

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET
LES IST (PNLS)**



**Plan de Renforcement et d'Extension des
services VIH en faveur des Populations
clés de 2021 à 2023**

Aout 2020

Elaboré avec l'appui de

 **Le Fonds mondial**

Table des matières

AVANT PROPOS	3
Remerciements.....	4
1 Contexte	5
1.1 Ampleur de l'infection à VIH en RDC.....	5
1.2 Aperçu de la réponse à l'infection au VIH	6
1.3 Recommandations du programme	6
1.4 Les populations clés VIH en RDC	6
1.5 Motivation du plan de renforcement et d'extension des services	8
2 Processus d'élaboration du plan.....	10
2.1 Phase préparatoire :.....	10
2.2 Phase d'exécution :	10
2.3 Phase finale	10
3 Situation du programme de Prévention des populations clés.....	11
3.1 Organisation du programme de prévention des populations clés face au système de santé	11
3.2 Gouvernance.....	13
3.3 Performances du programme de prévention des populations clés	15
4 STRATEGIES GLOBALES D'EXTENSION.....	32
4.1 Modèles d'offre des services retenus :	32
5.....	51
Budget	51
6 Références	55
7 Annexes.....	56
7.1 Liste des sites des services par ville et par Zone de santé	56
7.2 Liste des participants à la réunion de consultation des populations clés sur le plan	58
7.3 Liste des participants à l'atelier de validation	59

AVANT PROPOS

L'épidémie à VIH constitue un des problèmes majeurs de santé publique en République Démocratique du Congo. Elle est de type généralisé tant la prévalence du VIH est de 1,2 % dans la population générale avec une tendance continue à la baisse.

Cette prévalence est inégalement répartie dans les groupes de populations et les populations clés restent les plus touchées. Les dernières études ont avancé des prévalences de 7,7 % pour les professionnelles du sexe (PS), 7,1 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et 3,9 % pour les utilisateurs des drogues injectables (UDI).

La faible offre des services VIH à ces populations, à laquelle s'ajoutent la stigmatisation, la discrimination et les violences diverses dont sont victimes les membres des populations clés, constituent des goulots importants à leur accès aux services.

Faisant suite à la vision de l'ONUSIDA de mettre fin au sida en 2030 en passant par l'objectif 3X95 en 2025 ainsi que l'initiative mondiale d'accélération de la prévention, la RDC dans son plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida a retenu les populations clés parmi ses cibles les plus importantes dans l'optique d'un meilleur contrôle de l'épidémie à terme.

L'élaboration d'un plan de renforcement et de l'extension de l'offre des services aux populations clés était une nécessité incontournable à même de prendre en compte la complexité des activités à mettre en œuvre comprenant non seulement l'extension de la couverture, mais aussi le recours à des innovations en termes de nouvelles stratégies porteuses et l'intégration des activités dans certaines formations sanitaires.

Ainsi, je me félicite de voir ce jour l'avènement du plan de renforcement et d'extension des services aux populations clés qui va permettre à la fois d'améliorer la qualité des services ainsi que la couverture de ces groupes de populations qui constituent le principal moteur de l'épidémie à ce jour.

J'invite l'ensemble des cadres et partenaires du programme à œuvrer pour la réalisation de l'ensemble des activités prévues dans ce plan qui sera un instrument majeur de coordination des interventions en faveur des populations clés.

Enfin, j'exprime ma gratitude à l'endroit de toutes les parties prenantes qui ont contribué techniquement et financièrement à l'élaboration du dit plan.

Je reste convaincu qu'une mise en œuvre sans faille de ce plan, nous permettra de mieux contrôler l'épidémie du VIH.

Dr Luc KAMANGA LUKUSA

Directeur du PNLS



Remerciements

Le plan de renforcement et d'extension des services VIH pour les populations clés en République Démocratique du Congo pour la période allant de 2021 à 2023 est l'aboutissement d'un processus très participatif conduit en trois étapes principales par le programme national de lutte contre le sida avec l'assistance technique d'un consultant appuyé par une équipe technique composée des principaux partenaires techniques du PNLS.

Ce plan vient à point nommé du fait de la nécessité de combler le fossé qui existe entre les besoins impérieux des services pour les populations clés et la faible couverture des services existants.

Point n'est besoin de démontrer son importance du fait qu'il s'inscrit dans la démarche d'atteindre les objectifs du Plan Stratégique national de la riposte au sida (PSN) 2020 – 2023 qui attend voir 95% des populations clés accéder au programme de prévention du VIH.

C'est donc pour nous l'occasion de témoigner notre reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qui ont pris une part active à différentes étapes de son processus d'élaboration.

Nous disons sincèrement merci au Consultant qui a travaillé d'arrache - pied pour l'élaboration de ce plan pendant la période où toutes les activités étaient presque à l'arrêt du fait de la situation de confinement dans laquelle la ville de Kinshasa s'est retrouvée consécutivement à l'état d'urgence sanitaire provoquée par la pandémie de COVID – 19

Nous disons merci aux membres du groupe technique pour l'accompagnement fourni au consultant chaque fois que cela s'avérait nécessaire.

Nos remerciements s'adressent à tous les délégués des agences des Nations Unies (OMS, ONUSIDA et PNUD), aux IP de PEPFAR (LINKAGES, ICAP et HPP), à CORDAID et à ses SR (PSSP et PASCO), aux représentants des organisations identitaires (PS, HSH, TG, UDI, PVVIH) pour leurs contributions précieuses à l'élaboration et à la validation du plan.

Nous ne pouvons oublier l'apport combien important des experts du PNLS et d'autres programmes notamment le PNMLS et le PNLCT.

Nous adressons nos remerciements particuliers au Fonds Mondial qui a financé les travaux et qui mobilise les ressources pour la mise en œuvre des interventions contenues dans ce plan.

A travers ce mot de remerciement la Direction Nationale du PNLS exprime sa gratitude envers tous ceux et toutes celles qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de ce plan de renforcement et d'extension des services VIH pour les populations clés de notre pays.

Dr Constantin Mingina

Chef de division en charge de la PEC des IST et des populations clés



1 Contexte

La RD Congo est un pays de 2.345.409 Km² de superficie située au cœur de l'Afrique et entouré de 9 pays voisins. Elle est subdivisée en 26 provinces administratives et compte 62 villes et autres cités ayant plus de 100 000 habitants et/ou ayant des activités économiques importantes notamment les ports, les gares, les aéroports, cités frontalières. L'exploitation minière accrue est une des caractéristiques des cités du Sud, de l'Est et du Centre du pays et elle entraîne d'importants mouvements des populations du pays et de l'étranger. Sa population est estimée à 106.985.352 habitants en 2020 (Spectrum-AIM 2020 v5.86) dont 51,9% ont 15 ans et plus avec un sex-ratio d'un homme pour une femme.¹

Aux côtés de ses innombrables problèmes sécuritaires et économiques, la RDC est également confrontée à plusieurs problèmes de santé publique dont les plus importants sont la forte mortalité maternelle et infantile, l'émergence des maladies non transmissibles, la survenue de plusieurs épidémies (Ebola, Choléra, Rougeole, COVID19...) ainsi que la persistance des maladies transmissibles responsables d'une forte morbi-mortalité dans la population active, notamment le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida qui sont parmi les plus importantes.²

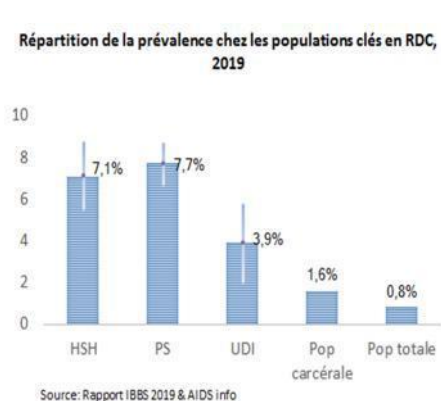
1.1 Ampleur de l'infection à VIH en RDC

La prévalence du VIH en RDC était de 1,2% en 2013-2014³ dans la population âgée de 15 à 49 ans avec une tendance à la baisse jusqu'à atteindre 0,8% en 2020⁴. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 527 831. L'incidence est 0,22 pour 1000 habitants dans la population de plus de 15 ans et tend également à la baisse. Il y a lieu de noter également une diminution de près de 50% de la mortalité liée au sida entre 2015 et 2020⁴. Toutefois, la prévalence et l'incidence sont inégalement réparties selon les provinces et les sous-groupes de population. Du point de vue géographique, 13 provinces présentent une prévalence supérieure à 1% et/ou une incidence d'au moins 0,2% dans la population de plus de 15 ans⁵.

Les populations clés sont les plus affectées...

S'agissant des sous-groupes de population, outre les femmes enceintes, les populations clés sont les plus affectées avec des prévalences exponentielles comme le montre le graphique ci-après.

Graphique 1-1 : Répartition de la prévalence du VIH selon les sous-groupes de la population en RDC, 2019



Le graphique ci-contre permet de noter que la prévalence du VIH dans la population générale est 2 fois moins élevée que dans la population carcérale (0,8% vs 1,6%), 5 fois moins que dans celle des utilisateurs des drogues injectables (0,8% vs 3,9%), 9 fois moins que dans celle des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (0,8% vs 7,1%) et près de 10 fois moins que dans celle des femmes professionnelles de sexe (0,8% vs 7,7%). La prévalence du VIH chez les personnes transgenres n'est pas disponible, aucune étude nationale ne les a inclus à ce jour.

Les groupes ci-haut énumérés constituent les populations clés VIH en RDC.

Quant à l'incidence, elle est également plus marquée parmi les populations clés que dans la population générale. L'ONUSIDA révèle qu'en 2019 en Afrique subsaharienne le risque d'être contaminé par le VIH comparativement à la population générale reste de 21 fois plus important pour les TS, 22 fois pour les HSH et UDI et 12 fois pour les TG.

¹ Extrapolation à partir de l'annuaire statistique de la RDC, 2017

² Plan national de développement sanitaire PNDS

³ EDS RDC 2013-2014

⁴ Spectrum 5.86 de 2020

⁵ Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida

1.2 Aperçu de la réponse à l'infection au VIH

La couverture en service reste très précaire pour les populations clés...

La couverture en service de dépistage et de traitement s'est beaucoup améliorée dans la population générale ces dix dernières années. Le rapport 2019 du PNLS révèle que 64% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique et 97% d'entre ces dernières sont sous traitement ARV. Cependant, la couverture en service reste très précaire pour les populations clés. Pour des périodes voisines, le PNLS⁶ révèle qu'en 2018 seuls 7% des PS, 7% des HSH et 3% des UDI connaissent leur statut sérologique. Et de ceux qui connaissent leur statut sérologique, seuls 59% des PS et 49% des HSH sont sous traitement ARV. En outre, 46% des HSH n'ont pas accès au lubrifiant et 35% des PS n'ont pas accès au préservatif.

