

RAPPORT NATIONAL UNGASS

République Démocratique du Congo

Période considérée : janvier 2008 – décembre 2009

Date de soumission du rapport : 31 mars 2010

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
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
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

I. Table des matières

REMERCIEMENTS

AVANT – PROPOS

LISTE DES ACRONYMES

I. TABLE DES MATIERES

II. APERCU DE LA SITUATION

- 2.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport
- 2.2. Situation actuelle de l'épidémie
- 2.3. Riposte au plan politique et programmatique
- 2.4. Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS sous forme de tableau

III. APERCU DE L'EPIDEMIE

- 3.1. Prévalence de l'infection à VIH
- 3.2. Quelques estimations sur l'épidémie du VIH/Sida

IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

- 4.1. Indicateurs de l'engagement et des actions au plan national
- 4.2. Indicateurs programmatiques nationaux
- 4.3. Indicateurs des connaissances et des comportements
- 4.4. Indicateurs d'impact

V. MEILLEURES PRATIQUES

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

VIII. SUIVI ET EVALUATION

ANNEXES

II. Aperçu de la situation

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

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement des Chefs d'Etat et des Gouvernements de lutter contre le VIH et le sida, chaque pays engagé doit collecter les indicateurs UNGASS (Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida) et soumettre, tous les deux ans, au Secrétaire Général des Nations Unies, un rapport suivant le format de l'ONUSIDA. Le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2010 de la République Démocratique du Congo (RDC) a été lancé en août 2009 par la Coordination Nationale du Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/sida (PNMLS).

Selon les termes de référence du processus, un groupe de travail issu de la Task force nationale de Suivi et Evaluation (S&E) a été placé sous la présidence de l'Unité de S&E du PNMLS. Ce groupe de travail comprenait des délégués du Ministère de la Santé Publique, du système des Nations Unies, des agences de coopération bilatérale et de la société civile. Deux consultants ont été recrutés en vue de produire le rapport.

Le consultant principal avait pour tâche la supervision de la collecte des données pour tous les indicateurs UNGASS et la production du rapport final. Tenant compte des informations requises, différents Ministères (à travers leurs unités spécialisées) ont été consultés et ont fourni les données nécessaires pour le calcul de certains indicateurs. Une validation conjointe entre le consultant principal et les différentes unités spécialisées des Ministères a été faite pour le calcul de chaque indicateur et le commentaire y relatif.

Le consultant adjoint avait pour tâche la collecte des données sur l'indice composite des politiques nationales auprès de certaines personnes-clés des structures publiques, privées, de la société civile ainsi que des organismes internationaux (en utilisant un questionnaire conçu à cet effet), et la production d'un rapport s'y référant. La majorité des institutions et organisations identifiées par le groupe de travail ont participé massivement par un taux de réponse aux interviews de plus de 95%.

Le groupe de travail a tenu plusieurs réunions dans le cadre de la préparation du processus et la production du rapport UNGASS-RDC 2010. Le présent rapport a été validé par la Task force nationale de S&E (17 mars 2010 : PNMLS, PNLS, ONUSIDA, ESP, UCOP+, CIELS, Fonds Mondial, UNICEF, PNLP) et le Comité de pilotage (30 mars 2010).

La Banque Mondiale (à travers le projet MAP d'appui au PNMLS), l'ONUSIDA et l'UNICEF ont financièrement appuyé le processus.

2.2. Situation actuelle de l'épidémie

Il sévit en RDC une épidémie du VIH/sida de niveau généralisé, la prévalence de l'infection étant supérieure à 1%. Cette prévalence varie en fonction de la source des données :

- Elle varie autour de 4% selon les études de sérosurveillance menées depuis 2002 dans les sites sentinelles auprès des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale. Elle a été estimée à 4,3% en 2008¹;
- Les données obtenues des centres offrant les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) indiquent un taux de séropositivité de 1,6% et 1,9% respectivement en 2008 et 2009² ;
- L'enquête démographique et sanitaire (EDS+) conduite en 2007 l'a évalué à 1,3% dans la population générale.

A ce jour, l'épidémie du VIH/sida est relativement stable dans son ensemble bien que sa carte épidémiologique montre que :

- Certains sous-groupes de la population seraient plus touchés que la population générale. Il s'agit des femmes avec un ratio d'infection de 1,78 ; des femmes professionnelles de sexe dont la prévalence dépasse généralement 15% ; des femmes déplacées de guerre (7,6%)³ et des femmes militaires (7,8%)⁴.
- La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans reste élevée depuis ces quatre dernières années, aux alentours de 4%. En 2008, l'enquête de sérosurveillance chez les femmes enceintes l'a estimée à 3,9%⁵.
- Au regard des données des sites sentinelles, les milieux urbain et rural seraient globalement affectés de la même façon : Capitale 3,7% (IC95% 2,8 – 4,8), autres sites urbains 4,2% (IC95% 3,8 – 4,8) et sites ruraux 4,6% (IC95% 4,1 – 5,1)⁶.

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 PNLS⁷.

Plusieurs facteurs favorisent la transmission du VIH et leur importance varie d'un sous-groupe de la population à l'autre. Parmi ces facteurs, les plus importants sont : le niveau de connaissance sur les moyens de prévention du VIH, l'accès limité aux services de prévention, les conditions de vie difficile, la promiscuité, la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la mobilité des populations. Ces facteurs sont amplifiés par la situation de pauvreté généralisée dans certains milieux et les barrières socioculturelles.

L'impact démographique et socio-économique du sida dans la société⁸ se résume par :

- Une augmentation des cas de décès dans la population des adultes de 15 à 49 ans constituant la main-d'œuvre dont le pays a besoin pour son développement ;

¹ PNLS, Rapport sérosurveillance 2008

² PNLS, Rapports annuels 2008 et 2009

³ Kim AA et al, HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo River, DRC. AIDS Behav. 2009 Oct; 13(5):914-20

⁴ Rapport d'enquête de séroprévalence de la syphilis et du VIH auprès des militaires, 2008

⁵ PNLS, Rapport sérosurveillance 2008

⁶ idem

⁷ PNMLS, PSN 2010-2014

⁸ PNLS, rapport sérosurveillance 2008 : estimations et projections

- 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.

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 comme suit :

- *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 l'épidémie du VIH et l'histoire naturelle de la maladie ;
- *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 Publique ;
- *1995* : Redémarrage des activités de lutte contre le VIH/sida (suspendues lors 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;
- *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;

- *2006* :
 - Signature du Mémorandum d'entente entre le Projet MAP et le Fonds Mondial en vue de l'harmonisation des interventions ;
 - Adpotion du document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCRCP) avec la lutte contre le VIH/sida comme pilier;
 - Elaboration et adoption d'une feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH comme plan de mise en oeuvre du pilier "lutte contre le VIH/sida" du DCSRCP;
 - Elaboration des plans provinciaux pour l'accélération d'accès universel pour la prévention, les soins, le traitement et l'appui 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 droits des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) et des personnes affectées (PA) et orientant 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.

- *2010* : Revue du DSCRCP

2.4. Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

Le tableau 1 présente les 25 indicateurs nationaux pour le suivi de la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida, repris dans les directives de l'ONUSIDA pour l'élaboration d'indicateurs de base.

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 sur chaque indicateur pour le pays ne dispose pas suffisamment ou totalement d'information.

Tableau 1. Récapitulatifs des indicateurs UNGASS de la RDC

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source des données
Engagement et actions au plan national				
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	96.365.322 \$	2008	Rapport REDES 2008
2	Indice composite des politiques nationales	Satisfaisant (cfr. annexe 2)	24 déc. 09 – 17 jan10	Interviews auprès des personnes-clés dans des structures sélectionnées
Programmes Nationaux				
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	49,8	2008	Ministère de la Santé/PNTS, Rapport annuel 2008 (63% de complétude des données)
		54,6	2009	Ministère de la Santé/PNTS, Rapport annuel 2009 (60% de complétude des données)
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	9,0	2008	- Ministère de la Santé /PNLS, Rapports annuels 2008 et 2009
		12,4	2009	- Ministère de la Santé /PNLS, Rapport projections de la sérosurveillance 2008
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant	1,3	2008	- Ministère de la Santé /PNLS, Rapports annuels 2008 et 2009
		2,2	2009	- Ministère de la Santé /PNLS, Rapport projections de la sérosurveillance 2008
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	5,0	2008	Ministère de la Santé/PNLT, Rapport annuel 2008
		Non Disponible	2009	Ministère de la Santé/PNLT
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	4,0	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	36,2	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	25,5	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 – 17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	9,2	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	67,8	2009	Données d'une évaluation du Ministère de l'EPSP
Connaissances et comportements				
12	Ratio de scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	0,77	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007

13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	16,8	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	30,8	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	18,1	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	7,0	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	13,5	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	62,0	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (HSH)		
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (CDI)		
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (CDI)		
Impact				
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	4,0	2008	Ministère de la Santé/PNLS, Rapport de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes 2008
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune surveillance sentinelle de sites des populations les plus à risque ne se fait en RDC		
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	76,8	2008	Rapport Accès Universel 2008
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	23,2	2008	Ministère de la Santé/PNLS, Estimations et projections des données de la séro-surveillance 2008 sur base de SPECTRUM
		23,3	2009	

III. Aperçu de l'épidémie de sida

Depuis la survenue de la pandémie du VIH/sida, le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le CDC/Atlanta ont élaboré des normes et des directives de surveillance épidémiologique du VIH. La RDC base son système de surveillance principalement sur la surveillance de seconde génération qui associe à la fois la surveillance biologique et la surveillance comportementale des populations cibles. C'est dans ce cadre que se déroulent annuellement les activités de surveillance biologique du VIH chez les femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale.

Cette section porte essentiellement sur la prévalence de l'épidémie du VIH/sida en 2008, les données de 2009 étant encore en cours d'analyse. En plus, il n'y a eu aucune étude spéciale depuis l'enquête de surveillance comportementale (BSS) de 2004 – 2006 et l'enquête démographique et de santé (EDS+) de 2007. Les données de ces deux importantes études sont commentées au travers des différents indicateurs UNGASS qui s'y rapportent dans la section IV du présent rapport.

3.1. Prévalence de l'infection à VIH

Lors de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes reçues en consultation prénatale (CPN) en 2008, 14.936 femmes ont constitué l'échantillon et 648 d'entre elles étaient séropositives pour le VIH, soit une prévalence de 4,3% (IC95% 4,0 – 4,7). La répartition de cette prévalence par tranche d'âge et par milieu de résidence est reprise dans le tableau 2.

