

# REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNMLS)

## RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU VIH/sida EN R.D.Congo 2012



## Liste des acronymes

ARV	: Antirétrovirale
BCC/SIDA	: Bureau central de coordination de lutte contre le sida
BSS	: Behavior Surveillance Survey
CAF	: Country assistance framework
CDC	: Center for Disease and Control
CDI (UDI)	: Consommateurs de drogues injectables (Utilisateurs de drogues injectables)
CDV	: Conseil et dépistage volontaire
CNLS	: Comité national de lutte contre le VIH/Sida
CNMLS	: Comité national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida
CPN	: Consultation prénatale
CRIS	: Système d'information sur la riposte des pays
CTA	: Centre de traitement ambulatoire
DSCR	: Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
EPSP	: Enseignement primaire, secondaire et professionnel
ESP	: Ecole de santé publique
FIKIN	: Foire Internationale de Kinshasa
GARP	: rapport sur l'avancement de la riposte contre le VIH
GLIA	: Great lakes initiative on AIDS
HSH (MSM)	: Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAP	: Projet multisectoriel de lutte contre le Sida
OEV	: Orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PA	: Personnes affectées par le VIH/Sida
PAP	: Programme d'actions prioritaires du gouvernement
PNLS	: Programme national de lutte contre le VIH/Sida
PNMLS	: Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida
PSN	: Plan stratégique national
PNTS	: Programme national de transfusion sanguine
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le développement
PS	: Professionnel(le)s de sexe
PSSP	: Progrès santé sans prix
PTME	: Prévention de la transmission mère – enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH/Sida
RDC	: République Démocratique du Congo
REDES	: Rapport d'estimations nationales des ressources et dépenses liées au sida
S&E	: Suivi et Evaluation
SADC	: Communauté pour le développement de l'Afrique australe
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS	: Système national d'informations sanitaires
TARV	: Thérapie antirétrovirale
TBC	: Tuberculose
UCOP+	: Union congolaise des personnes vivant avec le VIH/Sida
UNGASS	: Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le sida
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

AVANT – PROPOS

LISTE DES ACRONYMES

TABLE DES MATIERES

I. SITUATION SUR L'EPIDEMIE

1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport
2. Situation actuelle de l'épidémie
3. Riposte au plan politique et programmatique
4. Aperçu récapitulatif sur les indicateurs à l'intention de l'UNGASS

II. APERCU DE L'EPIDEMIE DU VIH/sida

1. Prévalence de l'infection à VIH
2. Quelques estimations sur l'épidémie du VIH/Sida

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE VIH/sida

1. Indicateurs sur la réduction de la transmission sexuelle
2. Indicateurs sur l'élimination de la mère à l'enfant et la réduction substantielle de la mortalité maternelle liée au VIH
3. Indicateurs de l'accès au traitement antirétrovirale par les personnes vivant avec le VIH
4. Indicateurs sur la réduction de la mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
5. Indicateurs sur Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

V. MEILLEURES PRATIQUES

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

VIII. SUIVI ET EVALUATION

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

ANNEXE 2 : Grille national de financement 2010

ANNEXE 3 : Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI)

## **Aperçu de la situation**

### **2.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport**

A la suite de l'engagement des différents Etats membres à la session spéciale l'Assemblée Générale des Nations Unies portant sur le VIH et le sida, représentés par les chefs d'Etats et chefs de Gouvernement, chaque pays engagé se doit de collecter les indicateurs UNGASS et de soumettre, tous les deux ans, au Secrétaire Général des Nations Unies, un rapport suivant le format défini par l'ONUSIDA. Ce processus d'élaboration du rapport GARP-RDC 2012 s'effectue par la coordination nationale du Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida (PNMLS) avec la participation des acteurs dans la lutte contre le VIH/sida et s'inscrit dans la continuité d'un exercice effectif depuis 2005.

Le processus s'est déroulé suivant les orientations de la task force suivi/évaluation ayant mis en place un groupe de travail dont les modalités d'exercice sont définies dans les termes de référence et composé des délégués du Ministère de la Santé, du système des Nations Unies, des agences de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que de la société civile sous le leadership de l'Unité de Suivi et Evaluation (S&E) du PNMLS.

En outre deux consultants nationaux ont été recrutés en vue d'appuyer la production du présent rapport :

- Le consultant principal ayant pour tâche la supervision de la collecte des données pour tous les indicateurs GARP et la production du rapport final.
- Le consultant adjoint quant à lui avait pour tâche la collecte de l'information sur les engagements nationaux et moyens d'action (NCPI)<sup>1</sup>, en utilisant un questionnaire conçu à cet effet, auprès de certaines personnes-clés des structures nationales publiques et privées ainsi que des organismes internationaux préalablement identifiés, et la production d'un rapport s'y référant

Les différents programmes spécialisés du Ministère de la Santé ainsi que les autres Ministères ont contribué de manière significative à fournir les informations nécessaires pour le calcul de la majorité des indicateurs.

Les organisations de la société civile, les acteurs du secteur privé du secteur public, les organisations du système des Nations Unies, les organes de coopération bi et Multilatérale ont collaboré de manière significative pour la collecte de NCPI.

Le groupe de travail a tenu plusieurs réunions à échéance hebdomadaire dans le souci d'évaluer le degré d'avancement du processus et garantir ainsi son aboutissement sanctionné par la production du présent rapport de GARP-RDC 2012.

Les différents membres du groupe de travail, certains acteurs de la lutte et les organisations d'appui au développement ont fourni leur appui technique à la production du présent rapport. L'ONUSIDA, l'UNICEF, le PNUD/FM, CORDAID & SANRU ont assuré le financement du processus.

---

<sup>1</sup> ONUSIDA, Directives sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida, 2011

## 2.2. Situation actuelle de l'épidémie

Selon les estimations d'EPP-SPECTRUM faites à partir des enquêtes de surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes en 2011, la prévalence VIH est estimée à 2,57%<sup>2</sup> au sein de la population générale et évaluée à 3,5% (IC95% : 3,3 – 3,8)<sup>3</sup> chez les femmes enceintes reçues en consultation prénatale.

Dans l'ensemble, l'épidémie de VIH en RDC est relativement stable. En effet, les données de la surveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles indiquent que celle-ci est restée relativement stable entre 2003 et 2011, période au cours de laquelle la prévalence a varié autour de 4%. Cependant, bien que l'enquête EDS+ ait permis d'estimer une prévalence de 1,3% dans la population générale, cette donnée de la prévalence du VIH de l'EDS+, à ce jour, n'a pas été validée au niveau du pays. La RDC connaît donc une épidémie VIH de type généralisé marquée par des tendances à toucher de plus en plus les femmes, les jeunes et le milieu rural.

Sur base de l'analyse de la situation épidémiologique du VIH et de son impact sur les individus, les familles et les communautés, le PSN 2010-2014 accorde une grande priorité aux interventions adressées aux groupes spécifiques les plus exposés aux risques et aux facteurs de risque et vulnérabilité liés au VIH.

Parmi les groupes cibles prioritaires à risque élevé figurent notamment :

- les professionnel (le)s de sexe (Prévalence VIH 16,9%)<sup>4</sup> et leurs clients,
- les femmes en uniformes (Prévalence VIH 7,8%)<sup>5</sup>,
- les camionneurs (populations mobiles) et les jeunes.

Aussi, en fonction de la gravité des informations épidémiologiques indicatives disponibles (prévalence VIH supérieure ou égale au double à celle de la population générale, indications documentées sur les comportements à risques) certaines catégories parmi les femmes font l'objet d'une attention soutenue. Il s'agit en dehors des catégories citées ci-dessus des Femmes victimes des viols (Prévalence VIH 20%)<sup>6</sup>, des Femmes déplacées (Prévalence VIH 7,6%), des Femmes en milieu carcéral (Prévalence VIH de 7,1%)<sup>7</sup> et des Femmes partenaires des LGBT (Prévalence VIH 31,09% chez les HSH)<sup>8</sup>.

Plusieurs déterminants apparaissent comme étant les facteurs les plus importants qui favorisent la propagation du VIH dans la population, à savoir : (i) l'ignorance des précautions à prendre pour éviter de contracter le virus, (ii) l'accès limité aux services de prévention, (iii) le contexte de la précarité de la vie, (iv) la promiscuité, (v) la précocité des rapports sexuels, (vi) le multi partenariat sexuel et (vii) la mobilité des populations. Ces facteurs sont amplifiés par la pauvreté généralisée dans certains milieux et les barrières socioculturelles.

La transmission hétérosexuelle reste la principale voie par laquelle les personnes contractent le VIH. Elle est estimée à 83% selon les statistiques des services de Conseil et Dépistage du VIH disponibles auprès du PNLS.

---

<sup>2</sup> PNLS, Rapport épidémiologique de surveillance du VIH/sida chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, 2011

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup> PSN 2010-2014

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> Idem

<sup>8</sup> MBWOLIE. Hilaire & coll., rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée de l'infection à VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes de Kinshasa

L'impact démographique et socio-économique du VIH/SIDA dans la société se résume par :

- Une diminution de l'espérance de vie du congolais d'environ de 2,2 ans ;
- Une augmentation des cas de décès dans la population des jeunes adultes de 15 à 49 ans constituant les futurs cadres de demain et la main-d'œuvre dont le pays a besoin pour son développement ;
- Un nombre de plus en plus élevé de personnes vivant avec le VIH ainsi que d'orphelins et d'enfants vulnérables dont la prise en charge globale reste précaire.

La situation de conflit prolongée à l'Est du pays a engendré le phénomène de violences sexuelles exercées particulièrement sur les femmes.

En dépit de la longue période d'instabilité observée dans le pays, période caractérisée par le cycle de conflits sociopolitiques et l'effondrement des infrastructures sociales et économiques, des efforts importants ont été déployés pour réduire la propagation du VIH et son impact dans les communautés.

Ainsi, la volonté politique a été exprimée par la mise en place du PNMLS sous la haute autorité du Président de la République avec une décentralisation progressive de ses structures de coordination, l'accroissement graduel de l'accessibilité des populations aux activités de prévention dans les domaines de CCC, de promotion du Dépistage Volontaire, de PTME, de Prise en charge des IST et de sécurité transfusionnelle. Ces efforts ont permis également le renforcement de l'accès aux soins et au traitement aux ARV à travers une mobilisation accrue des ressources pour en assurer la gratuité effective.

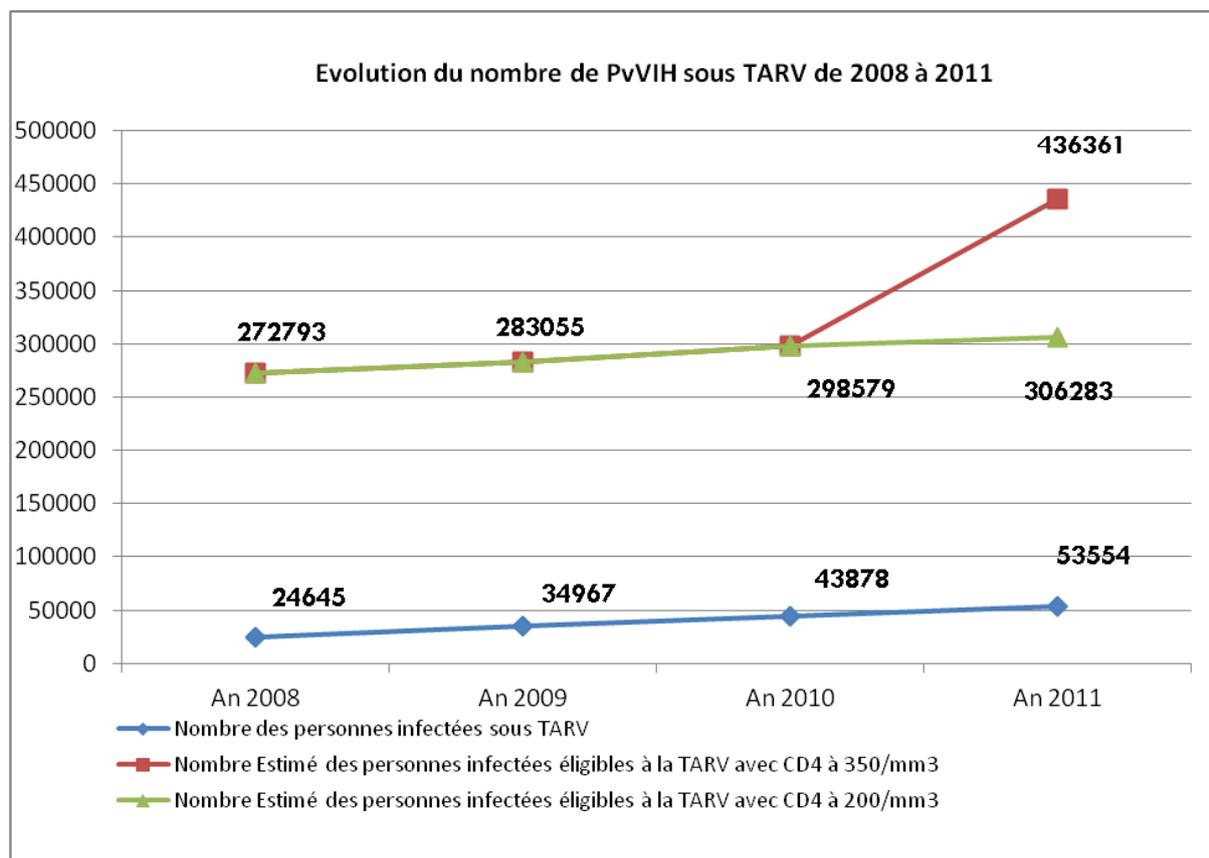
Cependant, diverses contraintes fragilisent encore ces efforts, à savoir la faiblesse de la coordination qui se traduit par l'insuffisance de l'alignement et d'harmonisation des interventions conformément aux « Three ones », la faible couverture des principales interventions liées entre autre à la capacité intrinsèque des établissements de soins et à la vétusté voire la déliquescence des infrastructures, l'inadéquation de la réponse aux déterminants identifiés dans les groupes cibles prioritaires, l'inexistence et la non actualisation des données pouvant permettre une meilleure connaissance de l'épidémie.

Dans le cadre de efforts pays pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, le tableau et le graphique qui suivent, présentent un résumé sur l'évolution de nombre de personnes mises sous traitement depuis 2008.

Tableau 1 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement de 2008- 2011

Paramètres	Années							
	2008	2009	2010			2011		
	Total	Total	M	F	Total	M	F	Total
Nombre des personnes infectées sous TARV	24645	34967	16659	27219	43878	19227	34327	53554
Nombre Estimé des personnes infectées éligibles à la TARV	272793	283055	134795	163784	298579	191993	244368	436361
Pourcentage	9,0	12,4	12,4	16,6	14,7	10,0	14,0	12,3

Graphique 1 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement de 2008- 2011



### 2.3. Riposte au plan politique et programmatique

La RDC est l'un des premiers pays à avoir reconnu être touché par l'infection à VIH. De la découverte des premiers cas de la maladie à nos jours, la chronologie de la riposte politique et programmatique du pays face à l'épidémie du VIH/Sida peut être retracée de la manière suivante :

- 1983 : Diagnostic des premiers cas de Sida en RDC ;
- 1984 : Reconnaissance de l'existence de l'épidémie par le Gouvernement et grâce au partenariat international, création d'un centre de recherche multidisciplinaire (Projet Sida) à la base des publications faisant le point sur le développement de l'épidémie ;
- 1985 : Création du comité national de lutte contre le Sida (CNLS) avec un caractère multisectoriel ;
- 1987 : Création du Bureau central de coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (BCC/SIDA) piloté par le Ministère de la santé ;
- 1995: Redémarrage des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec la reprise progressive de la coopération bilatérale et multilatérale (suspendues de suite des pillages de 1991 et 1993) à travers un projet financé par l'OMS et le PNUD;
- 1998 : Création du Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) et rédaction ainsi qu'adoption d'un document de stratégie nationale de lutte, globalisant et plus ou moins multisectoriel;
- 1999 : Elaboration de la politique nationale et du plan stratégique national (PSN) 1999-2008 de lutte contre le VIH/SIDA avec l'appui de l'OMS, du PNUD et de l'ONUSIDA;
- 2002 : Signature du Protocole d'accord entre le Gouvernement et le secteur privé (GSS/CIPLA) pour l'introduction des médicaments antirétroviraux génériques;

- En 2004: Création par Décret présidentiel du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNMLS);
- 2005 :
  - Elaboration et adoption du plan national d'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux en RDC 2005 – 2009 dans le cadre l'initiative 3 by 5,
  - Elaboration du Plan harmonisé d'approvisionnement en ARVs et autres intrants VIH/Sida,
  - Signature du Mémorandum d'entente entre le Projet MAP et le Fonds Mondial en vue de l'harmonisation des interventions ;
- 2006 :
  - Elaboration et adoption d'une feuille de route pour l'accès universel à la prévention, traitement, soin et soutien en matière de VIH,
  - Elaboration des plans provinciaux pour l'accélération d'accès universel pour la prévention, traitement , soins et soutien en matière de VIH,
  - Lancement de l'accélération des efforts pour la prévention dans les pays africains;
- 2008 : Promulgation de la loi n° 08/011 du 14 Juillet portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées qui oriente la politique nationale de lutte contre le VIH/sida en RDC ;
- 2009: Elaboration du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2010 – 2014.
- 2011:
  - Signature de l'ordonnance loi n°11/023 du 18 Mars 2011 modifiant et complétant le décret loi n°04/029 du 17 Mars 2004 portant création et organisation du PNMLS
  - Elaboration du plan d'action opérationnel 2012-2014
  - Elaboration du plan national d'élimination de la transmission mère-enfant

## 2.4. Récapitulatif des indicateurs GARP

Le tableau 2 présente les indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, repris dans le document des directives pour l'élaboration d'indicateurs de base 2012.

Il reprend la valeur globale (la ventilation par sexe et/ou par tranches d'âge étant reprise dans la section IV du présent rapport), la période de collecte ainsi que la source de données pour chaque indicateur. De plus, une brève explication est donnée pour chaque indicateur dont le pays ne dispose pas suffisamment ou totalement d'information.

Tableau 2 : Récapitulatifs des indicateurs GARP de la RDC

### Objectifs

#### 1. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

##### 1. Cible 1 : Population générale

Indicateurs	Sexes	Pourcen tage	Année de collecte	Sources	Commentaires
1.1. Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission	F	15,2	2010	MICS 3	Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente sources renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette sources ne prend en compte que les femmes
1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	F	21,4	2010	MICS 3	Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente sources renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette sources ne prend en compte que les femmes
1.3. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois	F	5,7	2010	MICS 3	Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente sources renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette sources ne prend en compte que les femmes
1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	F	14,9	2010	MICS 3	Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente sources renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette sources ne prend en compte que les femmes
1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	F	13,2	2010	MICS 3	Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente sources renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette sources ne prend en compte que les femmes
1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH	Année 2010	3,1	2009	Surveillance au près de femmes enceintes	Les données fournies ne concernent que les femmes car

<b>Année 2011</b>	2,8	2011	fréquentant services de 2011	les CPN	résultant du rapport sur la surveillance sentinelle de 2011
-----------------------	-----	------	------------------------------------	---------	--

### 1. Cible 2 : Professionnel(le)s du sexe

Indicateur	Paramètres	Valeur		sources	Commentaires
		2010	2011		
1.7. Pourcentage de PS atteint par les programmes de prévention <sup>9</sup>	< 25 ans	45,0%	28,7%	Base de données de l'ONG progrès santé sans prix	Les données ont été validé par la task force suivi et évaluation
	>25 ans	66,5%	46,4%		
	Total	57,3%	36,4%		
1.8. Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	< 25 ans	30,3	19,4	Base de données de l'ONG progrès santé sans prix	Les données ont été validé par la task force suivi et évaluation
	>25 ans	32,2	30,1		
	Total	31,3	24,1		
1.10. Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH	< 25 ans	19,6	15,6	Base de données de l'ONG progrès santé sans prix	Les données ont été validé par la task force suivi et évaluation
	>25 ans	16,4	30,1		
	Total	18,2	22,1		

### 2. Cible 3 : Hommes des rapports sexuels avec les hommes

Indicateur	Paramètres	Valeur		sources	Commentaires
		2010	2011		
1.11. Pourcentage de HSH atteint par les programmes de prévention <sup>10</sup>	< 25 ans	37,4%	31,6%	Base de données de l'ONG progrès santé sans prix	Les données ont été validé par la task force suivi et évaluation
	>25 ans	36,9%	20,5%		
	Total	37,2	27,1%		
1.12. Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client <sup>11</sup>	< 25 ans	33,3	29,5	Base de données de l'ONG progrès santé sans prix	Les données ont été validé par la task force suivi et évaluation
	>25 ans	18,2	29,2		
	Total	26,1	29,3		

<sup>9</sup> Progrès santé sans prix, base de données 2010-2011

<sup>10</sup> Progrès santé sans prix, base de données 2010-2011

<sup>11</sup> Progrès santé sans prix, base de données 2010-2011

indicateur	Tranches d'âge	Proportion	Année de collecte	Source	Commentaires
1.14. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	< 25 ans	31,37	2011	Rapport d'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée de l'infection à VIH/sida chez les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes de Kinshasa	Les pays ne collectent pas systématiquement jusqu'à jour les données les HSH, les présentes données ont été collectées lors d'une étude à Kinshasa <sup>12</sup>
	> 25 ans	30,70			
	<b>Total</b>	<b>31,09</b>			

## 2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

## 3. D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

Indicateurs	Années	%	Année de collecte	Source	Commentaires
3.1. Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2010	4,6	2010	Rapport PNLs 2010	Ces données ont pris en compte les différents régimes de prophylaxie encore en utilisation au pays
	2011	5,6	2011	Rapport PNLs 2011	
3.2. Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	2010	1,38	2010	Rapport LNR 2010	Les données du numérateur ont été fournies par le laboratoire national de référence sur le VIH/sida qui dispose d'un équipement PCR et qui reçoit les prélèvements sur papier buvard en provenance de l'ensemble du pays pour analyse
	2011	2,24	2011	Rapport LNR 2011	
3.3. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (Modélisation)	2010	37,5	2010	Modélisation	
	2011	36,8	2011		

<sup>12</sup> PNLs, rapport maintien sous ARV, 2010

### 3. D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

Indicateur	Sexes	Paramètres	2010	2011	Sources	Commentaires
4.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès	Masculin	Personnes sous traitement	16659	19227	Rapports PNLS 2010 et 2011; Estimations Spectrum 2011	Les données ressortent les fréquences absolues et les pourcentages par an pour montrer comment l'évolution en fréquences absolues est croissantes alors qu'en pourcentage elle est décroissant, liée aux variations du dénominateur en fonction du seuil d'éligibilité au traitement, qui est passé de 200 CD4/mm <sup>3</sup> à 350/mm <sup>3</sup> avec inclusion systématique de personnes coïnfectées à la tuberculose/VIH
		Nombre estimé des éligibles	134795	191993		
		%	12,4	10,0		
	Féminin	Personnes sous traitement	27219	34327		
		Nombre estimé des éligibles	162873	244368		
		%	16,7	14,0		
	Total	Personnes sous traitement	43878	53554		
		Nombre estimé des éligibles	297668	436361		
		%	14,7	12,3		

Indicateur	valeur	Années de collecte	Source	Commentaires
4.2. Pourcentage d'adultes séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	74,9%	2011	Suivi de cohorte dans la structure MSF/Kabinda	Nous avons collecté les données sur les cohortes mensuelles de malade ayant commencés le traitement en 2010 et qui ont complété 12 mois en 2011 au terme du mois correspondant au début du traitement

### 5. D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Indicateur	Années	%	Année de collecte	Source	Commentaires
5.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	2010	2,9	2010	Rapport PNLT 2010	Les rapports sur la situation de la Tuberculose dans monde de OMS de 2010 & 2011 estiment à 27 personnes atteint de tuberculose qui présentent l'infection à VIH pour 100000 habitants
	2011	4,3	2011	Rapport PNLT 2011	

## 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Indicateur	Valeur	Période de collecte	Source	Commentaires
Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	\$ 105 365 890,00	2010	Rapport REDES 2010	Ce montant ne prend pas en compte les dépenses des ménages

## 7. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

Indicateur	Valeur	Période de collecte	Source des données
Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	satisfaisant	25/01 au 07/02/2012	Interviews au près des personnes clés dans les structures sélectionnées

7.2. Proportion des femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	Tranches d'âges	Proportion	Année de collecte	Source	Commentaires
	15-19 ans	55,78	2007	EDS+	L'un des trois nouveaux indicateurs du rapport GARP dont l'information à été tiré du rapport EDS 2007
	20-24 ans	64,37	2007	EDS+	
	25-49 ans	64,87	2007	EDS+	
	15-49 ans	64,08	2007	EDS+	

Indicateurs	Paramètres	Sexes	Valeurs	Années de collecte	source	Commentaires
7.3. Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans	Taux de fréquentation orphelins	Masculins	69,7	2010	MICS 3	Les données ont été tiré du rapport MICS3 réalisé en 2010
		Féminins	57,9	2010	MICS 3	
	Global		63,33	2010	MICS 3	
	Taux de fréquentation non orphelins	Masculins	87,6	2010	MICS 3	
		Féminins	82,5	2010	MICS 3	
	Global		85,10	2010	MICS 3	
	Ratio orphelin-non orphelin	Masculins	0,80	2010	MICS 3	
		Féminins	0,70	2010	MICS 3	
	Global ratio		0,74	2010	MICS 3	

Indicateurs	Paramètres	Valeurs	Années de collecte	source	Commentaires
7.4. Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois	soutien médical au cours de 12 derniers mois	0,71	2007	EDS+	L'un des trois nouveaux indicateurs du rapport GARP dont l'information à été tiré du rapport EDS 2007. Le paramètre sur l'assistance scolaire ne peut logiquement que couvrir une année scolaire.
	soutien moral au cours de 3 derniers mois	0,59	2007	EDS+	
	soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois	0,09	2007	EDS+	
	assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois	0,86	2007	EDS+	
	Au moins un type de soutien	2,11	2007	EDS+	

## II. Aperçu sur l'épidémie de VIH/sida

Les efforts de lutte contre le VIH et le sida à l'échelle mondiale, connaissent des avancées significatives et, grâce à l'élaboration des normes et directives en matière de surveillance épidémiologique, mises au point par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le CDC/Atlanta, les pays du monde entier peuvent mesurer le niveau de l'évolution de l'épidémie au sein de leurs populations respectives. La RDC base son système de surveillance principalement sur la surveillance de seconde génération qui associe la surveillance biologique et la surveillance comportementale des populations cibles. C'est dans ce cadre que se déroule annuellement le passage des activités de surveillance biologique du VIH chez les femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale. Dans le souci de faire accéder les populations cibles à une prise en charge précoce, le pays a pris l'option de réaliser désormais la surveillance selon l'approche corrélée, qui implique la connaissance par les cibles de leur statut sérologique.

Cette section se focalisera sur la situation actuelle de l'épidémie en RDC au regard des efforts de lutte dans le pays, suivi d'une note particulière sur la prévalence du VIH/sida telle que fournie par les données des passages de la surveillance de 2009 et 2011, qui est la plus récente. Les autres sources telles que le MICS 3, l'enquête de surveillance comportementale (BSS) de 2004 – 2006 et l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2007 sont commentées au travers des différents indicateurs UNGASS dans la section qui s'y rapporte .

### 3.1. Prévalence de l'infection à VIH

Lors du passage des activités de surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes reçues en consultation prénatale en **2009**, 12963 femmes ont constitué l'échantillon et 474 d'entre elles étaient séropositives pour le VIH, soit une prévalence de 3,7% [IC95% 3,3 – 4] et en **2011**, 17669 femmes ont constitué l'échantillon et 627 d'entre elles étaient séropositives pour le VIH, soit une prévalence de 3,5% (IC95% : 3,3 – 3,8). La prévalence de 2011 n'étant pas significativement différente de celle de l'année 2009, le tableau 2 présente les données issues de la surveillance de 2011 en prenant en compte la répartition de la prévalence par tranche d'âge et par milieu de résidence.