Ce faible accès aux services VIH reste en lien avec l'offre des services. En 2019, les services de prévention et de prise en charge du VIH étaient offerts dans 475 de 516 zones de santé (ZS) parmi lesquelles seules 42 ZS organisent des interventions spécifiques pour les populations clés.

Et cet accès précaire des populations à forte morbidité entretient l'épidémie parmi les populations clés et par ricochet dans la population générale et défie ainsi les ambitions de mettre fin au VIH à l'horizon 2030 telles qu'exprimées dans le plan stratégique national de lutte contre le sida.

1.3 Recommandations du programme

Conscient du rôle que jouent les **populations clés comme principal moteur de l'épidémie, le programme national a mis en exergue les populations clés en les plaçant comme premières priorités parmi les cibles** du plan stratégique national de lutte contre le sida 2020-2023 (PSN 2020-2023)⁵.

Dans le souci de contrôler l'épidémie par la réduction des nouvelles infections à l'horizon 2023, le PSN 2020-2023, attend voir **90% des populations clés avoir accès au programme de prévention du VIH. Tout en reconnaissant l'insuffisance de l'offre des services spécifiques de qualité aux populations clés parmi les principaux goulots à surmonter, le PSN a retenu le renforcement des programmes spécifiques de prévention du VIH pour les populations clés dans les différentes formations sanitaires et Centres Conviviaux comme autre stratégies de base.**

Par ailleurs, pour matérialiser cette vision, avec l'appui de ses principaux partenaires techniques et financiers, **le programme a mobilisé plus de financements pour le programme de prévention des populations clés pour les trois prochaines années dans l'optique d'étendre l'offre des services aux populations clés.** Il faut noter que le Fonds Mondial qui aura dépensé un peu moins de 5 millions USD pour le programme de prévention des populations clés pour les trois ans du NMF2 (2018-2020), passera à plus de 16 millions USD pour le NMF3 (2021-2023), soit plus de 3 fois le budget du NMF2.

1.4 Les populations clés VIH en RDC

En raison de la manière disproportionnée dont elles sont affectées par le VIH, de l'accès limité aux services de santé et d'une faible implication à la riposte⁷, certains groupes de populations sont désignés comme populations clés.

En RDC, Les sous-groupes suivants ont été identifiés comme des populations clés pour le VIH :

1. Professionnelles de Sexe (PS) ou Travailleuses de sexe (TS) :

Pour le PNLS⁸ ce terme est plus largement utilisé pour désigner uniquement les femmes professionnelles de sexe qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement. Il (PNLS) évoque plusieurs déterminants et facteurs liés à leurs comportements,

⁶ Rapport de l'enquête sur la cartographie programmatique et la taille des populations clés

⁷ Accélérer la prévention combinée afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020, ONUSIDA 2015

⁸ Paquet minimum d'activités/services pour les populations clés en RDC 2017, page 8

lesquels expliquent leur plus grande vulnérabilité. C'est notamment : partenaires sexuels multiples, pratiques sexuelles à risque, faible accès et utilisation des préservatifs et du lubrifiant, prévalence élevée des IST, mauvaise prise en charge des IST, discrimination, stigmatisation, inégalités liées au genre, faible mise sous ARV précoce, faible accès et utilisation des services de dépistage et prise en charge du VIH, non disponibilité de service de prévention adapté. L'ONUSIDA⁹ estime qu'en RDC ce sous-groupe de population représente 0,77% de la population de 15ans et plus, soit 418 105 PS en 2019.

2. Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes(HSH)

Le PNLS⁸ estime que le terme « Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » (HSH) fait référence à tous les hommes engagés dans des relations sexuelles et/ou sentimentales avec d'autres hommes. Il (PNLS) signale plusieurs déterminants et facteurs pouvant expliquer la morbidité plus élevée dans ce sous-groupe de population, notamment pratiques sexuelles à risque, dualité du rôle sexuel, faible accès et utilisation des préservatifs et gel lubrifiant, prévalence élevée des IST, mauvaise prise en charge des IST, non disponibilité de service de prévention adapté, faible accès et utilisation des services de dépistage et prise en charge du VIH, faible mise sous ARV précoce, stigmatisation et discrimination. L'ONUSIDA⁹ estime qu'en RDC ce sous-groupe de population représente 0,43% de la population de 15ans et plus, soit 233 186 HSH en 2019.

3. Les personnes transgenres (TG)

Selon PNLS⁸, le terme « transgenre » dans son acception la plus simple s'applique aux personnes qui ne répondent pas aux normes d'une société en matière d'apparence ou de comportement attendus d'un homme ou d'une femme indépendamment des procédures médicales ou chirurgicales. Selon l'ONUSIDA, transgenre désigne une personne qui adopte l'apparence et le mode de vie de l'autre genre. Ainsi un homme trans (transgenre) se ressent et s'identifie à un homme bien qu'il soit né avec des organes sexuels femelles tandis qu'une femme trans (transgenre) se ressent et s'identifie à une femme bien qu'elle soit née avec des organes sexuels mâles. Les déterminants et facteurs décrits chez les HSH sont aussi valables dans ce sous-groupe.

Le PNMLS¹⁰ estime à 12% la proportion des TG parmi les HSH, soit 27 982 TG en 2019.

4. Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Le terme Usagers de drogues injectables, selon le PNLS⁸, fait référence aux personnes qui s'injectent des substances psychotropes à des fins non médicales. Ces drogues comprennent, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les hypno - sédatifs et hallucinogènes. L'injection de drogue peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous -cutanée ou par d'autres voies injectables. Leur vulnérabilité tient essentiellement à des échanges des seringues lors des injections des substances psychotropes entre pairs mais aussi aux effets néfastes de la drogue qui ne permet pas de mieux gérer leur comportement sexuel notamment.

L'ONUSIDA⁹ estime que ce sous-groupe de population représente 0,34% de la population de 15ans et plus, soit 184 380 UDI en 2019.

5. Personnes en milieu carcéral ou se trouvant dans d'autres lieux fermés

Couramment on parlera des prisonniers, ou personnes en milieu carcéral. Comme les autres populations clés, les personnes privées de liberté constituent une population à risque du VIH, de par la surpopulation en milieu carcéral (223% en moyenne dans les prisons de la RDC) et les violations des droits humains dans ce milieu ainsi que les comportements qui en découlent notamment la sodomie. Ceux-ci constituent des facteurs qui potentialisent la survenue du VIH en plus de leur faible accès aux services de prévention et de prise en charge. Aussi, leur grande vulnérabilité vis-à-vis de la tuberculose fait d'eux une cible majeure pour les interventions de lutte contre le VIH.

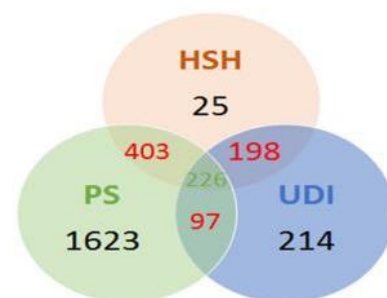
⁹ ONUSIDA, Réponse au VIH en Afrique occidentale et centrale : les communautés concernées 2019, Page 6

¹⁰ Rapport de l'enquête sur les aspects sociodémographiques des personnes transgenres menée en 2017 dans six provinces par le PNMLS

En utilisant le taux d'incarcération de 29 pour 100 000 habitants¹¹, on estime à environ 303 416 le nombre des prisonniers en RDC. Les données détaillées par prison, issues de la collecte active des coordinations provinciales du programme nationale de lutte contre la tuberculose font état de 25 479 prisonniers dans 78 prisons du pays en 2018.

Il y a lieu de noter que plus couramment, les quatre premiers groupes de populations clés ci-haut décrites (PS, HSH, TG et UDI) sont retrouvées dans des lieux de socialisation et de recherche de partenaires sexuels désignés sous le jargon de Points chauds. Ces derniers sont de bars, discothèques, boîtes de nuits, Restaurants, Hôtels, Auberge, Maison d'hôte, Maison close, Rue, Espace public...

Le PNLS en 2018 a dénombré un total de 2834 points chauds pour l'ensemble des populations clés dans 12 provinces dont 886 à Kinshasa.



1.5 Motivation du plan de renforcement et d'extension des services

La vision du programme est de contrôler l'épidémie à l'horizon 2030 dans un contexte où les principaux moteurs de l'épidémie que sont les populations clés sont les plus affectées par le VIH (comme le montre l'ampleur de l'infection à VIH) et les moins couvertes par les différents services offerts dans le cadre du programme de lutte contre le sida (cfr sous chapitre relatif à la réponse au VIH). Ceci constitue la principale motivation du programme d'investir dans les services en faveur des populations clés.

Les populations clés ont été plus touchées dans les villes où d'importants investissements ont été enregistrés...

Par ailleurs, les investissements actuels du programme de prévention des populations clés ont montré des résultats encourageants quant au renforcement et à l'extension des services.

Les données 2019¹² du programme montrent que les trois dernières années, les villes de Kinshasa et de Lubumbashi qui bénéficient de plus d'investissements du programme de prévention des populations clés avec une offre des services dans près de 50% des zones de santé (16/35 ZS) à Kinshasa et plus de 80% à Lubumbashi (9/11 ZS) et où des stratégies innovantes de mobilisation des clients (réseaux sociaux, pairs navigateurs, index testing, ...) ont présenté des meilleurs résultats comparativement aux villes et cités de 7 autres provinces qui se répartissent 22 ZS offrant des services, comme on sait le voir sur le tableau suivant.

Tableau 1-1: Répartitions des membres de populations clés touchés par le programme de prévention en 2019

	PS		HSH		UDI	
	Taille	Touchés	Taille	Touchés	Taille	Touchés
Kinshasa	58 308 (14%)	28 084 (39%)	32 561 (14%)	15 541 (43%)	25 746 (14%)	3 088 (38%)
Lubumbashi	10 225 (3%)	2 250 (3%)	4 710 (2%)	370 (2%)	4 515 (2,5%)	ND
Autres villes	349 572 (83%)	41 168 (57%)	195 915(84%)	20 218 (55%)	154 119 (83,5%)	ND
RDC	418 105	71 502	233 186	36 129	184 380	8 077

Les villes de Kinshasa et de Lubumbashi qui renferment seulement 17 % de l'ensemble des PS et 16 % des HSH ont permis de toucher près de 45% des PS et HSH atteints dans l'ensemble en 2019, vraisemblablement du fait des investissements importants au cours de trois dernières années.