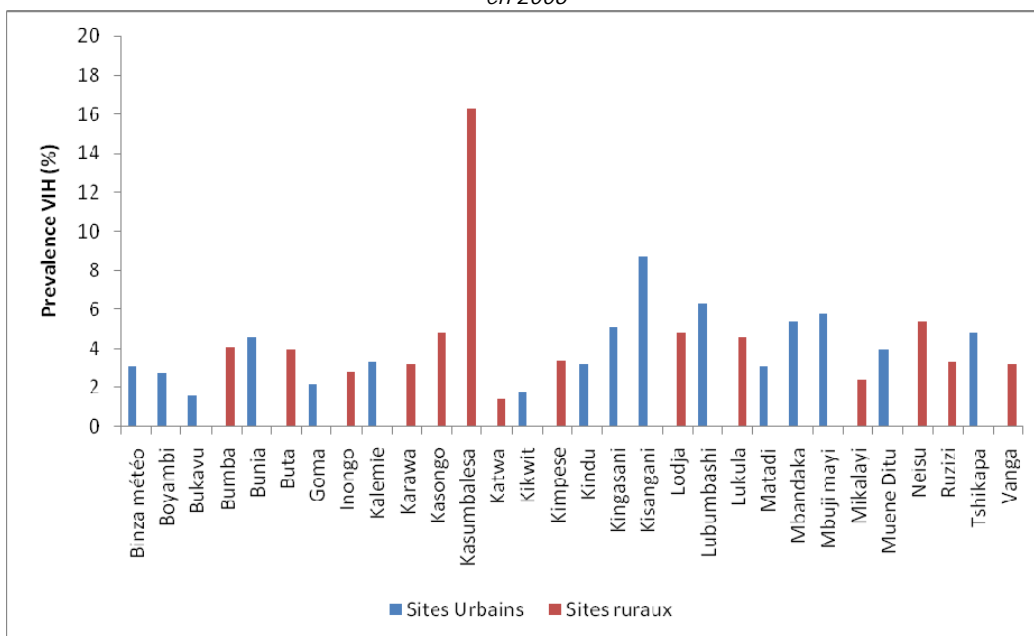
Tableau 2. Prévalence du VIH par tranches d'âge et par milieu de résidence chez les femmes enceintes fréquentant la CPN, 2008

Tranches d'âge (années)	Prévalence du VIH (%)			Ensemble
	Capitale	Milieu urbain	Milieu rural	
15 – 19	2,3% (n = 215)	2,8% (n = 1341)	4,2% (n = 1640)	3,5% (n = 3196)
20 – 24	3,3% (n = 478)	4,1% (n = 1876)	4,7% (n = 2019)	4,3% (n = 4373)
25 – 49	4,2% (n = 859)	4,9% (n = 3206)	4,7% (n = 3302)	4,8% (n = 7367)
Total	3,7% (n = 1552)	4,2% (n = 6423)	4,6% (n = 6961)	4,3% (n = 14936)

Source : PNLS/Ministère de la Santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2008 »

L'examen du tableau montre que la prévalence augmente avec l'âge dans la capitale et en milieu urbain mais que dans l'ensemble les prévalences des milieux urbain et rural sont superposables. La répartition de cette prévalence par site sentinelle est détaillée dans le graphique 1, elle variait de 1,4% à 16,3%.

Graphique 1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans par site sentinelle en 2008

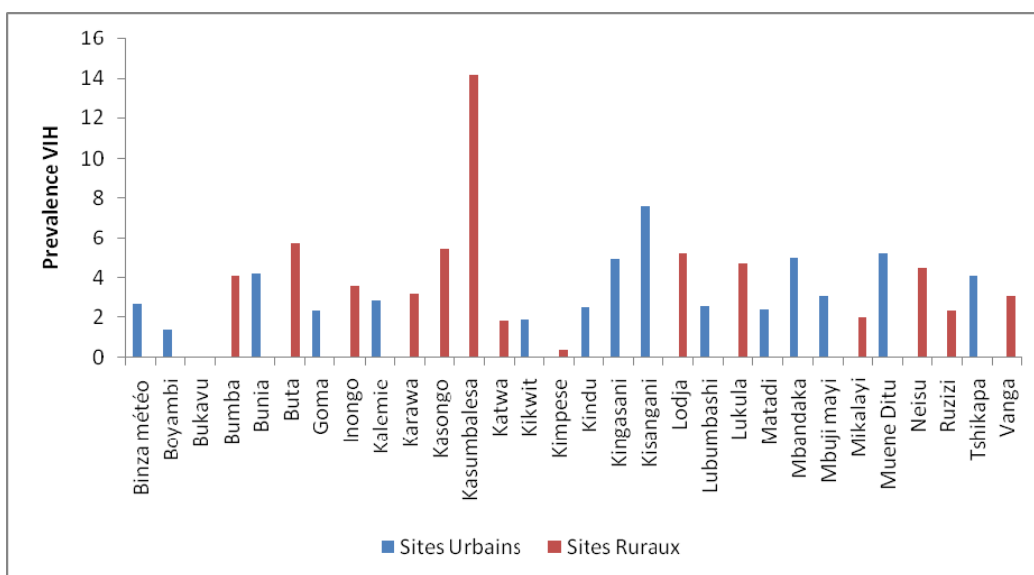


Source : PNLS/Ministère de la Santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2008 »

Considérant spécialement les jeunes de 15 à 24 ans, témoin des infections récentes, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2008 était de 3,9% (IC95% 3,5 – 4,4). Cette prévalence relativement élevée, est cependant restée stable au cours des trois précédentes années : 2005 (4,2 ; IC95% 3,2 – 5,2), 2006 (3,6% ; IC95% 3,1 – 4,1) et 2007 (3,6% ; IC95% 3,1 – 4,0).

La ventilation de cette prévalence par site sentinelle est peinte dans le graphique 2, elle a varié de 0% à 14,2%.

Graphique 2. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans par site sentinelle en 2008.



Source : PNLS/Ministère de la Santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2008 »

3.2. Quelques estimations sur l'épidémie du VIH/Sida

Le tableau 3 reprend quelques estimations sur l'épidémie du VIH/Sida pour les années 2008 et 2009 faites avec EPP/Spectrum sur base des données de la sérosurveillance 2008 ainsi que des données démographiques du pays et de quelques programmes en rapport avec la PTME, la thérapie antirétrovirale, etc.

Tableau 3. Quelques estimations en rapport avec l'infection du VIH/SIDA pour les années 2008 et 2009

PARAMETRES	2008			2009		
	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total
Nombre de personnes vivant avec le VIH	106 347	958 625	1 064 972	109 250	1 034 086	1 143 336
Nombre de cas de nouvelles infections VIH	30 046	99 379	129 425	30 521	102 681	133 202
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH		99 491	99 491		101 543	101 543
Nombre de décès dus au SIDA	20 289	60 581	80 870	20 856	61 934	82 790
Total d'orphelins dus au SIDA			1 008 658			1 025 551
Nombre d'enfants ayant besoin d'une prophylaxie en Cotrimoxazole	222 497			227 542		
Besoins en traitement ARV	40 783	232 010	272 793	41 603	241 452	283 055
Prévalence (%) du VIH chez les adultes			3,24			3,25

Source : PNLS/Ministère de la Santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2008 »

Bien que les estimations ponctuelles reprises dans le tableau 3 semblent montrer une augmentation de chaque indicateur au fil des années (comparativement aux données de 2006 et 2007), les limites inférieures et supérieures (intervalles de confiance) de l'estimation de chaque indicateur montrent que l'épidémie est stable depuis ces quatre dernières années.

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

Cette section reprend les efforts de la riposte politique et programmatique du Pays face à l'épidémie du VIH/sida durant la période 2008-2009, répartis en (i) indicateurs de l'engagement et des actions au plan national, (ii) indicateurs programmatiques, (iii) indicateurs des connaissances et des comportements ainsi qu'en (iv) indicateurs d'impact.

Cependant, il ne sera pas possible d'analyser la tendance de chaque indicateur par rapport au round passé (période 2006-2007) pour les différentes raisons ci-après :

- Pour la plupart des indicateurs, ce sont les mêmes sources des données qui ont été utilisées (l'enquête comportementale « BSS » de 2004-2006 et l'EDS+ de 2007) : la valeur de l'indicateur étant restée la même pour les deux périodes ;
- Les données de l'EDS utilisées en 2007 pour certains indicateurs étaient celles du rapport préliminaire et non final comme présentement et donc certaines valeurs des indicateurs ont quelque peu été modifiées dans le présent rapport;
- Certains indicateurs qui devraient normalement être calculés sur base des données d'une enquête de population, comme l'EDS, avaient été en 2007 mesurés sur base des données du BSS car celles de l'EDS n'étaient pas encore disponible ;
- Certains indicateurs ont la valeur du dénominateur tirée des estimations/projections des données de certains programmes, estimations le plus souvent calculées sur base de différentes valeurs des paramètres au fil des années.

Toutefois, là où il a été possible, une analyse des tendances de l'indicateur a été faite.

4.1. Indicateurs de l'engagement et des actions au plan national

Indicateur 1 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le Sida par catégories et sources de financement

La RDC est un pays pauvre (71% de la population vivent en-dessous du seuil de la pauvreté) avec des infrastructures délabrées. Moins d'un pourcent (0,15%⁹) de la population accède aux services de santé, le taux de mortalité maternelle est de 549 décès pour 100.000 naissances vivantes¹⁰, le taux d'analphabétisme est de 27,9% et l'espérance de vie est de 53¹¹ ans avec un revenu national par individu d'à peine 300 \$US. La plupart des activités relevant du secteur informel et de l'agriculture de subsistance permettent de garantir la survie des populations. L'index de développement humain, selon le PNUD est actuellement de 0,389¹².

Tenant compte de ceci, plusieurs strates et/ou populations spécifiques doivent nécessairement bénéficier d'une attention particulière face au VIH/sida : les femmes, les enfants scolarisés et non scolarisés, les populations rurales, les populations marchandes nomades, etc. Ceci permettrait de porter une appréciation réelle sur la nature des dépenses de lutte contre le sida.

En 2008, les dépenses de lutte contre le sida en RDC ont été évaluées à 96.365.322 \$US. Globalement elles représentent 38% de l'estimation des besoins en ressources pour la lutte contre le sida. Par rapport aux années antérieures 2005 (52.766.298 \$US), 2006 (47.561.697

⁹ DSCR, Juin 2006

¹⁰ EDS-RDC 2007

¹¹ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2009

¹² Idem

\$US) et 2007 (51.046.603,08 \$US), le volume des dépenses est plus élevé et pourtant toutefois, reste encore insuffisant.