Tableau 3. : Prévalences du VIH par tranches d'âge et par milieu de résidence chez les femmes enceintes fréquentant la CPN 2011

Age de la femme (tranches)	Capitale	Urbain	Rural	Ensemble
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
15 – 24 ans	2,5 (488)	2,5 (2692)	3,1 (5139)	2,8 (8319)
15 – 19 ans	1,2 (163)	2,4 (1079)	2,8 (2365)	2,6 (3607)
20 – 24 ans	3,1 (325)	2,5 (1613)	3,3 (2774)	3,0 (4712)
25 – 49 ans	3,1 (878)	4,7 (3044)	4,1 (5428)	4,2 (9350)
<b>Total</b>	<b>2,9 (1366)</b>	<b>3,7 (5736)</b>	<b>3,6 (10567)</b>	<b>3,5 (17669)</b>

Source :PNLS/Ministère de la santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de la CPN en 2011 »

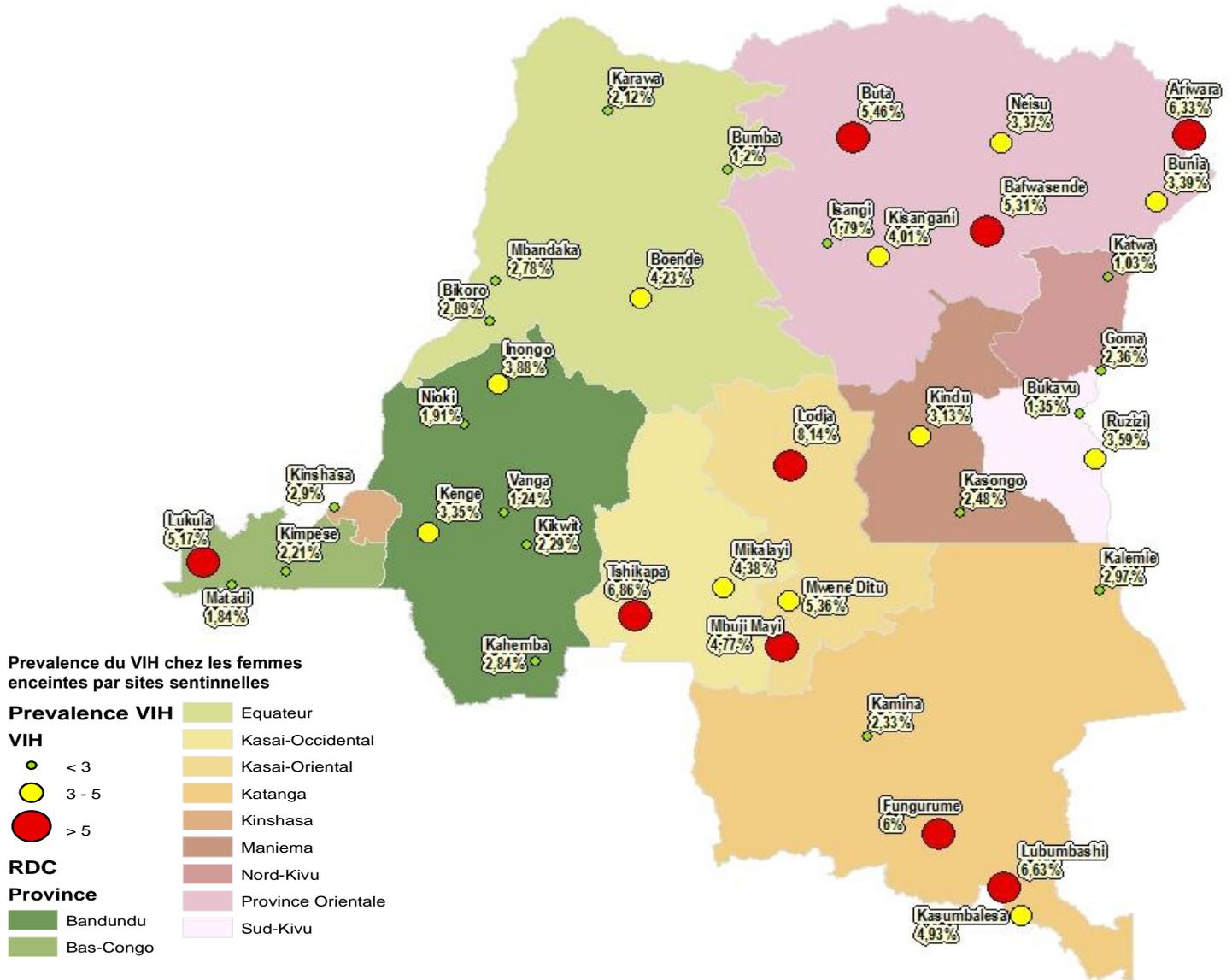
On note à travers ce tableau que l'âge de la femme est associé de façon statistiquement significative à la prévalence du VIH.

En effet, en répartissant les femmes en deux tranches d'âge, la prévalence du VIH est significativement plus élevée chez celles de 25 – 49 ans comparée à celle des 15 – 24 (4,2% vs 2,8%,  $p = 0,000$ ) et ce quelque soit le milieu de résidence (capitale 3,9% vs 2,1%,  $p = 0,029$  ; milieu urbain 4,7% vs 2,5%,  $p = 0,000$  qu'en milieu rural 4,1% vs 3,1%,  $p = 0,005$ , sauf pour la capitale ( $p > 0,05$ ).

De même après éclatement de la tranche d'âge de 15 – 24 ans, la prévalence du VIH chez les femmes de 15 – 19 ans reste significativement plus basse que celles de 25 – 49 ans (2,6% vs 4,2%,  $p = 0,000$ ). Ce tableau est identique tant en milieu urbain (2,4% vs 4,7%,  $p = 0,000$ ) qu'en milieu rural (2,8% vs 4,1%,  $p = 0,012$ ) sauf pour la capitale ( $p > 0,05$ ).

Cependant, il faut souligner qu'il n'est pas établi que la prévalence du VIH augmente avec l'âge car il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la prévalence du VIH chez les 15 – 19 ans et celle des 20 – 24 ans<sup>13</sup>.

Figure 2: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par site sentinelle, RDC 2011



<sup>13</sup> PNLs, Rapport épidémiologique de surveillance du VIH/sida chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, 2011

Tableau 4 : Quelques estimations en rapport avec l'infection du VIH/Sida pour les années 2010 et 2011

Paramètres	2010			2011			2012		
	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total	Enfants de 0-14 ans	15ans et lus	Total	Enfant s de 0-14 ans	15 ans et plus	Total
Nombre de personnes vivants avec le VIH (Hommes)	84795	329561	414356	84447	328856	413303	83 451	327765	411216
Nombre de personnes vivants avec le VIH (Femmes)	83841	481580	565421	83 937	481218	563 155	82824	480264	563088
<b>Nombre de personnes vivants avec le VIH (Total)</b>	<b>168636</b>	<b>811141</b>	<b>979777</b>	<b>168384</b>	<b>810074</b>	<b>976458</b>	<b>166275</b>	<b>808029</b>	<b>974304</b>
Nombre de cas de nouvelles infections VIH (Hommes)	12 777	28746	41523	11999	28188	40 187	9045	27422	36467
Nombre de cas de nouvelles infections VIH (Femmes)	12463	38628	51091	12144	37 876	50020	11748	36851	48599
<b>Nombre de cas de nouvelles infections VIH (Total)</b>	<b>25 240</b>	<b>67 374</b>	<b>92 614</b>	<b>24 143</b>	<b>66 064</b>	<b>90 207</b>	<b>20 793</b>	<b>64 273</b>	<b>85 066</b>
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH		79 210	79 210		77 270	77 270		75176	75176
Nombre de femmes enceintes ayant besoin de la PTME		<b>67 328</b>	<b>67 328</b>		<b>65 679</b>	<b>65 679</b>		<b>63902</b>	<b>63902</b>
Nombre de décès dus au SIDA (Hommes)	7 861	26941	34 802	7 661	27018	34679	6846	26736	33582
Nb de décès dus au SIDA (Femmes)	7770	35695	43465	7 588	35982	43570	7006	35 655	42661
<b>Nombre de décès dus au SIDA (Total)</b>	<b>15 631</b>	<b>62 636</b>	<b>78 267</b>	<b>15 249</b>	<b>63 000</b>	<b>78 249</b>	<b>13 852</b>	<b>62 391</b>	<b>76 243</b>
Orphelins dus au SIDA (Père)			556362			557 814			560 831
Orphelins dus au SIDA (Mère)			524690			528 856			532 502
<b>Total Orphelins dus au SIDA</b>									

Paramètres	2010			2011			2012		
	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total	Enfants de 0-14 ans	15ans et lus	Total	Enfant s de 0-14 ans	15 ans et plus	Total
Besoins en prophylaxie au cotrimoxazol	224843			222 554			219 916		
Besoins en traitement ARV (Hommes)	51726	83069	134795	51 320	140673	191993	48523	142811	191334
Besoins en traitement ARV (Femmes)	51363	111510	162873	51394	192974	244368	51287	196516	247803
<b>Besoins en traitement ARV (Total)</b>	<b>103089</b>	<b>194579</b>	<b>297 668</b>	<b>102 714</b>	<b>333 647</b>	<b>436361</b>	<b>99 810</b>	<b>339 327</b>	<b>439 137</b>
Prévalence du VIH chez les adultes (15 – 49 ans)			2,66			2,57			2,48
Prévalence du VIH (15 ans et plus)			2,32			2,24			2,17
Prévalence du VIH hommes âgés de 15-24 ans			0,75			0,72			0,69
Prévalence du VIH femmes âgées de 15-24 ans			1,88			1,79			1,71
Prévalence du VIH chez les enfants			0,56			0,55			0,53
Incidence du VIH			0,24			0,22			0,21

Source :PNLS/Ministère de la santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes :enceintes fréquentant les structures de la CPN en 2011 »

### III. Riposte nationale à l'épidémie de sida

Cette section renseigne sur les efforts pays dans le cadre de la riposte politique et programmatique à l'épidémie du VIH/sida durant la période 2010-2011. Les informations sont fournies suivant l'ordre des indicateurs tels que classifiés en fonction des objectifs et cibles dans le document des directives sur l'élaboration du rapport d'avancement 2012, à savoir :

- Objectif 1 :D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
  - Cible 1 : Population générale
  - Cible 2 : Professionnel(le)s du sexe
  - Cible 3 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes
- Objectif 2 :D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
- Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
- Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH
- Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
- Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
- Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

La réalisation du MICS 2010, l'extension de l'étude de 2010 sur la survie de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral à l'ensemble de structures de prise en charge de ville de Kinshasa ainsi que la réalisation de l'étude sur les facteurs explicatifs de la prévalence élevée du VIH chez les hommes ayant des rapports avec les hommes, permettront tant soit peu l'amélioration de difficultés rencontrées lors du round précédent concernant la comparabilité avec l'exercice lui précédant (malheureusement pour les femmes seulement), la représentativité dans la mesure de l'impact et la qualité de la prise en charge de personnes vivant avec le VIH ainsi la prise en compte des données sur les hommes ayant des rapports avec les hommes qui ne fut ce que sur la prévalence, jusque là n'étaient pas renseignées.

Toutefois les difficultés de renseignement sur les indicateurs comportementaux dont la source est le BSS persistent suite au fait que l'exercice qui doit succéder à l'enquête 2004-2006 n'est qu'à ses débuts.

## Indicateurs portant sur réduction de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle à l'échéance 2015

### 1. La population générale :

#### 1.1. Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission

La transmission de l'infection à VIH par voie sexuelle reste le mode le plus répandu en RDC et les jeunes constituent un groupe à risque pour la transmission par cette voie. L'une des étapes fondamentales dans le processus de la prévention est la meilleure connaissance de moyens pour y arriver au regard de différentes voies de transmission. En outre, les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et entraver les efforts de prévention. Ainsi une personne qui a une meilleure connaissance des moyens de prévention de l'infection<sup>14</sup> est susceptible d'adopter un changement de comportement.

Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes<sup>15</sup> :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Tableau 5 : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans qui décrivent correctement les moyens de transmission du VIH par voie sexuelle (analyse globale de réponses pour les cinq questions) par sexe et par tranches d'âges

Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission			
Paramètres	Tranches d'âges		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans
Nombre des jeunes de 15-24 ans interrogés	2685	2733	5418
Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida	357	467	824
%des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission	13,3	17,1	15,2

L'analyse de données ci haut, renseigne que seulement 15,2% des jeunes âgés de 15-24 ans disposent d'une connaissance approfondie sur le VIH (décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses y relatives). Il apparait en plus, que la tranche d'âges de 20-24 ans est la plus représentée avec 17,1% contre 13,3% pour la tranche de 15-19 ans

<sup>14</sup> Ministère du plan, MICS3, 2010

<sup>15</sup> ONUSIDA, Directives sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida, 2011

Tableau 6: Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans qui décrivent les moyens de transmission du VIH par voie sexuelle (analyse de réponses données par question) par sexe et par tranches d'âges par sexe et par tranches d'âges

Pourcentage des Jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission									
Questions	15-19 ans			20-24 ans			Proportion globale (15-24 ans)		
	Fréquence	Effectif	Proportion	Fréquence	Effectif	Pourcentage	Fréquence	Effectif	Pourcentage
Question n°1	1587	2685	<b>59,1</b>	1880	2733	<b>68,8</b>	3467	5418	<b>64,0</b>
Question n°2	1112	2685	<b>41,4</b>	1364	2733	<b>49,9</b>	2475	5418	<b>45,7</b>
Question n°3	1461	2685	<b>54,4</b>	1659	2733	<b>60,7</b>	3120	5418	<b>57,6</b>
Question n°4	1216	2685	<b>45,3</b>	1334	2733	<b>48,8</b>	2550	5418	<b>47,1</b>
Question n°5	1595	2685	<b>59,4</b>	1689	2733	<b>61,8</b>	3284	5418	<b>60,6</b>
Connaissance approfondie	357	2685	<b>13,3</b>	467	2733	<b>17,1</b>	824	5418	<b>15,2</b>

En prenant en compte les réponses des jeunes aux différentes questions, il ressort que le score le plus élevé des meilleures réponses a été enregistré sur la question relative à la réduction du risque de transmission par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté soit 64% chez des répondants, suivi de la question relative à la contraction du VIH par le fait de partager un repas avec une personne séropositive dans des cas.

Par contre le score le plus bas des meilleures réponses a été obtenu en référence à la question relative à la réduction du risque de transmission du VIH par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport dans 45,7% de cas.

### **1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans**

Cet indicateur permet de renseigner sur les efforts de retarder l'activité sexuelle au près des jeunes dans la mesure où la précocité l'activité sexuelle (avant le mariage) augmente le risque d'exposition au VIH.

Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes<sup>16</sup>.

Les données qui suivent prennent en compte les résultats de l'EDS+ de 2007 pour les hommes et du MICS-2010 pour les femmes.

Tableau 7 : Répartition des jeunes de 15-24 ans ayant eu un rapport sexuel avant 15 ans d'âge par sexe et par tranches d'âges .

Pourcentage des Jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans			
Tranches d'âges	Fréquence	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	572	2685	<b>21,3</b>
20-24 ans	585	2733	<b>21,4</b>
15-24 ans	1157	5418	<b>21,4</b>

L'analyse des données fait état de 21,4 % des jeunes qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans avec une même répartition de pourcentage dans les deux tranches d'âges soit 21,3% dans la tranche d'âges de 15-19 ans et 21,4% dans celle de 20-24 ans.

### **1.3. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois**

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. L'enquête EDS+ de 2007 et l'enquête MICS-2010, nous ont permis d'avoir les données respectives pour les hommes et les femmes telles que synthétisées dans le tableau qui suit :

Tableau 8 : Répartition des personnes âgées de 15-49 ayant avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois par sexe et par tranches d'âges

Pourcentage de personnes âgées de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois			
Tranches d'âges	Fréquence	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	208	2685	<b>7,7</b>
20-24 ans	186	2733	<b>6,8</b>
25-49 ans	341	7433	<b>4,6</b>
15-49 ans	735	12851	<b>5,7</b>

<sup>16</sup> Idem

Le tableau ci haut renseigne que 5,7% d'adultes âgés de 15-49 ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois avec une prédominance des tranches d'âges de 15-19 ans (7,7%) et 20-24 ans (6,8%) contre celle de 25-49 ans (4,6%)

**1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport.**

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. Ce risque s'accroît avec la non utilisation des préservatifs comme moyen de prévention. L'enquête EDS+ de 2007 et l'enquête MICS-2010, nous ont permis d'avoir les données respectives pour les hommes et les femmes telles que synthétisées dans le tableau qui suit :

Tableau 9 : Répartition des personnes âgées de 15-49 ans parmi celles qui ont déclaré avoir eu un rapport sexuel au cours de 12 derniers mois et qui ont indiqué avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport par sexe et par tranches d'âges.

Pourcentage de personnes âgées de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport			
Tranches d'âges	Fréquence	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	37	208	<b>18,0</b>
20-24 ans	25	186	<b>13,6</b>
25-49 ans	47	341	<b>13,8</b>
15-49 ans	110	735	<b>14,9</b>

L'analyse des données du tableau ci-haut révèle que seulement 14,9% de personnes âgées de 15-49 ans ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi celles ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois. La proportion est superposable pour les tranches d'âges de 20-24 ans (13,6%) et de 25-49 ans (13,8%) contre celle 15-19 ans qui présente le plus grand pourcentage (18%).

**1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Le dépistage au VIH est une étape importante dans le processus qui vise le changement de comportement en faveur de la réduction du risque lié à l'infection du VIH et la connaissance de son statut sérologique influe de manière significative sur la décision à prendre pour sa propre protection et celle des autres.

Selon les directives pour l'élaboration d'indicateurs de base de l'ONUSIDA, trois populations les plus à risque ont été identifiées et retenues pour le calcul des différents indicateurs y relatifs. Il s'agit de : professionnel(le)s de sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les consommateurs de drogues injectables (CDI).

Tableau 10 : Répartition des personnes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré s'être fait tester au cours de 12 derniers mois et qui ont connaissance de leur résultat par sexe et par tranches d'âges.

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Tranches d'âges	Fréquence	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	148	2685	<b>5,5</b>
20-24 ans	355	2733	<b>13,0</b>
25-49 ans	1193	7433	<b>16,1</b>
15-49 ans	1696	12851	<b>13,2</b>

L'analyse des données relatives à la connaissance de ses résultats au décours de test au VIH subi le douze dernier mois, révèle que 13,2% de clients ont pu retirer leurs résultats après test avec une prédominance dans la tranches d'âge de 25-49 ans (16,1%) suivie de celle de 20-24 ans (13%) et en fin celle de 15-19 ans avec 5,5%.

#### 1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH

Dans les pays où l'épidémie du VIH a atteint un niveau généralisé et dont la transmission sexuelle est la voie prépondérante de contamination, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans fournit, indirectement, une estimation des nouveaux cas d'infection par le VIH.

Le tableau 11 reprend la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Les données de cet indicateur sont tirées de la surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale durant les années 2009 et 2011. L'année 2010 n'ayant pas connu le passage de la surveillance sentinelle.

Tableau 11 : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans vivant avec le VIH en 2010 et 2011 par tranches d'âges et par année

Années	Pourcentage des Jeunes âgés de 15-24 ans vivant avec le VIH								
	15-19 ans			20-24 ans			15-24 ans		
	Fréquence	Effectif	%	Fréquence	Effectif	%	Fréquence	Effectif	%
2010	75	2574	2,9	118	3576	3,3	193	6150	<b>3,1</b>
2011	94	3607	2,6	141	4712	3	235	8319	<b>2,8</b>

Autant en 2011 qu'en 2010 la prévalence chez les jeunes reste supérieure à 1% soit globalement 3.1% en 2010 et 2.8% en 2011 dans les différentes tranches d'âges, suggestive d'une épidémie à progression rapide, situation superposable à celle rapportée lors du round de 2010 de l'UNGASS dont la prévalence globale était de 4.0%.

Toutefois, la tendance semble régressive d'année en année.

## 2. Les Professionnel(le)s du sexe

Les professionnels de sexe (travailleurs de sexe) font parti des groupes cibles identifiées comme prioritaires dans le plan stratégique national 201-2014, par conséquent, il est important de mesurer les efforts déployés dans le cadre des interventions qui leur sont adressées en vue de se rendre compte du niveau d'atteinte des objectifs définis.

Les différentes données présentées dans les tableaux 12, 13 et 14 sont tirées de la base de données de l'organisation non gouvernementale projets santé sans prix, PSSP en sigle, qui mène des interventions ciblant ces groupes des populations dans la ville de Kinshasa au cours des années 2010 et 2011.

Toutes les données ont été collecté chez les professionnels de sexe féminins

### 1.7. Pourcentage de PS atteint par les programmes de prévention

Tableau 12 : Répartition des professionnels de sexe atteint par les programmes de prévention par tranches d'âges et par année

Pourcentage de PS atteint par les programmes de prévention						
Paramètres	2010			2011		
	<25 ans	>25 ans	Total	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de PS qui savent où aller se faire dépister du VIH et qui ont déclaré avoir obtenu les préservatifs au cours de 12 derniers mois	107	214	321	205	257	462
Nombre de PS ayant été interrogé	238	322	560	715	554	1269
% de PS atteintes par le programme de prévention du VIH	45,0	66,5	57,3	28,7	46,4	36,4

L'analyse de données présentées dans le tableau... fait état de 57,3% des professionnels de sexe en 2010 et 42,7% en 2011 qui ont été touché par les programmes de prévention. Il est à noter que durant les deux années les PS dont l'âge minimal est de 25 ans représentent présentent les pourcentages les plus élevés parmi les PS atteinte par les programmes de prévention, soit respectivement 66,5% et 46,4% en 2010 et 2011 contrairement à 45% et 28,7% pour leurs homologues d'âge inférieur à 25 ans pour les mêmes années respectives.

### 1.8. Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Tableau 13 : Répartition des PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client par tranches d'âges et par année

Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client						
Paramètres	2010			2011		
	<25ans	>25ans	Total	<25ans	>25ans	Total
Nombre de PS qui ont indiqué avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client	60	82	142	91	112	203
Nombre de PS qui indiquent avoir eu de rapports sexuels tarifés au cours de 12 derniers mois	198	255	453	469	372	841
Pourcentage de PS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>30,3</b>	<b>32,2</b>	<b>31,3</b>	<b>19,4</b>	<b>30,1</b>	<b>24,1</b>

Le tableau ci haut renseigne qu'un plus du tiers des PS en 2010 et près du quart en 2011 parmi celles qui ont eu des rapports sexuels tarifés au cours de 12 derniers mois, ont déclaré avoir utilisé

le préservatif avec leur dernier client. On constate en outre qu'en 2010 les deux tranches d'âges de moins de 25 ans et plus de 25 ans présentent des pourcentages rapprochés soit respectivement 30.3% et 32.2% alors qu'en 2011 la tranche d'âge de plus de 25 ans prédomine avec 30.1% contre 19.4% pour celle de moins de 25 ans.

### 1.10. Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH

Tableau 14 : Répartition des professionnels de sexe qui vivent avec le VIH par tranche d'âge et par année

Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH						
Paramètres	2010			2011		
	<25 ans	>25 ans	Total	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de PS qui ont subi un test de dépistage et dont le résultat est positif	41	50	91	72	114	186
Nombre total de PS qui ont subi un test de dépistage	208	304	512	462	379	841
Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH	19,7	16,4	17,8	15,6	30,1	22,1

Au regard des données du tableau..., il apparaît qu'un peu plus d'un professionnel de sexe sur six en 2010 et un peu plus d'un sur cinq en 2011 vivent avec le VIH.

Pour l'année 2010, les PS dont l'âge est inférieur à 25 ans représentent 19,7% contre 16.4% pour celles de plus de 25 ans tandis que pour l'année 2011 près d'une PS sur trois dont l'âge est supérieur à 25 ans vit avec le VIH contre un peu plus d'une PS sur six parmi celles dont l'âge est inférieur à 25 ans.

### 3. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Quoi que cette cible est prise en compte dans le plans stratégique national 2010-2014, il en est moins en qui concerne les informations sur l'offre et l'utilisation de services de lutte contre le VIH par cette population vulnérable en RDC.

C'est donc une première dans le rapportage des informations concernant cette cible, cela grâce à une organisation non gouvernemental dénommée PSSP (projets santé sans prix) qui a offert des services de lutte contre le VIH à cette cible à travers le financement reçu du PEPFAR.

Les données qui sont présentées dans la suite ont été tiré de la base des données de l'ONG projets santé sans prix, relative aux interventions menées en 2010 et 2011 dans la ville de Kinshasa.

### 1.11. Pourcentage de HSH atteints par les programmes de prévention

Tableau 15 : Répartition d' hommes des rapports sexuels avec les hommes atteints par les programmes de prévention par tranche d'âge et par année

Paramètres	2010			2011		
	<25 ans	>25 ans	Total	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de HSH qui savent où aller se faire dépister du VIH et qui ont déclaré avoir obtenu les préservatifs au cours de 12 derniers mois	34	24	58	61	27	88
Nombre de HSH ayant été interrogé	91	65	156	193	132	325
% de HSH atteintes par le programme de prévention du VIH	37,4	36,9	37,2	31,6	20,5	27,1

L'années des données présentées dans le tableau en amont, fait état de plus d'un tiers des HSH en 2010 et un tiers en 2011 qui ont été atteint par les programmes de prévention dans la ville de Kinshasa et on note que les deux tranches d'âges ont été touché indistinctement en 2010 tandis qu'en 2011 la tranche d'âge de moins de 25 ans présente la plus grande proportion.

### 1.12. Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Tableau : Répartition d' HSH qui indiquent avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client par tranche d'âge et par année

Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client						
Paramètres	2010			2011		
	<25 ans	>25 ans	Total	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de HSH qui ont indiqué avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client	8	4	12	31	40	71
Nombre de HSH qui indiquent avoir eu de rapports sexuels annaux au cours de 6 derniers mois	24	22	46	105	137	242
Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>33,3</b>	<b>18,2</b>	<b>26,1</b>	<b>29,5</b>	<b>29,2</b>	<b>29,3</b>

Le tableau montre, à l'analyse des données, qu'un peu plus du quart des HSH en 2010 et près d'un tiers en 2011 parmi ceux qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels annaux au cours 6 derniers mois ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client. Si en 2011, les pourcentages des HSH ayant déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client sont superposables entre différentes tranches d'âges soit 29.5 pour la tranche de moins de 25 ans et 29.2 pour celle de plus de 25 ans, par contre l'on note une prédominance de pourcentage chez les moins de 25 ans (33.3%) par aux plus de 25 ans (18.2%) en 2010.

### 1.14. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH<sup>17</sup>

Il est important que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger eux-mêmes et de protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à demander à se faire soigner.

Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sous épidémique concentrée parmi les populations clés les plus exposées<sup>18</sup>

Les données présentées dans le tableau... ont été tirées de l'étude sur les facteurs explicatifs de la prévalence élevée chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Tableau 16 : Répartition d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes qui vivent avec le VIH par tranche d'âge

Tranche d'âges	Pourcentage d'hommes ayant des rapports avec les hommes			
	Testés positif au VIH	Testés négatif au VIH	Effectif	Prévalence
<b>&lt; 25 ans</b>	48	105	153	<b>31,4</b>
<b>&gt; 25 ans</b>	35	79	114	<b>30,7</b>
<b>Global</b>	83	184	267	<b>31,1</b>

<sup>17</sup> Hilaire MBOLIE., rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée de l'infection à VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes de Kinshasa

<sup>18</sup> ONUSIDA, Directives sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida, 2011

Au vue de l'analyse de données du tableau... la prévalence entre les groupes d'âge est superposable chez les hommes de moins de 25 ans qui ont des rapports sexuels avec les hommes et ceux de plus de 25 ans.