De plus, le programme a réussi à mobiliser davantage des ressources pour renforcer les services de prévention des populations clés dans les autres villes prioritaires.

Ainsi, le renforcement et l'extension des services soutenus par la disponibilité des ressources et le recours à des stratégies et approches plus adaptées de mobilisation des clients permettront de toucher plus de populations clés et contrôler ainsi l'épidémie.

¹¹www.prisonstudies.org (consulté le 12 mars 2020) Rapport de cartographie programmatique et d'estimation de taille des populations clés, 2018

¹²Rapport annuel 2019 du PNLS

Dans le cadre précis de ce plan, l'extension des services se fera uniquement dans les 24 provinces financées par le FM du fait de la disponibilité des ressources.



2 Processus d'élaboration du plan

L'élaboration de ce Plan a été participative et inclusive. Plusieurs acteurs œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA et particulièrement dans le programme des populations clés VIH ont participé à toutes les étapes de ce processus qui a été subdivisé en trois phases :

2.1 Phase préparatoire :

Cette phase a consisté d'abord en la mise en place d'une équipe technique, comme cadre consultatif du processus chargé d'en valider les différentes phases, les outils de récolte et le draft final. Les réalisations suivantes sont à noter :

- Elaboration des outils de collecte des données : Au total deux fiches de collecte ont été produites et utilisées à cette fin. Il s'agit de la fiche de collecte des données dans les divisions provinciales de la santé et de la fiche de collecte des données auprès des partenaires de mise en œuvre. Ces deux outils ont été validés par l'équipe technique.
- Rassemblement de la documentation : Des rapports des différentes enquêtes, rapports programmatiques et des bases de données ont été mis ensemble.

2.2 Phase d'exécution :

Au cours de cette phase, les réalisations ci-dessous sont à noter :

- Collecte des données en province par le PNLS au moyen de l'outil validé
 - Collecte des données au PNLS, chez CORDAID et auprès des différents partenaires de mise en œuvre du FM et PEPFAR.
 - Visite d'échanges dans quatre sites de Kinshasa et auprès des partenaires de mise en œuvre.
 - Consolidation des données collectées par le consultant
 - Organisation d'un atelier de l'équipe technique pour analyse des performances, des lacunes et des goulots d'étranglements en date du 24 juin 2020.
 - Organisation d'une réunion de consultation avec les différents membres des populations clés pour recueillir leurs avis et considérations sur la situation et sur l'amélioration du programme des populations clés sous forme d'un focus groupe.
 - Elaboration du plan d'extension et premières itérations avec le PNLS
- Cette phase a été sanctionnée par la production du draft 1 du plan d'extension de services.

2.3 Phase finale :

Cette phase a été consacrée essentiellement à la validation du document notamment par :

- L'organisation d'un atelier de validation technique et d'endossement par l'équipe technique du 11 au 13 août 2020.
- Validation en ligne de la nouvelle cartographie par les provinces
- Finalisation du plan

3 Situation du programme de Prévention des populations clés

3.1 Organisation du programme de prévention des populations clés face au système de santé

Sur le plan sanitaire, la RDC comprend une structure pyramidale à trois niveaux (central, intermédiaire et opérationnel). Le dernier niveau composé essentiellement de 516 zones de santé comprend le bureau central de la ZS autour duquel gravitent un hôpital général de référence, des centres de santé et des postes de santé.

3.1.1 Offre des services

Le pays compte environ 14 500 structures de santé (hôpitaux généraux de référence, centres de santé et autres) qui offrent les services de prévention, de promotion et de prise en charge des différents problèmes de santé.¹³

Tableau 3-1: Répartition des sites d'offre des services aux populations clés en RDC en 2019

Provinc es	Zones de santé	Sites
Kinshasa	N'djili, Kingasani, Kikimi, Kimbanseke, Masina 1, Masina 2, Bandalungwa, Binza meteo, Binza ozone, Ngaba, Kingabwa, Lemba, Kasavubu, Kalamu 1, Limete, Matete	7 FOSA ou sites intégrés et 15 centres conviviaux
Haut Katanga	Katuba, Tshiamilemba, Mumbunda, Kasenga, Lubumbashi, Kisanga, Rwashi, Kampemba, Kamalondo, Kenya, Sakania, Kikula, Likasi, Lukafu, Kambove, Kapolowe	30 FOSA ou sites intégrés et 6 centres conviviaux
Kasai oriental	Kansele	1 centre convivial
Nord Kivu	Karisimbi	1 centre convivial
Lualaba	Dilala, Manika, Lualaba et Fungurume	9 FOSA ou sites intégrés
Sud Kivu	Ibanda	1 centre convivial
Ituri	Bunia	1 centre convivial
Kongo Central	Nzanza	1 centre convivial
Tshopo	Makiso	1 centre convivial

Les sites offrant des services aux populations clés se recrutent parmi ces structures de santé en plus des sites communautaires appelés centres conviviaux qui fournissent également des services. Du fait de la spécificité des populations clés (présence ou non des points chauds, stigmatisation...), les sites leur offrant des services VIH rayonnent généralement au-delà des zones de santé de leur ressort. En 2019, on a compté 27 centres conviviaux et 46 FOSA (hôpitaux et centres de santé) qui offrent des services aux populations clés dans 9 provinces comme le montre le tableau ci – dessus.

3.1.2 Ressources humaines

Au niveau des structures de santé, les ressources humaines dédiées à l'offre des services aux populations clés relèvent du système de santé alors qu'au niveau des centres communautaires celles-ci sont sous la coupole des organisations communautaires partenaires du programme national. Plusieurs catégories travaillent en harmonie pour combler le paquet des services à savoir les personnels de santé essentiellement pour les interventions biomédicales et les prestataires communautaires pour les interventions de communication et de mobilisation, d'accompagnement et même des interventions structurelles.

¹³ Plan national de développement sanitaire de la RDC 2016-2020

3.1.3 Approvisionnement en intrants

Comme les structures de santé, les centres communautaires sont connectés au système national qui les approvisionne en intrants nécessaires (préservatifs et lubrifiants, tests de dépistage, ARV...) via les centrales de distribution en intrants (CDR) et les zones de santé correspondante.

3.1.4 Système de suivi & évaluation

A ce jour l'ensemble des sites (cliniques et communautaires) sont intégrés via les zones de santé, dans le système national d'information sanitaire (SNIS) utilisant le DHIS2 comme outil de diffusion des données du système de santé. Le programme et ses partenaires entretiennent également d'autres microsystèmes pour collecter d'autres informations qui ne peuvent pas l'être par le SNIS classique.

Plusieurs outils primaires de collecte des données (fiches et registres) utilisés au niveau des sites sont élaborés par le programme national et quelques-uns des prestataires sont formés pour leur remplissage.

Au total les fiches suivantes sont utilisées sur le site : consultation, counseling, screening TB, screening IST et fiche d'évaluation d'éligibilité (pour des sites utilisant l'approche index testing), visite à domicile, fiche d'enrôlement et d'évaluation des risques, fiche d'éligibilité et d'évaluation des risques des clients PrEP...

Les registres utilisés sont : réception, counseling, DCIP, Ssivi des populations clés, soins différenciés, charge virale, suivi de contrôle, index testing et PrEP.

Les sites pilotés par le représentant de Columbia university (ICAP), partenaire de mise en œuvre du PEPFAR, utilisent le système online dénommé « IDALL » utilisant des empreintes digitales comme dossier électronique des patients et permet de tracer le client sur tout son trajet dans le réseau du même partenaire de mise en œuvre. Pour les mêmes fins HPP-Congo utilise le système dénommé « ODK ».

La validation et l'analyse des données est faite au niveau des zones de santé avec l'accompagnement des partenaires de mise en œuvre du FM et du PEPFAR.

Le rapport conjoint de l'état des lieux de l'infection du VIH effectué par le PEPFAR et le Fonds Mondial réalisé en 2018 ainsi que plusieurs évaluations réalisées par le programme ont convergé sur les faiblesses suivantes liées au suivi & évaluation :

- Multiplicité des outils primaires à utiliser sur le site rendant leur mise à jour et leur utilisation laborieuse.
- Absence d'un système d'identifiant unique permettant un suivi longitudinal et graduel d'un client en fonction du temps passé dans le programme
- Absence d'une analyse et d'une validation systématique des données sur le site et au niveau des zones de santé privant aux données du programme leur meilleure qualité.
- Faible utilisation des données collectées pour améliorer les interventions à tous les niveaux

3.1.5 Principales parties prenantes:

1. **Sites d'interventions ou d'offre des services** : dont le rôle et les acteurs sont décrits plus haut.
2. **Organisations identitaires des populations clés et autres communautaires** : Ces organisations sont davantage impliquées à toutes les étapes du cycle à savoir la gouvernance, la conception, la mise en œuvre et la surveillance du programme. Au quotidien elles s'occupent des services de sensibilisation et mobilisation des pairs.
3. **Ministère de la santé/ Programme national de lutte contre le sida (PNLS)**: Le ministère joue son rôle normatif du système de santé principal au travers le PNLS qui édicte les différentes normes et directives relatives aux stratégies, protocoles et autres approches du programme des populations clés. Il s'occupe également de la mobilisation des ressources et même de l'offre des services via les structures de santé et les centres spécialisés du PNLS pour les populations clés (Centre Victoire et Centre Matonge).
Au niveau provincial, les structures du ministère de la santé (division provinciale de la santé et bureau provincial de coordination du PNLS) apportent un appui technique aux zones de santé et sites qui offrent des services.
4. **Partenaires techniques et financiers (PTF) et partenaires de mise en œuvre** : Les principaux bailleurs qui financent les interventions du programme des populations clés dans le pays sont le Fonds Mondial avec 23 provinces en plus de 17 zones de santé à Kinshasa et du PEPFAR avec 2 provinces (Haut Katanga et Lualaba) en plus de 18 zones de santé à Kinshasa.

Aux côtés de ces deux bailleurs, on note également la présence des autres PTF notamment le système des Nations Unies avec ONUSIDA, PNUD, UNFPA et OMS.¹²

Les sites qui offrent les services aux populations clés sont accompagnés techniquement et financièrement par des partenaires de mise en œuvre financés par le FM (PASCO et PSSP) et le PEPFAR (Linkages, ICAP, HPP et SANRU).