La lutte contre le VIH/sida est essentiellement financée par l'extérieur. Les ressources extérieures dépensées en 2008 ont été évaluées à 82.889.699 \$US, soit 86% des dépenses totales de la lutte contre le sida en RDC. Elles provenaient essentiellement de la Banque mondiale et du Fonds mondial. Les sources publiques ont contribué à la lutte avec un total de 3.074.647 \$US, soit 3%. Les ménages ont couvert près de 11% des dépenses, soit un total de 10.184.091 \$US ; ce qui demeure encore comme un fardeau. Le secteur privé (entreprises privées) a participé à hauteur de 104.877 \$US tandis que les ONG et autres sources à concurrence de 112.008 \$US.

Les dépenses ventilées par intervention ont été réparties comme suit : la gestion et administration des programmes à hauteur de 28.707.601 \$US (30%), les soins et traitements 28.242.919 \$US (29%), la prévention 25.625.074 \$US (27%), les programmes de prise en charge des OEV 4.705.337 \$US (5%), l'environnement favorable 3.565.286 \$US (4%), les ressources humaines 2.652.360 \$US (3%), la recherche liée au VIH 2.379.510 \$US (2%) et la protection sociale 487.235 \$US (1%).

Au vu du référentiel, qui est le plan de mise en œuvre de la feuille de route pour l'accès universel, les dépenses prévues pour l'année 2008 étaient de 252.613.113 \$US, réparties en 48% (122.088.836 \$US) pour la prévention, 28% (69.748.267 \$US) pour les soins et traitements, 15% (38.800.000 \$US) pour les OEV, 9% (21.789.010 \$US) pour la gestion des programmes, 0,005% (1.215.000 \$US) pour la recherche liée au VIH et 0,004% (100.000 \$US) pour la protection sociale¹³.

Quant à la désagrégation des dépenses par rapport aux populations bénéficiaires, il faut reconnaître que comparativement aux années antérieures, il y a une meilleure lecture des dépenses par type de population en 2008. Les dépenses ont plus ciblé les PVVIH avec un montant de 29.685.611 \$US (31%), puis des initiatives non ciblées 28.172.659 \$US (29%), des autres groupes de population clés 13.008.252 \$US (13,5%), l'ensemble de la population adulte 11.159.878 \$US (12%), des groupes de population spécifiques accessibles 7.672.925 \$US (8%), l'ensemble de la population 3.666.335 \$US (3,8%) ainsi que des groupes de population spécifiques ciblées, données non classifiées ailleurs 2.666.956 \$US (2,75%). Des actions ciblant les femmes professionnelles de sexe ont été menées pour une hauteur de 332.706 \$US (0,35%).

Pour ce qui est de la ventilation par facteur de production ou objet de la dépense, la quasi-totalité des ressources a été affectée aux dépenses courantes à hauteur de 86.290.597 \$US (90%), les dépenses en capital ont été payées à hauteur de 7.696.225 \$US (8%). La désagrégation par facteur de production n'a pas été possible pour 2.378.500 \$US (2%).

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

¹³ Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH et du sida, plan de mise en œuvre 2006-2010

Indicateur 2 : Indice composite des politiques nationales

La République Démocratique du Congo est à sa 4^{ème} élaboration du rapport UNGASS et particulièrement ici pour sur l'indice composite des politiques nationales. Les principaux résultats obtenus depuis 2007 par domaine de l'indice composite sont repris ci-dessous.

Plan stratégique. Le pays a utilisé une Feuille de route pour l'accélération de l'accès Universel de 2006 et depuis juillet 2009 un plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida a été élaborant pour la période 2010-2014. Le pays a intégré la lutte contre le VIH/Sida dans ses plans généraux de développement (DSCR 2006-2025, CAF 2007-2010, PAP 2007-2008) et a évalué l'impact du VIH/Sida sur son développement socioéconomique à des fins de planification.

Appui politique. Le pays a 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 (à l'occasion de l'élaboration de la loi portant protection des PVVIH et des PA et à l'occasion de l'élaboration du PSN 2010-2014).

Prévention. Un recensement des programmes de prévention du VIH pour lesquels la majorité des bénéficiaires qui en ont besoin y ont accès a été mené.

Traitement, soins et soutien. Le pays dispose d'une politique/stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complet pour le VIH/sida et d'une politique/stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH/sida des OEV. Le recensement des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/sida a été mené. Cependant, le pays ne dispose pas d'une politique de développement ou d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH/sida.

Suivi et évaluation. Le pays est en train d'élaborer un plan national de S&E aligné au PSN sur la période 2010-2014. Le plan qui sera élaboré devra être assorti d'un budget qui couvre la période du PSN (2010-2014). L'unité nationale de S&E est en train d'implémenter une base de données nationale centralisée. Des formations en S&E ont été dispensées au cours de la période 2008 et 2009 dans différentes provinces du pays (Equateur, Bas Congo, Bandundu, Nord Kivu, etc.). D'autres experts nationaux de différents programmes et organismes des nations unies ont bénéficié de renforcement des capacités à l'étranger.

Droits de la personne. Le pays dispose à présent de lois qui protègent les PVVIH. Il mène également une politique de services gratuits pour le traitement antirétroviral, les services de prévention du VIH et les interventions de soins et de soutien liés au VIH. Mais, certains aspects de ces services ne sont pas gratuits (notamment le suivi biologique, les soins infirmiers, la consultation médicale, etc.).

Participation de la société civile. L'élaboration du plan stratégique national a connu la participation active des représentants de la société civile dans :

- Le renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales ;
- Le processus de planification et de budgétisation du PSN ;

- L'inclusion des services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ainsi que dans le budget national ;
- Les efforts de lutte contre le VIH/Sida ;
- L'amélioration de l'accès à une aide financière suffisante et un soutien technique adéquat pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH.

En conclusion, la RDC a fourni des efforts qui ont amené quelques changements par rapport au round du rapport UNGASS 2007. Ces efforts ont eu comme couronnement, entre autres, la promulgation de la loi portant protection des PVVIH et des PA et l'adoption du PSN 2010-2014. Ce dernier document est le cadre qui régira toutes les actions en matière de lutte contre le VIH/sida en RDC de 2010 à 2014. Mais, malgré ces avancées remarquables, des efforts restent à fournir en matière de S&E et de soutien à la mise en œuvre du PSN 2010-2014 ainsi que de vulgarisation de la loi portant protection des PVVIH et des PA.

Les détails sur l'indice composite par domaine sont donnés dans l'annexe 2 du présent rapport.

4.2. Indicateurs programmatiques nationaux

Indicateur 3 : Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

La sécurité transfusionnelle constitue un élément clé de la lutte contre le VIH. Aujourd'hui, la transmission du VIH par voie sanguine est toujours d'actualité pour la majorité des habitants de la planète, particulièrement les populations des pays en voie de développement.

Les programmes de sécurité transfusionnelle visent à faire en sorte que toutes les unités de sang soient testées pour les infections transmissibles (HBs, HCV et RPR), y compris le VIH, et que seules les unités n'ayant pas réagi au test soient utilisées dans la pratique clinique. Pour parvenir au test universel (à 100%) des dons de sang pour le VIH et d'autres infections transmissibles par voie sanguine, il faut disposer de mécanismes permettant d'assurer la qualité et la continuité du dépistage : personnel qualifié, procédures de laboratoire normalisées, approvisionnement régulier et fiable à un prix abordable de kits de diagnostic et de réactifs, gestion efficace des stocks.

L'ONUSIDA recommande les méthodologies ci-après comme les deux composantes de l'assurance de la qualité lors du test :

- L'utilisation de procédures attestées et normalisées (modes opératoires normalisés) chaque fois qu'une unité de sang est analysée.
- La participation des laboratoires à un système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH, dans le cadre duquel une évaluation externe de l'efficacité du laboratoire est effectuée sur la base d'échantillons dont le contenu est connu, mais non divulgué, afin d'évaluer son système d'assurance de la qualité et de l'assister dans l'amélioration de ses normes d'exécution¹⁴.

¹⁴ Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, Etablissements des rapports 2010

Le tableau 4 présente les données sur la qualification du sang transfusé dans les établissements de soins à travers le pays. Ces données proviennent des centres provinciaux de transfusion sanguine (CPTS) répartis dans les 11 provinces de la RDC.

Tableau 4. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

Paramètre	Valeur	
	2008	2009
Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dans des centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ayant : 1) suivi des modes opératoires normalisés et 2) participé à un système d'assurance externe de la qualité.	122.477	126.623
Nombre total d'unités provenant de dons	246.153	231.862
Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	49,8	54,6

Il est important de relever que les informations compilées pour le calcul de l'indicateur UNGASS sur la sécurité transfusionnelle se rapportent sur un taux de complétude moyenne à l'échelle pays de 63% pour 2008 et de 60% pour 2009. Ceci est du au faible taux de rapportage intra-provincial dans la quasi totalité des provinces du pays au cours des deux années, rendant ainsi difficile l'analyse de la tendance réelle de cet indicateur.

En 2008, seuls huit CPTS sur les onze ont rapporté sur le nombre des dons collectés au niveau des établissements de soins dans les provinces respectives et pour lesquelles les procédures nationales et les normes ont été respectées en matière de sécurité transfusionnelle (modes opératoires normalisés et système externe d'assurance de la qualité).

Il faut également relever que la moyenne nationale de l'indicateur telle que le montre le tableau pour l'année 2008, a été très influencée par les valeurs de deux provinces du pays (Kasai Oriental et Nord-Kivu) où 100% d'unités transfusées ont répondu à 100% au critérium de UNGASS, suivie de la province du Katanga avec 90% et la ville province de Kinshasa 71% alors que les autres provinces présentent des valeurs en dessous de la moyenne nationale (variant entre 10% et 47%). Un effort en termes d'amélioration des services doit être fourni dans ces provinces.

En revanche pour 2009, tous les onze CPTS ont rapporté sur les données pouvant permettre le calcul de l'indicateur. Le pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH semble plus élevé que 2008, soit 55% bien que certaines provinces ont diminué leur qualité de prestation et de services bien que d'autres les ont amélioré.

Indicateur 4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux

La prévention de l'infection à VIH demeure une priorité. Cependant avec l'accumulation du nombre de personnes victimes de cette infection, le besoin de les soigner est aussi devenu une priorité. La mise sous traitement antirétroviral des PVVIH éligibles représente un maillon important dans le deuxième volet spécifique de la lutte contre le VIH/SIDA qu'est la prise en charge des cas. 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. Il n'y a que 303 établissements de santé (soit 75,8% de l'ensemble des établissements de soins)¹⁵ à travers tout le pays qui dispensent des thérapies antirétrovirales (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique). De plus, l'approvisionnement des antirétroviraux est en grande partie financée par l'extérieur (Fonds Mondial, Banque Mondiale, Fondation Clinton, etc.). Cependant, cet approvisionnement ne comble toujours pas les besoins du pays par rapport au nombre de PVVIH éligibles.

Le tableau 5 présente la proportion d'adultes et d'enfants séropositifs éligibles qui reçoivent les antirétroviraux.