La prévalence globale à tous les groupes d'hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes est de 31,09% avec comme prévalence spécifique pour ceux de moins de 25 ans de 31,4% et de 30,70% de plus de 25 ans.

### **Indicateurs portant sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la réduction sensiblement du nombre de décès maternels liés au sida**

#### **3.1. Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant**

Permet de mesurer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à travers l'administration d'antirétroviraux. C'est l'une des interventions qui permettent d'éviter l'infection VIH chez les nouveau-nés nés des mères vivant avec le VIH, outre la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes qui vivent avec le VIH, et les services de traitement, de soins et soutien aux mères qui vivent avec le VIH, leurs enfants et familles.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la provision d'antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH. Lorsque les données qui lui sont relatives sont ventilées, cet indicateur peut indiquer un accès accru aux régimes d'antirétroviraux plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays qui ont adapté leurs protocoles PTME aux récentes recommandations 2009 de l'OMS selon les catégories. <sup>19</sup>.

Tableau17 : Répartition des femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant par année

Catégories	Fréquences		Effectif estimé	Pourcentage		
	2010	2011				
TARV pour les enfants enceintes éligibles	2010	233	67 328	4,6		
	2011	984				
AZT pendant la grossesse+ AZT+3TC+NVP (DU) en travail + 3TC+AZT en post partum (7jours)	2010	481				
	2011	1 114				
Dose unique de la Névirapine	2010	2 402				
	2011	1 608				
Total	2010	3 116			67 328	4,6
	2011	3 706			65 679	5,6

L'analyse des données ci-haut renseigne que seulement 4,6% en 2010 et 5,6% en 2011 des femmes séropositives ont en accès aux ARV pour réduire le risque de la transmission du VIH à leur enfant. La couverture reste cependant, très faible par rapport l'accès universel. Il ya lieu de constater que 95,4% des femmes en 2010 et 94,4% en 2011 n'ont pas bénéficié eu accès aux ARV pour donner la chance à leurs enfants de naitre sans contracter l'infection à VIH.

<sup>19</sup> Idem

Tableau 18 : Répartition des femmes ayant eu accès à la prophylaxie en fonction des régimes auxquelles elles étaient soumises par année.

Catégories	Fréquences		Effectif total des femmes ayant eu accès aux ARV	%
	2010	2011		
<b>TARV pour les femmes enceintes éligibles</b>	2010	233	3 116	<b>7,5</b>
	2011	984	3 706	<b>26,6</b>
<b>AZT pendant la grossesse+ AZT+3TC+NVP (DU) en travail + 3TC+AZT en post-partum (7jours)</b>	2010	481	3 116	<b>15,4</b>
	2011	1 114	3 706	<b>30,1</b>
<b>Dose unique de la Névirapine</b>	2010	2 402	3 116	<b>77,1</b>
	2011	1 608	3 706	<b>43,4</b>

En prenant en compte les différents régimes, on note parmi les femmes enceintes exposées au traitement antirétroviral pour réduire le risque de la transmission de l'infection à leurs enfants que la grande proportion de femmes enceintes séropositives continue à recevoir la dose unique à base de Névirapine soit 77,1% en 2010 et 43,4% en 2011 et que l'accès à la prophylaxie à base des régimes d'antirétroviraux plus efficaces (option A de l'OMS pour le pays) est encore limité, même dans les sites qui offrent le service de PTME soit 15,4% des femmes qui ont eu accès aux schémas complexes en 2010 contre 30,1% en 2011.

Cependant, en comparant les proportions des femmes qui reçoivent la névirapine et celles ayant reçu le schéma complexe à base de l'AZT, on constate que mathématiquement un penchant de la balance en faveur de la névirapine en 2010 soit plus de 5 fois en terme d'importance (77,1% pour la névirapine et 15,4% pour le schéma complexe) alors que la différence se ressert en 2011 soit 30,1% pour le schéma à base d'AZT à partir de 14 semaine de grossesse et 43,4% pour la névirapine.

Il y a lieu de noter l'effort réalisé pour un accroissement de nombre de femmes qui bénéficient des régimes d'antirétroviraux plus efficaces soit en traitement ou en prophylaxie. L'administration de NVP en dose unique est en voie d'être abandonnée.

### **1.1. Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie**

La progression rapide du VIH chez l'enfant implique que beaucoup d'enfants exposés (50 %) meurent en bas âge ou dans la première enfance, d'affections infantiles courantes ou d'infections opportunistes que l'on sait prévenir et traiter avant que l'on connaisse leur statut sérologique positif au VIH. L'identification des enfants infectés du VIH aussi précocement, avant 12 mois d'âge, est une composante essentielle pour la survie de l'enfant. En effet, le diagnostic précoce et l'administration d'un traitement antirétroviral sont particulièrement cruciaux dans le cas des nourrissons et que de nombreuses vies pourraient être sauvées en administrant des antirétroviraux aux nourrissons séropositifs immédiatement après le diagnostic, dans les 12 premières semaines de la vie. L'OMS recommande que des programmes nationaux établissent la capacité à réaliser des tests de dépistage du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines, ou dès que cela est possible afin d'orienter une prise de décision rapide

Les données suivantes sont issues :

- Pour le numérateur des rapports 201 et 2011 du laboratoire national de référence en matière du VIH en RDC
- Pour le dénominateur des estimations sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA.

Tableau 19: Répartition d'enfants nés de mères infectées au VIH ayant bénéficié d'un diagnostic virologique précoce (2 premiers mois de leur vie) par année

Pourcentage d'enfants nés de mères infectées au VIH ayant bénéficié d'un diagnostic virologique précoce (2 premiers mois de leur vie)						
Enfants	Nombre testé au cours de 2 mois d'âge		Nombre de mères estimés ayant besoin de la PTME		Pourcentage d'enfants dépistés au cours de leurs deux premiers mois de vie	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
		931	1468	67328	65679	1,38

Il ressort de données du tableau ci haut que seulement 1.38% en 2010 et 2.24% en 2011 d'enfants exposés ont bénéficié d'un diagnostic virologique dans le deux premiers mois de leur vie.

### 1.2. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisé)

La voie de contamination verticale de la mère à l'enfant est considérée comme celle par excellence par laquelle se transmet le VIH au nouveau né.

Des efforts ont été réalisés pour accroître l'accès à des interventions qui peuvent réduire de manière significative la transmission mère-enfant du VIH, notamment la combinaison de régimes de prophylaxie et de traitement antirétroviraux et de renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. Il est important d'évaluer l'impact que les interventions de PTME ont sur les nouvelles infections à VIH pédiatriques à travers la transmission mère-enfant<sup>20</sup>

Les données pour l'évaluation du pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH sont issues des estimations et projections des données de la surveillance au près des femmes fréquentant la CPN dans les sites sentinelles en 2009 et 2010 sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau 26 ci-dessous

Tableau 20 : Modélisation de la transmission mère-enfant en 2010 et 2011 par année

Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par leurs mères séropositives ayant accouchées au cours de 12 derniers mois						
Enfants	Nombre estimé d'infection à VIH		Nombre de mères séropositives ayant accouché		Pourcentage estimé d'enfants infectés	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
		25 240	24 143	67 328	65 679	37,5

L'analyse de ces données révèle que plus d'un nourrisson sur quatre soit 37.5% en 2010 et 36.8% en 2011, né d'une mère séropositive est infecté par le VIH de suite à son exposition (durant la grossesse, pendant l'accouchement et dans sa suite ou lors de l'allaitement maternel)

### Indicateurs portant sur l'accès à un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

#### 3.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès

<sup>20</sup> Idem

La thérapie antirétrovirale (ART) a démontré sa capacité à réduire la mortalité chez les personnes séropositives et des efforts sont actuellement déployés par la rendre plus abordable financièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux devrait toujours être dispensé conjointement avec des services plus étendus de soins et d'accompagnement, y compris de conseils pour les soignants qui s'occupent d'un membre de la famille.

Malgré l'initiative « Three by five » lancée en décembre 2003 par l'OMS en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires en vue de mettre trois millions de personnes séropositives, dont deux millions en Afrique, sous traitement antirétroviral en fin 2005, le défi à relever est demeuré important jusqu'à ce jour.

En RDC où le traitement a été introduit en 2002, les besoins demeurent en grande partie insatisfaits

Tableau 21 : Répartition des cas des personnes vivants avec le VIH éligible au traitement ayant eu accès à la TARV par sexe et par année

Pourcentage des personnes vivants avec le VIH éligible au traitement ayant eu accès à la TARV						
Sexes	Fréquences		Effectif estimé		Pourcentage	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Masculin	16659	19227	134795	191993	<b>12,4</b>	<b>10,0</b>
Féminin	27219	34327	162873	244368	<b>16,7</b>	<b>14,0</b>
Total	43878	53554	297668	436361	<b>14,7</b>	<b>12,3</b>

Au regard des données présentées dans le tableau ci haut, 14.7% de personnes vivant avec le VIH et éligible ont bénéficié de l'accès au traitement dont 16.7% parmi les femmes et 12.4% parmi les hommes contre 12.3% d'accès en 2011 dont 14.1% parmi les femmes et 10% parmi les hommes. Il apparaît donc que le pourcentage d'accès au traitement est en régression en 2011 par rapport à 2010, ceci s'explique par la variation significative du dénominateur. En effet, en 2010 le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en besoin du traitement rétroviral s'est fondé sur le seuil de CD4 à 200/mm<sup>3</sup> alors qu'en 2011 se seuil est passé à 350/mm<sup>3</sup> avec l'inclusion systématique des personnes présentant une coinfection VIH/TB.

Tableau 22 : Répartition des cas des PvVIH éligibles ayant eu accès aux ARV en 2010 par sexe

Pourcentage des personnes vivants avec le VIH éligible au traitement ayant eu accès à la TARV en 2010			
Sexes	Fréquences	Effectif estimé	Pourcentage
Masculin	16659	134795	<b>12,4</b>
Féminin	27219	162873	<b>16,7</b>
Total	43878	297667	<b>14,7</b>

Ce tableau présente la situation en 2010 et révèle que seulement 14.7% de personnes éligibles aux ARV ont pu y avoir réellement accès. En prenant les deux sexes distinctement, l'on compte parmi les femmes 16.7% d'accès et parmi les hommes 12.4% d'accès au traitement.

Tableau 23 : Répartition des cas des PvVIH éligibles ayant eu accès aux ARV en 2011 par sexe et par tranches d'âges.

Pourcentage des personnes vivants avec le VIH éligible au traitement ayant eu accès à la TARV en 2011					
Sexes	Fréquences			Effectif estimé	Pourcentage
	<15 ans	>15 ans	Total		
Masculin	3022	16205	19227	191993	10,0
Féminin	3216	31111	34327	244368	14,0
Total	6238	47316	53554	436361	12,3

Le tableau ci haut, nous présente la situation d'accès aux ARV en 2011 et il ressort de l'analyse que globalement 12.3% des personnes vivant avec le VIH parmi les éligibles ont eu accès au traitement dont 6.1% parmi celles de moins de 15 ans et 14.2 parmi celles dont l'âge est supérieur ou égal à 15 ans. En considérant le paramètre sexe, l'on note 10% parmi les hommes vivant avec le VIH éligible ont eu accès au traitement (5.9% parmi les moins de 15 ans et 11.5% parmi ceux de 15 an ou plus), par contre parmi les femmes 14.1% ont eu accès au traitement dont 6.3% parmi celles de moins de 15 ans et 16.1% parmi celles d'au moins 15 ans. Toute fois, il se ressort clairement que l'accès aux ARV est encore très faible dans la globalité, mais il l'est d'avantage pour les enfants de moins de 15 ans.

#### **4.2. Pourcentage d'adultes séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale**

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes ayant contracté le virus. Alors que le traitement antirétroviral s'étend dans les pays à travers le monde, il est important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en lumière les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration.

En RDC, la mise en place du premier programme national d'accès aux antirétroviraux a débuté en 2002 et près de 10 ans après l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale.

Le tableau ... reprend la proportion des personnes séropositives encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale durant l'année 2010. Les données ont été tirées du rapport de l'état de lieu sur « le maintien des PVV sous traitement ARV dans la ville de Kinshasa », mené en 2010 par le PNLS.

Tableau 24 : Répartition des cas des PvVIH sous traitement depuis 12 mois et qui sont encore en vie par sexe

Paramètres	12 mois	24 mois	60 mois
Nombre des PvVIH ayant débutées le traitement 12 mois auparavant	692	1033	1033
Nombre des PvVIH ayant débutées le traitement 12 mois auparavant et qui sont toujours en vie	518	797	589
Décès	74	113	155
Abandon	0	0	0
Perdus de vue	98	110	234
Pourcentage des PvVIH sous traitement qui sont encore en vie	74,9	77,2	57,0

Au regard des données présentées dans le tableau 24 Près de  $\frac{3}{4}$  des patients ayant débuté le traitement antirétroviral douze mois avant soit en 2010 (janvier-décembre) étaient encore en vie en 2011 (Janvier – décembre). Le total de 12 mois est en rapport avec le mois du début en 2010 correspondant au mois de l'évaluation en 2011.

### Indicateur portant sur la réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

#### 5.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

La tuberculose (TB) est l'une des causes principales de la morbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de TB ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie en conformité avec les directives nationales et internationales est un facteur essentiel de qualité de vie et de survie chez les personnes vivant avec le VIH. Il est donc important de calculer le pourcentage de personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose qui ont accès à un traitement approprié.

Tableau 25 : Répartition des cas des personnes coinfectedes au VIH et TB qui ont bénéficié d'un traitement aux ARV et antituberculeux selon le protocole national par année

Paramètres	Fréquences de bénéficiaires à la fois du traitement antituberculeux et aux ARV conformément au protocole national		Effectif estimé de cas de Tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH		Pourcentage de bénéficiaires à la fois du traitement antituberculeux et aux ARV conformément au protocole national	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Adultes présentant une infection à VIH au stade avancé recevant à la fois les antirétroviraux et antituberculeux conformément aux protocoles y afférents	509	775	17393	17915	2,93	4,33

Les données ci-haut présentées dans le tableau 25 font état 2,93% et 4,33% des malades infectés au VIH et à la tuberculose respectivement en 2010 et 2011 qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre l'infection à VIH conformément au protocole national. Il ya lieu de noter que l'information est captée sur base d'une seule entrée qu'est la Tuberculose tandis que la porte d'entrée VIH n'est jusque là non fonctionnelle.

### Indicateur portant sur l'atteindre d'un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

#### 6.1. Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

En RDC, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural où environ huit ménages sur dix sont pauvres et milieu urbain où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. L'alimentation représente 62,3% des dépenses totales des ménages congolais<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Ministère du plan, Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, deuxième génération, 2011-2015.

Pour l'année 2010, les dépenses en matière de lutte contre le VIH/sida ont été évalué globalement à 19554363 \$ US dont 90 188 473,00 \$ US provenant des ménages et 105 365 890,00 \$ US de dépenses institutionnelles.

L'analyse des dépenses institutionnelles fait état de 102 437817\$ US soit 97,22 % en provenance de sources extérieures avec seulement 2 759 539 \$ US soit 2,62% comme contribution du gouvernement et 168 534 \$ US soit 0.16% en provenance de sources institutionnelles privées.

Il apparaît donc clairement que le VIH/sida a une influence significative de manière négative sur les économies des ménages en RDC qui, au départ près de 63% sont frappés par la pauvreté. Et que la source du financement de la lutte, à l'instar des exercices REDES antérieurs, est extraverti à près de 98% alors que cela ne couvre même pas les prévisions en terme de besoins définis.

En prenant en compte les dépenses la contribution des ménages, les dépenses globales représentent 46,3% par rapport aux besoins définis dans le plan stratégique national 2010-2014, lesquels besoins étaient évalués à 422441138.01 \$ US pour l'année 2010<sup>22</sup>. Par contre en ne considérant que les dépenses de provenances institutionnelles, comme généralement fait dans les exercices antérieurs, la couverture de celles-ci par rapport au besoins représente 24.9%.

En prenant en compte l'affectation des dépenses d'origine institutionnelles par rapport au services, il faut noter que 37 038 750 \$ US soit 35,15% ont été dépensé en faveur de la prévention, 28 843596 \$ US soit 27,37% en faveur des soins et traitement, 16 953435 \$ US soit 16,09% en faveur de la gestion et administration de programmes, 8 055 626 \$ US soit 7,65% en faveur des OEV alors que les ressources humaines n'ont bénéficié que 941 080 \$ US soit 0,89%. il faut, cependant noter que la recherche liée au VIH n'a bénéficié que 747 580 \$ US soit 0,71% des dépenses effectuées.

En considérant les cibles bénéficiaires, 30 391751 \$ US soit 28,84 % ont couverts les besoins des personnes vivant avec le VIH, 27 261740 \$ US soit 25,87% pour les autres groupes des populations clés, 18 170959 \$ US soit 17,25 % pour l'ensemble de la population et 19,74% soit 20 804 276 \$ US dépensés pour les initiatives non ciblées.

L'annexe 1 du présent rapport présente un tableau détaillant les dépenses de la lutte contre le VIH/sida par sources de financement.

## **Indicateurs portant sur l'aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement**

### ***7.1. Engagements nationaux et moyens d'actions (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)***

Le présent rapport sur l'indice composite des politiques nationales est le 4ème que la République Démocratique du Congo élabore dans le processus d'évaluation des progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant la lutte contre le VIH/Sida au niveau national.

Depuis 2009 les principales réalisations effectuées dans le domaine de l'indice composite sont reprises ci-dessous.

**En rapport avec le plan stratégique**, le pays a par un processus inclusif de toutes les parties prenantes avec une implication active et une participation complète de la société civile, développé une stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH couvrant la période de 2010 à 2014. La plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) ont aligné et harmonisé leurs programmes liés au VIH avec la stratégie nationale multisectorielle.

Le VIH a été intégré aux plans de développement général ainsi que dans les plans spécifiques pour le développement.

---

<sup>22</sup> PNMLS, PSN 2010-2014

Les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida est suivi par le pays par révision à la hausse bien que pas en conséquence la stratégie nationale et le budget national relatifs au VIH.

**En rapport avec l'appui politique le Président de la République,** président officiel du Comité Nationale Multisectoriel de Lutte contre le VIH évoque le VIH comme étant une priorité et s'est engagé dans "une génération sans Sida". La RD Congo a revu les directives et les lois nationales pour déterminer, le cas échéant, lesquelles sont conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH et leur amendement pour être conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH et ce au Conseil des ministres.

**En rapport avec les droits de la personne,** il existe une loi générale contre la discrimination et une loi spécifiques qui protège les PVVIH et les PA.

Il n'existe pas dans le pays un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de riposte des cas de discrimination rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations vulnérables.

Les mesures d'application en vigueur de la loi portant protection des droits des PVVIH manquent jusqu'à ce jour.

Notre pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour des populations clés et des groupes vulnérables spécifiques. Concernant les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme, il existe au niveau du pays, le groupe Droits et VIH et dans la société civile, des ONG de droits de l'homme ainsi que celles de prise en charge des propositions des révisions de la loi.

**Pour ce qui est de la prévention,** la RD Congo a une politique ou une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général à l'aide des messages clés explicitement promus, aux médias, aux jeunes personnes développés aux élèves par le programme scolaire et/professionnel ainsi qu'aux jeunes personnes non scolarisées.

Le pays a identifié par une planification ascendante des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH.

**Concernant le traitement, soins et soutien, un ensemble complet de services de traitement,** de soins et d'accompagnement liés au VIH ont identifié les éléments essentiels avec comme priorité par rapport aux besoins en traitement aux ARVs des malades, en traitement des infections opportunistes, pour le dépistage des malades et le suivi biologique des malades.

Les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été intensifiés par l'élargissement de la couverture d'intégration du paquet VIH dans les ZS (de 126 ZS à 169 puis à ce jour à 239 ZS et le diagnostic systématique des personnes qui vont consulter les services de soins. Le gouvernement n'a pas une politique ou une stratégie mise en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH. Le pays n'a pas accès aux mécanismes d'achats et d'approvisionnement régionaux pour les produits fondamentaux tels que les médicaments pour la thérapie antirétrovirale, les préservatifs et les médicaments de substitution.

**Pour ce qui est du Suivi et évaluation,** le pays dispose d'un plan national de Suivi et d'Évaluation alloué d'un budget pour le VIH 2012 à 2014 qui a rencontré des difficultés pour son développement ou sa mise en œuvre.

Les partenaires clés ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E, y compris les indicateurs avec le plan national de S&E.

Quelques problèmes ont été rencontrés à savoir la fragmentation du système en termes d'outils de collecte et du circuit de l'information.

Une Unité nationale fonctionnelle de S&E est basée dans la structure de coordination nationale de la riposte au VIH qui produit et publie au moins une fois par an un rapport de S&E sur le VIH, incluant des données sur la surveillance du VIH.

Il existe un Groupe de travail pour le S&E qui se réunit 1 fois par trimestre pour coordonner les activités de S&E, dénommé la task force S&E.

### **Pour la participation de la société civile**

La société civile contribue à renforcer l'engagement politique au travers de ses associations et ce grâce à différentes opportunités de financement ou appuis.

Elle participe aux processus de planification et de budgétisation pour le Plan stratégique national pour la lutte contre le VIH ou pour le plan relatif aux activités les plus illustrée lors des écritures de soumission (rounds), d'élaboration du PSN auquel s'inscrivent les différents plans opérationnels de ses associations et des réunions de planification.

Toutefois, cette participation ne reflète pas la diversité de représentation de la société civile.

En conclusion, la RDC a connu des avancées dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales en matière de VIH. Ces avancées ont comme fruits, notamment, la révision des attributions du PNMLS, l'alignement et l'harmonisation des programmes liés au VIH de la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) avec la stratégie nationale multisectorielle, l'élaboration du Plan national de S&E, l'existence des institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC), l'identification d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH, l'intensification des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH par l'élargissement de la couverture d'intégration du paquet VIH dans les ZS (de 126 ZS à 169 puis à ce jour à 239 ZS) et le diagnostic Conseil Initié par le Prestataire et le renforcement de l'engagement politique de la société civile au travers de ses diverses associations et ce grâce à différentes opportunités de financement

Cependant malgré ces louables efforts, il reste encore des murs à surmonter, à savoir, la vulgarisation des documents stratégiques et normatifs, la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre et le suivi et évaluation, les mesures de vulgarisation et d'application de la loi portant protection des PVV et des PA, l'application de la gratuité de la prise en charge globale et accompagnement des PVVIH, l'accroissement de la culture et des capacités en S&E, l'augmentation des financement pour la mise en œuvre des activités par la société civile et l'intégration de toute la diversité de représentation de la société civile dans les groupes de travail VIH.

### ***7.2. Proportion des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois***

Globalement, et en particulier en Afrique sub-saharienne, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. On reconnaît de plus en plus que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection, est façonné par des inégalités omniprésentes et profondes – en particulier la violence à leur encontre. Les études ayant été réalisées dans de nombreux pays indiquent qu'une importante proportion de femmes a subi de la violence, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007

Tableau 26: Répartition des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois par tranches d'âges

Tranches d'âges	Fréquences	Effectifs	Proportion
15-19 ans	111	199	<b>55,8</b>
20-24 ans	345	536	<b>64,4</b>
25-49 ans	1230	1896	<b>64,9</b>
15-49 ans	1686	2631	<b>64,1</b>

Il ressort des données ci-haut que globalement au moins deux tiers des femmes de 15-49 ans ont été victime des violences physiques ou sexuelles de la part de leurs maries ou conjoints. La proportion des femmes ayant été victimes de violences est superposable pour les tranches d'âges de 20-24 ans et de 25-49 ans soit respectivement 64.4% et 64.9% alors qu'elle de 55.8% pour la tranche d'âges de 15-19 ans.

Tableau 27: Répartition des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois selon les types de violences par tranches d'âges

Ages en années	violences physique			violences sexuelles			violences physiques ou sexuelles		
	Fréquences	Effectifs	%	Fréquences	Effectifs	%	Fréquences	Effectifs	%
15-19	92	199	46,3	72	199	36,2	111	199	<b>55,7</b>
20-24	311	536	58,1	167	536	31,2	345	536	<b>64,4</b>
25-49	1230	1896	64,8	689	1896	36,4	1230	1896	<b>64,8</b>
15-49	1633	2631	62,1	929	2631	35,3	1686	2631	<b>64,1</b>

En prenant en compte la composante type des violences, note que près de 2/3 des femmes ont été victimes des violences physiques avec la proportion la plus considérable parmi les femmes dont l'âge varie entre 25 et 49 ans soit 64.8%, suivi de celles dont l'âge est compris entre 20-24 ans soit 58.1%.

Cependant, on note que plus du tiers des femmes de 15-49 ans ont été victimes des violences sexuelles avec les proportions considérables dans les tranches d'âges de 15-19 ans et de 25-49 ans soit respectivement 36.2% et 36.4%.

### 7.3. Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans

L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue des facteurs susceptibles de compromettre davantage les chances d'un enfant de parvenir au terme de sa scolarité et qui peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

L'accès à l'instruction est un droit dont tous les enfants doivent bénéficier sans distinction. Il constitue un élément essentiel de l'action en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV) dans la lutte contre le VIH afin de garantir la non-stigmatisation et la non-discrimination que peuvent subir ces enfants par rapport aux non OEV. A cet effet, un ratio de scolarisation entre orphelins et enfants non orphelins a été calculé pour en mesurer les disparités. Les résultats de ce ratio sont présentés dans le tableau 28

Les données ainsi présentées ont été tirées du rapport MICS-2010

Tableau 28 : ratio de taux de fréquentation scolaire des orphelins par rapport aux non orphelin par sexe

Sexes	Orphelins			Non orphelins			Ratio Non orphelin/orphelin
	fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	
Masculin	56	81	69,7	2655	3031	87,6	<b>0,80</b>
Féminin	55	95	57,9	2412	2924	82,5	<b>0,70</b>
Ensemble	111	176	63,1	5067	5955	85,1	<b>0,74</b>

Le ration entre orphelin et non orphelin étant globalement de 0.7, cela traduit un défaveur en matière d'assiduité parmi les enfants âgés de 10-14 ans à l'encontre des enfants orphelins. Le ratio est d'avantage en défaveur des enfants de sexe féminin 0.7 que ceux du sexe masculin 0.8. L'analyse de ces données fait état d'une stagnation de la situation par rapport aux données de l'UNGASS 2010 pour lequel un ration global de 0.77 était noté avec des variations allant de 0.71 parmi les enfants de sexe féminin à 0.82 parmi ceux de sexe masculin. L'analyse des taux de fréquentation en comparaison entre orphelin et non orphelin illustre d'avantage la situation soit 85,1% chez les non orphelins contre 63,1% chez les orphelins.

#### **7.4. Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois**

La maladie et/ou le décès des parents ou des membres du ménage constituent souvent la cause de problèmes économiques en défaveur notamment des OEV compromettant ainsi la protection sociale et mettant en péril l'avenir et la survie de l'enfant.

Le renforcement des capacités en terme d'assistance sociale et les aides financières est une modalité pratique pour faire face à cette situation particulière et accroître la chance d'émergence pour les familles les plus pauvres.

Le suivi de la couverture des foyers où vivent des enfants et au sein des quintiles les plus pauvres reste une priorité en matière de développement.

Les données présentées sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007

Tableau 29 : Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois

Paramètres	Valeur
Nombre des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien	35
Nombre des ménages les plus pauvres enquêtés	1666
Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien	<b>2,1</b>

Il ressort de l'analyse de présente données que seulement deux ménages sur cent ont bénéficié d'au moins un type de soutien en RDC.

Tableau 30 : Répartition des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois en fonction des types des soutiens reçus.

Types des soutiens	Nombre des ménages	Effectifs de Ménages	Proportion
soutien médical au cours de 12 derniers mois	12	1 666	<b>0,7</b>
soutien moral au cours de 3 derniers mois	10	1 666	<b>0,6</b>
soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois	1	1 666	<b>0,1</b>
assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois	14	1 666	<b>0,9</b>
Au moins un type de soutien	35	1 666	<b>2,1</b>

En considérant les différents types de soutien aux ménages, il ressort qu'aucun ménage n'a bénéficié de plus d'un soutien.