Tableau 3-2: Répartition des partenaires de mise en œuvre des interventions des populations clés par Bailleur et par province en RDC, 2019

Bailleur	Provinces	Partenaires de mise en œuvre
PEPFAR	Haut Katanga	FHI360 Linkages, ICAP & SANRU
	Kinshasa	FHI360 Linkages, ICAP, IHAP & HPP
	Lualaba	FHI360 Linkages
Fonds Mondial	Ituri	PSSP
	Kasai oriental	PSSP
	Kinshasa	PASCO & PSSP
	Kongo central	PSSP
	Nord Kivu	PASCO
	Sud Kivu	PASCO
	Tshopo	PSSP

Ces partenaires de mise en œuvre ont le rôle d'apporter un appui technique quotidien aux sites cliniques et communautaires et se chargent d'appuyer l'innovation et documenter les meilleures de leurs pratiques. PASCO et PSSP disposent également des centres conviviaux propres à eux et qu'ils pilotent avec le même financement.

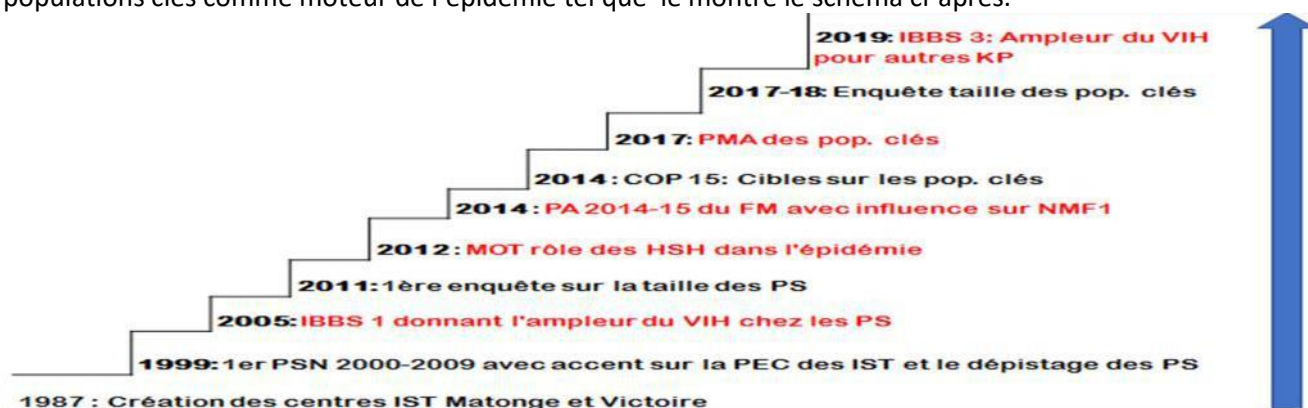
3.2 Gouvernance

3.2.1 Planification, Politique, normes et directives du programme des populations clés

La politique de lutte contre le sida reste focalisée sur la prévention des cas, la prise en charge des cas confirmés et l'atténuation de l'impact de la maladie.

La politique, les normes et directives du programme des populations clés sont en lien avec les différentes directives mondiales édictées par ONUSIDA notamment l'initiative « Accélérer la prévention du VIH » lancée en 2015 et qui met en exergue le renforcement des interventions chez les populations clés.

Le programme des populations clés en RDC a été façonné ces dernières années à la faveur des nombreux faits (Etudes, initiatives mondiales...) qui ont permis au pays de se rendre compte de l'ampleur des populations clés comme moteur de l'épidémie tel que le montre le schéma ci-après.



Au fil des années, le programme s'est doté d'un arsenal des normes et directives pour sa mise en œuvre. A ce jour, les documents normatifs suivants sont à jour et permettent une mise en œuvre du programme :

- « Paquet minimum d'activités/services pour les populations clés en RDC » comme guide décrivant toute la compréhension du paquet minimum d'activités (PMA) à offrir aux populations clés ainsi que le cadre de mise en œuvre de ce PMA.
- Manuel opérationnel de dépistage ciblé (approches et outils pratiques y compris l'outil de l'évaluation de risque chez les populations clés)
- Guide national sur la Prophylaxie Préexposition (PrEP)
- Guide national sur l'Auto-dépistage
- Guide national sur les soins différenciés
- Guide pratique d'évaluation des performances des prestataires et de certification de poste de dépistage VIH
- Guide de prise en charge des ARV

Faiblesses :

- Inexistence d'un plan sur le programme de prévention des populations clés au pays
- Absence des plusieurs documents normatifs pour standardiser les interventions

3.2.2 Coordination

La coordination des interventions en faveur des populations clés se fait dans le cadre global de la lutte contre le VIH/sida, lui-même axé sur le système pyramidal de la santé.

Toutefois pour un meilleur suivi de la thématique, un groupe de travail a été mis en place au niveau national avec les missions suivantes :

- Dresser la cartographie des interventions et des intervenants pour les activités menées en faveur des populations.
- Harmoniser le paquet d'activités minimum à mettre en œuvre pour les populations clés.
- Partager les stratégies innovantes pour leur intégration dans le PMA.
- Mettre en place un mécanisme cohérent de suivi et évaluation des activités ciblant les populations clés.
- Orienter l'élaboration des documents normatifs sur la prévention et la prise en charge des populations clés.
- Offrir un cadre de discussion sur les nouvelles publications scientifiques relatives aux activités de prévention et prise en charge du VIH et autres IST chez les populations clés une mailing list permettant le partage d'informations en temps réel.
- Offrir aux populations clés bénéficiaires un cadre pour l'expression de leurs avis et intérêt sur les services qui leur sont offerts et pour l'apport de leur input dans les projets à venir.
- Avoir une vue d'ensemble sur les intrants disponibles au niveau du pays pour l'offre de services aux populations clés.
- Mettre en place une plate-forme basée sur le web pour le partage des ressources documentaires (documents de procédures, aide-mémoires, matériels de formation, support de sensibilisation...) des différentes organisations partenaires.

Au cours de trois dernières années (2017 – 2019) 9 réunions trimestrielles sur 12 prévues (75 %) ont été organisées. Elles ont porté sur des sujets divers : harmonisation de la cartographie des interventions pour les populations clés, les échanges sur les résultats périodiques obtenus, les outils de collecte et de rapportage des données VIH sur les populations clés, les constats et les recommandations suite à la première supervision spécifique, les échanges sur les stratégies de dépistage ciblé, les échanges sur la PrEP....¹⁴

Forces

- Tenue régulière des réunions du groupe de travail au niveau national

Faiblesses

- Inexistence d'un plan annuel opérationnel des interventions des populations clés.
- Inexistence d'un cadre de concertation pour une coordination efficace des acteurs au niveau opérationnel et intermédiaire.

¹⁴ Procès-verbaux des réunions du groupe de travail sur les populations clés

Recommandations N°1: Gouvernance et mise en œuvre

- Faire un état des lieux des normes et directives nécessaires à la mise en œuvre du programme et les actualiser
- Disposer annuellement d'un plan opérationnel à tous les niveaux pour guider la mise en œuvre du programme
- Renforcer la coordination des interventions à tous les niveaux notamment par la dynamisation des cadres de concertation et impliquant les acteurs communautaires.
- Harmoniser les outils de collecte de données entre les partenaires et le programme
- Organiser régulièrement des évaluations de routine de la qualité des données
- Aider les sites dans l'organisation des séances de validation et d'analyse des données au niveau des sites en présence des bénéficiaires pour une amélioration des services
- Assurer une micro-planification des interventions au niveau des sites d'intervention

3.3 Performances du programme de prévention des populations clés

3.3.1 Interventions comportementales

3.3.1.1 Interventions de communication pour le changement de comportements (CCC)

Ces interventions comprennent diverses interventions de terrain allant dans le sens de donner l'information nécessaire et stimuler l'adoption d'un comportement favorable à la prévention du VIH. Elles comprennent un volet personnel ou individuel qui vise la réduction du risque ainsi qu'un volet des interventions en groupe tels les groupes d'auto-support. Les activités organisées en faveur des populations clés sont notamment les sensibilisations de masse y compris par les masses média et les nouvelles techniques de l'information et de communication ainsi que les sensibilisations par des pairs.

L'enquête IBBS 2018-2019 montre qu'en moyenne plus de quatre PS sur cinq, deux HSH sur trois et quatre UDI sur cinq n'ont pas une connaissance approfondie sur le VIH de façon générale. Toutefois, il faut noter qu'au moins 40% des UDI reconnaissent le rapport anal comme étant le plus à risque.

L'enquête sur la cartographie et la taille des populations clés de 2018 a relevé qu'au moins 41% des PS n'ont reçu aucune information sur le VIH les 12 mois qui ont précédé l'enquête⁶.

En 2019, le programme de prévention en faveur des populations clés est mis en œuvre et suivi dans 73 sites (46 intégrés dans les FOSA et 27 centres conviviaux), dans 42 zones de santé réparties dans 9 provinces avec le financement du Fonds Mondial et du PEPFAR.¹⁵

En 2019, le programme VIH rapporte que 71 502 sur 350 300 PS (20%), 36 129 HSH (dont 3 722 TG) sur 194 900 (19%) et 8 077 sur 155 800 UDI (6%) ont été touchés lors des interventions de communication sur le changement des comportements organisées sur différents sites et au niveau des différents points chauds dans la communauté dans les neuf provinces où les services sont offerts et suivis¹².

Le nombre des UDI touchés par le programme a évolué crescendo entre 2017(1236) et 2019 (8077) alors que celui des PS (82817 en 2017, 67979 en 2018 et 71502 en 2019) et des HSH (50894 en 2017, 26339 en 2018 et 36129 en 2019) a évolué en dent de scie pour la même période¹⁶. Ce rythme dépend de l'évolution de l'offre des services (pour les UDI), des stratégies mises en place et des cibles fixées par les projets.