Tableau 5. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles recevant les ARV

Paramètre	Valeur	
	2008	2009
Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de transmission des rapports	24.645	34.967
Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé*	272.793	283.055
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux	9,0	12,4

** les dénominateurs sont tirés des projections basées sur les données de la surveillance sentinelle 2008*

En 2008-2009, il y avait plus d'un million de personnes vivant avec le VIH et environ 280.000 d'entre elles étaient éligibles pour le traitement aux antirétroviraux. Cependant, seulement 9% en ont bénéficié en 2008 et 12,4% en 2009.¹⁶ Bien que ces proportions soient nettement supérieures et en hausse par rapport à celle de 2006 (5,4%), elles demeurent encore insignifiantes vu le nombre de personnes en besoin de traitement.

La ventilation de ces données par sexe et par tranche d'âge n'a été disponible que pour 4 provinces du pays pour l'année 2008 (cf. tableau 6) et 7 provinces pour l'année 2009 (cf. tableau 7). Jusqu'en 2009, les canevas de collecte des données pour le rapport annuel du programme national de lutte contre le Sida (PNLS) du Ministère de la Santé n'étaient pas conçus pour répondre à cette information. L'exercice d'élaboration du rapport UNGASS 2007 avait permis aux provinces qui ont pu répondre à cet indicateur, à adapter leurs bases des

¹⁵ PNLS, rapport 2009 (pourcentage surestimé car le dénominateur ne prend pas en compte les cliniques privées, les centres de santé de référence et les CTA qui offrent également la TARV)

¹⁶ PNLS, rapports annuels 2008 et 2009

données à ces exigences. Face à cette situation, le PNLs s'est senti dans l'obligation de réviser ces outils de collecte pour prendre en compte le besoin d'information par sexe et par tranche d'âge requis par l'ONUSIDA pour le Rapport UNGASS. De plus, le manque de complétude totale des données est également un problème qui a rendu difficile la collecte complète de l'information.

Tableau 6. Répartition par sexe et par tranche d'âge d'adultes et d'enfants éligibles recevant les ARV en 2008 pour les provinces de l'Equateur, Kasai Occidental, Katanga et Sud Kivu

Paramètre	Valeur en 2008								
	Moins de 15 ans			15 ans et plus			Ensemble		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de transmission des rapports	202	185	387	3786	2241	6027	3988	2426	6414
Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé*			40.783			232.010			272.793
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux			0,9			2,6			2,4

F = féminin ; M = masculin

* les dénominateurs sont tirés des projections basées sur les données de la surveillance sentinelle 2008

Tableau 7. Répartition par sexe et par tranche d'âge d'adultes et d'enfants éligibles recevant les ARV en 2009 pour les provinces de l'Equateur, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Kinshasa, Maniema et Sud Kivu

Paramètre	Valeur en 2009								
	Moins de 15 ans			15 ans et plus			Ensemble		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de transmission des rapports	1160	800	1960	13.841	8187	22.028	15001	8987	23.988
Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé*	20.646	20.957	41.603	148.512	92.940	241.452	169.158	113.897	283.055
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux	5,6	3,8	4,7	9,3	8,8	9,1	8,9	7,9	8,5

F = féminin ; M = masculin

* les dénominateurs sont tirés des projections basées sur les données de la surveillance sentinelle 2008

Bien que les données présentées dans les tableaux 6 et 7 ne couvrent pas toutes les provinces, les chiffres montrent que le nombre d'enfants séropositifs sous antirétroviraux est encore très bas, voir insignifiant par rapport aux enfants éligibles au traitement. Des efforts importants d'approvisionnement en médicaments doivent être fournis par le pays pour parer à ce besoin capital.

Indicateur 5 : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère – enfant

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est à l'origine de la majorité des infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans. Une mère infectée peut transmettre le VIH à son enfant au cours de la grossesse, pendant le travail, l'accouchement ou encore durant l'allaitement au sein. Les organisations du système des Nations Unies recommandent une stratégie à quatre volets pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant : la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents ; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ; la prévention de la transmission du VIH d'une femme infectée à son enfant ; et le traitement, soins et soutien à la cellule familiale.

En RDC, la stratégie de prévention de la transmission mère – enfant (PTME) débutée en 2002 a consisté en l'équipement des centres de consultation prénatale, la formation du personnel de ces centres de CPN pour la réalisation du test et l'annonce des résultats conformément aux normes nationales, l'administration d'une dose unique de névirapine à la femme lors du travail d'accouchement et au bébé durant ses 72 premières heures de vie, ainsi qu'en des conseils appropriés pour l'alimentation des nouveau-nés de mères séropositives.

En 2007, le protocole a été révisé, particulièrement en ce qui concerne le régime ARV. Il a été introduit le schéma thérapeutique antirétroviral complexe (3 molécules prophylactiques). Cependant, la mise en application du protocole révisé n'a débuté effectivement qu'en 2009 et ce, dans seulement quelques sites de six des onze provinces du pays (Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Kinshasa, province Orientale et Sud Kivu).

Il existe en RDC, 6363¹⁷ établissements de santé dispensant des services de soins prénatals. La politique du Ministère de la Santé Publique voudrait que 5 de ces structures par zone de santé, soit 2575 pour l'ensemble du pays offrent les services de PTME. Actuellement, seuls 609¹⁸ établissements de santé dispensant des services de soins prénatals offrent les services de PTME, soit 23,7%.

Le tableau 8 ci-dessous reprend la répartition par type de schéma thérapeutique des femmes enceintes séropositives qui reçoivent les antirétroviraux à travers les 11 provinces du pays.

Tableau 8. Répartition par type de schéma thérapeutique de femmes enceintes séropositives recevant les ARV

Paramètre	Valeur					
	Schémas thérapeutiques en 2008			Schémas thérapeutiques en 2009		
	Névirapine seule	Schéma complexe	Total	Névirapine seule	Schéma complexe	Total
Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère – enfant	1263	7	1270	1765	467	2232
Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois*			99.491			101.543
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère – enfant			1,3			2,2

* les dénominateurs sont tirés des projections basées sur les données de la surveillance sentinelle 2008

¹⁷ Rapport accès universel 2008

¹⁸ PNLS, rapport annuel 2009

Il ressort de ce tableau une légère augmentation du pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant la thérapie antirétrovirale, bien que ce taux soit encore très bas et presque insignifiant par rapport au nombre de femmes ayant besoin du traitement par les ARV (femmes enceintes VIH positives).

Les problèmes de la faible couverture en service PTME dans l'ensemble du pays, du délabrement de services de base, de l'approvisionnement en intrants et de la logistique sont parmi les défis qui entravent la bonne mise en œuvre de cette stratégie.

Indicateur 6 : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Au niveau mondial, la tuberculose a été diagnostiquée comme la maladie la plus fréquemment rencontrée chez les personnes avec infection à VIH. La prise en compte de cette association dans les soins des patients concernés permet un meilleur pronostic sur l'issue du traitement.

Les données reprises dans le tableau 9 ci-dessous sont issues de 338 CDT de la tuberculose qui ont intégré le dépistage et la gestion de l'infection à VIH sur les 1339 centres que compte le programme de lutte contre la tuberculose (PNLT). Ces données se rapportent à l'année 2008. Celles de 2009 sont en cours de compilation par le programme pour le rapport annuel.

Tableau 9. Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

Paramètre	Valeur en 2008
Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis	724
Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH*	14.406
Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	5,0

*le dernier rapport de l'OMS 2009 donne l'estimation annuelle du nombre de cas de tuberculose parmi les PVV à environ 14.000 par an, soit 23 cas pour 100.000 habitants par an pour une population qu'elle estime de 62.636.000 habitants pour la RD Congo. Ce qui revient à 14.406 cas de tuberculose parmi les PVV comme dénominateur.

La proportion de malades tuberculeux séropositifs au VIH recevant un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral est encore très basse, la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose venant à peine de commencer dans le pays il y a quelques années.

En effet, la prise en charge conjointe de la coinfection VIH-tuberculose a débuté depuis 2004 sous forme de projet dans la ville province de Kinshasa avec l'appui de l'OMS, l'UNC et en 2005 avec l'union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICMR). Bien qu'il existe des centres de dépistage et de traitement (CDT) de la tuberculose à travers les 515 zones de santé du pays, la politique nationale du Ministère de la Santé Publique en matière de prise en charge de la coinfection VIH-tuberculose voudrait que le PNLN n'intervienne que dans les zones de santé où les activités du PNLN sont déjà opérationnelles ;

ceci pour éviter le manque de kits (antirétroviraux) dans les zones où le PNLT effectuerait le dépistage du VIH.

Or, la couverture du PNLN en matière de thérapie antirétrovirale est encore très faible à travers le pays et les 338 CDT de la tuberculose ne couvrent que 196 zones de santé. La couverture en activité de la coinfection TBVIH est donc faible ; les difficultés rencontrées étant la non disponibilité des tests de diagnostic et de suivi, la non disponibilité des médicaments et l'insuffisance de prestataires formés.

Quant aux données relatives à la répartition par sexe et par tranche d'âge, il est difficile d'avancer des chiffres exacts étant donné qu'elle n'est réalisée que pour une partie des malades notifiés, spécialement les nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive, sans tenir compte de leur sérologie au VIH.

Indicateur 7 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Le conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH/SIDA est la démarche par laquelle une personne entreprend un conseil pour prendre une décision éclairée afin de se faire tester pour le VIH. Les objectifs du CDV sont de prévenir la transmission du VIH/SIDA des personnes infectées aux personnes non testées ou non infectées ; prévenir la transmission du VIH/SIDA des mères infectées à leurs bébés in utero, pendant l'accouchement et après la délivrance ; prévenir la transmission primaire du VIH aux personnes non infectées par les personnes infectées ou par les personnes non testées ; réduire la stigmatisation de la maladie ; et enfin prendre des mesures de prévention, support et traitement à temps. Le CDV permet d'atteindre un objectif primordial de la lutte qui est l'augmentation de la connaissance de l'état sérologique.

En 2008, il y avait 315 établissements de santé sur les 9400¹⁹ que compte le pays (soit 3%) où le dépistage du VIH et les services de conseils étaient disponibles. Le tableau 10 ci-dessous reprend le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. Les données de cet indicateur sont tirées de l'enquête démographique et sanitaire « EDS+-RDC » de 2007.