De même moins d'un ménage sur cent ont bénéficié d'un type spécifique de soutien.

## V. MEILLEURES PRATIQUES

### 5.1. Processus participatif à l'élaboration du plan opérationnel 2012-2014

Dans le souci de faire participer l'ensemble des secteurs de la lutte dans le processus d'implémentation du plan stratégique national 2010-2014, le Programme national Multisectoriel de lutte contre le sida a conduit un processus dont le résultat est la production du plan opérationnel multisectoriel triennal (2012-2014)

Ce processus qui a connu la participation des différentes parties prenantes de lutte en RDC, à savoir : le PNMLS, les structures gouvernementales de la lutte du Ministère de la santé (PNLS, PNSR, PNSA, PNTS), les programmes des armées et de la police, cellules de lutte au niveau des autres ministères, les organisations du système communautaire y compris les personnes vivant avec le VIH, les privés ainsi que les partenaires au développement.

Le processus s'est déroulé en plusieurs étapes qui se résument comme suit :

- L'élaboration d'un document Draft portant sur la clarification des rôles et responsabilités de différents secteurs de la lutte, incluant leur composition en terme de Ministères et acteurs fonction de l'offre de service auquel il contribuent. Ce document Draft était produit par l'équipe technique en charge de la conduite du processus dont la composition était faite des cadres du programme national multisectoriel de lutte contre le sida, les cadres de programmes sectoriels de lutte, les partenaires au développement et la société civile ;
- Organisation de réunions d'échange et discussion sur le Draft du document sur les rôles et responsabilités avec les différents secteurs, composés de ministères. Ce qui a permis l'enrichissement du document et son appropriation par les différents secteurs;
- La validation technique en atelier avec les secteurs réunis ayant conduit à la production du document final à soumettre à l'approbation du CNML;
- La conduite du processus d'élaboration du plan opérationnel multisectoriel 2012-2014 avec l'aide d'un consultant national et la participation de l'ensembles des parties prenantes à la lutte en RDC.

Pour s'assurer de l'effectivité de la mise en oeuvre de ce plan, une analyse portant sur les gaps financiers et programmatiques est en cours de réalisation portant sur la période allant de 2012 – 2014 est. Cet exercice va permettre de circonscrire les efforts dans la mobilisation de ressources additionnelles en vue de compléter les gaps programmatiques et financiers et garantir ainsi l'effectivité de l'implémentation de ce plan.

Ce processus a été financé par les partenaires au développement dont l'ONUSIDA, l'UNICEF et Provic/PEPFAR.

## 5.2. Processus participatif à l'élaboration du plan national de l'ÉTME

Faisant suite à la dynamique nationale et internationale qui place le concept de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH à l'échelle des priorités à atteindre d'ici 2015 et la classification de la RDC, comme l'un des 22 pays prioritaires susceptibles de conduire à l'atteinte des objectifs de cette élimination si des interventions conséquentes sont mise en œuvre dans cet optique. Les objectifs de l'élimination concerne d'une part la réduction de la mortalité maternelle liée au VIH à moins de 50% et d'autre part la réduction du taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH à moins de 5%.

Dans cette dynamique, la RDC a conduit un processus de planification incluant l'ensemble des parties prenantes du niveau national ainsi que les acteurs du niveau intermédiaire.

L'exercice a démarré par une analyse des goulots d'étranglement ainsi que les différentes causes y répartitives. Ce qui permis l'identification des actions prioritaires appropriées et la définitions des interventions à adresser comme réponse à la problématique de l'ÉTME.

Il faut noter que ce processus était conduit avec l'aide d'un consultant international et deux consultants nationaux.

Le plan ainsi élaboré à bénéficié d'une validation technique nationale puis partager avec les instances d'accompagnement au niveau régional et global qui, à leur tour ont formulé des recommandations en vue de son amélioration finale.

Le processus est encours de finalisation ave l'aide de consultants des niveaux régional et global.

## VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Les obstacles qui ont été mentionné dans le rapport GARP de 2010 alors UNGASS peuvent être résumés comme suit :

- Le faible alignement et harmonisation des partenaires ;
- Le faible financement par le gouvernement de la lutte,
- L'absence des données sur le niveau réel du risque chez certains groupes cibles, notamment les hommes ayant de rapports avec les hommes (MS) et les consommateurs des drogues injectables (CDI)
- La faiblesse du SNIS.

Dans le cadre des efforts pays pour lever ces obstacles et en complément aux actions inscrites dans le rapport 2010, axées sur la consécration du plan stratégique national 2010-2014 comme document de référence pour la lutte en RDC, l'inscription dans document de plus des interventions ciblant les MSM et les CDI et l'amorçage du processus de révision du cadre institutionnel de la lutte, quelques actions peuvent être mentionnées, il s'agit de:

- la signature par le chef de l'Etat de l'ordonnance loi n°11/023 de 18 Mars 2011 modifiant et complétant le décret n° 04/029 du 17 Mars 2004 portant création et organisation du programme national multisectoriel de lutte contre le sida dont les textes de mis en application sont en cours d'élaboration ;
- la conduite de quelques études, notamment sur les facteurs justifiant la prévalence très élevée du VIH parmi les HSH, sur la cartographie des travailleurs de sexe, les financement des quelques interventions ciblant les HSH et CDI par le PEPFAR à travers l'ONG Provic en appui au projet santé sans prix,
- la conduite de l'analyse du cadre global du système de suivi et évaluation à l'échelle multisectorielle et de modalités pratiques pour une bonne fonctionnalité avec l'aide d'un consultant international et deux nationaux, en cours d'amorçage, comme processus devant aboutir au renforcement du système national de S&E en plus des efforts déjà entrepris par le secteur santé pour l'harmonisation de son système pour son ancrage à la fois au SNIS du secteur et au système multisectoriel.

Dans le cadre du présent processus les obstacles suivant ont été noté, il s'agit :

- La non régularité dans la conduite du BSS rendant difficile la possibilité de la comparabilité des données entre les rounds successifs et même la mesure de progrès en référence à une source identique,
- L'absence d'un système permettant de capter régulièrement les données et informations sur certains groupes spécifiques comme les HSH et le CDI à l'échelle nationale,
- Le retrait de l'indicateur sur la sécurité transfusionnelle sur la liste des indicateurs GARP et sa prise en compte au niveau des indicateurs d'accès universel ;
- Le non couplage de la surveillance sentinelle au BSS de manière systématique ;
- Le retard dans la transmission du nouveau logiciel EPP Spectrum par l'ONUSIDA ;
- L'organisation tardive de l'atelier régional sur le GARP ;

La conduite du MICS 3 a permis la collecte des données de la population générale pour la composante féminine du sexe, ce qui nous a facilité de disposer des données plus récentes pour ce groupe de la population tandis que les données concernant les homologues masculins de la même population ont été tiré du rapport EDS 2007 en cours de validité et seul document ayant les données les plus récentes au pays pour cette cible. Le choix du MICS pour les femmes s'est justifié par son caractère récent et le souci de mesurer le changement au regard des deux rounds précédant ayant entièrement rapportés les données de l'EDS 2007.

Le travail en équipe, composée par les délégués des différentes organisations sources qui génèrent les données dans les pays, nous a permis d'anticiper la production du rapport GARP 2012 et son adaptation progressive au regard de la compréhension des directives initialement disponibles en Anglais avant de l'être plus tard en Français ainsi que la prise en compte des données générées par la nouvelle version du Spectrum transmise par l'ONUSIDA vers le terme de la rédaction du présent rapport.

Les modalités de la conduite du nouveau BSS sont en cours de mise en œuvre c'est-à-dire le protocole est en phase de validation au niveau du bailleur de fonds.

## VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

## VIII. SUIVI ET EVALUATION

Le Programme national multisectoriel de lutte contre le sida est l'instance de coordination de la lutte contre le VIH/sida en RDC et par conséquent, en charge de rendre compte de l'évolution de la réponse nationale aux différentes instances tant du niveau tant régional, continental que global. A cet effet, beaucoup d'efforts ont été entrepris dans le domaine du S&E depuis 2005 permettant ainsi à la République Démocratique du Congo de se doter d'un cadre opérationnel pour le S&E de la riposte nationale au VIH/Sida conformément aux trois principes de coordination de l'ONUSIDA (3 One's).

La mise en place de ce cadre normatif constitue un socle sur lequel il faut maintenant bâtir un système opérationnel, efficient et efficace dont la finalité doit être : « rendre compte dans le temps pour une meilleure action ».

## **a) Aperçu actuel du système national de Suivi et Evaluation**

En vue d'améliorer les capacités des personnes évoluant dans le S&E dans les différentes structures parties prenantes à lutte contre le VIH et le sida en RDC, un manuel de formation a été produit et plusieurs formations organisées à travers le pays. Ces formations permettront une meilleure fonctionnalité des groupes de travail sur le S&E (Task force de S&E) existant dans les différentes provinces du pays et placé sous la présidence du PNMLS. En effet, plus les acteurs sont formés mieux ils seront capables de veiller à la bonne fonctionnalité du système.

Sur le plan normatif, le Programme dispose d'un nouveau cadre stratégique national de S&E adapté au plan stratégique 2010-2014 qui définit le fonctionnement d'un système national unique de S&E. En outre, les efforts d'implémentation de ce système national se poursuivent à travers les activités de renforcement des capacités des acteurs du système dans le pays, focalisées pour l'instant au niveau national et provincial pour les structures de coordination sectorielle et au niveau opérationnel pour quelques structures communautaires.

La culture du S&E poursuit donc son chemin notamment avec l'utilisation des données produites par le système (EDS+ 2007, MICS3, Enquête REDES, Rapports nationaux sur l'épidémie à VIH, etc.) pour la planification, la mobilisation des ressources et la communication. Plusieurs documents de S&E sont déjà accessibles à partir du site web du PNMLS.

Les réflexions sur les modalités de captage de l'information, sa diffusion et son utilisation sont permanentes, ce qui permet au pays de définir des stratégies d'alignement aux orientations régionale et globale de la lutte. C'est dans cet optique que le Ministère de la Santé vient de procéder à la révision des outils pour répondre à la nécessité d'alignement à la stratégie globale de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida dont le plan est en cours de finalisation. La tradition acquise par le Ministère de la santé d'organiser chaque année une enquête de surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes qui utilisent les services de la CPN, se poursuit et reste pour l'instant la source la plus régulière pour l'estimation de la prévalence dans le pays au près de la population générale. L'Agenda national de la recherche et des évaluations sur le VIH permettra de mieux coordonner la recherche et de compléter le plan de S&E en ce qui concerne la liste des enquêtes, études, évaluations à organiser pour suivre la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2010-2014.

## **b) Difficultés rencontrées**

Les principales difficultés suivantes ont été rencontrées dans la mise en œuvre du système national de S&E :

- L'instabilité des ressources humaines due essentiellement aux problèmes d'insuffisance dans la motivation des acteurs surtout au sein des structures du secteur public,
- Le non-alignement et le refus de rendre compte pour certains partenaires ;
- Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- L'insuffisance des ressources humaines et matérielles affectées au suivi et évaluation ;
- Le faible niveau technique à certains niveaux ;
- La non-fonctionnalité d'une base de données nationale.

## **c) Mesures correctives**

Des mesures correctives ont été apportées pour surmonter les difficultés rencontrées. Il s'agit principalement de :

- L'amorçage d'un processus d'analyse global du système de suivi évaluation à l'échelle multisectoriel pour une meilleure fonctionnalité avec l'appui des consultants international et nationaux ;
- La capitalisation de l'appui du PEPFAR dans le renforcement du système de gestion de données dans le secteur de la santé ;
- renforcement du cadre institutionnel ;

- La mobilisation des ressources en faveur du S&E ;
- La formation des parties prenantes ;

Il importe ici de relever l'importance de :

- La formation des parties prenantes dans divers domaines du S&E (collecte et analyse des données, surveillance sentinelle du VIH, etc.) et ce, au regard de l'implication des différentes parties prenantes à la fonctionnalité du système ;
- L'affectation des personnes requises aux fonctions clés (S&E, surveillance du VIH, gestion des données) à différents niveaux du système (sectoriel, provincial, etc.) ;
- La motivation du personnel.

## ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

Le présent processus a été lancé au 1<sup>er</sup> septembre 2011 par la taskforce suivi et évaluation ayant comme responsabilité de (i) donner les orientations techniques sur l'élaboration du rapport GARP, (ii) appuyer la mise en œuvre du processus d'élaboration du rapport GARP et (iii) valider techniquement le rapport produit avant sa soumission au CNMLS pour l'endossement politique.

Sur décision de la task force suivi et évaluation, un groupe technique de travail a été mis sur pied (dont la présidence est confiée au Responsable National du Suivi et Evaluation du PNMLS) qui s'est chargé du suivi régulier du processus de collecte des données jusqu'à la production du rapport final.

Ce groupe est devenu opérationnel avec le recrutement effectif de deux consultants sur base des termes de références, dont un principal en charge de (i) la collecte des données auprès des différentes sources prévues pour chacun des indicateurs à rapporter, (ii) analyser ces données, les comparer avec celles des exercices précédents afin de dégager les tendances, (iii) rédiger le draft du rapport narratif d'avancement de la réponse nationale au VIH et (iv) soumettre ce draft aux avis des membres de la Task Force de suivi et évaluation ;

Un autre comme investigateur adjoint ayant pour charge de : (i) conduire l'enquête pour établir l'indice composite des politiques nationales à inclure dans le rapport narratif d'avancement de la réponse nationale au VIH, (ii) collecter les informations complémentaires nécessaires au calcul des indicateurs UNGASS, (iii) contribuer à la validation des informations collectées par les différents groupes d'enquêteurs, (iv) contribuer à l'élaboration du rapport final.

Ainsi chaque vendredi de la semaine, à partir du 02/01/2012 jusqu'à la validation technique du présent rapport, une réunion de suivi conduite par le Responsable National du Suivi et Evaluation du PNMLS et regroupant les membres de l'équipe technique de travail, s'est tenue pour s'assurer de la bonne marche du processus et la mise sur pied des modalités pratiques pour la résolution des difficultés liées au processus, facilitant ainsi les consultants à mener l'exercice.

Le groupe technique, qui initialement composé des membres provenant des organisations qui suivent, s'est vu agrandir avec la nécessité de faire participer l'ensemble des acteurs au processus et faciliter ainsi leur implication dans le processus et appropriation des résultats obtenus. Les membres initialement prévus sont :

- L'Unité de Suivi et Evaluation du PNMLS (Président)
- Un représentant de l'UCOP+
- Un représentant de FOSI
- Deux cadres du Ministère de la santé/PNLS (S&E)
- Un cadre du Ministère de la Santé/PNTS (S&E)
- Un cadre du Ministère de la Santé/PNT (S&E)
- Conseiller en suivi/évaluation de l'ONUSIDA
- Chargé de suivi et évaluation VIH de l'OMS
- Un représentant de l'UNICEF
- Chargé de Suivi et évaluation du PNUD/FM
- Chargé de Suivi et évaluation PEPFAR
- Deux consultants nationaux

C'est dans le cadre du groupe technique qu'une délégation pays à pris part à l'atelier régional sur le GARP, organisé à Dakar du 15-17/02/2012 par l'ONUSIDA dont la restitution s'est faite le vendre 02/03/2012.

L'agenda suivant, donne en grande ligne le déroulement du processus

N°	Activités	Responsable	Période											
			janv.-12				févr.-12				mars-12			
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1	Réunir les documents clés	Groupe technique												
2	Former les enquêteurs ICN	Consultant adjoint												
3	Collecter les données sur ICN	Consultant adjoint												
4	Collecter les données Programmatiques/province	Consultant principal												
5	Réunion technique de suivi													
6	Calculer les Indicateurs	Consultant principal												
7	Participer à l'atelier de Dakar	USE/Groupe technique												
8	Restituer la Formation de Dakar	USE/Groupe technique												
9	Rédiger le rapport	Consultants												
10	Valider techniquement le rapport	Task force SE												
11	Endosser le rapport	Comité de pilotage												
12	Transmettre le rapport à Genève	USE/Groupe technique												

ANNEXE 2 :Grille national de financement 2010

Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
<b>Dépense globale</b>	\$ 52 766 297,67	\$ 47 561 696,61	\$ 51 046 603,08	\$ 96 365 322,00	\$ 186 945 819,00	\$ 195 554 363,00			
<b>Dépense Ménages</b>	--	--	--	\$ 10 184 090,00	\$ 100 988 869,00	\$ 90 188 473,00			
<b>Dépense institutionnelle</b>	\$ 52 766 297,67	\$ 47 561 696,61	\$ 51 046 603,08	\$ 86 181 232,00	\$ 85 956 950,00	\$ 105 365 890,00			
<b>Analyse des dépenses institutionnelles</b>									
				<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>			
<b>Sources publiques</b>	--	--	--	\$3 074 647	3,57%	\$162 272	0,19%	\$ 2 759 539,00	2,62%
<b>Sources extérieures</b>	--	--	--	\$82 889 699	96,18%	\$85 047023	98,94%	\$102 437817,00	97,22%
<b>Sources privées institutionnelles</b>	--	--	--	\$ 216 886	0,25%	\$ 747 655	0,87%	\$ 168 534,00	0,16%
<b>Prévention</b>	--	--	--	\$25 625 074	29,73%	\$22 579694	26,27%	\$37 038 750	35,15%
<b>Soins et traitement</b>	--	--	--	\$ 28 242 919	32,77%	\$23 508746	27,35%	\$ 28 843596	27,37%
<b>OEV</b>	--	--	--	\$ 4 705 337	5,46%	\$ 3 739 373	4,35%	\$ 8 055 626	7,65%
<b>Gestion et administration de programme</b>	--	--	--	\$ 28 707 601	33,31%	\$28 538667	33,20%	\$ 16 953435	16,09%
<b>Ressources humaines</b>	--	--	--	\$ 2 652 360	3,08%	\$ 4 844039	5,64%	\$ 941 080	0,89%
<b>Protection sociale et services sociaux</b>	--	--	--	\$ 487 235	0,57%	\$ 621 737	1,89%	\$ 5 045 163	4,79%
<b>Environnement favorable</b>	--	--	--	\$ 3 565 286	4,14%	\$ 1 101845	1,28%	\$ 7 740 660	7,35%
<b>Recherche liée au VIH</b>	--	--	--	\$ 2 379 510	2,76%	\$ 22 849	0,03%	\$ 747 580	0,71%
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	--	--	--	\$ 26 996 881	31,33%	\$22 014890,81	25,61%	\$ 30 391751	28,84%
<b>Groupe des populations particulièrement vulnérables</b>	--	--	--	\$ 332 706	0,39%	\$ 107 001	0,12%	\$ 40 000	0,04%
<b>Autres groupes de population clés</b>	--	--	--	\$ 10 174 209	11,81%	\$ 7 142605	8,31%	\$ 27 261740	25,87%
<b>Groupes de populations spécifiques accessibles</b>	--	--	--	\$ 3 287 469	3,81%	\$ 5 541463	6,45%	\$ 6 923 264	6,57%
<b>Ensemble de la population</b>	--	--	--	\$ 11 790 809	13,68%	\$22 375134	26,03%	\$ 18 170959	17,25%

<b>Initiatives non ciblées</b>	--	--	--	\$ 28 100 659	32,61%	\$28 680 833	33,37%	\$ 20 804 276	19,74%
<b>Groupes de population spécifiques cibles, données n.c.a</b>	--	--	--	\$ 2 666 956	3,09%	\$ 95 023	0,11%	\$ 1 773 900	1,68%

### Analyse des dépenses intégrant les dépenses de ménages

				2008		2009		2010	
<b>Sources publiques</b>	--	--	--	\$ 3 074 647	3,19%	\$162 272,00	0,09%	\$ 2 759 539,00	1,41%
<b>Sources extérieures</b>	--	--	--	\$82 889 699	86,02%	\$ 85 047 023	45,49%	\$102 437 817,00	52,38%
<b>Sources privées</b>	--	--	--	\$10 400 976	10,79%	\$101 736 524	54,42%	\$ 90 357 007,00	46,21%
<b>Prévention</b>	--	--	--	\$ 25 625 074	26,59%	\$ 26 619 239	14,24%	\$ 40 646 289,14	20,79%
<b>Soins et traitement</b>	--	--	--	\$ 28 242 919	29,31%	\$120 458 060	64,43%	\$115 424529,86	59,02%
<b>OEV</b>	--	--	--	\$ 4 705 337	4,88%	\$ 3 739 373	2,00%	\$ 8 055 626	4,12%
<b>Gestion et administration de programme</b>	--	--	--	\$28 707 601	29,79%	\$ 28 538 667	15,27%	\$16 953 435	8,67%
<b>Ressources humaines</b>	--	--	--	\$ 2 652 360	2,75%	\$ 4 844 039	2,59%	\$ 941 080	0,48%
<b>Protection sociale et services sociaux</b>	--	--	--	\$ 487 235	0,51%	\$ 1 621 737	0,87%	\$ 045 163	2,58%
<b>Environnement favorable</b>	--	--	--	\$ 3 565 286	3,70%	\$ 1 101 845	0,59%	\$ 7 740 660	3,96%
<b>Recherche liée au VIH</b>	--	--	--	\$ 2 379 510	2,47%	\$ 22 849	0,01%	\$ 747 580,00	0,38%
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	--	--	--	\$ 29 685 611	30,81%	\$123 003 760	65,80%	\$120 580 224	61,66%
<b>Groupe des populations particulièrement vulnérables</b>	--	--	--	\$ 332 706,00	0,35%	\$ 107 001	0,06%	\$ 40 000	0,02%
<b>Autres groupes de population clés</b>	--	--	--	\$13 008 252	13,50%	\$ 7 142 605	3,82%	\$27 261 740	13,94%
<b>Groupes de populations spécifiques accessibles</b>	--	--	--	\$ 7 672 925	7,96%	\$ 5 541 463	2,96%	\$ 6 923 264	3,54%
<b>Ensemble de la population</b>	--	--	--	\$14 826 213	15,39%	\$ 22 375 134	11,97%	\$18 170 959	9,29%
<b>Initiatives non ciblées</b>	--	--	--	\$28 172 659	29,24%	\$ 28 680 833	15,34%	\$ 20 804 276	10,64%
<b>Groupes de population spécifiques cibles, données n.c.a</b>	--	--	--	\$ 2 666 956	2,77%	\$ 95 023	0,05%	\$1 773 900	0,91%

**NOTA :**

1. L'estimation des dépenses des ménages pour 2010 est une actualisation des dépenses des ménages de 2009 réalisée avec les experts du Programme national des Comptes Nationaux de la Santé
2. La méthodologie d'estimation des dépenses des ménages a différé de 2008 à 2009. Ce qui explique la difficulté de comparer les dépenses de ces deux années
3. La quasi-totalité des parties prenantes ont complété les outils ayant permis la production des états sur les dépenses de lutte contre le sida (+/- 1.000.000 USD reste à désagréger)
4. Pour les dépenses publiques, certaines données sont encore attendues de la Chaîne de la Dépense, en l'occurrence les salaires et primes de l'Etat (ASC 05. Ressources Humaines)

**LECONS TIREES**

1. Par rapport aux années antérieures, la tendance des dépenses institutionnelles par an a légèrement évolué. En effet, avec l'accès à des ressources supplémentaires du PEPFAR, [VOIR L'IMPACT SUR LES INDICATEURS DE SERVICE]
2. Par rapport aux années antérieures, il a été constaté un effort pour un meilleur ciblage des populations bénéficiaires (les dépenses ciblant la population générale non spécifique ont été sensiblement réduites) et les dépenses de gestion de programme ont sensiblement diminué. [VOIR L'IMPACT SUR LES INDICATEURS DE SERVICE]
3. Pour les années antérieures, c'est essentiellement le Projet MAP de la Banque Mondiale qui a appuyé le fonctionnement de l'Organisme de Coordination multisectorielle ainsi que celui de plusieurs cellules ministérielles sectorielles de lutte contre le sida et les organisations de la société civile. Ces dépenses ont été sensiblement réduites en 2010, et les dépenses n'ont consisté essentiellement qu'à l'acquisition des intrants et médicaments pour les interventions sur terrain
4. Une augmentation des dépenses pour la recherche liée au VIH, bien qu'encore insuffisante

## ANNEXE 3 : L'INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

Table des matières	
Liste des acronymes.....	51
1. Résumé .....	54
2. Contexte et justification .....	56
3. Objectif.....	56
3.1. Général.....	56
3.2. Spécifiques.....	57
3.3. Résultats attendus.....	57
4. Méthodologie.....	57
4.1. Recrutement d'un consultant.....	57
4.2. Recrutement des enquêteurs.....	57
4.3. Formation des enquêteurs.....	58
4.4. Collecte proprement dite des données .....	59
4.5. L'organisation et le traitement des données .....	59
4.6. La synthèse et analyse des réponses des personnes interviewées .....	60
5. Résultats des engagements nationaux et moyens d'action .....	60
5.1. PARTIE A : Informations recueillies auprès des responsables publics .....	60
5.1.1. Plan stratégique.....	61
5.1.2. Soutien politique et leadership.....	65
5.1.3. Droits de l'homme.....	68
5.1.4. Prévention .....	70
5.1.5. Traitement, soins et accompagnement.....	74
5.1.6. Suivi et évaluation.....	76
5.2. PARTIE B : Informations recueillies auprès des représentants des organisations de la société civile, des organisations de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que des agences du système des Nations Unies .....	81
5.2.1. Participation de la société civile.....	81
5.2.2. Soutien politique et leadership .....	85
5.2.3. Droits de l'homme .....	85
5.2.4. Prévention .....	91
5.2.5. Traitement, soins et accompagnement.....	93
6. Difficultés rencontrées .....	97
7. Conclusion.....	98
8. Annexes.....	100
8.1. Répondants au NCPI.....	100

8.1.1. Représentants du gouvernement.....	100
8.1.2. Représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et multilatérales ainsi que des organisations du système des Nations Unies.....	102
8.2. Equipe de collecte des données .....	104
8.3. Résumé des questions et réponses.....	105

## Liste des acronymes

ARV	: Antirétrovirale
ART	: Traitement Antirétroviral
ASADHO	: Association Africaine de Défense des Droits de l'Homme
CCM	: Country Coordination M
CDC	: Center for Disease and Control
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CEMAC	: Communauté des Etats Membres d'Afrique Centrale
CENCO	: Conférence Episcopale Nationale au Congo
CIELS	: Conseil Inter Entreprise de Lutte contre le VIH/Sida
CLS	: Comité de Lutte contre le Sida
CNOS	: Conseil National des ONGs de Santé
CNMLS	: Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
CS	: Centre de Santé
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
DSCRIP	: Document de la Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
ESP	: Ecole de Santé Publique
EPSP	: Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESU	: Enseignement Supérieur et Universitaire
ETME	: Elimination de la Transmission Mère Enfant
IEC	: Information Education Communication
IO	: Infection Opportuniste
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
FFP	: Fondation Femme Plus

GARP	: Global Aids Reporting Progress
GTZ	: Coopération allemande
HCDH	: Haut Commissariat des Droits de l'Homme
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
ICPN	: Indice Composite des Politiques Nationales
MAP	: Projet Multisectoriel de lutte contre le Sida
OEV	: Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH/Sida
OMD	: Objectif du Millénaire de Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PA	: Personne Affectée par le VIH/Sida
PALS	: Programme des Armées de Lutte contre le Sida
PNSA	: Programme National de la Santé des Adolescents
PNSR	: Programme National de la Santé de la Reproduction
PNLS	: Programme National de Lutte contre le VIH/Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
PNTS	: Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s de Sexe
PTME	: Prévention de la Transmission Mère – Enfant
PVVIHS	: Personne Vivant avec le VIH/Sida
RDC	: République Démocratique du Congo
REDES	: Ressources et Dépenses pour le Sida
REDS	: Réseau national Ethique, Droit et VIH/Sida
RENADEF	: Réseau National pour le Développement des Femmes

RIGIAC – SIDA	: Réseau des Infirmiers Généralistes et des Infirmières Accoucheuses engagés dans la lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail
RNOAC – GS des PVV	Réseau National des Organisations d'Assises Communautaires de Groupes de Support des Personnes Vivant avec le VIH/Sida
S&E	: Suivi et Evaluation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Informations Sanitaires
SNU	: Système des Nations Unies
SR	: Santé de la Reproduction
UCOP+	: Union Congolaise des Personnes Vivant avec le VIH/Sida
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Aid for development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

## 1. Résumé

Le présent rapport sur l'indice composite des politiques nationales est le 4<sup>ème</sup> que la République Démocratique du Congo élabore dans le processus d'évaluation des progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant la lutte contre le VIH/Sida au niveau national. Depuis 2009 les principales réalisations effectuées dans le domaine de l'indice composite sont reprises ci-dessous.