Forces liées au CCC :

- Existence d'un plan intégré de communication pour les populations clés
- La communication est organisée dans 100% des sites intégrés et non intégrés

Faiblesses liées au CCC:

- Faible recours aux nouvelles techniques de communication et de l'information (messages téléphoniques, réseaux sociaux...) pour l'atteinte de certains types de populations clés
- Absence d'une politique nationale sur les préservatifs
- Faible disponibilité des préservatifs et des lubrifiants

¹⁵Cartographie des interventions en faveur des populations clés

¹⁶Rapports annuels 2017, 2018 et 2019

Recommandations N°2 : Communication et Programme Préservatifs & Lubrifiants

- Intégrer les nouvelles techniques de l'information et de communication dans le programme de prévention des populations clés pour plus d'efficacité.
- Doter le programme d'une politique nationale sur les préservatifs pour faciliter la planification des interventions y relatives.
- Améliorer la disponibilité des préservatifs et lubrifiants tout en l'adaptant aux habitudes des clients

3.3.1.2 Programme Préservatifs et lubrifiants

La promotion et la distribution des préservatifs constituent un maillon important dans la chaîne des services du programme de prévention chez les populations clés. Deux types de préservatifs sont proposés : le masculin et le féminin. Leur utilisation combinée au lubrifiant augmente très sensiblement l'efficacité comme mesure de prévention. C'est l'une des interventions les plus courantes dans le programme de prévention du VIH. Quatre circuits reconnus permettent de distribuer les préservatifs : Circuit sanitaire (à travers les formations sanitaires et autres sites), le circuit communautaire (distribution dans la communauté et par les communautaires), circuit de marketing social et circuit commercial. Les distributions en faveur des populations clés captées par le programme se font essentiellement par les deux premiers circuits. Le rapport de l'enquête de cartographie programmatique et estimation de la taille des populations clés réalisée en 2018 révèle que 35% des PS et 14% des HSH n'ont pas accès au préservatif. De plus, au moins 66% des HSH utilisant le préservatif n'ont pas accès au lubrifiant.

En 2019, le programme national a rapporté la distribution des préservatifs aux populations clés (tout circuit confondu) comme suit :

Tableau 3-3 Répartition des préservatifs (condoms) distribués selon les bailleurs en 2019¹²

		PS	HSH	TG	UDI
RDC	Personnes touchées	71502	36129	3722	8077
	condoms distribués	4418397	618551	33164	57880
Provinces	Personnes touchées	23383	6756	4	0
PEPFAR	condoms distribués	1963658	303055	1200	0
Provinces	Personnes touchées	48119	29373	3718	8077
FM	condoms distribués	2454739	315496	31964	57880

Ce tableau permet de constater que :

- 4 418 397 condoms ont été distribués à 71 502 PS et 618 551 condoms à 36 129 HSH et soit en moyenne 62 condoms par PS par an et 17 condoms par HSH par an.

Toutefois, la distribution varie d'une province à une autre et d'une source de financement à une autre. Cela va d'une moyenne de 482 condoms/PS/an et 223 condoms/HSH/an dans le Haut Katanga à 2 condoms par PS et par HSH par an dans le Kasai oriental ; de 84 à 51 condoms par PS et 45 condoms par HSH respectivement dans le programme du PEPFAR et celui du FM. En 2018, dans sept provinces accompagnées par PSSP moins de 30 préservatifs par clients ont été distribués et seulement 15 préservatifs en 2017.

A la consultation des populations clés de juillet 2020, les PS ont estimé à 45 condoms par semaine, les besoins en préservatifs¹⁷. Elles disent avoir recours au circuit commercial sans compter avec la disponibilité du préservatif qui descend jusqu'à 6% dans le Kongo central selon IBBS 2018-19¹⁸.

Forces du programme préservatif :

- Organisation des interventions de distribution des préservatifs aux populations clés

Faiblesses du programme préservatif :

- Inexistence d'une politique nationale sur les préservatifs pour orienter la distribution
- Faible disponibilité des préservatifs auprès des populations clés suivies par le programme

¹⁷Rapport du Focus groupe avec les populations clés, juillet 2020

¹⁸Rapport de l'enquête IBBS, 2019

3.3.2 Interventions biomédicales

3.3.2.1 Dépistage et traitement du VIH

3.3.2.1.1 Conseil et Dépistage des populations clés

Les services de dépistage pour les populations clés sont offerts au travers diverses stratégies et modalités comprenant le conseil et dépistage volontaire (CDV) intégré dans un paquet global des services de santé au niveau d'une FOSA, en stratégie mobile ou dans la communauté et le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (clinique ou communautaire).

Le dépistage des populations clés est offert dans tous les sites d'interventions. A noter que d'autres membres des populations clés sont confondus aux autres clients dans plusieurs autres formations sanitaires du pays où ils sont dépistés dans l'anonymat.

Le PNLS⁶ renseigne qu'en 2018 au moins 50% des PS et 54% des HSH ont bénéficié d'un test de dépistage dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Et seuls 7% de PS, 7% de HSH et 3% des UDI vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique contre 62% dans la population générale.

S'agissant des populations clés testées en 2019, le programme a noté la situation ci-après.

Tableau 3-4 Répartition des populations clés testées au VIH en 2019 selon les provinces¹⁹

		RDC 2019	Haut Katang	Ituri	Kas Or.	Kin/F M	Kin/ PEPFAR	Kongo Centr.	Lualaba	N.Kivu	S.Kivu	Tshopo
PS	Taille	360459	24417	24417	20954	24461	33847	16477	11231	36374	30110	14735
	Testées	60863	2250	1416	6181	10375	7753	11788	6037	4885	7204	2974
	Accès test	17%	9%	6%	29%	42%	23%	72%	54%	13%	24%	20%
	Test. +	5%	11%	6%	5%	3%	11%	4%	10%	3%	3%	5%
HSH	Taille	200552	13642	13636	11702	13660	18902	9201	6272	20313	16815	8228
	Testés	33648	367	1089	4241	8989	4561	5567	0	2173	4198	2463
	Accès test	17%	3%	8%	36%	220%	85%	61%	0%	11%	25%	30%
	Test. +	5%	25%	4%	5%	3%	10%	5%	0	2%	1%	5%
TG	Taille	24066	1637	1636	1404	1639	2268	1104	753	2438	2018	987
	Testés	3275	4	117	438	1458	20	496	0	387	116	239
	Accès test	14%	0%	7%31%		298%	3%	45%	0%	16%	6%	24%
	Test. +	4%	100%	3%6%		2%	35%	6%	0	3%	1%	3%
UDI	Taille	160318	10786	10782	9253	10801	14945	7275	4959	16061	13295	6506
	Testés	7849	0	225	1100	3088	0	1319	0	723	982	412
	Accès test	5%	0%	2%12%		138%	0%	18%	0%	5%	7%	6%
	Test. +	3%	0	6%5%		3%	0	6%	0	2%	1%	1%

Ce tableau montre qu'en 2019 :

- En moyenne 17% de PS et de HSH, 14% de TG et 5% d'UDI ont eu accès au dépistage.
- La séropositivité moyenne est de plus ou moins 5% pour l'ensemble des populations clés.

L'accès des populations clés au dépistage au niveau national est en moyenne faible et il faut avouer que sa distribution dans les provinces reste très inégale. Aussi, seules neuf provinces, comptant pour 195 599 PS, 109 267 HSH et 84 119 UDI offrent des services aux populations clés.

S'agissant de la séropositivité, elle varie d'une province à une autre. Elle est généralement au-delà de 10%, toute catégorie de populations clés confondue, pour le Haut Katanga, le Lualaba et Kinshasa dans les zones de santé financées par le PEPFAR.

La proportion des populations clés testées a évolué en dents de scie entre 2017 et 2019 et plusieurs facteurs restent associés au faible niveau de performance des interventions de dépistage dans plusieurs provinces du pays. C'est notamment :

- Une offre insuffisante et inadaptée des services aux populations clés. En dehors de Kinshasa, Haut Katanga et Lualaba, les six autres provinces ne comptent qu'au plus un site qui offre les services.

¹⁹ Rapports programmatiques des Sous récipiendaires du FM et des IPs du PEPFAR

- Stigmatisation et discrimination : 28% des PS ont peur de consulter les services de santé du fait de la stigmatisation et 29% ont affirmé être victimes de stigmatisation de la part d'un personnel de santé

3.3.2.1.2 Traitement Antirétroviral (TARV)

L'offre du traitement aux populations clés comprend des interventions d'orientation (dans le même site ou vers un autre) des cas dépistés positifs vers des services appropriés de prise en charge, d'initiation au traitement, à la rétention et au suivi notamment par un dosage régulier de la charge virale.

Avec le financement du Fonds Mondial et du PEPFAR, les ARV sont offerts à la population générale dans 467 ZS en 2020 et le seront dans 480 ZS dès 2021 avec le NMF3 du Fonds Mondial (416 ZS), le COP21 du PEPFAR (57 ZS) et le financement du gouvernement (20 ZS).

Le rapport de l'enquête de cartographie programmatique et d'estimation de la taille des populations clés indique que près de 50% des PS et HSH testés positif au VIH sont sous ARV alors que la moyenne dans la population générale approche les 95%.

En 2019, le rapport du programme sur les interventions des populations clés présente la situation ci-après en ce qui concerne le traitement du VIH:

Tableau 3-5 Répartition des membres des populations clés mises sous ARV en 2019 selon les provinces¹⁹