Tableau 10: Répartition par sexe et tranches d'âge de personnes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Paramètre	Valeur								Total général
	Sexe								
	Féminin				Masculin				
	Age (années)			Total	Age (années)			Total	
15-19	20-24	25-49	15-19		20-24	25-49			
Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test VIH et qui en connaissent le résultat	47	102	259	408	14	38	114	166	574
Nombre total des répondants de 15 à 49 ans	2030	2274	5692	9996	988	869	2458	4315	14311
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2,3	4,5	4,6	4,1	1,4	4,4	4,6	3,8	4,0

¹⁹ Source: Ministère de la santé, 2008

Dans l'ensemble du pays, moins de 5% de personnes âgées de 15 à 49 ans se sont faites tester pour connaître leur statut sérologique et sont revenues prendre leur résultat. Globalement, ce pourcentage ne semble pas différent entre les deux sexes et au travers les âges, exception faite pour les 15 à 19 ans où le pourcentage des femmes qui se sont faites tester est largement supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âge.

Indicateur 8 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

La connaissance de son état sérologique est une étape importante dans la prise de décision de se protéger et protéger les autres ainsi que de se faire soigner.

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).

En RDC, parmi les groupes cibles prioritaires à risque élevé identifiés dans le plan stratégique national (PSN) de lutte contre le Sida 2010-2014 figurent notamment les PS et leurs clients, CDI, les HSH, les femmes militaires, les camionneurs (populations mobiles) et les jeunes. Cependant concernant les populations les plus à risque identifiées par l'ONUSIDA, les études comportementales menées dans le pays n'ont ciblé jusqu'à ce jour que les femmes PS. Il s'agit de l'enquête « BSS » qui s'est déroulée en 2 phases : de décembre 2004 à février 2005 et de janvier à mars 2006.

Le tableau 11 reprend la proportion des femmes PS ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois précédant l'enquête (BSS 2004-2006) et qui en connaissent le résultat.

Tableau 11. Répartition (%) selon l'âge de PS ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Paramètre	Valeur		Total
	Age (années)		
	Moins de 25	25 ans et plus	
Nombre de PS ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	443	508	951
Nombre de PS incluses dans l'échantillon	1347	1281	2628
Pourcentage de PS ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	32,9	39,7	36,2

L'on remarque que plus du tiers des femmes professionnelles du sexe se sont faites dépistées et sont revenues prendre le résultat. Cette proportion paraît plus élevée chez les 25 ans et plus par rapport aux moins de 25 ans. La connaissance de l'existence de la maladie et de ces moyens de prévention par les plus âgées pourrait en expliquer la différence.

Dans son ensemble, cette proportion reste encore basse car la plupart des interventions ont toujours visé les PS de la capitale par rapport au reste des autres villes urbaines et même rurales.

Indicateur 9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

Il est important que les populations les plus à risque aient des programmes de prévention, notamment la sensibilisation sur la disponibilité des centres de dépistage et des points de distribution des préservatifs. Pour évaluer le niveau d'atteinte des populations les plus à risque par les programmes de prévention, les personnes interrogées doivent répondre positivement aux deux questions suivantes :

1. Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?
2. Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle)

En RDC, les données de cet indicateur proviennent de l'enquête comportementale « BSS 2004-2006 ». Cependant, l'enquête BSS n'ayant pas posée ces deux questions de la même manière, les données ont pu être obtenues par la combinaison des questions suivantes :

- Pour la première question : Dans votre communauté, est-il possible d'avoir un test confidentiel si l'on cherche à savoir si on a le virus du sida ?
- Pour la deuxième question : Connaissez-vous un endroit où vous pouvez obtenir des condoms masculins, ou une personne auprès de laquelle vous pouvez vous en procurer ? Si oui, combien de condoms avez-vous maintenant (avec vous dans votre sac ou votre chambre) ?

Les résultats de cette combinaison sont repris dans le tableau 12 qui présente la proportion des PS que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Tableau 12. Répartition (%) selon l'âge des PS que les programmes de prévention parviennent à atteindre

Paramètre	Valeur		
	Age (années)		Total
	Moins de 25	25 ans et plus	
Nombre de PS ayant répondu « oui » aux deux questions	330	341	671
Nombre total des PS interrogées incluses dans l'enquête	1347	1281	2628
Pourcentage de PS que les programmes de prévention parviennent à atteindre	24,5	26,6	25,5

Il ressort de ce tableau qu'en 2006, les programmes de prévention parvenaient à atteindre seulement le quart des femmes professionnelles du sexe. L'âge ne semblait pas influencer l'atteinte de ces personnes.

Sous réserve que la situation peut déjà avoir changé depuis l'appui du Fonds Mondial, des efforts devraient être faits pour accroître ce pourcentage en intensifiant les programmes de prévention visant spécialement les populations les plus à risque : campagnes de sensibilisation, ouverture des centres d'information sur le VIH/Sida, augmentation des centres de dépistage à travers le pays, augmentation des points de distribution des préservatifs, etc.

Indicateur 10 : Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Partant de la définition de l'UNICEF (2005), 18% des enfants en RDC sont considérés comme vulnérables car soit le père et/ou la mère a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois, soit qu'ils vivent dans un ménage où au moins un adulte de 18-59 ans a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois, ou dans un ménage où un adulte de 18-59 ans est décédé au cours des 12 derniers mois après avoir été gravement malade pendant au moins trois mois. Et si l'on tient compte du fait que soit l'un des parents ou les deux sont décédés, 25% des enfants de moins de 18 ans en RDC sont considérés comme « orphelins et enfants rendus vulnérables » (EDS-RDC, 2007).

Les OEV ont droit à l'éducation, à l'affection et à une identité culturelle, de même qu'à des services de prise en charge spécialement conçus pour les enfants. En plus des besoins habituels de tous les enfants, ces enfants ont besoin d'un soutien psychosocial ainsi qu'un accès à une oreille attentive et à une protection contre l'abandon, les abus, les mauvais traitements et l'exploitation. Ils sont habituellement pris en charge dans leurs familles élargies ou placés dans des foyers d'accueil. Le renforcement de la capacité de tous ces foyers à assurer les soins essentiels et particuliers dont ces enfants ont besoin constitue un élément capital dans l'action en faveur des OEV. D'où la mesure du pourcentage de foyers bénéficiant d'une aide extérieure pour la prise en charge des OEV.

Pour évaluer cet indicateur, quatre questions doivent être posées au chef de famille de chaque orphelin ou enfant vulnérable de 0 à 17 ans. Il s'agit de :

1. Ce foyer a-t-il reçu une assistance médicale, y compris des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins au cours des 12 derniers mois ?
2. Ce foyer a-t-il reçu un soutien pour la scolarisation des enfants, notamment sous forme de frais d'écolage, au cours des 12 derniers mois ? (Cette question ne s'applique qu'aux enfants de 5 à 17 ans)
3. Ce foyer a-t-il reçu un soutien psychique/psychologique, y compris des conseils de la part d'un conseiller spécialement formé et/ou un soutien/un accompagnement psychique/ spirituel au cours des trois derniers mois ?
4. Ce foyer a-t-il reçu un soutien social, y compris un soutien socioéconomique (p. ex., vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, gîte) et/ou une aide au quotidien (p. ex., aide ménagère, formation pour les soignants, garde des enfants, services juridiques) au cours des trois derniers mois ?

En RDC, les données de cet indicateur ont été tirées de l'enquête démographique et sanitaire « EDS+-RDC » de 2007 et sont présentées dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13. Répartition selon certaines caractéristiques sociodémographiques d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Caractéristiques sociodémographiques	Paramètre		
	Nombre d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers qui ont répondu « oui » à l'une au moins des 4 questions	Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
Tranches d'âge (ans)			
- 0 – 4	117	1806	6,5
- 5 – 9	192	1766	10,9
- 10 – 14	226	1998	11,3
- 15 – 17	59	889	6,6
Sexe			
- Masculin	309	3287	9,4
- Féminin	285	3172	9,0
Milieu de Résidence			
- Urbain	252	2435	10,3
- Rural	342	4024	8,5
Quintile de bien-être économique du ménage			
- Le plus pauvre	102	1436	7,1
- Second	107	1398	7,7
- Moyen	105	1258	8,3
- Quatrième	169	1446	11,7
- Le plus riche	111	921	12,1
Ensemble	594	6459	9,2

Dans l'ensemble, moins de 10% des foyers où vivent des orphelins et des enfants rendus vulnérables reçoivent une des formes d'aide extérieure gratuite.

Ce sont les foyers où vivent des OEV de 5 à 9 ans et ceux de 10 à 14 ans qui bénéficient d'un plus grand support que les foyers où vivent les OEV de moins de 5 ans et ceux de 15 à 17 ans. Ceci peut être probablement dû à l'accent mis sur l'instruction de ces deux premières tranches d'âge. Et pourtant les OEV de moins de 5 ans sont plus à risque de ne pas satisfaire leurs besoins essentiels en matière de nutrition et de développer la malnutrition qui peut leur être mortelle. Quant aux OEV de 15-17 ans, dépourvus de protection familiale, ils sont plus exposés à des rencontres sexuelles à risque et donc de contracter le VIH.

L'aide extérieure semble équitablement répartie dans les ménages où vivent les OEV indépendamment du sexe des enfants. Paradoxalement, les foyers d'OEV du milieu urbain semblent plus appuyés que ceux du milieu rural. De plus, l'aide semble directement proportionnel au niveau de vie du ménage, les foyers les plus riches recevant le plus d'aide et ceux les plus pauvres, le moins de support extérieur gratuit.

Indicateur 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Les données de cet indicateur ne sont pas issues d'une enquête telle que recommandée dans les directives de l'ONUSIDA. Les états de lieux (sous forme d'enquêtes) des écoles sur l'enseignement du VIH/Sida sont programmés dans le plan sectoriel de lutte contre le VIH/Sida du Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (EPSP) mais ne sont pas encore financés jusqu'à ce jour.

Le tableau 14 présente les données basées sur une évaluation menée par le Ministère de l'EPSP, particulièrement la coordination de lutte contre le VIH/Sida, sur l'intégration de l'enseignement du VIH/Sida dans toutes les écoles primaires et secondaires de la RDC.

Tableau 14. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Paramètre	Valeur						Globale
	Ecoles primaires			Ecoles secondaires			
	Officielles	Privées	Total	Officielles	Privées	Total	
Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire écoulée	27.280	3.720	31.000	172	ND	172	31.172
Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête*	27.280	3.720	31.000	15.000	ND	15.000	46.000
Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	100,0	100,0	100,0	1,15	--	1,15	67,8

S'agissant des écoles primaires du pays, toutes officielles (publiques/étatiques) et privées ont un seul programme commun d'enseignement. Il s'agit du programme national du Ministère de l'EPSP révisé en 2005 et mis en application depuis 2006. Dans ce programme, intitulé « programme de l'éducation pour la santé et l'environnement à l'école », un chapitre sur le VIH/Sida y est consacré et dispensé 2 heures par semaine aux élèves de 5^{ème} et 6^{ème} primaires et ce dès le début de l'année scolaire. La révision de ce programme d'enseignement a été financée par la Banque Mondiale (à travers le projet MAP d'appui au PNMLS) et l'Unesco, tandis que la formation des enseignants pour la dispense de ce programme a été financée par l'Unicef.