**En rapport avec le plan stratégique**, le pays a par un processus inclusif de toutes les parties prenantes avec une implication active et une participation complète de la société civile, développé une stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH couvrant la période de 2010 à 2014. La plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) ont aligné et harmonisé leurs programmes liés au VIH avec la stratégie nationale multisectorielle.

Le VIH a été intégré aux plans de développement général ainsi que dans les plans spécifiques pour le développement.

Les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida est suivi par le pays par révision à la hausse bien que pas en conséquence la stratégie nationale et le budget national relatifs au VIH.

**Pour ce qui est de l'appui politique**, le Président de la République, président officiel du Comité Nationale Multisectoriel de Lutte contre le VIH, évoque le VIH comme étant une priorité et s'est engagé dans "une génération sans Sida". La RD Congo a revu les directives et les lois nationales pour déterminer, le cas échéant, lesquelles sont conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH et leur amendement pour être conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH et ce au Conseil des ministres.

**Concernant les droits de l'homme**, il existe une loi générale contre la discrimination et une loi spécifique qui protège les PVVIH et les PA.

Il n'existe pas dans le pays un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de riposte des cas de discrimination rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations vulnérables.

Les mesures d'application en vigueur de la loi portant protection des droits des PVVIH manquent jusqu'à ce jour.

Notre pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour des populations clés et des groupes vulnérables spécifiques. Concernant les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme, il existe au niveau du pays, le groupe Droits et VIH et dans la société civile, des ONG de droits de l'homme ainsi que celles de prise en charge des propositions des révisions de la loi.

**Au sujet de la prévention**, la RD Congo a une politique ou une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général à l'aide des messages clés explicitement promus, aux médias, aux jeunes personnes, aux élèves par le programme scolaire et/professionnel ainsi qu'aux jeunes personnes non scolarisées.

Le pays a identifié par une planification ascendante des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH.

**Concernant le traitement, soins et accompagnement,** un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont identifié les éléments essentiels avec comme priorité par rapport aux besoins en traitement aux ARVs des malades, en traitement des infections opportunistes, pour le dépistage des malades et le suivi biologique des malades.

Les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été intensifiés par l'élargissement de la couverture d'intégration du paquet VIH dans les ZS (de 126 ZS à 169 puis à ce jour à 239 ZS et le diagnostic systématique des personnes qui vont consulter les services de soins

Le gouvernement n'a pas une politique ou une stratégie mise en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH. Le pays n'a pas accès aux mécanismes d'achats et d'approvisionnement régionaux pour les produits fondamentaux tels que les médicaments pour la thérapie antirétrovirale, les préservatifs et les médicaments de substitution.

**Par rapport au Suivi et évaluation,** le pays dispose d'un plan national de Suivi et d'Évaluation alloué d'un budget pour le VIH 2012 à 2014 qui a rencontré des difficultés pour son développement ou sa mise en œuvre.

Les partenaires clés ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E, y compris les indicateurs avec le plan national de S&E.

Quelques problèmes ont été rencontrés à savoir la fragmentation du système en termes d'outils de collecte et du circuit de l'information.

Une Unité nationale fonctionnelle de S&E est basée dans la structure de coordination nationale de la riposte au VIH qui produit et publie au moins une fois par an un rapport de S&E sur le VIH, incluant des données sur la surveillance du VIH.

Il existe un Groupe de travail pour le S&E qui se réunit 1 fois par trimestre pour coordonner les activités de S&E, dénommé la task force S&E.

**Pour la participation de la société civile, cette dernière** contribue à renforcer l'engagement politique au travers de ses associations et ce grâce à différentes opportunités de financement ou appuis.

Elle participe aux processus de planification et de budgétisation pour le Plan stratégique national de lutte contre le VIH ou pour le plan relatif aux activités les plus illustrée, aux écritures de soumission (rounds), ) l'élaboration du PSN auquel s'inscrivent les différents plans opérationnels de ses associations.

Toutefois, cette participation ne reflète pas la diversité de représentation de la société civile.

**En conclusion,** la RDC a connu des avancées dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales en matière de VIH. Ces avancées ont comme fruits, notamment, la révision des attributions du PNMLS, l'alignement et l'harmonisation des programmes liés au VIH de la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) avec la stratégie nationale multisectorielle, l'élaboration du Plan national de S&E, l'existence des institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC), l'identification et l'intensification d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH, le diagnostic Conseil Initié par le Prestataire et le renforcement de l'engagement politique de la société civile au travers de ses diverses associations et ce grâce à différentes opportunités de financement

Cependant malgré ces louables efforts, il reste encore des murs à surmonter, à savoir, la vulgarisation des documents stratégiques et normatifs, la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre et le suivi et évaluation, les mesures de vulgarisation et d'application de la loi portant protection des PVV et des PA, l'application de la gratuité de la prise en charge

globale et accompagnement des PVVIH, l'accroissement de la culture et des capacités en S&E, l'augmentation des financement pour la mise en œuvre des activités par la société civile et l'intégration de toute la diversité de représentation de la société civile dans les groupes de travail VIH.

## **1. Contexte et justification**

La décision des Chefs d'Etat et des représentants des gouvernements de soutenir la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA est un point déterminant dans l'épidémie du VIH/SIDA. Elle a lancé un signal clair et capital de la part des gouvernements dans l'affirmation de la volonté de s'attaquer de façon urgente aux dévastations provoquées par l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Et ceci s'est fait dans le souci d'un leadership, d'une transparence et d'une détermination remarquable.

A la session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida tenue à New York en juin 2001, le Président de la République Démocratique du Congo et d'autres chefs d'Etat et de Gouvernement se sont engagés à travers une Déclaration à mettre en œuvre une série d'interventions en vue de freiner et d'inverser les tendances de l'épidémie du VIH. Cet engagement se justifie par la menace que constitue la pandémie du Sida pour le développement et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, l'ONUSIDA produit tous les deux ans un rapport global sur les efforts engagés au niveau mondial dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida.

Chaque pays doit ainsi collecter les indicateurs Global AIDS Response Progress (GARP ex-UNGASS), les consolider dans un rapport et le soumettre à ONUSIDA tous les deux ans. Les données nationales seront agrégées afin de présenter les efforts globaux.

Rendre compte de l'état de la réponse nationale à l'épidémie du SIDA est une des attributions dévolues à la Coordination Nationale du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida. Pour ce faire, beaucoup d'efforts ont été entrepris dans le domaine du suivi et évaluation au courant des trois dernières années permettant ainsi à la République Démocratique du Congo de se doter d'un cadre opérationnel pour le suivi et évaluation de la riposte nationale au VIH/Sida conformément aux trois principes de coordination de l'ONUSIDA (3 One's).

La RDC a produit les rapports 2005, 2007 et 2009.

Le présent rapport 2011 présente les résultats de la collecte des données de cet indice composite des politiques nationales.

## **2. Objectif**

### **2.1. Général**

Contribuer à l'élaboration du rapport d'avancement de la réponse mondiale au VIH 2011 en vue de disposer des informations pertinentes sur l'indice composite des politiques nationales

## **2.2. Spécifiques**

- Collecter les données sur les indicateurs qui renseignent sur l'Indice Composite des Politiques Nationales;
- Traiter et analyser les données collectées ;
- Rédiger le rapport narratif.

## **2.3. Résultats attendus**

- La collecte des données sur les indicateurs qui renseignent sur l'indice composite des politiques nationales est réalisée ;
- Les données collectées sur l'indice sont traitées et analysées ;
- Le rapport narratif sur les renseignements de l'indice composite des politiques nationales est rédigé.

## **3. Méthodologie**

Pour mener à bien cette mission, les activités suivantes ont été réalisées à savoir :

1. Le recrutement d'un consultant responsable de la collecte de l'ICPN ;
2. Le recrutement des enquêteurs ;
3. La formation des enquêteurs ;
4. La collecte proprement dite des données ;
5. le traitement et l'organisation des données ;
6. La synthèse des réponses des différents répondants.

### **3.1. Recrutement d'un consultant**

Un consultant chargé de la collecte des informations sur l'indice composite des politiques nationales a été recruté par le PNMLS dans le cadre de l'élaboration du rapport GARP 2011.

Ce dernier, investigateur adjoint, avait pour tâche les éléments suivants :

- la collecte des données de l'indice composite des politiques nationales
- et l'assistance à l'investigateur principal dans la collecte des documents et informations sur les autres indicateurs.

L'indice composite des politiques nationales est un des indicateurs de base conçu pour évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH.

### **3.2. Recrutement des enquêteurs**

Cinq enquêteurs ont été recrutés sur base des critères suivants :

- Le niveau d'étude : être du niveau universitaire ;
- L'expérience de terrain : avoir au moins une expérience dans la collecte de données des enquêtes sociodémographiques et sanitaires ;
- Un background sur la question du VIH : avoir des connaissances sur la problématique de la lutte contre le VIH/Sida en RDC.

### **3.3. Formation des enquêteurs**

La formation s'est déroulée en 3 jours du 09 janvier au 11 janvier 2012 dans la salle des réunions du Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida.

Elle a été organisée par l'unité S&E du PNMLS avec la collaboration de l'investigateur adjoint du rapport GARP 2011.

A la fin de cette formation, chaque enquêteur devait être capable de :

- comprendre les différents domaines constituant l'indice composite des politiques nationales pour la lutte contre le VIH/Sida ;
- utiliser correctement le questionnaire conçu pour la collecte des données.

La formation s'était déroulée suivant le programme ci-après :

#### **Jour 1 : Lundi 09 janvier 2012**

De 09h00 à 12h00

- Introduction et présentation de l'équipe de l'étude
- Présentation du contexte de l'étude et de son importance
- Présentation et importance de l'ICPN
- Importance et fiabilité des données à collecter
- Organisation et organigramme de l'enquête
- Rôles de chaque membre de l'équipe de l'étude (Responsable de l'unité de S&E du PNMLS, Point focal GARP 2012, Investigateur adjoint, enquêteurs)
- Présentation de l'outil de collecte des données : Partie A plan stratégique

De 14h00 à 17h00

- Présentation de l'outil de collecte des données : Partie A, soutien politique et leadership
- Présentation de l'outil de collecte des données : Partie A, Droits de l'homme
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A Suivi et Evaluation

#### **Jour 2 : Mardi 10 janvier 2012**

De 09h00 à 12h30

- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A Prévention
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A Traitement, Soins et accompagnement

De 14h00 à 17h00

- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A Traitement, Soins et accompagnement (suite et fin)
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B Participation de la société civile

#### **Jour 3 : Mercredi 11 janvier 2012**

De 09h00 à 12h30

- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B Droits de la personne et soutien politique et leadership
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B Prévention
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B Traitement, Soins et Soutien

De 14h00 à 18h30

- Simulations et Jeux de rôle
- Directives et clôture de la formation

### **3.4. Collecte proprement dite des données**

Une collecte des données a été menée auprès des personnes-ressources et institutions sélectionnées par le comité de pilotage de l'élaboration du rapport sur les progrès dans la réponse globale au Sida.

Les enquêteurs avaient pour tâche durant la collecte des données, de recueillir les informations sur l'indice composite des politiques nationales pour la lutte contre le VIH/Sida auprès des différents responsables publics et des différents représentants des organisations non gouvernementales, des organismes de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que des organismes du système des Nations Unies sélectionnés par le comité de pilotage de l'élaboration du rapport pays 2011.

La collecte proprement dite des données s'est déroulée du 25 janvier 2012 au 07 février 2012 sous la supervision directe de l'investigateur adjoint.

Deux approches ont été mises à profit pour assurer cette collecte :

- L'interview ou l'entretien avec les personnes-ressources dans les différentes institutions sélectionnées qui connaissent le mieux le domaine traité ;
- L'étude de la documentation recueillie auprès des différentes institutions/personnes sélectionnées.

L'outil de collecte des données de l'indice composite des politiques nationales est un questionnaire subdivisé en deux parties :

1. La partie A est adressée aux responsables publics et couvre 6 domaines:

- Plan stratégique (A.I)
- Soutien politique et leadership (A.II)
- Droits de l'homme(A.III)
- Prévention (A.IV)
- Traitement, soins et accompagnement(A.V)
- Suivi et évaluation(A.VI)

2. La partie B, concerne les représentants des organisations non gouvernementales, des organismes bilatéraux et multilatéraux ainsi que des organisations du système des Nations Unies. Et il couvre 5 domaines:

- Participation de la société civile (B.I)
- Soutien politique et leadership (B.II)
- Droits de l'homme (B.III)
- Prévention (B.IV)
- Traitement, soins et accompagnement (B.V)

### **4.5. L'organisation et le traitement des données**

Le contrôle des questionnaires était effectué à deux niveaux.

Premièrement par les enquêteurs sur terrain à la fin de l'interview avec la personne-ressource afin de s'assurer que les données sont complètes et correctement enregistrées.

Et deuxièmement l'investigateur adjoint vérifie les questionnaires avant le traitement des données pour s'assurer qu'elles sont complètes, correctement enregistrées et cohérentes.

#### **4.6. La synthèse et analyse des réponses des personnes interviewées**

Après lecture, les informations sont compilées afin de faire ressortir l'opinion de la majorité et signaler également certaines opinions importantes quoique minoritaires. Pour ce qui est des réalisations, des obstacles et problèmes à surmonter, leur liste est reprise de façon exhaustive.

Pour les données concernant les notes globales et les mesures, elles sont traduites en score sur une échelle de valeur allant respectivement de 0 à 10 ou de 0 à 5 et sont représentées par la médiane des résultats avec entre parenthèse les quartiles (25<sup>ème</sup> ; 75<sup>ème</sup>).

Ensuite les informations sont confrontées à la réalité contenue dans des documents de lois, politique et ou stratégie.

### **5. Résultats des engagements nationaux et moyens d'action**

#### **5.1. PARTIE A : Informations recueillies auprès des responsables publics**

Les renseignements rapportés dans cette section concernent les interviews des responsables publics des structures/organisations ci-dessous :

- le PNMLS (coordinations nationale et provinciale de Kinshasa),
- le PNLS,
- le PNTS,
- le PNLT,
- le PNSR,
- le PRONANUT,
- l'ONUSIDA,
- la Présidence de la République Démocratique du Congo,
- la Primature,
- l'Assemblée Nationale,
- et les Ministères de la Santé, de la Défense et des anciens combattants, du Genre, de la famille et de l'enfant, des Affaires sociales, de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel, du Transport et voies de communication, de la jeunesse, sport et loisirs, du Plan ainsi que de la culture et des arts.

### 5.1.2. Plan stratégique

1. Le pays a développé une stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH couvrant la période de 2010 à 2014.

Par rapport à la précédente stratégie nationale, les développements /modifications suivantes y sont décrits brièvement:

1. La clarification des rôles de chaque secteur ;
2. La précision sur les cibles ;
3. Le caractère multisectoriel car tout le monde a été associé à ce travail d'élaboration et chaque province a participé ;
4. Le plan a été budgétisé ;
5. Les stratégies sont bien affinées
6. La prise en charge des orphelins, des veuves ;
7. Le monde du travail ;
8. Le problème de la transmission de la mère à l'enfant

Cependant, le document de stratégie nationale de lutte contre le VIH à savoir le PSN 2010-2014 n'est pas bien connu par les parties prenantes et ce surtout du secteur privé. En effet, certains partenaires de financement et de mise en œuvre n'ont pas d'informations précises sur la période couverte, l'organe responsable du développement et de la mise en œuvre, les secteurs inclus et budgétisés, les populations, les contextes et les problèmes transversaux y traités.

Le PNMLS au travers de son Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS) a la responsabilité générale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH. Ce comité est dirigé par le chef de l'état.

Certains répondants ignorent par qui est ce que le CNMLS est dirigé, estimant que c'est par le Ministère de la Santé et d'autres encore par le premier ministre.

Les secteurs inclus dans la stratégie multisectorielle ayant un budget spécifique pour leurs activités liées au VIH sont repris dans le tableau suivant :

N°	SECTEURS	Inclus dans la stratégie	Budget spécifique
1	Éducation	Oui	Non
2	Santé	Oui	Non
3	Travail	Oui	Non
4	Militaire/Police	Oui	Non
5	Transports	Oui	Non
6	Femmes	Oui	Non
7	Jeunes personnes	Oui	Non
8	Enseignement Supérieur et Universitaire	Oui	Non
9	Justice	Oui	Non
10	Affaire sociales	Oui	Non

Tous les secteurs repris ci-haut sont inclus dans la stratégie nationale mais sans toutefois un budget spécifique leur alloué.

La stratégie multisectorielle se concentre sur les populations clés / autres populations vulnérables, les contextes et les problèmes transversaux suivants :

N°		Se concentre	Ne se concentre pas
1	Populations clés et autres populations Vulnérables	1) Migrants / populations mobiles 2) Orphelins et autres enfants vulnérables 3) Professionnel(le)s du sexe 4) Femmes et jeunes filles 5) Jeunes femmes / jeunes hommes 6) Autres sous-populations vulnérables spécifiques : les hommes en uniformes	1) Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes  2) Personnes ayant des handicaps  3) Consommateurs de drogues injectables 4) Personnes transgenre
2	Contextes	1) Prisons 2) Écoles 3) Lieu de travail	
3	Problèmes transversaux	1) Lutter contre la stigmatisation et la discrimination 2) Autonomisation des femmes et/ou égalité des genres 3) VIH et pauvreté 4) Protection des droits de l'homme 5) Participation des personnes vivant avec le VIH	

La stratégie nationale ne se concentre pas spécifiquement sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes ayant des handicaps, les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenre.

Bien que prise en compte dans la stratégie nationale, l'autonomisation des femmes et /ou l'égalité entre les genres n'est pas très évidente

Les populations clés et les groupes vulnérables ayant été identifiés pour les programmes liés au VIH dans le pays sont :

- Les jeunes ;
- Les femmes en âge de procréer ;
- Les hommes en uniformes ;
- Les professionnels de sexe ;
- Le milieu carcéral (les prisonniers) ;
- Les PVV et leur famille (PA) ;
- Les migrants ;
- Les OEV ;
- Les populations des secteurs miniers et des camionneurs ;
- Les populations des postes frontaliers tels que Kasumbalesa.

La stratégie multisectorielle inclut un plan opérationnel ou sont repris les buts formels du programme, les objectifs ou des repères clairs, un détail des coûts pour chaque domaine programmé, un cadre de suivi et d'évaluation.

Pour ce qui est des sources de financement pour soutenir la mise en œuvre du programme, la recherche des financements est en cours.

Pour ce qui est de l'implication et une participation complète de la société civile dans le développement de la stratégie multisectorielle, la moitié des répondants jugent qu'elle est active. Elle fait partie des structures membres et en assure le contrôle en termes d'activités et le suivi. En effet, la société civile a été préparée à élaborer les documents normatifs la partie civile est associée à la préparation et à l'élaboration des documents stratégiques notamment le Plan Stratégique National 2010-2014.

D'autres répondants estiment que cette implication est modérée car généralement, la partie civile est associée à la préparation et à l'élaboration des documents stratégiques. Mais elle n'intervient pas activement dans la mise en œuvre. Elle ne procède pas à la mobilisation des ressources et attend qu'on les lui amène. Elle n'intervient pas également dans la mobilisation de la communauté. Elle est plus passive qu'active.

Cette stratégie multisectorielle a été approuvée par la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux).

Certains partenaires externes pour le développement ont aligné et harmonisé leurs programmes liés au VIH avec la stratégie nationale multisectorielle.

Cependant, dans la mise en œuvre des activités cas de la prise en charge, ils ne tiennent pas compte de notre cartographie et de nos besoins. Les décisions politiques ne tiennent pas compte des aspects techniques.

La promotion du PSN auprès des différents acteurs ne s'est pas suffisamment faite.

2. Le VIH a été intégré aux plans de développement général tels que : (a) le Plan national pour le développement ; (b) le Bilan commun de pays / le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ; (c) la Stratégie pour la réduction de la pauvreté ; et (d) l'approche sectorielle.

Le soutien pour la lutte contre le VIH a été intégré dans les plans spécifiques pour le développement suivants :

- Bilan commun de pays / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
- Plan national pour le développement
- Stratégie pour la réduction de la pauvreté
- Approche sectorielle.

Des domaines spécifiquement liés au VIH ont été inclus dans au moins un plan pour le développement. Il s'agit de :

- L'Allègement de l'impact du VIH ;
- La réduction des inégalités relatives au genre lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ;
- La réduction des inégalités de revenus lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ;
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- Le traitement, soins et accompagnement ;
- L'autonomisation économique des femmes (par exemple l'accès au crédit, à la propriété, à la formation).

3. Le pays a évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique pour des raisons de programmation. Cependant les résultats de cette évaluation n'ont pas été pris en compte dans l'allocation des ressources.

Au moins 75% des répondants ignorent qu'une évaluation sur l'impact socio-économique du VIH déjà été réalisée dans le pays.

En rapport avec l'apport des informations de l'évaluation sur la prise des décisions relatives à l'attribution des ressources, la mesure sur une échelle allant de 0 à 5 (où 0 est « faible » et 5 est « élevé »), est de 3 (3,3)

4. Le pays a une stratégie pour lutter contre les difficultés liées au VIH au sein des services nationaux en uniforme (tels que les militaires, la police, les casques bleus, les gardiens de la paix, etc.).

5. Les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida est suivi par le pays.

Et la stratégie nationale et le budget national relatifs au VIH ont été revus à la hausse mais pas en conséquence.

Il existe des estimations fiables des besoins actuels et futurs et du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale.

La couverture du programme lié au VIH est suivie bien que pas suffisamment selon :

- le sexe (homme, femme), bien qu'elle n'est pas suffisamment désagrégée ;
- les groupes de population ;
- l'aire géographique.

Elle tient compte des différents groupes cibles énumérés ci-dessous

- Les jeunes,
- Les femmes en âge de procréer,
- Les hommes en uniformes,
- Les professionnels de sexe,
- Le milieu carcéral (les prisonniers),
- Les PVV et leur famille (PA),
- Les OEV.

Et les informations récoltées sur terrain sont analysées pour être utilisées dans la planification.

En rapport avec l'aire géographique, les échelons géographiques concernés sont :

- Toutes les provinces ;
- Quelques districts ;
- Quelques territoires également couverts par initiative propre.

Et les informations ainsi collectées au niveau local sont transmises au niveau national via les coordinations provinciales et sont utilisées pour la planification.

Le pays a développé un plan pour renforcer les systèmes de santé

Pour ce qui est de la couverture géographique, on a pu réveiller les coins où on ne parlait pas du VIH avec l'appui technique. Le secteur médical a également bénéficié de cet appui.

Le développement du plan de renforcement du système de santé a eu un impact, bien que limité car le financement n'a pas suivi.

6. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), les efforts de planification stratégique dans les programmes liés au VIH, dans le pays, en 2011 sont évalués à 5 (3,5-5)

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine sont les suivants :

- Le plan de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant ;
- Expansion de la distribution des préservatifs, les services de CDV ;
- Les ARV pédiatriques ;
- L'implication communautaire ;
- Par rapport à la justice, on a les aspects Droit et VIH ;
- La sensibilisation ;
- L'atténuation de l'impact du VIH et la stigmatisation ;
- La prise en charge des PVV.

Cependant, quelles difficultés demeurent dans ce domaine notamment :

- Les moyens par rapport aux ressources locales et les besoins restent énormes par rapport au financement ;
- L'insuffisance de matériel et de la logistique ;
- L'insuffisance de leadership et de vision de l'Etat et des structures de coordination ;
- Le manque de promotion du PSN ;
- L'insuffisance de la participation des entreprises ;
- L'insuffisance d'implication de la société civile ;
- Il faut changer les mentalités sur le VIH (tous les Ministères doivent s'intégrer) ;
- La focalisation des instances de programmation du projet MAP.

### 5.1.3. Soutien politique et leadership

1. De hautes autorités parlent publiquement et favorablement des efforts liés au VIH dans les principaux forums nationaux au moins deux fois par an. Il s'agit des Ministres du gouvernement et d'autres hautes autorités au niveau sous-national.

On note qu'au cours des 12 derniers mois, les chefs du gouvernement ou d'autres hautes autorités ont démontré leur leadership dans la riposte au VIH par les actions suivantes :

- La loi créant le PNMLS en 2004 et l'année dernière, il y a eu une loi qui modifie et complète la première ;
- Le Président de la République fait souvent allusion au Sida comme étant une priorité ;
- L'engagement du Président de la République dans "une génération sans Sida"
- La mise en place d'une commission parlementaire traitant des aspects VIH ;
- Les Ministres l'évoquent aussi pendant les conseils du gouvernement ;
- L'implication du gouverneur de la ville de Kinshasa et son parlement provincial en créant une cellule de lutte contre le VIH dans l'assemblée provinciale de Kinshasa.

Toutefois, il convient de souligner le souhait des répondants de voir tous les hauts fonctionnaires évoqués ci-haut respecter leurs engagements en termes de ressources allouées, plaidoyer et bonne gouvernance.

2. Au niveau du pays, il y a une instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH, Le PNMLS qui a en son sein le comité chargé effectivement de la coordination des interventions de lutte à savoir, le Comité Nationale Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida (CNMLS)

Certains répondants pensent que ce leadership de la coordination est exercé par le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida.

Cette instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH:

- a des conditions de référence ;
- a un leadership et une participation actifs du gouvernement ;
- a un président officiel :

Le président officiel du CNMLS est Son Excellence Joseph KABILA KABANGE, Président de la République Démocratique du Congo.

Cependant, certains répondants attribuent la présidence officielle à Mr ADOLPH MUZITO, Premier Ministre et Chef du gouvernement et d'autres encore au Professeur Dr LIEVAIN KAPEND, Coordonnateur National du PNMLS.

- a une adhésion définie avec selon l'avis de quelques uns 16 membres ;
- inclut des représentants de la société civile, en moyenne 4 ;
- inclut des personnes vivant avec le VIH, une dizaine ;
- inclut le secteur privé ;
- renforce la coordination des donateurs pour éviter un financement parallèle et une duplication des efforts dans la programmation et les rapports réalisés.

Cependant, le renforcement de la coordination des donateurs pour éviter un financement parallèle et une duplication des efforts dans la programmation et les rapports réalisés est jugé encore modéré.

Certains répondants n'ont pas des informations exactes sur la structure nationale de coordination de la lutte contre le VIH/Sida, son président officiel, sa composition ainsi que le nombre de ses membres.

3. Le pays dispose d'un mécanisme pour promouvoir l'interaction entre le gouvernement, les organisations de la société civile, et le secteur privé pour mettre en place les stratégies/programmes liés au VIH.

Quelques principales réalisations sont brièvement décrites ci-dessous.

- Dans les entreprises, on a le Comité Interentreprises de Lutte contre le VIH/Sida (CIELS) qui arrive à mobiliser les ressources et à développer la politique VIH dans le milieu du travail ;
- Avec les communautaires, une communauté championne a été formée ;
- Il y a eu avec l'ONG Child to child le développement de document de gestion des orphelins et enfants vulnérables ;
- Le chef de l'Etat dans son programme des 5 chantiers a invité la société civile à s'impliquer dans la lutte ;
- La conférence organisée avec la Conférence Episcopale Nationale au Congo (CENCO) afin de définir ce que pouvaient faire les églises dans la lutte contre le VIH et leur sensibilisation ;

- Au niveau provincial, on a élaboré un plan opérationnel multisectoriel de lutte contre le Sida(POMLS) dans lequel il y a plusieurs partenaires (la société civile, le gouvernement provincial, ..) ;
- Le forum des partenaires qui est une assemblée des décideurs pour avoir des engagements fermes ;
- La formation du GPS : cadre décisionnel sur les maladies incluant le VIH.