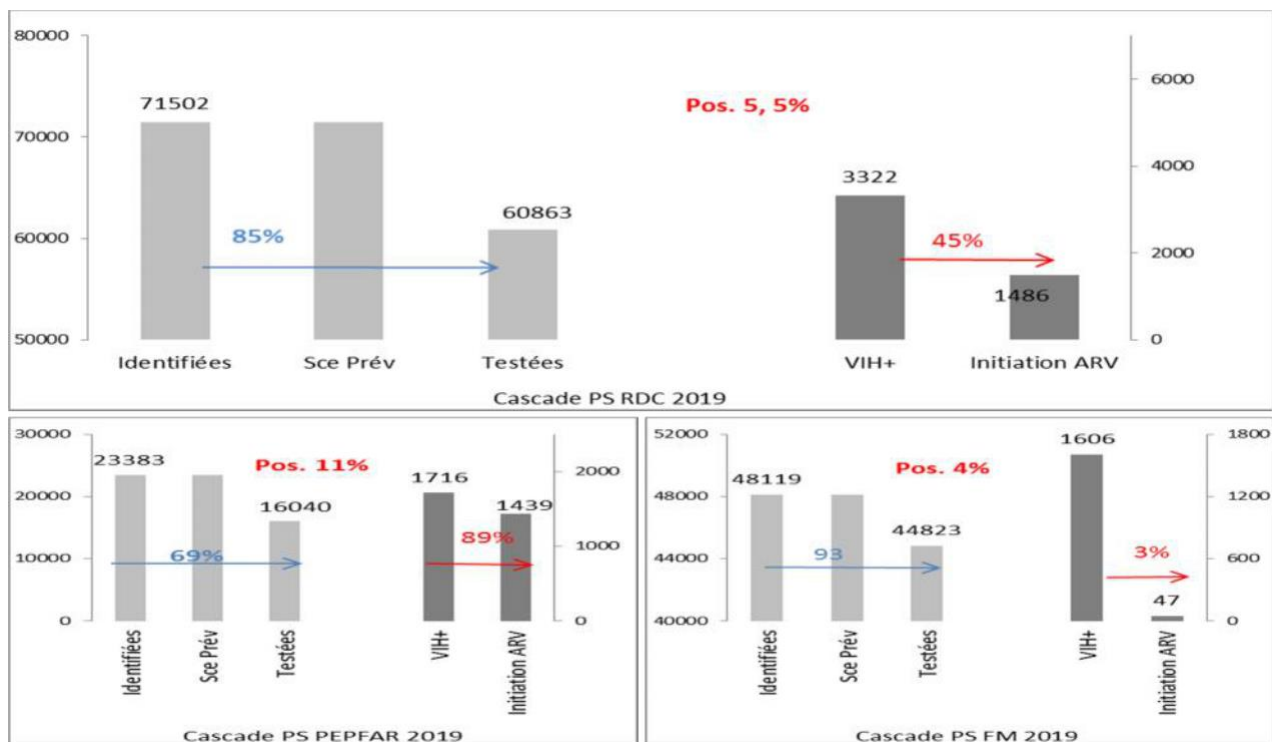
		RDC	H.		Kas	Kin/	Kin/	Kongo		N.	S.	
		2019	Katan ga	Ituri	Or.	FM	PEPFAR	Central	Lualaba	Kivu	Kivu	Tshopo
PS	Testées VIH+	3322	238	78	270	306	859	456	619	169	190	137
	Initiation ARV	1486	238	3	13	11	764	10	437	2	7	1
	% initiation	45%	100%	4%	5%	4%	89%	2%	71%	1%	4%	1%
	Total ARV	4754	1202	229	135	619	1616	148	437	114	137	117
HSH	Testées VIH+	1542	91	41	217	249	487	267	0	36	37	117
	Initiation ARV	539	91	3	5	13	418	3	0	1	3	2
	% initiation	35%	100%	7%	2%	5%	86%	1%	0%	3%	8%	2%
	Total ARV	1896	185	152	164	402	632	172	0	49	35	105
TG	Testées VIH+	128	4	3	26	35	7	31	0	13	1	8
	Initiation ARV	20	4	1	1	7	7	0	0	0	0	0
	% initiation	16%	100%	33%	4%	20%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
	Total ARV	149	5	8	30	80	21	4	0	1	0	0
UDI	Testées VIH+	211	0	13	55	34	76	0	0	17	4	12
	Initiation ARV	5	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0
	% initiation	2%	0%	8%	4%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
	Total ARV	152	0	40	22	46	1	6	0	37	0	0

Ce tableau permet de constater qu'en 2019, 55% de PS(1836), 65% des HSH (1003), 84% des TG(108) et 98% des UDI(206) testés positifs au VIH n'ont pas débuté le traitement la même année. Le lien entre le dépistage et le traitement est le plus fort dans les provinces du Haut Katanga (100%), dans les ZS de Kinshasa financées par le PEPFAR (près de 90% pour PS et HSH) et dans le Lualaba (71% pour les PS). Toutes les autres provinces présentent des liens à des valeurs inférieures à 10%.^{19 12}

Au cours de deux dernières années, le traitement des populations clés a sensiblement évolué avec l'augmentation du nombre de sites.

Aussi, les performances diffèrent en fonction des innovations introduites par chacun des partenaires de mise en œuvre qui accompagnent les différentes zones de santé comme le montrent les deux graphiques ci-après.

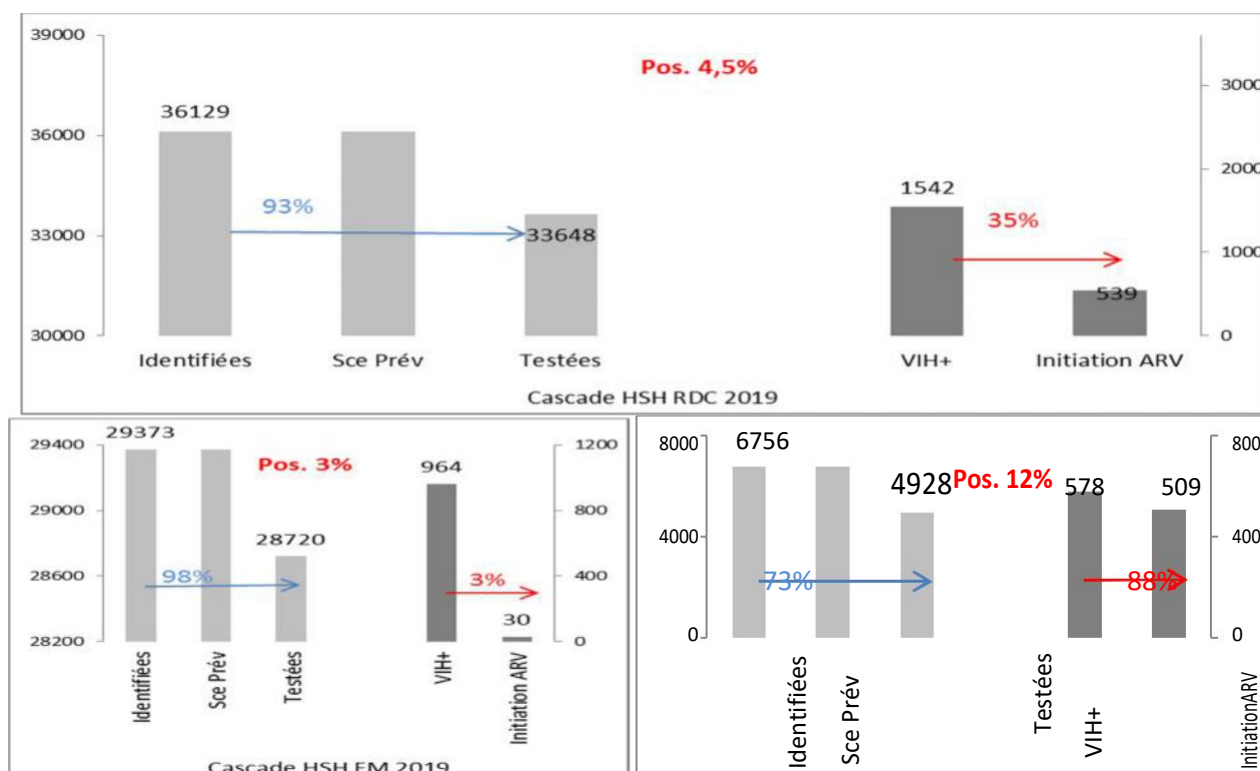
Graphique 3-1 Cascade dépistage-traitement des professionnelles de sexe en 2019¹⁹



Ces graphiques montrent que 85% des PS touchées ont été dépistées au VIH avec un taux de séropositivité de 5,5% pour l'ensemble du programme contre 69% de dépistées et 11% de séropositivité pour l'ensemble des zones de santé financées par le PEPFAR et 93% de dépistées et 4% de séropositivité pour l'ensemble des zones de santé financées par le FM^{19 12}.

Par ailleurs, seuls 45% des PS vivant avec le VIH identifiées ont été mises sous ARV dans l'ensemble contre 89% pour les zones de santé financées par le PEPFAR et 3% pour celles financées par le FM.

Graphique 3-2 Cascade dépistage-traitement pour les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, 2019¹⁹



Comme les précédents graphiques, ceux-ci font également constater que la séropositivité est 4 fois plus importante dans les zones de santé financées par le PEPFAR (12%) que dans celles financées par le FM (3%). Ce qui révèle le recours à des stratégies de ciblage des clients les plus à risque du VIH pendant la période concernée pour les sites PEPFAR. Le lien entre le dépistage et le traitement est trente fois plus fort dans les zones de santé financées par le PEPFAR (88%) que celles financées par le FM (3%).

La mise en œuvre combinée de plusieurs stratégies dont celles utilisant les médiateurs communautaires (EPOA, RNR...) est effective, non seulement sur les sites appuyés par les différents partenaires du PEPFAR mais aussi de façon isolée sur quelques sites du FM. Ceci reste, en grande partie, l'explication de bonnes performances (forte séropositivité, lien important entre dépistage et traitement) sus-évoquées pour les mécanismes du PEPFAR et devrait être largement recommandé par le programme pour l'ensemble des sites.

3.3.2.1.3 Stratégies de dépistage et de suivi des clients

En pratique, plusieurs stratégies de recrutement des populations clés à dépister sont utilisées en RDC. Les plus courantes sont les suivantes : la sensibilisation par les pairs ou paire éducation classique (la plus utilisée sur des sites financés par le FM), Sensibilisation en ligne, Autotest, Approche améliorée de sensibilisation par les pairs (EPOA : Enhanced Peer Outreach Approach), Dépistage du réseau social (DOR), Réseau de référence de risque (RNR), Index testing...

Plusieurs stratégies de dépistage des populations clés ont été évaluées au pays et donnent une idée de l'efficacité de ces stratégies. Les tableaux ci-après présentent les évaluations faites à partir des données programmatiques 2019 de deux réseaux différents, PSSP et Linkages.