Quant aux écoles secondaires, il existe un problème d'intégration car les projets sont différents. Le programme d'enseignement du Ministère n'a pas été révisé pour intégrer l'enseignement du VIH/Sida dans le curriculum de formation. Cependant, certaines écoles officielles à travers 5 provinces (42 au Bas-Congo, 30 à l'Equateur, 60 à Kinshasa, 30 au Nord Kivu et 10 dans la province Orientale) du pays sont appuyées et leurs enseignants formés pour intégrer et dispenser l'enseignement du VIH/Sida aux élèves du secondaire. Le financement provient de la Banque Mondiale (à travers le projet MAP d'appui au PNMLS), de l'UNICEF et l'UNESCO ; les organismes internationaux ne finançant pas les écoles secondaires privées. Le choix de ces écoles officielles a tenu compte de certains critères dont la sécurité (les écoles étant appuyées en termes de fourniture scolaire et autres matériels didactiques) et le fait que l'école soit un complexe (c'est-à-dire abritant les niveaux primaire et secondaire). Le Ministère de l'EPSP ne dispose pas d'information sur la dispense ou non de l'enseignement du VIH/Sida dans les écoles secondaires privées.

4.3. Indicateurs des connaissances et des comportements

Indicateur 12 : Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

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 15. Les données de cet indicateur ont été tirées de l'enquête démographique et sanitaire « EDS+-RDC» de 2007.

Tableau 15. Répartition par sexe du ratio de fréquentation scolaire entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

Paramètre		Valeur		
		Sexe		Total
		Féminin	Masculin	
PARTIE A	Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui sont encore scolarisés	39	53	92
	Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents	69	78	147
	Taux (%) actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	56,5	67,9	62,6
PARTIE B	Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école	1825	2028	3853
	Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	2301	2449	4750
	Taux (%) actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	79,3	82,8	81,1
<i>Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans</i>		<i>0,71</i>	<i>0,82</i>	<i>0,77</i>

Il ressort de ce tableau qu'en RDC, le décès ou la vie des parents influence le niveau de fréquentation scolaire des enfants. En effet, la proportion des enfants qui vont à l'école est plus élevée chez ceux dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux (81,1%) que chez les orphelins (62,6%) ; le ratio étant inférieur à 1. Cette image est la même quelque soit le sexe de l'enfant.

Alors que cet écart de scolarité entre les garçons et les filles ne semble pas prononcé lorsque les deux parents sont en vie et que les enfants vivent avec au moins l'un d'entre eux (respectivement 82,8% contre 79,3%), l'attention est plus portée sur les garçons par rapport aux filles lorsque les deux parents sont décédés. En effet, près de 68% de garçons fréquentent l'école contre seulement 57% de filles. Ces dernières étant probablement retenues à la maison pour les tâches ménagères.

Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Les jeunes étant l'avenir d'un pays, il est important de se pencher sur leurs connaissances exactes en matière de prévention et de transmission de l'infection à VIH.

En RDC, des programmes de prévention de l'infection à VIH ciblant les jeunes tels que les campagnes de sensibilisation, l'éducation par les pairs, l'ouverture de centres d'information sur le VIH/sida, le renforcement en capacité de communication sur le VIH/sida des organisations des jeunes et d'encadrement des jeunes ont été mis en œuvre.

Afin de mesurer la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, cinq questions sont posées²⁰. Il s'agit de :

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 ?

Le tableau 16 ci-dessous présente la répartition des jeunes âgés de 15 à 24 ans en RDC ayant une connaissance complète du Sida. On considère qu'une personne a une connaissance « complète » du VIH/Sida lorsqu'elle sait qu'on peut réduire le risque de contracter le virus en utilisant régulièrement des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, lorsqu'elle rejette les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du Sida (la piqûre de moustique et les moyens surnaturels) et lorsqu'elle sait qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Les données de cet indicateur sont tirées de l'EDS+ de 2007.

Tableau 16. Répartition par sexe et par tranche d'âge des jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Paramètre	Valeur						Globale
	Femmes			Hommes			
	Age (années)		Total	Age (années)		Total	
	15-19	20-24		15-19	20-24		
Nombre de personnes interrogées de 15 à 24 ans qui ont une connaissance « complète » du Sida	278	373	651	181	204	385	1036
Nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans interrogées	2030	2274	4304	988	869	1858	6162
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	13,7	16,4	15,1	18,3	23,5	20,7	16,8

²⁰ Selon les directives de l'ONUSIDA, les trois premières questions ne doivent pas être modifiées, seules les questions 4 et 5 qui s'enquèrent des idées fausses à l'échelon local peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans le pays.

On constate que la proportion des jeunes hommes possédant des connaissances exactes sur les moyens de prévention et de transmission du VIH semble plus élevée par rapport à celle des jeunes femmes et ce quelque soit la tranche d'âge. De plus, tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion des jeunes de 20 – 24 ans possédant des connaissances exactes est supérieure à celle des jeunes de 15 – 19 ans.

Cependant, dans son ensemble, la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans en RDC ayant des connaissances exactes sur les moyens de prévention et de transmission du VIH reste encore très faible. Les efforts dans les programmes de prévention ciblant les jeunes doivent être intensifiés.

Les scores pour chacune des cinq questions sont présentés dans le tableau 17 ci-dessous.

Tableau 17. Répartition (%) des scores pour chacune des cinq questions selon le sexe et l'âge des jeunes âgés de 15 à 24 ans

Paramètre		Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5	
Nombre de personnes de 15 à 24 ans interrogées qui ont répondu correctement aux cinq questions	Ensemble	4634	3483	4203	3075	3075	
	Femmes	Total	3181	2316	2811	2027	2057
		15-19 ans	1439	1013	1263	928	983
		20-24 ans	1742	1305	1549	1098	1076
	Hommes	Total	1453	1167	1392	1048	1018
		15-19 ans	712	620	684	546	486
20-24 ans		740	612	708	500	535	
Nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans interrogées	Ensemble	6162	6162	6162	6162	6162	
	Femmes	Total	4304	4304	4304	4304	4304
		15-19 ans	2030	2030	2030	2030	2030
		20-24 ans	2274	2274	2274	2274	2274
	Hommes	Total	1858	1858	1858	1858	1858
		15-19 ans	988	988	988	988	988
20-24 ans		869	869	869	869	869	
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions	Ensemble	75,2	56,5	68,2	49,9	49,9	
	Femmes	Total	73,9	53,8	65,3	47,1	47,8
		15-19 ans	70,9	49,9	62,2	45,7	48,4
		20-24 ans	76,6	57,4	68,1	48,3	47,3
	Hommes	Total	78,2	62,8	74,9	56,4	54,8
		15-19 ans	72,1	56,0	69,2	55,3	49,2
20-24 ans		85,2	70,4	81,5	57,5	61,6	

Dans l'ensemble, les jeunes ont des meilleures connaissances sur la réduction de la transmission du VIH en ayant des rapports sexuels avec un partenaire fidèle et non infecté (75,2%) que par l'utilisation des préservatifs (56,5%). Quant à leurs connaissances sur les idées erronées, un jeune sur deux connaît que la piqûre de moustique ne transmet pas le VIH et que l'on ne contracte pas le VIH en partageant un repas avec une personne infectée.

Le sexe et l'âge semblent influencer les connaissances des jeunes sur le VIH. En effet, quelque soit la question posée, les jeunes hommes ont des connaissances supérieures à celles des jeunes femmes, et les jeunes de 20-24 ans ont des connaissances plus élevées que les jeunes de 15-19 ans.

Des programmes de prévention visant spécialement les adolescents doivent également être intensifiés.

Indicateur 14 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

La connaissance du VIH/Sida et des moyens de prévention par les populations les plus à risque est une étape indispensable dans le processus de lutte contre la propagation de ce virus. L'évaluation de cette connaissance se fait en posant une série de questions y relatives²¹ :

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 des préservatifs ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive au VIH ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

On considère qu'une personne à haut risque a des connaissances exactes sur le VIH/Sida et les moyens de prévention lorsqu'elle sait que le risque de transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ou par l'utilisation des préservatifs, lorsqu'elle sait qu'une personne paraissant en bonne santé peut être séropositive au VIH et lorsqu'elle rejette les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du VIH/Sida.

En RDC, l'enquête de surveillance comportementale (BSS+) de 2004-2006 a mesuré cet indicateur dans l'un des groupes à plus haut risque d'infection, à savoir les femmes professionnelles du sexe. Les résultats sont repris dans le tableau 18.

Tableau 18. Répartition (%) selon l'âge des PS qui possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Paramètre		Toutes les questions	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5	
Nombre de PS interrogées qui ont répondu correctement aux cinq questions	Total	784	1779	2260	2180	1625	2165	
	Age (ans)	< 25	379	895	1172	1104	812	1145
		≥ 25	405	884	1088	1076	813	1020
Nombre de PS interrogées qui ont répondu (y compris par « je ne sais pas ») à toutes les cinq questions	Total	2544	2561	2568	2583	2575	2577	
	Age (ans)	< 25	1298	1311	1316	1322	1316	1316
		≥ 25	1246	1250	1252	1261	1259	1261
Pourcentage de PS possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Total	30,8	69,5	88,0	84,4	63,1	84,0	
	Age (ans)	< 25	29,2	68,3	89,1	83,5	61,7	87,0
		≥ 25	32,5	70,7	86,9	85,3	64,6	80,9

²¹ Selon les directives de l'ONUSIDA, les trois premières questions ne doivent pas être modifiées, seules les questions 4 et 5 qui s'enquière des idées fausses à l'échelon local peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans le pays.

L'analyse du tableau montre que les PS donnent des réponses correctes mais pas à toutes les questions. L'âge ne semble pas influencer la connaissance du VIH chez les PS.

Globalement, la proportion de personnes ayant des connaissances exactes sur le VIH/Sida et ses moyens de prévention est supérieure chez les PS (30,8%) par rapport aux jeunes de 15 à 24 ans dans les ménages (16,8%). Probablement du fait qu'il existe plus de programmes de sensibilisation qui ciblent les PS que les jeunes dans les ménages. La même allure se dessine dans l'analyse des questions séparément, exception faite pour la connaissance du risque de transmission du VIH qui peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté : le pourcentage de cette connaissance est plus élevé chez les jeunes dans les ménages (75,2%) que chez les PS (69,5%).

Indicateur 15 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'âge aux premiers rapports sexuels est un des déterminants de l'activité sexuelle et la précocité des rapports sexuels augmente le risque d'exposition au VIH. Le tableau 19 présente la proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Les données de cet indicateur sont tirées de l'enquête démographique et sanitaire EDS+ de 2007.