Les difficultés qui demeurent encore dans le domaine à savoir :

- La couverture géographique car le pays est très vaste (tous les coins ne sont pas couverts ;
- La coexistence avec d'autres priorités (élection, la polio, autres...) ;
- La compréhension de ce que représente la lutte ;
- L'insuffisance de financements.
- L'alignement des partenaires aux politiques nationales ;
- La coordination des activités ;
- La difficulté d'accéder aux budgets des partenaires.

4. Le pourcentage du budget national lié au VIH dépensé pour les activités ayant été mises en œuvre par la société civile en 2008 est de 3,57%, puis 0,19% en 2009. En 2010, il était de 2,44%. Cependant certains répondants l'estiment à 0% car c'est plus les partenaires qui financent les activités de la société civile.

5. La Commission nationale pour la lutte contre le VIH fournit aux organisations de la société civile pour mettre en œuvre les activités liées au VIH suivantes:

- Renforcement des capacités ;
- Coordination avec d'autres partenaires pour la mise en œuvre ;
- Informations sur les besoins prioritaires ;
- Approvisionnement et distribution de médicaments et autres marchandises ;
- Indications techniques ;
- Appui logistique ;
- Prise en charge psychosociale.

6. La RD Congo a revu les directives et les lois nationales pour déterminer, le cas échéant, lesquelles sont conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH.

6.1. Et les directives et les lois ont été amendées pour être conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH et ce au Conseil des ministres.

En effet, la révision des directives s'est faite dans le souci d'être conforme au plan stratégique national. La loi en grande partie oriente toutes les directives. Du point de vue des responsabilités, le leadership a été donné à chaque secteur.

Illustrations :

- le Ministère des affaires sociales pour les OEV ;
- le Ministère de la Santé pour tout ce qui est santé.

Pour ce qui est des incohérences qui demeurent entre les directives/lois et les directives nationales de contrôle liées au sida, les répondants ont fait allusion à celles en rapport avec les attributions du PNMLS contenus dans l'ordonnance. Ces incohérences se focalisent dans l'encrage de la coordination dans le gouvernement. Le PNMLS est multisectoriel, c'est la présidence qui fait la coordination mais en pratique, on continue à privilégier le ministère

de la Santé. Les attributions doivent être claires et les rôles de chacun doivent être définis afin d'éviter les dualités entre le PNMLS et le PNLS. Et par rapport au suivi et évaluation, la coordination doit être opposable à tous. Mais ce n'est pas le cas, tout le monde publie ses données et cela fait office des données nationales.

7. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), le soutien politique aux programmes liés au VIH en 2011 est évalué à 5 (4,25-5,75).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- La loi et les textes de restructuration du PNMLS ;
- La réhabilitation du bâtiment abritant le PNMLS ;
- L'augmentation du budget en termes de prévisions ;
- Revitalisation de la multisectorialité de la lutte ;
- Le soutien politique ;
- La révision du cadre institutionnel avec le VIH comme priorité ;
- L'engagement du chef de l'Etat avec le VIH comme priorité ;
- L'engagement pour une génération sans sida ;
- Le VIH maintenu dans le DSCR, comme priorité.

Pour ce qui est des difficultés demeurant dans ce domaine, les répondants ont mentionné :

- La mise en application de tous les différents textes afin de les rendre effectifs ;
- La réalisation ponctuelle des activités. Il en faut davantage (la participation aux journées mondiales du SIDA, l'amélioration des structures, le soutien aux orphelins de SIDA, le soutien alimentaires des PVV) ;
- Une plus grande implication des autorités et de la prise en compte budgétaire de la lutte ;
- La traduction concrète des engagements ;
- La diminution de financement des partenaires ;
- La difficulté de mobiliser suffisamment de fonds dans le budget national ;
- La difficulté de gérer le mouvement des populations frontalières (Kasumbalesa, Goma, Nord Equateur, ...) ;
- La mise en application des différents décrets sur le cadre institutionnel ;
- L'absence d'engagements au niveau ministériel (feuille de route nécessaire) ;
- La compétition des priorités.

#### 5.1.4. Droits de l'homme

1. Il existe des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables. Le tableau ci-dessous reprend les informations sur l'existence ou non de ces lois pour chaque population citée.

N°	POPULATIONS CLÉS et SOUS POPULATIONS VULNÉRABLES	Existence de lois/ règlements contre la discrimination
1	Personnes vivant avec le VIH	Oui
2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Non
3	Migrants / populations mobiles	Oui
4	Orphelins et autres enfants vulnérables	Oui
5	Personnes ayant des handicaps	Oui
6	Consommateurs de drogues injectables	Non
7	Personnes incarcérées	Oui
8	Professionnel (le)s du sexe	Oui
9	Personnes transgenre	Non
10	Femmes et filles	Oui
11	Jeunes femmes / jeunes hommes	Oui

Une loi générale (c'est à-dire non spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination existe. C'est la constitution qui protège tout le monde. Toutes les personnes sont égales devant la loi. Il n'y a pas de discrimination.

Les mécanismes ci-dessous sont mis en place pour garantir la mise en oeuvre de ces lois :

- Le Parlement vote les lois ;
- Le gouvernement, le pouvoir judiciaire et les ONG en assurent leur mise en œuvre ;
- et le gouvernement suit l'application de ces lois au travers du gouvernement.

En rapport avec leur degré actuel de mise en œuvre, aucune estimation n'a été avancée. Toutefois, la justice agit à travers l'opération "tolérance Zéro".

2. Notre pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les groupes vulnérables signalés ci-dessous :

N°	POPULATIONS CLÉS et SOUS-POPULATIONS VULNÉRABLES	Existence de lois, règlements ou directives érigés en obstacles
1	Personnes vivant avec le VIH	Oui
2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Non
3	Migrants / populations mobiles	Non
4	Orphelins et autres enfants vulnérables	Non
5	Personnes ayant des handicaps	Non
6	Consommateurs de drogues injectables	Non
7	Personnes incarcérées	Oui
8	Professionnel(le)s du sexe	Non
9	Personnes transgenre	Non
10	Femmes et filles	Non
11	Jeunes femmes / jeunes hommes	Non

Ces lois, règlements ou directives sont:

- L'article 45 de la loi portant protection des droits des PVV ;
- La loi 08/11 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVV et des personnes affectées qui définit la discrimination comme une infraction ;
- La loi stipule que l'État est le premier responsable de la lutte contre le VIH (leadership) et doit mettre les fonds conséquents. Le conseil dépistage ainsi que les soins et traitement aux PVV doivent être gratuits. Elle souligne les aspects de discrimination dans plusieurs milieux, les aspects de confidentialité et des pénalités y afférant.

Et brièvement, ces barrières se traduisent par le fait que :

- L'article 45 criminalise la transmission du VIH ;
- L'article 41 mentionne l'obligation de divulguer son statut sérologique. D'où les gens ne viendront pas au dépistage ;
- Il n'y a pas respect de la multisectorialité de la lutte contre le VIH/Sida ;
- Le manque jusqu'à ce jour des mesures d'application en vigueur.

#### 5.1.4. Prévention

1. La RD Congo a une politique ou une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général. Les messages clés explicitement promus sont :

- Abstenez-vous de vous injecter des drogues ;
- Évitez le sexe tarifé ;
- Évitez le sexe inter-génération ;
- Soyez honnêtes ;
- Soyez sexuellement abstinent ;
- Retardez le début de votre vie sexuelle ;
- Engagez-vous pour des rapports sexuels protégés ;
- Combattez la violence contre les femmes ;
- Acceptez et impliquez davantage les personnes vivant avec le VIH ;
- Impliquez davantage les hommes dans les programmes de santé reproductive ;
- Connaissez votre statut VIH ;
- Les hommes devant être circoncis doivent l'être sous surveillance médicale ;
- Prévenez la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Promouvez une plus grande égalité entre les hommes et les femmes ;
- Réduisez le nombre de partenaires sexuels ;
- Utilisez des aiguilles et des seringues propres ;
- Utilisez régulièrement des préservatifs ;
- Autre message : Rejetez toutes les fausses idées sur la transmission du VIH.

Au cours de la dernière année, une activité ou un programme pour que les médias puissent promouvoir la précision des rapports sur le VIH a été mise en œuvre.

2. Il y a au niveau du pays une politique ou une stratégie pour promouvoir les compétences liées à la vie quotidienne basées sur l'éducation des jeunes personnes. En effet, le PNSA

Programme National de la Santé des Adolescents du Ministère de la Santé a développé cette politique pour les jeunes personnes.

Et l'éducation sur le VIH fait partie du programme scolaire et/professionnel suivants :

- les écoles primaires ;
- les écoles secondaires ;
- la formation des enseignants.

Ce programme est harmonisé avec les pays de la CEMAC.

Le Ministère du genre de la famille et de l'enfant ainsi que le Programme National de la Santé de la Reproduction ont inclus dans la stratégie des éléments sur la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge et sensibles au genre.

Et grâce au Ministère des Affaires sociales en collaboration avec les ONGs qui œuvrent dans ce domaine, le pays a une stratégie d'éducation sur le VIH pour les jeunes personnes non scolarisées.

3. Il existe également dans le pays une politique ou une stratégie pour promouvoir l'information, l'éducation et la communication ainsi que les autres interventions préventives pour la santé pour les autres sous-populations vulnérables.

Les éléments contenus dans cette directive ou stratégie sont les suivants :

- Chaque Ministère selon sa spécificité doit lutter contre le VIH. Exemple pour le ministère de la communication, elle doit augmenter le nombre des émissions parlant du VIH ;
- Les ministères de l'Economie et des Finances doivent alléger les taxes pour les importations des médicaments contre le VIH ;
- L'initiative 3 by 5 depuis 2005 sur une durée de 5 ans, arriver à 3 millions de patients accédant au service de prévention, soins et traitement.

Le pilotage existe mais sans un plan cohérent de communication pour le pays.

Le tableau ci-contre reprend pour chaque élément de prévention du VIH, la population concernée dans cette politique.

Éléments de prévention du VIH de cette politique/stratégie	CDI	HSH	Professionnel(le)s du sexe	Clients des Professionnel(le)s du sexe	Personnes incarcérées	Autres Populations :Déplacés, réfugiés, Victimes de violences sexuelles, Hommes en uniformes, Etudiants, les camionneurs.
Promotion du préservatif	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Thérapie de substitution des drogues	Non	Oui	Oui Si c'est un drogué	Oui Si c'est un drogué	Oui  Si ce sont des drogués	Oui
Dépistage du VIH et conseils	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Changement d'aiguille et de seringue	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé reproductive, incluant la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Informations ciblées sur la réduction des risques et l'éducation sur le VIH	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réduction de la vulnérabilité (par exemple, génération de revenus)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui Toutefois plus d'actions doivent être menées car elles sont encore réduites	Oui

Les efforts politiques ayant soutenu la prévention du VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 6 (5,5-6,5).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- Dans le domaine de la PTME, on parle de l'élimination de la transmission du VIH mère et enfant ;
- Tenue de plusieurs sessions de formation par rapport à la prévention(CDV) ;
- Actualisation des documents normatifs sur la prévention.

Les difficultés qui demeurent dans ce domaine sont résumées en difficultés de financement qui entraînent:

- une couverture faible de diffusion des activités, certaines zones de santé ne bénéficient d'aucun appui (le fond mondial ne couvre pas toutes les zones de santé et le MAP non plus;
- une insuffisance sessions de formation des enseignants ;
- Un mouvement important du personnel clés formés en VIH vers d'autres structures offrant de meilleures conditions de travail.

4. Le pays a identifié des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH.

Il y a une planification ascendante : les données partent des ZS vers la coordination provinciale du Sida et au niveau national. On les réunit pour faire un plan d'action dans lequel les objectifs sont définis ainsi que les activités et le coût.

En se référant à la mise en oeuvre de la prévention du VIH, la majorité des répondants ne sont pas d'accord à ce que la sécurité transfusionnelle est accessible à la majorité des personnes dans le besoin.

Par contre les avis sont partagés (50% "Pas d'accord" et 50% autres "D'accord") pour ce qui est des services ci après :

- la promotion du préservatif ;
- la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables ;
- la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés ;
- la prévention du VIH sur le lieu de travail ;
- les conseils et dépistage du VIH ;
- l'IEC sur la réduction des risques l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- la prévention pour les personnes vivant avec le VIH services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement ;
- la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés ;
- la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- la réduction des risques pour les professionnels (le)s du sexe ;
- pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles ;
- Les précautions universelles dans le contexte des soins sanitaires.

5. Les efforts réalisés pour mettre en oeuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 cotée, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 5,5 (4,75-6,25)

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été:

- Dans le domaine de la PTME, on parle de l'élimination de la transmission du VIH mère et enfant ;
- Tenue de plusieurs sessions de formation par rapport à la prévention(CDV) ;
- Actualisation des documents normatifs sur la prévention.

Les difficultés qui demeurent à surmonter dans ce domaine sont les mêmes telles citées plus haut à savoir les difficultés de financement qui explique :

- une couverture faible de diffusion des activités, certaines zones de santé ne bénéficient d'aucun appui (le fond mondial ne couvre pas toutes les zones de santé et le MAP non plus);
- une insuffisance sessions de formation des enseignants ;
- un mouvement important du personnel clés formés en VIH quittant le secteur public.

#### 5.1.5. Traitement, soins et accompagnement

1. Un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont identifié les éléments essentiels dans le pays. Ce qui a été retenu comme prioritaire par rapport aux besoins:

- le traitement aux ARVs des malades ;
- le traitement des infections opportunistes ;
- le dépistage des malades ;
- le suivi biologique des malades.

Les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été intensifiés par:

- l'élargissement de la couverture d'intégration du paquet VIH dans les ZS (de 126 ZS à 169 puis à ce jour à 239 ZS ;
- le diagnostic systématique des personnes qui vont consulter les services de soins (DCIP= Diagnostic Conseil Initié par le Prestataire) ;
- Les nouvelles normes ont fait passer de 200 à 350 le taux de CD4 pour initier le traitement ;
- Le renforcement des capacités de la communauté dans la prise en charge : on a formé certains PVV dans l'accompagnement de ceux qui sont récemment affectés pour qu'ils acceptent la maladie et adhère au traitement.

Pour ce qui est de la mise en œuvre des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH, divers avis ont été recueillis.

La majorité des répondants ne sont pas d'accord et certains pas du tout d'accord que la majorité des personnes dans le besoin ont accès à :

- la thérapie antirétrovirale (ART) ;
- les soins nutritionnels.

Tous les répondants à l'unanimité ne sont pas du tout d'accord que la majorité des personnes dans le besoin ont accès à :

- l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)
- services de soins et d'accompagnement liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)
- dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB

- traitement pédiatrique du sida
- la prophylaxie post-exposition pour exposition non professionnelle (par ex., agression sexuelle)
- la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH

Pour les services ci-après, la moitié des répondants est "D'accord" et l'autre moitié n'est pas "Pas d'accord" que la majorité des personnes dans le besoin y ont accès. Il s'agit de :

- la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH ;
- le diagnostic infantile précoce ;
- les services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour le traitement à travers le lieu de travail ;
- l'ART pour les femmes après l'accouchement l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles ;
- la gestion de l'infection transmise sexuellement ;
- le contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH ;
- la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH ;
- le dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH ;
- le traitement des infections communes liées au VIH.

2. Le gouvernement n'a pas une politique ou une stratégie mise en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH.

3. Une politique ou une stratégie pour développer / utiliser des médicaments génériques ou importer parallèlement des médicaments pour le VIH est mise en place dans le pays.

4. Cependant, le pays n'a pas accès aux mécanismes d'achats et d'approvisionnement régionaux pour les produits fondamentaux tels que les médicaments pour la thérapie antirétrovirale, les préservatifs et les médicaments de substitution.

5. En général, les efforts réalisés pour appliquer les programmes de mise en oeuvre des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ont été évalués sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent ») à 6,5 (625-6,75).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été celles énumérées ci-dessous:

- La révision des guides de traitement aux ARVs ;
- L'augmentation des ZS qui ont intégré le paquet VIH de 126 à 239 ;
- La révision de l'approche des formations au départ thématique mais à ce jour intégrées ;
- La révision du dépistage au départ volontaire mais aujourd'hui, initié par le prestataire ;
- Le développement d'un algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez les patients infectés du VIH.

Toutefois, des difficultés restent à être surmonter dans ce domaine. C'est notamment :

- La non dissémination sur le terrain des documents élaborés à travers tout le pays ;
- La couverture en intrants ne concerne que 236 ZS dans tout le pays, soit moins de 50%.

Une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables est mise en place dans le pays. Malheureusement, il n'y a pas une enveloppe y allouée au niveau local. Les ressources y allouées proviennent de l'extérieur.

Il existe dans le pays, une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables. Celle-ci est contenue dans le document élaboré par le Ministère des affaires sociales en collaboration avec l'UNICEF.

Un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables existe dans le pays. Ce plan couvre la période de 2010 à 2014. Il a été élaboré par le Ministère des affaires sociales, le PNMLS, l'UNICEF et l'USAID.

Le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent actuellement.

Le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché est de 20% pour les uns et 30% pour les autres.

6. En général, les efforts réalisés pour satisfaire les besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2011, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 6,5 (6,25-6,75).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- L'Elaboration du plan d'action national des OEV (avec le Ministère des affaires sociales) ;
- La définition du contenu ; du paquet des activités au bénéfice des OEVs ;
- Des interventions spécifiques pour les OEV ont été menées sur le terrain.

Les difficultés qui demeurent dans ce domaine sont :

- L'Insuffisance des appuis : faible support financier et de partenaires pour soutenir les actions ;
- La monopolisation de ce secteur par le Ministère des affaires sociales alors que le Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnelle a beaucoup d'informations, de capacités et de facilités pour accéder à ce groupe vulnérable.

#### 5.1.6. Suivi et évaluation

1. Le pays dispose d'un plan national de Suivi et d'Évaluation (S&E) pour le VIH.

Les difficultés rencontrées pour son développement ou sa mise en oeuvre ont été les suivantes:

- La faiblesse de leadership des nationaux vis-à-vis des bailleurs ;
- Insuffisance du financement pour la mise en œuvre ;
- Personnel pas suffisamment formé ;
- Insuffisance de maîtrise de l'outil informatique/statistique par les décideurs ;
- Le processus d'élaboration du plan de S&E est intervenu très tard par rapport à celui du Plan stratégique national ;
- Bien que le processus a été participatif, le document a été jugé superficiel sur le plan de la qualité par l'ONUSIDA ;
- Multiplicité des partenaires déclarés dans le secteur ;
- Choix des stratégies au niveau de la coordination nationale entre partenaires privés et étatiques très sélectif et manque de diffusion de l'information.

Ce document de référence national de la lutte contre le VIH couvre 3 années, de 2012 à 2014.

Les partenaires clés ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E, y compris les indicateurs avec le plan national de S&E. Et ceci est vrai pour tous les partenaires.

Quelques problèmes ont été rencontrés à savoir:

- La fragmentation du système en termes d'outils de collecte et du circuit de l'information. Les outils sont conçus ensemble avec les partenaires mais ils n'utilisent pas le format officiel (ils constituent un format à part qu'ils remettent aux structures pour leur collecte des données) ;
- Les partenaires descendent eux-mêmes sur terrain pour la collecte des données.

1. Le plan national de Suivi et d'Évaluation inclut les éléments ci-après :

- Une stratégie pour recueillir les données qui se concerne sur les enquêtes comportementales, des études des évaluations / des recherches menées, la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments, la surveillance du VIH et un suivi de routine du programme ;
- Une stratégie pour analyser les données ;
- Une stratégie de diffusion et d'utilisation des données ;
- Un ensemble d'indicateurs standardisés et bien définis incluant la répartition du sexe et de l'âge (le cas échéant) ;
- Des indications sur les outils pour recueillir les données

3. Un budget est alloué pour mettre en oeuvre le plan de S&E.

Et le pourcentage du financement total du programme relatif au VIH budgété pour les activités de S&E est globalement de 10%.

Cependant, il ressort que les informations relatives à l'existence du plan national de S&E (64%), la période qu'elle couvre (7%), les éléments y inclus (67%) ainsi que son budget (7%) ne sont suffisamment connus des interviewés.

4. Il existe une Unité nationale fonctionnelle de S&E. Cette dernière est confrontée à plusieurs obstacles ressentis suite au déficit du personnel surtout au niveau provincial. Au niveau national, il n'y a que 4 personnes qui sont engagées alors que tous les autres sont des stagiaires.

L'unité nationale pour le S&E est basée dans la structure de coordination nationale de la riposte au VIH à savoir, le PNMLS.

Cinquante % des répondants connaissent la structure ou est basée l'Unité nationale de S&E.

Pour ce qui est du nombre et du type de personnel professionnel travaillent au sein de l'Unité nationale pour le S&E, il y a 4 fonctionnaires de l'Etat qui constituent le personnel permanent et 5 stagiaires.

STATUT	Temps plein	Temps partiel	Depuis quand ?
1 Personnel permanent			
Responsable de l'Unité nationale			2005
Assistant chargé du suivi financier et programmation			2005
Assistant chargé la surveillance épidémiologique et recherche			2008
Chargé de la communication, de l'ingénierie et informatique ainsi que stratégies.			2010
2 Personnel temporaire	Temps plein	Temps partiel	Depuis quand ?
Stagiaire chargé de l'informatique			1 année
Stagiaire chargé de l'informatique			1 année
Stagiaire			6 mois
Stagiaire			6 mois
Stagiaire			6 mois

Il existe des mécanismes mis en place pour veiller à ce que tous les partenaires clés soumettent leurs données / rapports relatifs au S&E à l'Unité pour le S&E afin de les inclure dans le système national de S&E.

En effet, au niveau provincial, il y a des groupes de travail qui se réunissent régulièrement sur les données des activités.

Les partenaires sont également invités pour la confrontation et avoir des données validées pour les provinces.

Il y a également une task force à laquelle chacun vient pour faire rapport de ses activités au niveau national.

Et une validation est faite à ce niveau.

Les principales difficultés dans ce domaine sont notamment :

- L'irrégularité des réunions ;
- La faible complétude ;
- La prise en otage des données par certaines personnes (problème d'homme) ;
- Le manque de leadership des décideurs politiques ;
- Le privilège de certains bailleurs au détriment d'autres financements.

5. Il existe un Groupe de travail pour le S&E qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de S&E, dénommé la task force S&E. Cette dernière se réunit 1 fois par trimestre.

6. Au niveau du PNMLS, il n'y a pas une base des données nationale fonctionnelle. Le processus de constitution de cette base est en cours. Toutefois, on en retrouve une au niveau du PNLS. Elle rassemble toutes les données VIH du secteur santé.

Elle est logée au niveau du PNLS et est gérée par un data manager. C'est une base en Excel qui reprend les données des ZS par domaine d'intervention. Et bientôt, il y aura une plate forme de rapportage électronique dont la mise en œuvre est en cours de démarrage.

Elle inclut des informations concernant le contenu, les populations clés et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que sur les organisations qui les mettent en œuvre.

Un Système d'information pour la santé est fonctionnel au niveau national et au niveau sous-national.

- Au niveau national, c'est au Secrétariat Général à la Santé. Il s'agit du SNIS ;
- Au niveau provincial, dans les coordinations ;
- Au niveau périphérique, dans les ZS.

7. Un rapport de S&E sur le VIH, incluant des données sur la surveillance du VIH, est publié au moins une fois par an par le PNMLS.

8. les données du S&E sont-elles utilisées pour :

- améliorer le programme ;
- développer / revoir la riposte nationale au VIH ;
- attribuer des ressources ;
- réaliser des recherches ;
- alimenter les rapports liés à la pauvreté par exemple.

En rapport avec l'utilisation des données du S&E pour le moment, il y a un plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(ETME). Les données servent à faire le plaidoyer pour augmenter la couverture en ARV là où la couverture est faible.

Toutefois, les répondants ont souligné que :

- l'usage des données est faible ;
- les partenaires ne veulent pas s'adapter aux nouvelles stratégies ;
- il y a une insuffisance de la culture de S&E chez les décideurs.

9. En rapport avec le renforcement des capacités, il y a eu l'année dernière : Au niveau national, 5 personnes formées

Au niveau sous-national et au niveau de la prestation de services, société civile incluse, 245 personnes formées en S&E des activités de lutte contre le VIH/Sida. Le tableau ci-dessous nous fournit les informations en rapport avec ces formations.

Lieu	Dates	# Participants formés
Kinshasa 1	02 au 08 novembre 2010	26
Mbuji mayi	22 au 29 novembre 2010	33
Bukavu	20 au 28 décembre 2010	25
Kisangani	14 au 20 mars 2011	35
Kinshasa 2	02 au 09 août 2011	34
Kinshasa 3	16 au 24 août 2011	29
Kinshasa 4	26 septembre au 03 octobre 2011	32
Lubumbashi	26 septembre au 03 octobre 2011	31
<b>Total</b>		<b>245</b>

D'autres activités de renforcement des capacités en S&E ont été réalisées, autres que la formation. Il s'agit de :

- une formation en GIS (Système d'Information Stratégique) organisée par l'UNICEF en Haïti ;
- la formation sur l'utilisation du logiciel mis en place pour la gestion des malades (ARV PRO) ;
- les notions en Epi infos ;
- l'atelier sur le Planification Programmation Budgétisation et Suivi et Evaluation (PPBS) avec le CEDA.

10. En général, le suivi et l'évaluation (S&E) liés au VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), est évalué à 4,5 (3-5).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- Elaboration du plan stratégique et l'alignement des plans sectoriels au PSN VIH ;
- Production des documents normatifs (Plan ETME) ;
- Production du rapport UNGASS ;
- Production du rapport REDES ;
- Production des rapports des progrès d'accès universel ;
- Formation des acteurs/prestataires sur terrain ;
- Mise en place d'un dispositif de partage d'information satellitaire mais non encore fonctionnel.

Quand aux difficultés qui demeurent dans ce domaine, nous avons :

- Insuffisance de ressources humaines formées en Suivi et Evaluation ;
- Modalités inadaptées de collecte des données (sites, moments, outils de collecte et transmission) ;
- Faible culture du S&E dans le chef des décideurs et des techniciens ;
- Insuffisance d'appui financier ;
- Répartition non efficiente du financement ;
- Insuffisance d'équipement informatique ;
- Difficulté de connexion Internet pour le contact avec les coordinations ;
- Insuffisance de supervision ;
- Difficultés d'obtention de données précises sur la co-infection VIH-TUB ;
- Elaboration du protocole nutritionnel du VIH par le PRONANUT et le PNLS qui malheureusement n'est pas encore validé jusqu'à ce jour ;
- Le manque de collecte des données en rapport avec le VIH et la nutrition.

## **5.2. PARTIE B : Informations recueillies auprès des représentants des organisations de la société civile, des organisations de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que des agences du système des Nations Unies**

Les renseignements rapportés dans cette section concernent les interviews des responsables :

- du Comité d'éthique de l'Ecole de Santé Publique,
- des organismes bilatéraux (CDC, GTZ/SANTE),
- des organisations du Système des Nations Unies (ONUSIDA, PNUD, HCDH, OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO),
- du Centre de Traitement Ambulatoire Kabinda,
- des Projets (SARA/UNC-ESP, SANRU),
- des ONGs (Caritas/TBC, CORDAID, Fondation Clinton, Fondation Femmes Plus, HPP, RIGIACSIDA, ASADHO, CSC, CIELS, YOUTH TO YOUTH, RENADEF, UCOP+, RNOAC-GS, clinique juridique des femmes).