Tableau 3-6 Rendement du dépistage des populations clés par approche différenciée dans le réseau PSSP en 2019²⁰

Ensemble				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	16509	20836	1719	4951
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	15584	20042	1558	4683
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	696	1007	81	226
KP diagnostiquées VIH +	691	1003	81	226
Taux de positivité	4%	5%	5%	5%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	635	963	71	116
Lien avec le traitement	92%	96%	88%	51%
Auto test assisté				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	67	86	4	12
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	63	86	4	12
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	3	2	1	2
KP diagnostiquées VIH +	3	2	1	2
Taux de positivité	5%	2%	25%	17%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	3	2	1	1
Lien avec le traitement	100%	100%	100%	100%
Auto test non assisté				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	8	11	1	0
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	6	11	1	0
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	1	1	0	0
KP diagnostiquées VIH +	1	1	0	0
Taux de positivité	17%	9%	0%	
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	1	1	0	0
Lien avec le traitement	100%	100%	0	0
Sensibilisation dirigée par les Pairs Educateurs, Pairs Navigateurs et Pairs Superviseurs (Paire éducation classique)				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	10133	12837	711	3107
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	9937	12683	663	2961
KP diagnostiquées VIH +	405	688	17	113
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	404	687	17	113
Taux de positivité	4%	5%	3%	4%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	381	668	13	66
Lien avec le traitement	94%	97%	76%	58%
Sensibilisation en ligne (ICT)				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	941	1337	321	627
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	804	1224	286	577
KP diagnostiquées VIH +	61	79	13	48
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	58	79	13	48
Taux de positivité	8%	6%	5%	8%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	46	64	11	23
Lien avec le traitement	79%	81%	85%	48%
EPOA par les Pairs Mobilisateurs				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	3301	4166	457	938

²⁰ Base des données PSSP

KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	3124	3988	404	891
KP diagnostiquées VIH +	144	117	36	44
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	143	115	36	44
Taux de positivité	5%	3%	9%	5%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	130	113	34	16
Lien avec le traitement	93%	98%	94%	36%
Dépistage du réseau social (DOR)				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	638	921	120	62
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	441	619	103	54
KP diagnostiquées VIH +	23	29	8	4
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	23	29	8	4
Taux de positivité	5%	5%	8%	7%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	16	27	7	3
Lien avec le traitement	70%	93%	88%	75%
Index testing				
INDICATEURS	PS	HSH	TG	UDI
KP sensibilisées sur le VIH	1421	1478	105	205
KP testées pour le VIH et ayant retiré le résultat	1209	1431	97	188
KP diagnostiquées VIH +	59	91	6	15
KP diagnostiquées VIH + ayant retiré le résultat	59	90	6	15
Taux de positivité	5%	6%	6%	8%
KP diagnostiqués VIH + mis sous /TARV	58	88	5	7
Lien avec le traitement	98%	97%	83%	47%

De ces tableaux, les constats suivants sont faits :

- Dans l'ensemble, les taux de séropositivité au dépistage sont de 4% pour les PS et 5% pour les autres groupes des populations clés.
- La paire éducation classique est la stratégie utilisée pour le recrutement de 62% des TG, 61% des PS et HSH, 41% des UDI et le taux de séropositivité y est en moyenne de 4%.
- Pour les PS et les HSH, le rendement est plus important avec la sensibilisation en ligne (8% et 6%) et la paire éducation classique vient en dernier lieu avec 4% et 5%.
- Pour les TG, le rendement est plus important avec EPOA (9%) et DOR (8%). La paire-éducation classique vient en dernier lieu avec 3%.
- Pour les UDI, le rendement est plus important avec la sensibilisation en ligne (8%) et DOR 7%. La paire-éducation classique vient en dernier lieu avec 4%.
- Le lien au traitement est en général faible en ce qui concerne les UDI.

Au total, la sensibilisation en ligne permet d'avoir un taux de séropositivité plus élevé et un lien au traitement d'en moyenne 80% pour les HSH et PS. EPOA permet un taux de séropositivité et un lien au traitement plus important chez les TG.

Tableau 3-7 Rendement du dépistage des populations clés par approche différenciée dans le réseau Linkages en 2019²¹

EPOA (Juillet –Septembre 2019)			
Indicateurs	Clients	HSH	PS
KP sensibilisés sur le VIH	0	49	241
KP testés et ayant retiré les résultats	0	20	219
KP diagnostiqués VIH+	0	2	16
Tx de séropositivité	0	10%	7%
KP diagnostiqués VIH+ et mis sous TARV	0	2	12
Lien au traitement	0	100%	75%
Autotest (Juillet –Septembre 2019)			
KP sensibilisés sur le VIH	14	70	74
KP testés et ayant retiré les résultats	9	20	42
KP diagnostiqués VIH+	2	11	22
Tx de Séropositivité	22%	55%	52%
KP diagnostiqués VIH+ et mis sous TARV	1	11	21
Lien au traitement	50%	100%	95%
Index testing (Octobre 2018–Septembre 2019)			
KP sensibilisés sur le VIH	1015	0	0
KP testés et ayant retiré les résultats	594	0	0
KP diagnostiqués VIH+	198	0	0
Tx de séropositivité	33%	0	0
KP diagnostiqués VIH+ et mis sous TARV	186	0	0
Lien au traitement	94%	0	0
EPOA+DOR+Autotest+Index testing (Octobre 2018–Septembre 2019)			
KP sensibilisés sur le VIH	0	5329	15585
KP testés et ayant retiré les résultats	0	4909	14340
KP diagnostiqués VIH+	0	381	1520
Tx de séropositivité	0	8%	11%
KP diagnostiqués VIH+ et mis sous TARV	0	339	1324
Lien au traitement	0	89%	87%

Ce tableau permet de constater ce qui suit :

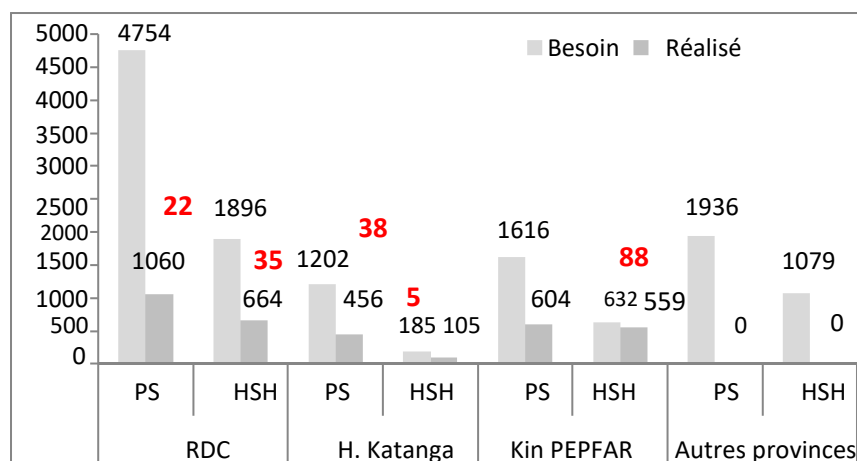
- 100% des PS et HSH sont recrutés en combinaison des stratégies et cela permet d’avoir un taux de séropositivité de 11% pour les PS et 8% pour les HSH et un lien au traitement de près de 90%.
- En général, le lien au traitement est en moyenne de 90% et plus.
- L’autotest a permis d’obtenir un taux de séropositivité de 55% pour les PS, 52% pour les HSH et 22% pour les clients des PS.
- L’index testing a permis d’obtenir 33% de taux de séropositivité chez les clients des PS.
- EPOA a permis un taux de séropositivité de 10% chez les HSH et 7% chez les PS.

3.3.2.1.4 Dosage et suppression de la charge virale chez les populations clés

Le PNLS recommande pour les patients sous traitement ARV y compris les populations clés, de doser la charge virale des patients sous traitement à 6 mois pour un premier prélèvement et tous les 12 mois par la suite. En 2019, le rapport du PNLS renseigne la situation telle que présentée sur le graphique ci-après :

²¹DRC, Linkages Quarterly progress report, July 1–October 30, 2019 : L’année 2019 correspond à l’année fiscale américaine qui va d’octobre 2018 à septembre 2019.

Graphique 3-3 Répartition des populations clés bénéficiaires de la CV en 2019 selon les provinces¹²



Le rapport du programme VIH renseigne qu'en 2019, 22% des PS et 35% des HSH sous TARV dans l'ensemble ont bénéficié d'un prélèvement de la charge virale. Ceci varie selon les provinces et les partenaires de mise en œuvre du programme dans les zones de santé allant de 88% pour les HSH à Kinshasa et de 38% pour les PS dans le Haut Katanga à 0% pour toutes les provinces financées par le FM.

Comparativement à la population

générale où 42% des PVVIH ont bénéficié du suivi de la charge virale, tout laisse croire que les problèmes sont d'abord d'ordre général. Le rapport du PNLS évoque entre autres problèmes la non fonctionnalité des laboratoires installés à Kisangani, Kindu et Goma ; la faible disponibilité des intrants au laboratoire national de référence à Kinshasa ; et les multiples arrêts de fonctionnement du laboratoire de référence de Lubumbashi suite à des nombreuses pannes des équipements.

Il y a lieu de noter que les outils de collecte des données relatives à la charge virale ne permettent pas de mieux distinguer les populations clés bénéficiaires du suivi de la charge virale de la population générale et les données collectées l'ont été sur initiative des partenaires de mise en œuvre qui réalisent un suivi particulier.

Par ailleurs, le nombre des membres des populations clés ayant une charge virale supprimée n'a pas été documenté.

Cette faible performance est liée à plusieurs facteurs dont la faible disponibilité des services (prélèvement et retour des résultats), la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les populations clés dans les formations sanitaires et la faible notification des populations clés bénéficiaires du suivi de la charge virale.

3.3.2.1.5 Prophylaxie Préexposition (PrEP)

Le PNLS a validé en 2018-2019 un guide national qui fournit des orientations sur l'administration des ARV pour un schéma de prévention préexposition (PrEP) . En 2019, la mise en œuvre est restée expérimentale dans quelques sites de la province du Haut Katanga avec le financement du PEPFAR. Au total 119 PS et 37 HSH ont bénéficié de la PrEP.

3.3.2.1.6 Rétention des clients sous - programme

Les membres des populations clés testés positifs au VIH nécessitent une attention et un soutien particulier pour veiller à ce qu'ils reçoivent le traitement et les soins dont ils ont besoin, en particulier un traitement antirétroviral. L'adhésion au traitement et aux soins peut être difficile pour de nombreuses raisons. Le programme a besoin de procédures pour assurer le suivi des membres séropositifs des populations clés et soutenir leur adhésion.

Plusieurs stratégies sont pensées au niveau du pays pour soutenir l'adhérence des clients au traitement. En moyenne, la rétention à 12 mois de traitement est estimée à 85% dans la population générale ainsi que dans la PTME¹².

En général, les populations clés sont perdues à plusieurs moments dans la chaîne des résultats et en particulier entre l'identification et le dépistage, entre le dépistage et l'initiation du traitement et même après.

La faible rétention est généralement associée à la forte mobilité des populations clés et le tout dans un contexte d'absence d'un identifiant unique permettant un suivi longitudinal de chaque membre des populations clés en plus d'une absence des stratégies appropriées sur certains sites.

Forces liées au dépistage et traitement du VIH :

- La grande partie des populations clés touchées sont testées au VIH et accèdent à leurs résultats (85% des PS et 93% des HSH).
- La mise en œuvre des stratégies innovantes et porteuses sur certains sites, permettant d'identifier le plus possible des populations clés vivant avec le VIH et une bonne connexion avec les services de traitement (Jusqu'à 100% des PS et HSH vivant avec le VIH identifiés ont été mis sous ARV en 2019 dans le Haut Katanga).
- Aucun jour de rupture de stock en ARV n'a été signalé en 2019.
- L'existence d'un programme pilote de mise sous prophylaxie préexposition des populations clés.

