidémie de VIH/SIDA en tant que menace à la santé publique au Mali d'ici 2030, en influençant les acteurs clés de la réponse pour qu'ils soient en mesure de jouer pleinement leur rôle dans l'atteinte des cibles de la réponse nationale au VIH/SIDA et ainsi participent à la réalisation des objectifs globaux de la lutte contre le VIH. Le Programme prétend atteindre ces résultats en influençant les capacités, attitudes et pratiques des acteurs gouvernementaux (en particulier le HCNLS, cellule sectorielle du Ministère de la Santé, autres ministères engagés dans la réponse au VIH) au niveau central et décentralisé ; des organisations de la société civile (en particulier les partenaires des agences des NU et les réseaux de populations clés, de PVVIH et d'autres populations vulnérables (jeunes, jeunes femmes et femmes survivantes des violence basées sur le genre, personnes affectée par les conflits)) ; et des bailleurs de fonds et partenaires internationaux (USAID, PEPFAR et autres bailleurs de la réponse au VIH).

Au niveau de l'offre des services, le Programme vise à maximiser l'accès équitable aux services de prévention, traitement et support pour les PVVIH et personnes à risques. Pour cela, il travaille avec la cellule sectorielle VIH du Ministère de la Santé, les Directions Régionales de Santé et les acteurs de la réponse communautaire pour améliorer la couverture des services de santé sexuelle et de la reproduction incluant le VIH au niveau décentralisé; ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs programmatiques du VIH pour améliorer la visibilité et la sensibilisation au VIH dans différents groupes de population afin de stimuler l'accès au dépistage dans le cadre du 'premier 95' (95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2030).

Au niveau du renforcement de la demande pour les services VIH, le Programme travaille à appuyer les droits des PPVVIH et autres populations vulnérables (populations clés, jeunes, déplacées) pour réduire le stigma et la discrimination et supprimer les barrières d'accès aux services. En particulier, ses actions visent à assurer que les normes et pratiques des acteurs gouvernementaux protègent les droits des populations vulnérables, des populations clés et des PVVIH. D'autre part, le Programme Commun vise à assurer que les réseaux communautaires et les OSC défendent les droits des populations vulnérables, populations clés et PVVIH pour réduire le stigma et la discrimination.

Au niveau du renforcement institutionnel, le Programme Commun contribue à assurer que la réponse au VIH soit pleinement financée et intégrée dans les systèmes de santé, protection sociale et réponse humanitaire. Les résultats visés prioritairement sont que le Ministère de la Santé et Développement Social intègre les PVVIH dans les systèmes de protection sociale (RSU/RAMU/AGR) ; que le SE/HCNLS, la CLSITBH, la DGHP améliorent la coordination de la réponse nationale au VIH ; que les Ministères de la Santé, des Affaires Étrangères et Économie et Finances soient appuyés par les partenaires techniques et financiers pour mobiliser les ressources domestiques et extérieures ; et que les capacités du Ministère de la Santé et des OSC locales soient renforcées pour mettre en place des stratégies avancées afin d'atteindre les cibles de la réponse au VIH dans les zones d'insécurité.

Le Programme Commun vise à atteindre ces résultats à travers des actions stratégiques et catalytiques basées sur sa valeur ajoutée : capacité d'appui technique, partenariats, capacité d'influence, ressources programmatiques et approche multi-sectorielle.

L'approche du Programme Commun est de s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité au VIH en adoptant une approche basée sur les droits, promouvant l'équité et l'égalité de genre dans tous les aspects de la réponse au VIH.

ONUSIDA

20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org