### 5.2.1. Participation de la société civile

1. La contribution à renforcer l'engagement politique des grands dirigeants et la formulation de politiques / stratégies nationales de la société civile est évaluée (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») à 3 (3-3,75).

Pour illustrer cela, les répondants ont mentionné que la société civile contribue à renforcer l'engagement politique au travers de ses associations (exemple : Union Congolaise Personnes vivant avec le VIH (UCOP+)) et ce grâce à différentes opportunités de financement ou appuis.

Elle a réalisé:

- des manifestations et célébrations lors de la journée internationale du VIH ;
- des marches ;
- le renforcement des capacités techniques et thématiques de ses membres ;
- l'élaboration de la loi sur les personnes vivant avec le VIH ;
- l'élaboration du PSN ;
- la participation au CCM ;
- la mise en œuvre bien que limitée par la contrainte des financements des activités de lutte contre le VIH sur terrain.

2. La participation aux processus de planification et de budgétisation pour le Plan stratégique national pour la lutte contre le VIH ou pour le plan relatif aux activités les plus courantes (par ex., assister aux réunions de planification et examen des ébauches) des représentants de la société civile est évaluée (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») à 3,5 (3-4)

Cette participation de la société civile est illustrée lors :

- des écritures de soumission (rounds) ;

- de tout le processus d'élaboration du PSN auquel s'inscrivent les différents plans opérationnels de ses associations ;
- des réunions de planification.

Toutefois, certaines associations des jeunes et CSC déclarent ne pas y être conviées. Cette participation ne reflète donc pas la diversité de représentation de la société civile.

3. L'inclusion des services fournis par la société civile dans les domaines de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH est évaluée (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») à :

- a. pour la stratégie nationale pour la lutte contre le VIH 4(3,25-4,75) ;
- b. pour le budget national consacré à la lutte contre le VIH 1(1-1,75) ;
- c. Les rapports nationaux relatifs au VIH 2,5 (2-3).

Quelques commentaires et exemples ont été cités à savoir :

- Les services de la société civile sont inclus dans la stratégie nationale par contre, le budget reste encore un mite ;
- Le plan d'action du RENADEF contribue efficacement à l'intégration du genre dans le PSN du VIH ;
- Le budget de l'Etat alloué à la société civile est très faible, presque insignifiant ;
- Les organisations de la société civile ne sont pas subventionnées par l'Etat ;
- Les difficultés de fonctionnalité du système de suivi et évaluation par rapport à la collecte des données ne permet de ressortir toutes les interventions de la société civile (distribution des préservatifs, sensibilisation pour le dépistage).

4. L'inclusion de la société civile dans le suivi et l'évaluation (S&E) de la riposte au VIH est évaluée (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») à :

- a. Dans le développement du plan national de S&E 3,5 (3-4,75) ;
- b. Dans la participation au comité / groupe de travail national du S&E chargé de coordonner les activités de S&E 1,5 (1-2) ;
- c. Pour participer à l'utilisation des données pour la prise de décisions 2,5 (2-3).

Les commentaires et exemples avancés sont:

- Seul le secteur public semble réellement impliqué au travail du suivi et évaluation, la société civile ne participe pas aux activités de suivi et évaluation ;
- Certaines associations participent aux groupes de travail en l'occurrence, Droit et VIH ;
- Les rapports du PNMLS sont utilisés par la société civile pour la sensibilisation ;
- Les données des interventions de la société civile ne sont pas toutes captées et rapportées.

5. L'inclusion de la représentation du secteur de la société civile dans les efforts liés au VIH dans les diverses organisations (par ex., organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH, de professionnel(le)s du sexe, et d'organisations basées sur la foi) est évaluée (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») à 3,5 (3-4).

Pour commenter et illustrer cette représentation du secteur de la société civile, les répondants ont souligné que cette société civile a une diversité d'organisations (réseaux des femmes, associations des confessions religieuses, des jeunes, des PVVIHs, des entreprises et syndicats, des associations à actions communautaires, ...)

Pour les associations des femmes, nous avons l'organisation des femmes vivant avec le VIH/Sida, les Professionnels de sexe (PS), les femmes dans le monde du travail, les femmes des confessions religieuses, les femmes en uniforme,

L'intégration des lesbiennes et du secteur privé dans le réseau sont en cours  
La plupart des réseaux sont soutenus par les Organisations Non Gouvernementales (ONG).

6. L'accès de la société civile (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») pour :

- a. Un soutien financier adéquat pour mettre en oeuvre ses activités liées au VIH est évalué à 2(1,25-2) ;
- b. Un soutien technique adéquat pour mettre en oeuvre ses activités liées au VIH est évalué à 2,5 (2-3,75).

Les commentaires et exemples abordés ont été les suivants :

- Un ensemble de mesures facilitatrices de l'accès au financement et à l'appui technique par la société civile ont été signalés. Cependant, la société civile répond difficilement au cahier de charge des différents bailleurs. D'où la nécessité du renforcement des capacités (compétences, organisationnels, institutionnels) ;
- Le gouvernement devrait allouer à la société civile le soutien financier et technique adéquat car la majorité vient des partenaires extérieurs notamment l'ONUSIDA ;
- Le soutien financier alloué est vraiment insignifiant ;
- Un soutien technique en termes de supports pour mettre en œuvre les activités est accordé. Ils sont utilisés pour exécuter les activités avec nos ressources propres.

Toutefois, de façon générale, il y a eu des efforts.

7. Pour ce qui est des programmes/services liés au VIH fournis par la société civile, la majorité des répondants ont estimés les pourcentages suivants :

N°	programmes/services liés au VIH fournis par la société civile	% estimé
1	Prévention pour les populations clés	
	• Personnes vivant avec le VIH	>75
	• Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<25
	• Consommateurs de drogues injectables	<25
	• Professionnel(le)s du sexe	51-75
	• Personnes transgenre	<25
2	Dépistage et conseils	>75
3	Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	>75
4	Services cliniques (ART/IO)	25-50
5	Soins à domicile	<25
6	Programmes pour OEV	25-50

8. En général, les efforts réalisés pour accroître la participation de la société civile en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 6 (6-6,75).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine sont mentionnées ci-dessous:

- La mise en réseaux des différents intervenants de la mise en œuvre de la société civile (organisation des réseaux de la société civile) ;
- Le renforcement des capacités des réseaux de la société civile ;
- Le financement bien qu'encore limité des ONG et OAC ;
- L'opportunité de l'approche multisectorielle (ce qui entraîne un appel des autres secteurs) ;
- L'encadrement au PNMLS et à l'étranger des membres de la plate forme dans le suivi des ONGs ;
- Le suivi intense des enfants exposés au VIH ;
- La participation de la société civile dans les groupes de travail, la programmation, les réunions de consultation, la réforme du PNMLS, l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH ;
- L'exécution des projets de dépistage volontaire, de prise en charge des personnes affectées ;
- L'adhésion du top manager des entreprises et des travailleurs dans la lutte contre le VIH/Sida.

Cependant quelles difficultés sont à surmonter dans ce domaine, à savoir :

- La viabilité précaire des structures de la société civile pose le problème de la pérennisation des interventions exécutées ;
- L'absence d'une bonne collaboration et cohésion entre le PNMLS et la société civile (manque d'appui financier, de réunions de concertation) ;
- L'insuffisance de moyens financiers pour que la société civile s'approprie la lutte ;
- La représentation de la société civile dans toute sa diversité dans le groupe de travail au niveau du PNMLS n'est pas effective ;
- La rupture de stock en ARVs.

### 5.2.2. Soutien politique et leadership

1. Le gouvernement, grâce à un soutien politique et financier, a impliqué des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et/ou d'autres sous-populations vulnérables dans la conception et la mise en œuvre de politiques gouvernementales liées au VIH.

Elle se fait dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. En effet, l'élaboration du plan stratégique national a inclut tout le monde y compris les PVVIHs en 2010.

Des ateliers ont été organisés et le gouvernement a considéré la lutte contre le VIH comme son 4<sup>ème</sup> pilier.

La task force Droit et VIH contient en son sein une forte présence des personnes vivant avec le VIH ainsi que dans les groupes thématiques.

### 5.2.3. Droits de l'homme

1. Le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables. Le tableau ci-dessous précise par oui ou par non si les populations clés sont concernées par les lois ou les règlements.

N°	POPULATIONS CLÉS et SOUS POPULATIONS VULNÉRABLES	concernées par les lois ou les règlements
1	Personnes vivant avec le VIH	Oui
2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Non
3	Migrants / populations mobiles	Non
4	Orphelins et autres enfants vulnérables	Oui
5	Personnes ayant des handicaps	Non
6	Consommateurs de drogues injectables	Non
7	Personnes incarcérées	Oui
8	Professionnel (le)s du sexe	Non
9	Personnes transgenre	Oui
10	Femmes et filles	Non
11	Jeunes femmes / jeunes hommes	Non
12	Autres sous-populations vulnérables spécifiques : les adolescents.	Oui

Il existe dans le pays une loi générale (par ex., pas spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination.

C'est la constitution qui protège tout le monde. Toutes les personnes sont égales devant la loi. Il n'y a pas de discrimination.

Les mécanismes garantissant la mise en œuvre de ces lois sont:

- Le Parlement vote les lois ;
- Le Gouvernement, le pouvoir judiciaire et les ONG en assurent la mise en œuvre ;
- et l'application de ces lois est suivie au travers du Gouvernement.

Le degré actuel de mise en œuvre est estimé à 25°.

2. En effet, il existe dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui constituent des obstacles à l'efficacité des services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les autres sous-populations vulnérables.

Le problème de l'article 45 de la loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 qui risquerait dès que celle-ci sera appliquée d'aller à l'encontre des aspects préventifs.

Le tableau ci-dessous mentionne les populations clés et sous-populations concernées par ces lois.

N°	POPULATIONS CLÉS et SOUS-POPULATIONS VULNÉRABLES	CONCERNÉES PAR CES LOIS
1	Personnes vivant avec le VIH	Oui
2	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Non
3	Migrants / populations mobiles	Oui
4	Orphelins et autres enfants vulnérables	Oui
5	Personnes ayant des handicaps	Non
6	Consommateurs de drogues injectables	Oui
7	Personnes incarcérées	Oui
8	Professionnel(le)s du sexe	Oui
9	Personnes transgenre	Non
10	Femmes et filles	Oui
11	Jeunes femmes / jeunes hommes	Oui
12	Autres populations vulnérables spécifiques : les adolescents.	Oui

Les lois, règlements ou directives ainsi que leur contenu sont repris ci-dessous:

- L'article 45 de la loi portant protection des droits des PVV ;
- La loi 08/11 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVV et des personnes affectées qui définit la discrimination comme une infraction ;
- La loi stipule que l'Etat est le premier responsable de la lutte contre le VIH et doit mettre les fonds conséquents. Le conseil dépistage ainsi que les soins et traitement aux PVV doivent être gratuits ;
- Interdiction de fournir des préservatifs aux moins de 18 ans.

Les répondants ont commenté brièvement dans les lignes qui suivent comment ces lois posent des barrières :

- L'article 45 criminalise la transmission du VIH, cette pénalisation fait obstacle à la lutte ;
- L'article 41 mentionne l'obligation de divulguer son statut sérologique. D'où les gens ne viendront pas au dépistage ;
- Il n'y a pas respect de la multisectorialité de la lutte contre le VIH/Sida ;
- L'interdiction de fournir des préservatifs aux moins de 18 ans alors qu'ils sont déjà actifs sexuellement.

3. Il existe dans le pays, une politique, une loi ou un règlement pour réduire la violence contre les femmes, ce qui inclut par exemple, les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH.

En effet, la loi n°06/018 du 20/07/2007 porte sur la répression des violences sexuelles. Elle complète le code pénal congolais, Livre II.

Elle concerne tout le monde à savoir : les enfants, les jeunes et les adultes et ce pour les deux sexes.

4. La promotion et la protection des droits de l'homme sont explicitement mentionnées dans une politique ou une stratégie liée au VIH.

Dans le PSN 2010-2014, il y a l'axe 3 qui traite des aspects de promotion d'un environnement luttant contre tous ces aspects discriminatoires.

Il y a la loi 08/011 du 14/07/2008 qui mentionne :

- La protection et le respect des PVV ;
- Le droit à la santé ;
- Le droit à un traitement de qualité, à ne pas être discriminé ni stigmatisé ;
- La mise à disposition des infrastructures de lutte contre le VIH/Sida ;
- La dotation des moyens ;
- Le droit des PVVHs de travailler et de se marier ;
- L'implication du Chef de l'état et des autorités de la RD Congo dans la mise en place d'une structure multisectorielle de coordination de la lutte contre le VIH (PNMLS).

5. Il n'existe pas dans le pays un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de riposte des cas de discrimination rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations vulnérables.

Cependant, l'UCOP<sup>+</sup> a des mécanismes de récolte et de suivi de ces cas. Il existe aussi les cliniques juridiques.

Au niveau national, il y a un outil "Index stigm international" mis en place pour collecter les cas de stigmatisation et relever les évidences.

Toutefois, le champ d'application se limite aux ONG. Sur le terrain, ça n'existe.

6. Pour ce qui est de la politique ou la stratégie pour que les services soient gratuits, le tableau ci-contre nous indique si les services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne.

N°	Services	Fourni gratuitement à tous dans le pays	Fourni gratuitement à certaines personnes dans le pays	Fourni mais seulement à un certain prix
1	Traitement antirétroviral	Non	Oui	Non
2	Services de prévention du VIH	Oui (Articles 35 et 36)	Non	Non
3	Interventions de soins et d'accompagnement liés au VIH	Non	Non	Oui

Pourtant, les articles 35 et 11 de la loi stipulent que le traitement antirétroviral doit être fourni à tous gratuitement.

Et les articles 10, 11, 12 et 13 portent sur la gratuité pour tous des interventions de soins et d'accompagnement liés au VIH. Mais sur terrain, ces services sont fournis seulement à un certain prix.

Pour des services bien spécifiques, les populations ci-dessous ont été identifiées comme prioritaires :

- Les jeunes et les femmes pour le service de prévention du VIH( accès aux préservatifs) ;
- Les PVV pour la prise en charge médicale (le traitement antirétroviral ;
- Les personnes affectées pour les AGR ;
- Les mères et les enfants pour la PTME ;
- Les OEV pour l'accompagnement ;
- Les PS pour le traitement des IST et la prévention ;
- Les militaires et les camionneurs pour la prévention.

7. Il n'existe pas dans le pays une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les femmes et pour les hommes aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

Le pays n'a pas une politique ou une stratégie pour garantir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les femmes en dehors de la grossesse et de l'accouchement

8. Dans le pays, on ne trouve pas une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les populations clés et/ou les autres sous-populations vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

9. Une loi interdisant le dépistage du VIH pour des questions relatives à l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, cessation) existe dans le pays. La loi portant protection des PVVIHs, en ses articles 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 et 27, définit le droit des PVVIHs à l'emploi. Dans la loi portant protection des PVVIHs, personne ne peut être lésé par rapport à l'emploi à cause de son statut sérologique. Le dépistage est volontaire et les résultats sont confidentiels.

10. Concernant les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme, il existe dans le pays:

a. des institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, ce qui inclut :

- des commissions pour les droits de l'homme ;
- des commissions de réformes juridiques ;
- des observateurs (Observatoire des droits de l'homme en RDC) et des médiateurs qui traitent les questions liées au VIH au sein de leur travail.

b. des Indicateurs ou repères de performance permettant de vérifier la conformité avec les droits de l'homme standards dans le contexte des efforts liés au VIH.

E effet, on retrouve :

- au niveau du pays, le groupe Droits et VIH ;
- Dans la société civile, des ONG de droits de l'homme et celles de prise en charge des propositions des révisions de la loi.

11. Pour ce qui est des formations ou des activités de renforcement des capacités au cours des 2 dernières années, il y a eu :

- a. des programmes pour éduquer et accroître la sensibilisation chez les personnes vivant avec le VIH et les populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH) ;
- b. des programmes pour les membres du système judiciaire et d'application des lois sur le VIH et les questions de droits de l'homme qui peuvent surgir dans le contexte de leur travail.

12.

- a. Par rapport aux services d'assistance juridique disponibles dans le pays, les systèmes d'aide juridique pour l'assistance sociale liée au VIH existent dans le pays. Nous avons les cliniques juridiques ;
- b. Par contre les entreprises juridiques du système privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH n'existe pas.

13. Il y a des programmes mis en place pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Le tableau ci-dessous renseigne sur le type de programma exécuté.

N°	Types de programmes	Mis en place dans le pays/structure d'exécution	
1	Programmes pour le personnel de santé		Non
2	Programmes pour les médias	Oui (Médias contre le Sida)	
3	Programmes sur le lieu de travail	Oui CIELS	
4	Autre programme : Les initiatives pour réduire la discrimination en milieu religieux.	Oui VORSI CONGO ET CORNELA PLUS	

14. En général, les directives, lois et règlements qui existent pour promouvoir et protéger les droits de l'homme liés au VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 5 (2,75-6,5).

Les réalisations clés dans ce domaine depuis 2009 sont les suivantes:

- La création des secteurs de la justice ;
- La mise en place d'un groupe thématique et les ateliers de Droit-VIH ;
- La création du secteur de la Justice ;
- La revue du cadre légal ;
- La participation au niveau national à des ateliers régionaux du droit et VIH ;
- La production des outils de vulgarisation de la loi portant protection des droits des PVVIH ;
- La mise en place des ONG de droit de l'homme par le ministère de la Justice ;
- La mise en place d'un plan de Tolérance Zéro ;
- Le discours du chef de l'Etat mentionnant l'abolition de la classe "des intouchables" ;
- L'adoption du PSN en juillet 2009 ;
- La loi portant protection de l'enfant en janvier 2009.

Cependant, des difficultés demeurent encore dans ce domaine, à savoir :

- L'ignorance et le non respect des lois ;
- L'insuffisance de vulgarisation de la loi portant protection des PVV auprès des juristes, des médias et des leaders communautaires ;
- L'insuffisance de financement ;
- L'inaccessibilité de certains milieux liés à l'étendue du pays ;
- L'insuffisance de formation du personnel ;
- Faibles mesures d'application des lois ;
- Le dysfonctionnement de l'assemblée nationale avec les retards de vote des lois.

15. En général, les efforts réalisés pour mettre en oeuvre les directives, lois et règlements liés au VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 4,5 (2,75-6).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- L'implication du Ministre de la Justice ;
- L'implication des partenaires ;
- Les lois votées au parlement ;
- Le dépôt des documents de révision des lois à l'assemblée nationale ;
- La tentative de mise en place de l'ordonnance modifiant le décret de 2004 créant le PNMLS.

Les difficultés ci-dessous demeurent encore dans ce domaine :

- Le non respect de la multisectorialité de la lutte contre le VIH ;
- Le manque de mesures d'application pour la plupart des lois ;
- La population n'a pas encore développé cette culture de revendiquer ses droits ;
- La difficulté de vulgarisation de la loi portant protection des PVV auprès des juristes, médias et leaders communautaires ;

- L'insuffisance de financement et de moyens ;
- La difficulté d'étendre les interventions sur le Droit et le VIH sur toute l'étendue du pays ;
- Les évidences sur la discrimination et les stigmatisations ;
- Les mesures d'application pour rendre opérationnelle la lutte contre le VIH dans les secteurs de l'Agriculture, de l'EPSP, ... ;
- La gratuité de la prise en charge globale.

#### 5.2.4. Prévention

1. Les besoins spécifiques relatifs aux programmes de prévention du VIH a été identifié dans le pays.

Et cela s'est fait de la manière suivante :

- dans le plan stratégique national où une analyse de la situation est faite ;
- dans le plan d'élimination de la transmission mère enfant ;
- pour la PTME, par analyse des goulots d'étranglement de la PTME. Il y a des outils appropriés que l'Unicef utilise ;
- la cartographie PTME compréhensive ;
- une collecte des données se fait également à la base pour ensuite être compilée au niveau national et ce en collaboration avec les partenaires.

Le tableau ci-dessous renseigne sur l'appréciation des répondants sur le fait que la majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) services de prévention du VIH mis en œuvre.

N°	Composante de la prévention du VIH	Pas du Tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
1	la sécurité transfusionnelle	3(18.75%)	5(31.25%)	5(31.25%)	1(6.25%)	2(12.5%)
2	la promotion du préservatif	1(6.25%)	7(43.75%)	4(25%)	2(12.5%)	2(12.5%)
3	la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables	4(25%)	4(25%)			8(50%)
4	la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés	2(12.5%)	9(56.25%)	2(12.5%)	1(6.25%)	2(12.5%)
5	la prévention du VIH sur le lieu de travail		11(68.75%)	2(12.5%)	2(12.5%)	1(6.25%)
6	dépistage du VIH et conseils	2(12.5%)	7(43.75%)	3(18.75%)	3(18.75%)	1(6.25%)
7	l'IEC sur la réduction des risques		10(62.5%)	4(25%)	2(12.5%)	
8	l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	2(12.5%)	11(68.75%)	1(6.25%)	2(12.5%)	
9	la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	6(37.5%)	3(18.75%)	5(31.25%)	1(6.25%)	1(6.25%)
10	la prévention pour les personnes vivant avec	4(25%)	7(43.75%)	1(6.25%)	3(18.75%)	1(6.25%)

	le VIH					
11	services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement	2(12.5%)	6(37.5%)	6(37.5%)	1(6.25%)	1(6.25%)
12	la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés	3(18.75%)	9(56.25%)	3(18.75%)		1(6.25%)
13	la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	5(31.25%)	5(31.25%)	1(6.25%)	1(6.25%)	4(25%)
14	la réduction des risques pour les professionnels (le)s du sexe	1(6.25%)	5(31.25%)	7(43.75%)	1(6.25%)	2(12.5%)
15	pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles	1(6.25%)	6(37.5%)	8(50%)	1(6.25%)	
16	précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires	5(31.25%)	3(18.75%)	6(37.5%)	1(6.25%)	1(6.25%)
17	Autre: La prévention auprès des hommes en uniforme La gestion des déchets biomédicaux	1(6.25 %) 3(18.75%)				

2. En général, les efforts réalisés pour mettre en œuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 4 (3,5-5).

Depuis 2009, les réalisations clés survenues dans ce domaine sont :

- L'évaluation du plan national pour le passage de l'échelle de la PTME ;
- L'intégration du VIH dans la zone de santé (micro planification de l'intégration de l'équipe cadre pour le passage à l'échelle) ;
- La révision du protocole national de la PTME et de la prise en charge eu égard aux dernières recommandations de l'OMS ;
- L'analyse des goulots d'étranglement et de l'équité (ou sont les populations les moins atteints par l'intervention) ;
- Le guide du management du VIH dans la zone de santé ;
- L'élaboration du plan stratégique santé et du plan stratégique multisectoriel ;
- L'engagement du Président de la République avec la génération sans sida ;
- La production des outils de formation et le renforcement des capacités des enseignants à l'éducation sur le VIH ;
- L'orientation, la sensibilisation et le dépistage par les PVV ;
- L'implication de la jeunesse aux activités ;

- L'élaboration d'une politique nationale en matière de préservatifs ;
- L'extension de l'appui du fond mondial à plus des zones de santé ;
- L'introduction de nouveaux outils de sensibilisation à savoir, le parcours participatif ;
- Le dépistage initié par le prestataire ;
- La formation des pairs éducateurs ;
- La sensibilisation pour le don de sang ;
- La mise en place de communauté championne pour l'appropriation de la lutte contre le sida par la communauté locale ;
- Le déploiement des CDV ;
- La mise en œuvre des séances de communication pour le changement de comportement, la ligne verte info-sida ;
- La couverture en intrants pour la sécurité transfusionnelle ;
- L'amélioration de la communication des groupes de support et le test de dépistage.

Cependant quelles difficultés demeurent dans ce domaine. Il s'agit :

- L'instabilité et l'insuffisance des ressources humaines formées et motivées ;
- La problématique de la coordination de toutes les interventions et programmes ;
- L'intégration de la PTME dans la santé maternelle et infantile ;
- L'approvisionnement régulier des intrants VIH et la disponibilité des médicaments (péremption des ARVs) ;
- L'insuffisance des interventions gouvernementales avec comme revers le financement des projets par l'extérieur et l'imposition des objectifs parfois non prioritaires ;
- Faible leadership du gouvernement congolais dans la prise en charge de la lutte ;
- Faible couverture de l'offre des services de prévention suite au manque de financement et à l'immensité du pays ;
- L'insuffisance des outils de sensibilisation pour les pairs éducateurs.

#### 5.2.5. Traitement, soins et accompagnement

1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels pour un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

Les éléments et les priorités ayant été accordées sont :

- L'augmentation des services de qualité prenant en compte non seulement les soins mais aussi les besoins nutritionnels ;
- Le paquet complet (traitement, soins d'accompagnement, prévention, ...) ;
- Une politique et une réglementation sur la prise en charge (changement de traitement), le traitement ARV ;
- La co-infection VIH-TUB ;
- L'accompagnement psychosocial des PVV sous ARV ;
- Le renforcement des capacités des prestataires ;
- La réduction de l'impact socio-économique avec la scolarisation des OEV et les activités génératrices de revenus ;
- L'augmentation de la couverture des personnes ayant accès au traitement ;
- Le paquet biologique d'accompagnement avec le dosage des CD4 (de 200 à 350) ;

- La sécurisation sanguine ;
- La chaîne d'approvisionnement ;

Les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été élaborés au travers :

- du plan stratégique national d'où découle le plan opérationnel avec des objectifs précis et de cibles bien identifiées ;
- de la plateforme UCOP+ a fait élaborer la stratégie des soins et accompagnement avec une structuration des services d'accompagnement ;
- de la revue annuelle du pays qui a permis d'identifier les gaps et les besoins en matière de traitement ;
- du décrochage des activités communautaires et celles gérées par la zone de santé qui assure les différents services ;
- du suivi des PVVIH particulièrement le registre mère-enfant.

Le tableau ci-dessous donne l'appréciation des répondants sur la mesure de mise en oeuvre des services de traitement, de soins et d'accompagnement pour la majorité des personnes dans le besoin qui y ont accès.

	Services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
1	la thérapie antirétrovirale (ART)	4(25%)	7(43.75%)	2(12.5%)	2(12.5%)	
2	l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)	2(12.5%)	9(56.25%)	3 (18.75%)	2(12.5%)	
3	la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH	3(18.75%)	4(25%)	9(56.25%)		
4	diagnostic infantile précoce	5(31.25%)	9(56.25%)	1(6.25%)	1(6.25%)	
5	services de soins et d'accompagnement liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)	3(18.75%)	10(62.5%)	1(6.25%)	2(12.5%)	
6	dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB	2(12.5%)	8(50%)	6(37.5%)		
7	services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour	5(31.25%)	9(56.25%)	2(12.5%)		

	le traitement à travers le lieu de travail					
8	soins nutritionnels	6(37.5%)	8(50%)	2(12.5%)		
9	traitement pédiatrique du sida	6(37.5%)	6(37.5%)	4(25%)		
10	l'ART pour les femmes après l'accouchement	3(18.75%)	10(62.5%)	2(12.5%)	1(%)	
11	la prophylaxie post-exposition pour exposition non professionnelle (par ex., agression sexuelle)	3(18.75%)	10(62.5%)	1(6.25%)	1(6.25%)	1(6.25 %)
12	la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH	8(50%)	5(31.25%)	2(12.5%)	1(6.25%)	
13	l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles	5(31.25%)	7(43.75%)	2(12.5%)	2(12.5%)	
14	la gestion de l'infection transmise sexuellement	2(12.5%)	7(43.75%)	4(25%)	1(6.25%)	2(12.5%)
15	contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH	3(18.75%)	9(56.25%)	3(18.75%)	1(6.25%)	
16	la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	3(18.75%)	9(56.25%)	1(6.25%)	3(18.75%)	
17	dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	1(6.25%)	9(56.25%)	6(37.5%)		
18	traitement des infections communes liées au VIH	3(18.75%)	5(31.25%)	8(50%)		
19	autre: Le suivi biologique intégré au VIH L'accès au dépistage Les soins palliatifs en fin de vie Les visites à domicile		1(6.25%) 1(6.25%) 1(6.25%) 1(6.25%)			

En général, les efforts réalisés pour mettre en oeuvre des programmes de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 4 (3-5).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine ont été les suivantes:

- Le regroupement et encadrement des PVV en association et faitières avec accès au crédit ;
- L'accord des AGRs aux familles d'accueil et le soutien psychosocial ;
- Le début de l'appui pour la prise en charge pédiatrique et le dépistage précoce ;
- La scolarisation des OEV ainsi que leur formation professionnelle ;
- La ligne verte infos Sida.