Tableau 19. Répartition (%) selon le sexe et l'âge des jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Paramètre	Valeur						Globale
	Femmes			Hommes			
	Age (années)		Total	Age (années)		Total	
	15-19	20-24		15-19	20-24		
Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	363	421	784	181	148	329	1113
Nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans interrogées	2030	2274	4304	988	869	1858	6162
Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	17,9	18,5	18,2	18,3	17,0	17,7	18,1

Il ressort de ce tableau que 18% des jeunes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. L'âge actuel des jeunes ne semble pas influencer la précocité de ces rapports.

Bien que toutes les études scientifiques indiquent une différence de 1-2 ans (les garçons ayant tendance à commencer les rapports sexuels plus tôt que les filles), les données de l'EDS montre que la proportion de jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est identique chez les femmes et les hommes.

Les données de l'EDS révèlent aussi que les premiers rapports sexuels sont plus précoces en milieu rural (23% chez les femmes et 19,4% chez les hommes) par rapport au milieu urbain (12,8% chez les femmes et 15,7% chez les hommes). S'agissant du sexe, les femmes sont plus précoces en milieu rural alors qu'en milieu urbain ce sont les hommes.

De plus, cette précocité des rapports sexuels semble être influencée par l'état matrimonial des jeunes. En effet, la proportion des jeunes qui ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est plus élevée chez les jeunes qui ont déjà été mariés (24,9% chez les femmes et 23,9% chez les hommes) par rapport aux jeunes célibataires (11,4% chez les femmes et 16,3% chez les hommes).

Indicateur 16 : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

La multiplicité des partenaires sexuels est un important facteur de risque de transmission de l'infection à VIH. L'enquête démographique et sanitaire « EDS+ » de 2007 a évalué la proportion de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et les résultats sont repris dans le tableau 20 ci-dessous.

Tableau 20. Répartition (%) selon le sexe et l'âge des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Paramètre	Valeur								Globale	
	Femmes				Total	Hommes				Total
	Age (années)			Age (années)						
	15-19	20-24	25-49	15-19	20-24	25-49				
Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	61	82	151	294	97	169	446	712	1006	
Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans	2030	2274	5692	9996	988	869	2459	4316	14312	
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	3,0	3,6	2,7	2,9	9,8	19,4	18,1	16,5	7,0	

Globalement, moins de dix pourcent de femmes et d'hommes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours de l'année précédant l'étude. Cependant, la proportion d'hommes est largement supérieure à celle des femmes et ce, quelque soit l'âge.

Alors que l'âge ne semble ne pas influencer la multiplicité des partenaires chez les femmes, chez les hommes de 20-24 et ceux de 25-49 ans la proportion de ceux qui ont eu des partenaires multiples semble le double de celle des hommes de 15-19 ans.

Indicateur 17 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Les personnes ayant des partenaires multiples courent un risque très élevé de contracter ou de transmettre le VIH. L'utilisation des préservatifs lors de tout rapport sexuel avec un partenaire occasionnel constitue un élément essentiel de prévention contre l'infection au VIH/SIDA.

L'EDS+/RDC 2007 a mesuré la proportion de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, les données de cet indicateur sont reprises dans le tableau 21.

Tableau 21. Répartition (%) selon le sexe et l'âge des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Paramètre	Valeur								Globale
	Femmes				Hommes				
	Age (années)			Total	Age (années)			Total	
	15-19	20-24	25-49		15-19	20-24	25-49		
Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	4	8	10	22	27	32	55	114	136
Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois	61	83	151	295	97	169	446	712	1007
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	6,6	9,6	6,6	7,5	27,8	18,9	12,3	16,0	13,5

Dans l'ensemble, 14% de personnes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année qui a précédé l'enquête et ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Cette proportion est le double chez les hommes comparativement aux femmes et ce, quelque soit l'âge de ces derniers.

Chez les hommes, l'âge est inversement proportionnel à l'utilisation du préservatif. En effet, plus l'âge augmente, moins le préservatif est utilisé parmi les hommes qui ont plus d'un partenaire.

Chez les femmes, l'âge ne semble pas influencer l'utilisation du préservatif.

Indicateur 18 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Le plan stratégique national 2009-2014 a identifié les professionnel(le)s et leurs clients parmi les groupes les plus à risque. Plusieurs interventions de lutte contre le VIH/Sida ciblant les PS ont déjà été mises en œuvre, notamment l'accès aux préservatifs masculins et féminins.

Le tableau 22 présente la proportion de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Les données de cet indicateur proviennent de l'enquête de surveillance comportementale (BSS+) qui s'est déroulée en 2 phases : de décembre 2004 à février 2005 et de janvier à mars 2006.

Tableau 22. Répartition (%) selon l'âge des PS ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Paramètre	Valeur		
	Age (années)		Total
	Moins de 25	25 ans et plus	
Nombre de PS interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 mois écoulés*	848	754	1602
Nombre de PS interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois*	1327	1257	2584
Pourcentage de PS indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	63,9	60,0	62,0

* Dans l'enquête BSS, les données relatives à cet indicateur se rapportent aux 7 derniers jours et les 12 derniers mois.

Deux PS sur trois ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client lors des 7 derniers jours précédant l'étude. Cette proportion semble légèrement supérieure chez les jeunes PS par rapport aux plus âgées.

4.4. Indicateurs de l'impact

Indicateur 22 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par 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 23 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 l'année 2008. Les données de 2009 sont en cours de traitement.

Tableau 23. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH en 2008

Paramètre	Valeur		
	Age (années)		Total
	15 – 19	20 – 24	
Nombre de femmes (15 – 24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	112	188	300
Nombre de femmes (15 – 24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	3196	4373	7569
Pourcentage de jeunes (femmes en CPN) âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	3,5	4,3	4,0

La prévalence de l'infection du VIH chez les jeunes est largement supérieure à 1%, seuil pour parler d'une épidémie à progression rapide et ce quelque soit la tranche d'âge des jeunes. De plus, cette prévalence semble directement proportionnelle avec l'âge ; les jeunes de 20-24 ans ont une prévalence plus élevée que ceux de 15-19 ans.

La répartition de cette prévalence du VIH chez les jeunes (femmes en CPN) selon leur milieu de résidence est présentée dans le tableau 24 ci-dessous.

Tableau 24. Répartition (%) selon le milieu de résidence des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH en 2008

Paramètre	Valeur								
	Capitale			Autre milieu urbain			Milieu rural		
	15-19 ans	20-24 ans	Total	15-19 ans	20-24 ans	Total	15-19 ans	20-24 ans	Total
Nombre de femmes fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	5	16	21	38	77	115	69	95	164
Nombre de femmes fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	215	478	693	1341	1876	3217	1640	2019	3659
Pourcentage de jeunes (femmes en CPN) infectés par le VIH	2,3	3,3	3,0	2,8	4,1	3,6	4,2	4,7	4,5

Il ressort que les jeunes de la capitale semblent moins infectés par le VIH que ceux des autres milieux, la prévalence la plus élevée étant en milieu rural et ce quelque soit la tranche d'âge. Quelque soit le milieu de résidence, les jeunes de 20-24 ans semblent plus infectés que ceux de 15-19 ans. La meilleure connaissance des moyens de prévention et le niveau d'instruction plus élevé des jeunes de la capitale par rapport aux autres milieux de résidence

pourraient expliquer ces différences. Les jeunes du milieu rural ont le plus bas niveau d'instruction et la plus faible connaissance en matière de prévention du VIH.

L'analyse des tendances de la prévalence de l'infection à VIH de 2005 à 2008 montre qu'en milieu urbain comme rural, l'infection chez les jeunes de 15 à 24 ans est en progression.

Indicateur 24 : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci

L'un des objectifs de la thérapie antirétrovirale est de prolonger la durée de vie des personnes vivant avec le VIH. En RDC, la mise en place du premier programme national d'accès aux antirétroviraux a débuté en 2002 et 7 ans après l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale.

Le tableau 25 reprend la proportion des personnes séropositives encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale durant l'année 2008. Les données²² ont été tirées du rapport sur l'accès universel 2008. Elles n'ont cependant pas permis une ventilation par sexe et par tranche d'âge.

Tableau 25. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci

Paramètre	Valeur
Nombre d'adultes et d'enfants toujours sous ART 12 mois après le début du traitement	2258
Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période de transmission des données, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné l'ART, et ceux qui ont été perdus de vue.	2941
Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	76,8

Dans l'ensemble, plus de deux-tiers des malades étaient encore en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale. Cependant, les données du rapport « Accès Universel 2008 » indiquent que cette proportion de survie des personnes séropositives diminue progressivement après 24 mois (64%), 36 mois (54%) ou 48 mois (40%) de début de traitement.

²² Elles proviennent d'un centre de traitement ambulatoire (CTA-KABINDA géré par MSF-Belgique) de la capitale qui dispose d'une base électronique de suivi de cohorte.

Indicateur 25 : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

La voie de contamination transversale de la mère à l'enfant est considérée comme celle par excellence par laquelle se transmet le VIH au nouveau né. 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 sérosurveillance 2008 sur base du logiciel spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau 26 ci-dessous.

Tableau 26. Pourcentage de nourrissons²³ nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

Paramètre	Valeur en 2008	Valeur en 2009
Nombre estimatif de nouvelles infections chez les nourrissons	23.118	23.643
Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH	99.491	101.543
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	23,2	23,3

Il ressort du tableau que près d'un nourrisson sur quatre né d'une mère séropositive en RDC est infecté par le VIH dès sa naissance.

²³ Est considéré comme nourrisson dans ces estimations, tout enfant de 0 à 11 mois.

V. Meilleures pratiques

1. Processus participatif de la planification stratégique nationale 2010-2014

Le processus de planification stratégique en RDC, qui comprenait 3 étapes majeures, a été mené selon une approche participative. Cela veut dire qu'un effort a été fait à chaque étape pour que tous les partenaires de la lutte contre le Sida en RDC soient activement impliqués :

- Au niveau de l'analyse de la situation (1^{ère} étape), le rapport préliminaire a été soumis à un groupe de lecteurs sélectionnés dans toutes les provinces de la RDC (ateliers organisés dans toutes les provinces avec la participation de toutes les parties prenantes à la lutte). C'est ce qui a permis la validation du document final en novembre 2008 (conclusion des consultations provinciales).
- Dans l'analyse de la réponse, toutes les parties prenantes se sont impliquées au travers des ateliers de réflexion et différents types de réunions pour :
 - Etudier la réponse de l'ensemble des secteurs d'intervention dans la lutte contre le sida du niveau public, privé et communautaire ;
 - Examiner à fond les activités dans les groupes prioritaires déterminant la propagation du VIH et son impact dans le contexte social, culturel, économique et politique de chaque province ;
 - Déterminer si la réponse est adaptée à la situation ;
 - Recenser les acquis et les faiblesses de la réponse;
 - Analyser pourquoi certaines activités marchent bien et d'autres pas.
- Enfin, dans la formulation et l'élaboration du PSN lui-même, la participation de toutes les parties prenantes s'est ressentie dans:
 - Les séances de consultations avec les acteurs des différents secteurs du niveau central ;
 - La rédaction du projet du plan stratégique ;
 - La soumission du draft 01 du PSN à la consultation provinciale ;
 - La validation nationale technique du projet du PSN consolidé ;
 - L'adoption du PSN 2010-2014 par le CNMLS le 27 juillet 2009.