Pour ce qui est des difficultés dans ce domaine, les répondants ont souligné les faits ci-dessous :

- Le départ de certains partenaires alors que les problèmes demeurent avec comme conséquence la fermeture de plusieurs centres de santé communautaires ;
- L'insuffisance des moyens d'action (financiers et matériels) ;
- Les ruptures de traitement ARV engendrées par les irrégularités de financement du fond mondial ;
- La quasi-inexistence de l'Etat dans l'approvisionnement du pays en ARV ;
- L'insuffisance de couverture des structures de prise en charge des PVV ;
- La nutrition des PVVih ;
- L'insuffisance des formations en matière d'AGR ;
- Le manque de motivation des ressources humaines ;
- Les nombreuses ruptures de stock en ARV ;
- La faible disponibilité d'analyses pour le suivi biologique des PVV sous ARV ;
- La mauvaise répartition des ressources non corrélées aux besoins de traitement ;
- Le suivi de cohorte des patients sous ARV ;
- Le suivi et évaluation des programmes pour la disponibilité des données ;
- Le taux de mortalité de 17% suite aux retards.

2. Il existe dans le pays, une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables.

Le pays a également une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables.

Un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables a été élaboré.

Le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent.

Pour ce qui est du pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché, les estimations sont diverses : 40% pour les uns, 10 à 12% pour certains et 3 % pour d'autres.

3. En général, les efforts réalisés pour mettre en oeuvre les programmes de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), sont évalués à 3,5 (2,25-4).

Depuis 2009, les réalisations clés dans ce domaine sont :

- Les appuis ponctuels aux orphelins et autres enfants vulnérables au travers des projets de scolarisation, de soutien psychosocial ;
- Le plan stratégique de prise en charge des OEVs ;
- Les groupes de support aux OEV ;
- Le système de suivi et évaluation des interventions ciblant les OEV grâce au Ministère des affaires sociales ;
- Le développement des AGR au profit des familles d'accueil ;
- L'accès aux ARVs ;
- La mise en place des postes communautaires de distribution des ARV ;
- Le diagnostic de CD4 ;
- La définition du paquet standard avec une actualisation et une adaptation des schémas thérapeutique ;
- La formation des assistants sociaux en accompagnement ;
- Le plaidoyer auprès des autorités et des partenaires pour les structures sanitaires, les écoles, les centres d'éducation professionnelle.

Quand aux difficultés devant être surmonter dans ce domaine, nous avons :

- Le suivi de la mise en application de la loi portant protection des PVV ;
- L'insuffisance de prise en charge des OEV (traitement, accompagnement, nutrition,...) ;
- Le problème de couverture géographique des intrants et ARV ;
- L'insuffisance de financement et manque de pérennisation des interventions ;
- L'absence d'un système national de protection sociale ;
- La faible appropriation et leadership du gouvernement ;
- L'insuffisance d'infrastructure pour l'installation des services d'accompagnement ;
- L'insuffisance de formation et d'exercice du S&E ;
- Le manque de coordination et de stratégie commune dans le domaine.

## 6. Difficultés rencontrées

La collecte des données s'est étendue au delà de la période prévue suite à diverses raisons. C'est ainsi que plusieurs cibles n'ont pas pu être interviewées (13/64 soit 20%) suite à diverses raisons.

C'est notamment :

1. l'indisponibilité des répondants pris par de multiples occupations, cas de :
  - Le Ministre de la justice ;
  - Le point focal du Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire ;
  - Le manager chargé du VIH de l'USAID.
2. la restructuration intervenue dans la structure pendant la période de collecte, cas du Président de l'assemblée nationale. Toutefois, nous avons interviewé le Secrétaire Général de l'Assemblée Nationale.
3. la condition d'obtenir l'aval de la hiérarchie pour répondre à l'interview malgré la présentation de la lettre d'information du Ministre de la Santé et de l'ordre de mission, cas de :

- Le point focal VIH du PAM ;
  - Le responsable de la fondation Clinton ;
  - Le point focal VIH de ASF/PSI.
4. aux voyages à l'intérieur et même à l'extérieur du pays, cas de :
- Le Président de l'ASADHO ;
  - Le chargé des questions VIH de l'Eglise anglicane.
5. au retard ou encore à la non réception de la lettre officielle d'information du Ministre de la Santé pour la collecte des données, cas de :
- Le point focal VIH de la coopération britannique ;
  - Le point focal VIH du Ministère du budget ;
  - Le point focal VIH du Ministère des finances ;
  - Le point focal VIH du Ministère de l'Intérieur ;
  - L'assistant aux droits de l'homme de l'HCDH.

## 7. Conclusion

En conclusion, la RD Congo a connu des avancées dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques nationales en matière de VIH.

Ces avancées ont comme fruits, notamment :

- la révision des attributions et la restructuration du PNMLS ;
- l'alignement et l'harmonisation des programmes liés au VIH de la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) avec la stratégie nationale multisectorielle ;
- l'élaboration du Plan national de S&E ;
- le développement d'un plan pour le renforcement du système de santé ;
- l'existence des institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme et des Indicateurs ou repères de performance permettant de vérifier la conformité avec les droits de l'homme standards dans le contexte des efforts liés au VIH tel que le groupe Droits et VIH ;
- une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général à l'aide des messages clés explicitement promus ;
- l'éducation des jeunes personnes développée par le Programme National de la Santé des Adolescents, celle des jeunes personnes non scolarisées grâce au Ministère des Affaires sociales en collaboration avec les ONGs qui œuvrent dans ce domaine ;
- l'identification d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ;
- l'intensification des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH par l'élargissement de la couverture d'intégration du paquet VIH dans les ZS (de 126 ZS à 169 puis à ce jour à 239 ZS) et le diagnostic Conseil Initié par le Prestataire ;
- et le renforcement de l'engagement politique de la société civile au travers de ses diverses associations et ce grâce à différentes opportunités de financement.

Cependant malgré ces louables efforts, il reste encore des murs à surmonter, à savoir :

- la vulgarisation des documents stratégiques ;
- la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN 2010-2014 et du plan de S&E ;

- les mesures de vulgarisation et d'application de la loi portant protection des PVV et des PA ;
- l'application de la gratuité de la prise en charge globale et accompagnement des PVVIH ;
- l'accroissement de la culture et des capacités en S&E ;
- l'augmentation des financements pour la mise en œuvre des activités par la société civile ;
- et l'intégration de toute la diversité de représentation de la société civile dans les groupes de travail VIH.

## 8. Annexes

### 8.1. Répondants au NCPI

#### 8.1.1. Représentants du gouvernement

	Organisation	Répondant à la Partie A Noms/Statuts	Partie sur laquelle le répondant a été sollicité					
			A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
1	Présidence de la République Démocratique du Congo	Dr KIBOKO <i>Point focal VIH</i>						
2	Primature	Mme NTUMBA <i>Chargée de la prise en charge médicale</i> Mme MPEMBA <i>Secrétaire de la cellule VIH</i>						
3	Assemblée Nationale	MADJUBULU PATRICE <i>Secrétaire Général</i>						
4	Assemblée Nationale	MUSSA <i>Point focal VIH</i>						
5	ONUSIDA	OUATTARA Yafflo <i>Coordonnateur intérimaire</i> <i>Conseiller en gestion et développement organisationnel</i>						
6	PNMLS Coordination nationale	KAPEND LIEVIN <i>Coordonnateur national</i>						
7	PNMLS Coordination nationale Unité de S&E	MANWANA BOB <i>Chargé du suivi financier et de la programmation</i>						
8	PNMLS Coordination nationale Unité de S&E	OBOTELA YVES <i>Assistant S&amp;E</i>						
9	PNMLS Coordination provinciale Ki1nshasa	SINZIDI Aimerencienne <i>Chargé de S&amp;E</i>						



25	Ministère du Plan	MAFUKU MUNKENI Joel  <i>Chargé des stratégies de développement à l'UPPE/SRP/PLAN</i>							
----	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**8.1.2. Représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et multilatérales ainsi que des organisations du système des Nations Unies**

	Organisation	Noms/Statuts	Partie sur laquelle chaque répondant a été sollicité				
			B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
26	OMS	Dr MPOYI Etienne  <i>NPD HIV/WHO-DRC</i>					
27	ONUSIDA	OUATTARA Yafflo <i>Coordonnateur intérimaire Conseiller en gestion et développement organisationnel</i>					
28	CDC	Dr MILANGU <i>HIV Program Manager</i>					
29	UNICEF	Dr MUSUAMBA Gertrude <i>Point focal VIH</i>					
30	PNUD-FOND MONDIAL	Dr BOUZID Samir <i>Coordonnateur principal</i>					
31	UNESCO	GAMBEMBO Pierre <i>Point focal VIH</i>					
32	UNFPA	Dr MATONDO Alphonse <i>Chargé des programmes VIH</i>					
33	UNHCR	ANUNU robert <i>Assistant</i>					
34	GIZ/Santé	Dr MUHEMERI Michel  <i>Assistant technique VIH</i>					

35	CORDAID	Dr NGOMA Bienvenu <i>Chargé de S&amp;E</i>						
36	UGPR ECC-SANRU	Dr KAKESA Olivier <i>M&amp;E officer</i>						
37	PROJET SARA/ UNC-DRC	Dr ILUNGA Vicky <i>Coordonnateur du projet</i>						
38	CTA/KABINDA	RINCHGY Laura <i>Responsable médical du centre</i>						
39	CARITAS/TBC	TSHIMBEMBE Thérèse <i>Responsable</i>						
40	FONDATION FEMME PLUS	MOKE Christophe <i>Responsable</i>						
41	CIELS	LUMPUNGU Floribert <i>Responsable</i>						
42	RNOAC GS des PVV	LUKELA Jean <i>Responsable</i>						
43	Comité d'éthique de l'Ecole de Santé Publique	Prof Dr TSHEFU KITOTO <i>Présidente</i>						
44	RESEAU ETHIQUE DROIT ET VIH/Sida :REDS (Clinique juridique des femmes)	MUSUAMBA NDALA <i>Responsable</i>						
45	UCOP+	Dr BENDA Fidèle <i>Responsable</i>						
46	UCOP+	NGOY Eric <i>Membre</i>						
47	RIGIACSIDA	LUTETE ANNY <i>Responsable</i>						
48	CSC	SIMBI Josée <i>Point focal VIH</i>						
49	YOUTH TO YOUTH	BUYEMERE Benjamin <i>Responsable</i>						
50	RENADEF	NYOMBO ZAINA Marie <i>Responsable</i>						
51	HUMAN PE OPLE TO PEOPLE	BOHOMA Willy <i>Responsable</i>						

## 8.2. Equipe de collecte des données

	Noms	Statuts	Numéro de téléphone
1	KALENGA Arsène	Enquêteur	0819730406
2	MOKUBABILI Irène	Enquêteur	0811668624
3	NYOKA Olivier	Enquêteur	0813215557
4	SALAKIAKU Gianni	Enquêteur	0821241634
5	TSHIBAKA Agnès	Enquêteur	0815029100
6	MAVILA KILONGA Arlette	Responsable de la collecte	0818112150 0898558881

### 8.3. Résumé des questions et réponses

Le tableau comparatif ci-dessous reprend les questions et réponses des 2 parties du questionnaire de l'indice composite des politiques nationales des rapports de 2003, 2005, 2007, 2009 et 2011.

Les questions et réponses spécifiques à 2011 sont en mauve.

#### Partie A

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>A.I. Plan stratégique</b>					
1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie/un cadre d'action multisectoriel (le) pour lutter contre le Sida ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH et le Sida dans ses plans généraux de développement ?		Oui	Oui	Oui	Oui
3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH et du Sida sur son développement socio-économique à des fins de planification ?	-	Non	Non	Oui	Oui
Votre pays dispose-t-il d'une stratégie/d'un cadre d'action permettant d'aborder les questions relatives au VIH et au Sida au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme, ses forces armées, ses forces de maintien de la paix, sa police et son personnel carcéral, etc. ?	-	Oui	Oui	Oui	
4. Est-ce que le pays a une stratégie pour lutter contre les difficultés liées au VIH au sein des services nationaux en uniforme (tels que les militaires, la police, les casques bleus, les gardiens de la paix, etc.) ?					Oui
5. Votre pays a-t-il des lois et règlements non discriminatoires qui stipulent la protection pour les populations les plus à risque et les autres sous populations	-			Oui	
6. Votre pays a-t-il des lois, règlements ou politiques qui font obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables.				Non	
7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eus égard à l'accès universel souscrits lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/Sida qui s'est tenue en juin 2006 ?			Oui	Oui	

Est-ce que le pays a suivi les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida ?					Oui
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de planification stratégique des programmes de lutte contre le VIH et le Sida	3	4	6	8	5
<b>A.II. Appui politique</b>	<b>A.II. Soutien politique et leadership</b>				
1. Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le Sida devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination ou de gestion multisectoriel relatif au VIH/Sida (conseil national du Sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Votre pays dispose-t-il d'un conseil national de lutte contre le Sida ou tout autre mécanisme qui encourage une interaction entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH et le Sida ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH et le Sida a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?	-	-	5,45%	0%	2,44%
5. Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida ?	-	-	Oui	Oui	Oui
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts d'appui politique dans les programmes de lutte contre le VIH et le Sida	3	3,5	6	8	5

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>A.III. Droits de l'homme</b>					
1. Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ?					Oui pour certaines populations clés spécifiques
2. Votre pays a une loi générale (c'est à-dire non spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?	-	-	-	-	Oui
3. Est-ce que le pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les groupes vulnérables ?	-	-	-	-	Oui
<b>Questions/Indicateurs</b>					
	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>A.III. Prévention A.IV. Prévention</b>					
1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous populations vulnérables ?	-	Non	Oui	Oui	Oui
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des politiques de prévention du VIH	4	6	6	6	6
4. Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ?	-	-	Oui	Oui	
Est-ce que le pays a identifié des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH ?					Oui

· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH	4	5	6	5	5,5
<b>A.IV. Traitement, soins et soutien    A.V. Traitement, soins et accompagnement</b>					
1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?					Oui
Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complets pour le VIH ?	--	Oui	Oui	Oui	
2. Est-ce que le gouvernement a une politique ou une stratégie en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH ?					Non
3. Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) qui nécessitent des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le Sida ?	-	-	Oui	Oui	
2. Votre pays dispose-t-il d'une politique de développement/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?	-	-	Non	Oui	Oui
3. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?	-	-	Oui	Non	Non
4. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH ou au Sida des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables	2	3	5	4	6,5
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des services de traitement, soins et soutien pour le VIH et le Sida	2	4	5		6,5

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>A.V. Suivi et évaluation</b>					
<b>A.VI. Suivi et évaluation</b>					
1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?	--	Oui		Oui	Oui
2. Le plan de S/E inclut-il les différents éléments de S/E ?	--	Oui		Non	Oui
3. Le plan de S/E est-il assorti d'un budget ?	--	Non			
Existe-t-il un budget pour mettre en œuvre le plan de S&E ?					Oui
4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont-elles déterminées par un système national de S/E	-			Oui	
5. Existe-il une unité ou un département opérationnel de S/E ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
· Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les institutions des Nations Unies, les organismes bilatéraux et d'autres institutions partagent-ils les résultats de leurs enquêtes de S/E ?		1	2		
6. Existe-il un comité ou groupe de travail qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de S/E ?	-	Oui	Oui	Oui	Oui
7. Existe-t-il une base des données nationales centralisée des données relatives au VIH	-	Oui		Oui	Non
L'unité de S/E gère-t-elle une base de données nationale centralisée ?	-				
8. Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport de suivi et évaluation sur le VIH, y compris des données de surveillance sentinelle			Oui	Non	
Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les données de S/E sont-elles utilisées pour la planification et la mise en œuvre ?	2	3	3,5	3	
9. Dans quelle mesure les données de suivi et évaluation sont utilisées :					
a. Pour l'élaboration/révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida					Oui
b. Pour l'allocation des ressources			Non		Oui

c. Pour l'amélioration du programme		Oui		Oui
10. Le développement des capacités humaines en S/E est-il prévu aux niveaux national, infranational et de la prestation des services	Non		Oui, à tous les niveaux	
11. Une formation en S/E a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée		Oui		
a. Au niveau national	Non		Oui	Oui
b. Au niveau sous national	Non		Oui	Oui
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de S/E des programmes de riposte au Sida	3,5	6	6	4,5

## Partie B

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>B.I. Droits de la personne</b>					
<b>B.III. Droits de l'homme</b>					
Votre pays dispose-t-il de lois et règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ?	--	Non	Non	Oui	
1. Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ?					Oui
Est-ce que le pays a une loi générale (par ex., pas spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?					Oui
Votre pays dispose-t-il de lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous populations vulnérables ?	--	Non	Oui	Oui	
2. Y a-t-il dans votre pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à la prévention et au traitement, à des soins et à un soutien efficaces liés au VIH pour les sous populations vulnérables ?	--	Non	Oui	Oui	Oui

3. Existe-t-il, dans le pays, une politique, une loi ou un règlement pour réduire la violence contre les femmes, ce qui inclut par exemple, les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?						Oui
4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?	--	Oui	Oui	Oui		Oui
5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque ?	--	--	Oui	Non		Non
Votre gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?	--	--	Oui	Oui		Oui
6. Votre gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour les services de prévention, de traitement antirétroviral et interventions de soins et de soutien liés au VIH ?			Oui	Oui	Oui	
7. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ? En particulier, l'accès des femmes à ces services en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?	--	Oui	Non	Non		Non
8. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ?	--	Non	Non	Oui		Oui
9. Votre pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?	--	Oui	Non	Oui		Oui
Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH/Sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?	--	Oui	Oui	Oui		
Votre pays dispose-t-il des mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne ?	--	Oui	Oui, certains	Oui, certains		
10. Est-ce que le pays a les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme suivants ?						

a. Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, ce qui inclut des commissions pour les droits de l'homme, des commissions de réformes juridiques, des observateurs, et des médiateurs qui traitent les questions liées au VIH au sein de leur travail Oui

b. Indicateurs ou repères de performance permettant de vérifier la conformité avec les droits de l'homme standards dans le contexte des efforts liés au VIH Oui

Les membres du système judiciaire ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH, le Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ? Non Non Oui

11. Pour ce qui est des formations ou des activités de renforcement des capacités au cours des 2 dernières années, il y a eu :

a. des programmes pour éduquer et accroître la sensibilisation chez les personnes vivant avec le VIH et les populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH) ; Oui

b. des programmes pour les membres du système judiciaire et d'application des lois sur le VIH et les questions de droits de l'homme qui peuvent surgir dans le contexte de leur travail. Oui

Les services d'appui juridique existent-ils dans le pays ? - Non Oui, certains Oui, certains

12. Est-ce que les services d'assistance juridique suivants sont disponibles dans le pays ?

a. les systèmes d'aide juridique pour l'assistance sociale liée au VIH; Oui

b. les entreprises juridiques du système privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH. Oui

13. Il y a-t-il des programmes mis en place pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH? Oui

Existe-t-il des programmes dont le but est d'amener le public à accepter et à comprendre les personnes touchées par le VIH et le Sida plutôt que de les stigmatiser ?	--	Oui	Oui	Oui	
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux politiques, lois et règlements en vigueur relatifs au VIH/Sida	1	1	2	6	
· En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les directives, lois et règlements qui existent pour promouvoir et protéger les droits de l'homme liés au VIH en 2011 ?					5
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur relatifs au VIH/Sida	1	1	2	2	
· En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en œuvre les directives, lois et règlements liés au VIH en 2011 ?					4,5
<b>B.II. Participation de la société civile</b>	<b>B.I. Participation de la société civile</b>				<b>2011</b>
1. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales ?	-	2	2	3	3
2. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou au plan d'action actuel (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?	-	3	3	3	3,5
3. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus :		2,5			
a. Dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ?	-	-	3	3	4
b. Dans le budget national ?	-	-	1	1	1
c. Dans les rapports nationaux de lutte contre le sida				3	2,5

	-	Non	Oui		
Votre pays a-t-il fait participer la société civile à l'examen national du plan stratégique national ?	-				
4. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile est-t-elle conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH :					
a. à l'élaboration du plan national de S/E				2	3,5
b. à participer à un groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E				2	1,5
c. Aux efforts S/E au niveau local				2	2,5
5. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida reflète-t-elle sa diversité ?	-			3	3,5
6. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :					
a. Une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?	-	-		2	2
b. Un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?	-	-		2	2,5
7. Quel pourcentage de programmes et services pour le VIH est-il, selon les estimations, assumé par la société civile ?					
a. Prévention des jeunes :	--		51 – 75%	51-75%	
b. Prévention des populations les plus à risque					
- PVV :					>75%
- CDI :			< 25%	<25%	<25%
- HSH :			25 – 50%	25-50%	<25%
- PS :			25 – 50%	51-75%	51-75%
- Personnes transgenre :				-	<25%
c. Dépistage et Conseil :			< 25%	51-75%	>75%

d. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination			25 – 50%	51-75%	>75%
e. Services cliniques (IO/ART) :			51 – 75%	>75%	25-50%
f. Soins à domicile :	-			51-75%	<25%
g. Programmes en faveur des OEV :	-	-		51-75%	25-50%
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts visant à accroître la participation de la société civile ?	4	4	5	6	6

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs				
	2003	2005	2007	2009	2011
<b>B.II. Soutien politique et leadership</b>					
1. Est-ce que le gouvernement, grâce à un soutien politique et financier, a impliqué des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et/ou d'autres sous-populations vulnérables dans la conception et la mise en œuvre de politiques gouvernementales liées au VIH ?					Oui
<b>Questions/Indicateurs</b>					
	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
<b>B.III. Prévention      B.IV. Prévention</b>					
1. Est-ce que le pays a identifié les besoins spécifiques relatifs aux programmes de prévention du VIH ?					Oui
Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ?	-	-	Oui		
1. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH				Oui	
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH	4	4	5	5	4
<b>B.IV. Traitement, soins et soutien      B.V. Traitement, soins et accompagnement</b>					
1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels pour un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?					Oui

Le pays a-t-il identifié les besoins concrets en service de traitement, de soins et de soutien du VIH				Oui
Votre pays a-t-il identifié les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) où des services de traitement, de soins et de soutien sont nécessaires ?	--	--	Oui	
<b>2. Existe-t-il, dans le pays, une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables?</b>				
Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/Sida des orphelins et des autres enfants vulnérables (OEV) ?	-	Non	Oui	Oui
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés par les programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH et du Sida	2	3	3	5
· Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables	1	2	3	3,5
· En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour mettre en oeuvre des programmes de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?				3,5

**PERSONNES AYANT PARTICIPE LA VALIDATION TECHNIQUE DU RAPPORT GARP 2012,  
DES DONNEES ICPN, REDES 2010-2011**

N°	Prénoms et noms	Institution	Fonction	Adresse E-mail
1	Bob MANWANA	PNMLS	Responsable Unité de Suivi-Evaluation	<a href="mailto:bobmanwana@yahoo.fr">bobmanwana@yahoo.fr</a>
2	Yves OBOTELA	PNMLS	Point focal processus GARP 2012	<a href="mailto:yvonsa03@yahoo.fr">yvonsa03@yahoo.fr</a>
3	Dr Chriss TSHIBAKA	PNMLS	Investigateur principal GARP 2012	<a href="mailto:tshibakachriss@yahoo.fr">tshibakachriss@yahoo.fr</a>
4	Dr Arlette MAVILA	PNMLS	Chargé de l'enquête ICPN	<a href="mailto:Arlette_mavila2000@yahoo.fr">Arlette_mavila2000@yahoo.fr</a>
5	César MOMBUNZA	PNMLS	Consultant REDES	<a href="mailto:cesarmombunza@yahoo.fr">cesarmombunza@yahoo.fr</a>
6	Campo MANDEMBO	PNMLS	Consultant REDES	<a href="mailto:mandembocampo@gmail.com">mandembocampo@gmail.com</a>
7	Mélia BOSSIKY	PNMLS	Consultant REDES	<a href="mailto:melibossiky@yahoo.fr">melibossiky@yahoo.fr</a>
8	Serge NYUNDO	PNMLS	Assistant en Suivi-Evaluation	<a href="mailto:sergenyundo@yahoo.fr">sergenyundo@yahoo.fr</a>
9	Serge INYONGO	PNMLS	Consultant REDES	<a href="mailto:sergeinyongo@yahoo.fr">sergeinyongo@yahoo.fr</a>
10	Axelle MBUYI	PNMLS	Stagiaire	<a href="mailto:axellembuyi@yahoo.fr">axellembuyi@yahoo.fr</a>
11	Yves IKOBYA	PNMLS	Stagiaire	<a href="mailto:yvesmushi@yahoo.fr">yvesmushi@yahoo.fr</a>
12	Michée KIBWA	PNMLS	Directeur financier	<a href="mailto:micheekibwa@yahoo.fr">micheekibwa@yahoo.fr</a>
13	Ange MAVULA	UCOP+	Chargé de Suivi-Evaluation	<a href="mailto:mavulson@yahoo.fr">mavulson@yahoo.fr</a>
14	Dr Bijou BAFI	PNLS	Chef de Division Planification et M&E	<a href="mailto:bijoubafi@yahoo.fr">bijoubafi@yahoo.fr</a>
15	Dr José ONYA	PNLS	Chef de service Planification et M&E	<a href="mailto:drjoseonya@yahoo.fr">drjoseonya@yahoo.fr</a>
16	Dr Arsène KALENGA	PNLS	Chef de service Planification et M&E	<a href="mailto:klgarsene@yahoo.fr">klgarsene@yahoo.fr</a>
17	Gaëtan NSIKU	PNLS	Chef de service Planification et M&E	<a href="mailto:gae_nsiku@yahoo.fr">gae_nsiku@yahoo.fr</a>
18	Dr Felly EKOFO	PNLS	Chef de Division Surveillance épidémiologique	<a href="mailto:fekis2001@yahoo.fr">fekis2001@yahoo.fr</a>
19	Dr Elie ALIMASI	PNLS	Chef de Division PTME	<a href="mailto:eluka2006@yahoo.fr">eluka2006@yahoo.fr</a>
20	Thierry DETHIER	MSF	Conseiller analyse et plaidoyer	
21	Dr David NDAKALA	PNTS	Directeur Adjoint	<a href="mailto:ndk david@yahoo.fr">ndk david@yahoo.fr</a>
22	Dr Christian MOUALA	ONUSIDA	Conseiller Suivi-Evaluation	<a href="mailto:moualac@unaids.org">moualac@unaids.org</a>
23	Dr Alphonse MATONDO	UNFPA	NPO/VIH	<a href="mailto:matondo@unfpa.org">matondo@unfpa.org</a>
24	Dr Marcel KABEYA	UNFPA	NPO/VIH	<a href="mailto:kabeya@unfpa.org">kabeya@unfpa.org</a>
25	Dr Lambert KAPUND	UNICEF	PO	<a href="mailto:lkapund@unicef.org">lkapund@unicef.org</a>
26	Dr Olivier KAKESA	SANRU	M&E Officer	<a href="mailto:olivierkakesa@sanru.org">olivierkakesa@sanru.org</a>
27	Dr Bienvenu NGOMA	CORDAID	M&E Officer	<a href="mailto:bienvenu.ngoma@cordaid.net">bienvenu.ngoma@cordaid.net</a>
28	Dr Pierre COMPAORE	OMS	Responsable VIH-Paludisme-TBC	<a href="mailto:compaorei@cd.afro.who.int">compaorei@cd.afro.who.int</a>