Ces éléments prouvent à suffisance combien le processus de planification stratégique est et a été l'affaire de tous.

2. Effort de sensibilisation

Chaque année depuis 1969, le Gouvernement Congolais offre aux opérateurs socio-économiques et aux entreprises, l'occasion d'exposer et de vendre leurs produits et services, à travers l'organisation des activités foraines dans des installations ad hoc, à savoir la « Foire Internationale de Kinshasa », en sigle FIKIN.

L'édition 2009 de la FIKIN a été l'opportunité pour le PNMLS de regrouper pour la première fois tous les partenaires de la lutte dans un seul et même endroit, le "Village STOP SIDA".

La FIKIN était jusque-là une opportunité que certaines organisations de la lutte saisissaient, en ordre dispersé, pour informer et sensibiliser une fois l'an et simultanément cette grande masse de la population en quête de détente à la foire de Kinshasa. Cependant, l'impact dans ce cas ne pouvait être que très amoindri car noyé dans la multitude d'activités des habituelles entreprises «faiseuses d'ambiance».

L'originalité et le pari réussi du PNMLS, dans l'édition 2009, a été de mettre sur pied un programme intégrateur de lutte contre le VIH en procédant au regroupement de toutes les institutions précitées dans ce seul site où toutes ont rivalisé d'ardeur et d'idées pour faire passer leurs messages. Plus spécifiquement, les objectifs de ces activités à la FIKIN étaient:

- Améliorer la connaissance sur le VIH/Sida auprès des jeunes ;
- Augmenter le taux d'utilisation correcte du préservatif ;
- Encourager le dépistage volontaire ;
- Encourager le don bénévole du sang ;
- Vulgariser la loi sur la protection des PVVIH et des PA.

La liste des organisations engagées dans les activités du Village STOP SIDA est révélatrice du travail de titan abattu par le PNMLS dans la coordination et le suivi de ce projet.

A dire vrai, cette innovation a créé pour la première fois à la FIKIN une ambiance différente où les messages sur le VIH/SIDA ont fait bon ménage avec l'ambiance foraine habituelle.

Pour que les différents messages touchent le plus grand nombre, le PNMLS et ses partenaires ont fait appel aux canaux traditionnels de communication de la communauté congolaise, notamment les orchestres tant populaires que religieux, la radio et la télévision, les brasseries, les maisons de télécommunication, les comédiens et autres bouffons.

3. Production et vulgarisation de la chanson STOP SIDA

Fort des résultats d'une étude récente qui signalait que l'un des vecteurs puissants de communication et de sensibilisation en RDC demeure la musique, le PNMLS a initié un projet qui consistait en la production et la vulgarisation d'une chanson dénommée "STOP SIDA".

L'exécution de cette œuvre musicale était basée sur la participation des vedettes populaires (une douzaine) de la musique congolaise ainsi que leur implication dans les différentes phases promotionnelles. Il était ainsi prévu une formation de certaines d'entre elles comme pairs éducateurs qui, à certaines occasions marquantes, notamment le jour du lancement officiel ou lors des tournées éventuelles, auraient à animer des conférence-débats avec le concours des experts PNMLS sur la lutte contre le VIH/sida.

L'œuvre a été finalisée en décembre 2009 et le lancement de la chanson STOP SIDA a eu lieu le 2 décembre de la même année lors du lancement des activités de la journée mondiale de lutte contre le sida (JMS) 2009. Jusqu'à ce jour, cette œuvre musicale de haute facture fait la pluie et le beau temps dans toute la sphère audio-visuelle tant nationale (radios et télévisions nationales) qu'internationale (sur internet) et constitue un instrument puissant de sensibilisation au VIH/Sida en RDC.

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

Les obstacles suivants avaient été identifiés dans le rapport UNGASS de 2007:

- L'absence des indicateurs VIH dans le système national d'information sanitaire (SNIS);
- Le changement dans la formulation et le calcul de certains indicateurs UNGASS ;
- L'ajout de nouveaux indicateurs par rapport à 2005 ;
- Les données existantes ne sont pas toujours dans le format de l'indicateur UNGASS (non désagrégation par sexe et par âge);
- Les bases de données existantes sont incomplètes ;
- Le retard dans la publication des premiers résultats de l'EDS+ par rapport au délai d'UNGASS ;
- Les difficultés particulières à collecter les données sur les ARV et la PTME.

Pour lever ces obstacles, des actions ont été bénéfiques au cours de la période sous revue (2008 – 2009). Il s'agit principalement de :

- Le maintien par l'ONUSIDA de la liste des indicateurs de 2007 pour le rapport;
- La publication du rapport EDS+ 2007 qui a permis l'obtention de plusieurs indicateurs UNGASS pour l'exercice 2010.

Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de la période 2008 – 2009 sont :

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

L'adoption du PSN de lutte contre le sida 2010-2014 par le CNMLS le 27 juillet 2009, a permis à la RDC de se doter d'un important outil de coordination conformément aux 3 principes. Ce plan a été consacré par le CNMLS comme unique référentiel de toutes les interventions et devra faciliter l'alignement et l'harmonisation des partenaires.

Le PSN a en outre défini et retenu différentes populations cibles parmi lesquelles on trouve effectivement les MSM et les UDI. Un budget est prévu pour assurer des interventions en leur faveur au cours des cinq années du plan. Ces interventions viseront essentiellement à combattre la faible utilisation des préservatifs et le multi partenariat sexuel observés au sein de ces groupes. Un autre volet sur lequel va se focaliser ce budget est la réalisation des enquêtes spécifiques portant sur ces groupes cibles.

En ce qui concerne le financement local de la lutte contre le VIH et le sida en RDC, l'Honorable Président de l'Assemblée Nationale a pris l'engagement, dans son discours lors de la journée mondiale du sida (JMS) 2009, de veiller à ce que l'Etat s'implique davantage au travers de ses budgets.

De plus, en vue de rendre encore plus efficace et plus dynamique la Coordination de la lutte en RDC, le Gouvernement a entrepris d'actualiser les textes en vigueur organisant la réponse nationale à la pandémie du sida. Déjà une loi portant protection des droits des personnes infectées par le VIH a été promulguée en 2008, et une ordonnance présidentielle est en passe d'être prise pour organiser et régler le fonctionnement de la coordination de la riposte au VIH dans le pays.

VII. Soutien des partenaires du développement

Comme on peut bien le constater à travers le premier indicateur UNGASS, ayant trait aux dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le VIH/Sida par catégories et sources de financement, les partenaires du développement ont contribué à couvrir plus de 86% des dépenses totales du VIH/sida au cours de l'année 2008. En effet, l'appui financier extérieur s'est porté à 82.889.669 \$US sur les 96.365.322 \$US dépensés en 2008, soit 86,02%. En 2007, cet appui financier extérieur était déjà à 50.748.731,48 \$US sur un total de dépenses estimé à 51.046.603,08 \$US, soit 99,42 %.

Ces acteurs au développement ont également été très déterminants dans le processus qui a abouti à l'adoption du nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida pour la période 2010 – 2014. Leur totale implication s'est manifestée à travers les appuis techniques et financiers apportés ainsi que par des encouragements d'ordre moral qui ont poussé la partie nationale à s'approprier le processus de planification nationale d'un bout à l'autre. Non seulement ils ont appuyé le pays dans la production d'un plan stratégique national de lutte contre le sida, mais aussi ils étaient intervenus efficacement pour appuyer le Ministère de la santé à élaborer auparavant le plan sectoriel santé de lutte contre le sida.

D'un point de vue programmatique, l'appui des partenaires internationaux a été très significatif dans les domaines de la prévention de la transmission du VIH, des soins et traitements aux personnes infectées ainsi que dans l'atténuation de l'impact négatif du VIH/sida sur les individus, les familles et les communautés. Les chiffres délivrés par le premier indicateur sont éloquentes à ce sujet.

D'autre part, les grandes enquêtes nationales qui ont eu lieu entre temps dans le pays en vue d'améliorer le rapportage ont elles aussi bénéficié des appuis substantiels de la coopération internationale. Il s'agit notamment de l'EDS+ dont la collecte a eu lieu en 2007 et tout le travail d'analyse et de validation en 2008 ainsi que des rounds 2007 et 2008 des estimations nationales des ressources et dépenses au sida (REDES).

VIII. Suivi et évaluation

La création (17 mars 2004) par décret présidentiel du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (placé sous la haute autorité du Chef de l'Etat) procède de la volonté du Gouvernement de la République Démocratique du Congo de coordonner, d'harmoniser et d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions de toutes les parties prenantes à la lutte contre le VIH et le Sida dans le strict respect des « Three One's ».

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 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 cadre stratégique national de S&E élaboré en 2005 définit le fonctionnement du S&E. Quoique ayant été utilisé dans le processus de planification stratégique 2010-2014, il doit être actualisé et aligné sur le Plan national stratégique de lutte contre le sida 2010-2014 adopté le 27 juillet 2009 par le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida 2010-2014. L'actualisation portera essentiellement sur le cadre de résultat et la liste des indicateurs afin de prendre en compte les besoins en information du Plan stratégique.

La culture du S&E a commencé à s'installer notamment avec l'utilisation des données produites par le système (EDS+ 2007, 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.

Des réflexions ont été menées en vue de faciliter la remontée de l'information à différents niveaux. Le Ministère de la Santé a revu les outils produits en 2006 en vue de faciliter davantage la collecte des données de routine en ce qui concerne l'utilisation des services de santé. Depuis 2003, le Ministère de la Santé organise chaque année une enquête de surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes. 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 :

- Le non-alignement de certains partenaires ;
- Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- La faible motivation du personnel à différents niveaux ;
- Les ressources humaines insuffisantes ;
- 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 :

- Le renforcement du cadre institutionnel ;
- La mobilisation des ressources en faveur du S&E ;
- La formation des parties prenantes ;
- La mise en œuvre du plan d'extension du logiciel CRIS ;

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 : Grille nationale de financement

Annexe 2 : Rapport sur la collecte des données de
l'indice composite des politiques nationales