Faiblesses liées au dépistage et traitement du VIH :

- Faible taux de séropositivité dans certains sites aussi bien à Kinshasa que dans les autres provinces (moins de 5%) pour des sous-groupes de population connus pour une forte charge de morbidité comparativement à la population générale. Ce qui dénote probablement d'un faible ciblage des populations clés et de leur dépistage répété sans réévaluation des risques.
- Faible lien entre le dépistage et le traitement (45% chez les PS et 35% chez les HSH)
- Récurrentes ruptures de stock en test de dépistage allant jusqu'à 30 jours dans certains sites en dehors de Kinshasa.
- Faible accès des populations clés à la charge virale (22% des PS et 35% des HSH)
- Faible accès au dépistage de la tuberculose (31% des PS et 53% des HSH) contre 90% dans la population générale
- Absence d'un système mis en place pour un suivi longitudinal des populations clés recrutées dans le programme.

Recommandations N°3 : Dépistage et traitement

- Élargir les stratégies de dépistage ciblé (EPOA, DOR, RNR ...) aux sites Fonds Mondial afin d'augmenter le taux de séropositivité au niveau des sites et le lien au traitement, notamment celles ayant recours aux réseaux sociaux et sexuels ainsi que des médiateurs communautaires pour renforcer l'efficacité du dépistage et la rétention.
- Étendre l'auto-dépistage, notamment la distribution des kits d'auto-dépistage à travers les réseaux sociaux.
- Inclure et formaliser la sensibilisation pour la notification aux partenaires (dépistage indicateur) en counseling post-test pour les membres séropositifs des populations clés.
- Harmoniser les différentes stratégies mises en œuvre par les différentes partenaires pour faciliter l'atteinte de trois 95
- Renforcer la contribution de prestataires communautaires dans le lien de testing au traitement
- Initier un programme de collecte des échantillons de charge virale au niveau communautaire pour minimiser la stigmatisation et la discrimination.
-

3.3.2.2 PEC des Infections Sexuellement Transmissibles

Les IST constituent le premier motif de consultation pour les professionnels de sexe et autres populations clés, leur prévalence allant jusqu'à 50% dans ce sous-groupe de la population. Le diagnostic et le traitement des IST se font principalement selon l'approche syndromique. Les cas déclarés non guéris sont référés vers un personnel de santé plus qualifié et sont pris en charge selon une approche causale. La politique nationale prône une gratuité tout azimut du diagnostic et du traitement.

En 2019, le programme VIH a rapporté que 100% des sites des populations clés offraient un service de dépistage et traitement des IST. Et 100% de 15 309 cas d'IST chez les professionnels de sexe diagnostiqués

ont été traités selon l'approche syndromique.¹² Ce qui ne corrobore pas avec les observations de terrain où des fréquentes ruptures de stock en médicaments anti IST sont régulièrement signalés dans différents sites (jusqu'à 90 jours de rupture de stock pour les antibiotiques et antifongiques de base au centre BWANYA de Kinshasa au premier semestre 2020)²². Les rapports hebdomadaires VIH/TB de l'observatoire communautaire ont signalé des cas de rupture de stock en médicament IST allant jusqu'à 12 semaines au premier semestre 2020 principalement à Kinshasa et à Mbuji-Mayi.²³ A propos, le rapport de l'enquête IBBS renseigne que l'accès au traitement des IST pour les PS varie de 74% dans le Nord Kivu à 8% dans le Kongo central.

3.3.2.3 Prise en charge de la tuberculose, des hépatites et autres comorbidités

3.3.2.3.1 Prise en charge de la tuberculose

Le screening de la tuberculose fait partie du paquet des services recommandés pour les personnes vivant avec le VIH.

Sur 3322 PS dépistées VIH+ rapportées en 2019 par le programme, 1036 (31%) ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose. Cette proportion va de 100% dans le Haut Katanga à 1% dans le Nord Kivu en passant par 60% à Kinshasa (dans les ZS financées par le PEPFAR) et 48% dans la Tshopo.

S'agissant de HSH, sur 1542 dépistés VIH+, 811(53%) ont bénéficié du screening de la tuberculose. C'était 100% dans le Haut Katanga et la Tshopo, 91% à Kinshasa (dans les zones de santé financées par le PEPFAR), 44% au Kongo central et 3% au Nord Kivu¹².

Pour l'ensemble des PVV nouvellement enrôlées, le screening a été réalisé chez 90% d'entre elles. Les outils disponibles au niveau des sites de traitement, ne permettent pas de distinguer les populations clés des autres PVVIH bénéficiaires d'un screening de la tuberculose.

Ces résultats font constater que le screening de la tuberculose n'est pas systématique dans la plupart des provinces. Dans l'ensemble les facteurs liés à ces résultats sont l'absence d'une directive nationale claire relative au screening des PVVIH dans les services de santé ainsi que le rapportage y relatif.

Les données sur le dépistage et le traitement de la tuberculose ne sont pas disponibles faute d'un système de collecte qui permet d'isoler ces données s'agissant des populations clés.

3.3.2.3.2 Prise en charge des hépatites

En RDC des études parcellaires menées par le ministère de la santé montre que la proportion de la coïnfection VIH- Hépatite est de 22% pour l'Hépatite B, et de 1,7% pour l'Hépatite C. La prévalence chez les populations clés a été de 11%. Dans ce groupe des populations clés, 84% des UDI sont co infectés VIH-VHC, et 7% co infectés VIH-VHB. Les HSH représentaient une proportion de 6,4%, et 6,2% respectivement pour la coïnfection VIH-VHC, et VIH-VHB, et de 12% chez les PS pour la coïnfection au VHB.

Aucune structure de santé n'a encore intégré le plateau technique (dépistage et traitement des hépatites), et les structures communautaires ne réalisent pas encore des activités de sensibilisation formelle contre l'Hépatite aussi bien chez les PVVIH que les populations clés. Il en va de soi qu'aucun des 73 sites qui offrent les services aux populations clés n'a intégré ce service. A Kinshasa, seuls les hôpitaux du niveau tertiaire (Cliniques universitaires, Clinique Ngaliema...) organisent la prise en charge des Hépatites avec une difficile accessibilité financière pour la majorité des clients.

Force (PEC IST & Hépatites):

- Seul le service de PEC des IST est disponible dans 100% des sites (Centres conviviaux et sites intégrés)

Faiblesses (PEC IST & Hépatites):

- Inexistence des directives actualisées sur la PEC des IST (depuis 2006), Absence de formation spécifique sur la PEC des IST
- Faibles capacités de prise en charge des IST par les prestataires

²² Rapport de la visite d'échanges avec les prestataires des sites, juillet 2019

²³ Rapports hebdomadaires l'observatoire de l'union congolaise des personnes vivant avec le VIH

- Fréquentes ruptures de stock en médicaments anti-IST : Jusqu'à 12 semaines de rupture de stock au premier semestre 2020 dans certains sites à Kinshasa.
- Non intégration de la prise en charge des hépatites dans tous les sites des populations clés s'exprimant par l'absence des acteurs communautaires formés sur les hépatites pour la mobilisation ; Absence des tests rapides de dépistage de l'Hépatite virale dans les 100 % des centres conviviaux ; Insuffisance des réactifs pour la charge virale du VH et du suivi biologique des patients l'Hépatite ; Inexistence des Antirétroviraux et des Antirétroviraux pour la prise en charge des Hépatites virales B et C ; Insuffisance des prestataires des centres conviviaux formés dans la prise en charge des Hépatites

Recommandations N°4 : PEC IST & PEC Hépatites

- Actualiser les directives nationales de prise en charge et Renforcer les capacités des prestataires sur la prise en charge des IST
- Améliorer la planification logistique afin d'éviter des ruptures récurrentes de stock en médicaments anti-IST
- Intégrer l'offre des services de prise en charge des hépatites (B & C) dans les sites des populations clés

3.3.3 Interventions structurelles

3.3.3.1 Promotion de l'environnement favorable

Au titre de l'amélioration de l'environnement des interventions, le programme s'emploie à renforcer un plaidoyer et un dialogue social plus accrus en vue de casser toutes les barrières à l'offre et à l'accès aux services par les populations clés; à intégrer dans les services des interventions visant une réduction de la stigmatisation et de la discrimination des populations clés dans la communauté comme dans l'offre des services ; et à renforcer le système communautaire en appuyant l'organisation des différentes organisations identitaires. Ceci comprend globalement les interventions relatives au plaidoyer et dialogue social, à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et au renforcement du système communautaire.

Plaidoyer et Réduction de la stigmatisation et discrimination

L'enquête sur la cartographie et la taille des populations clés révèle que 28% des PS et 50% des HSH ont peur de consulter les services de santé du fait de la stigmatisation. Et 29% des PS ont affirmé être victimes de stigmatisation de la part d'un personnel de santé.⁶

La même enquête montre qu'au moins 52% de PS et 74% de HSH ont été victimes d'une violence verbale et d'un chantage. De même 42% de PS et 57% HSH ont déjà été victimes de violence physique tandis que 39% de PS et 48% de HSH l'ont été particulièrement sur le lieu de travail de sexe.

La RDC s'est dotée de plusieurs lois et autres textes juridiques qui devraient permettre d'assainir les conditions de mise en œuvre du programme des populations clés. C'est notamment :

- Loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique²⁴
- La loi N°18/013 du 09 juillet 2018 modifiant et complétant la loi N°08/11 du 14 juillet 2008 portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées²⁴

Des activités de plaidoyer sont organisées auprès des autorités politico-administratives et de la police pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

Des connexions ont été établies entre des centres conviviaux et des cliniques juridiques dans le sens de faciliter l'accès des populations clés aux services juridiques mais des données y relatives n'ont pas été rapportées.

Il faut signaler que certains prestataires de sites intégrés et centres conviviaux ont bénéficié de formations sur les soins de qualité destinés aux populations clés sans stigmatisation ni discrimination.

La mise en œuvre des certaines stratégies innovantes de dépistage notamment l'Index testing doit répondre à certains préalables afin de minimiser le risque de violences, de stigmatisation et de discrimination faite aux membres des populations clés.

²⁴Journal officiel de la RDC N° Spécial du 23 juillet 2018

Forces :

- Existence des instruments juridiques garantissant des droits et une protection aux populations clés.
- Existence de modules de formation sur les soins de qualité destinés aux populations clés sans stigmatisation ni discrimination.

Faiblesses :

- Faible collaboration entre les sites et les cliniques juridiques existants,
- Absence de médiateurs entre les populations clés et les services judiciaires,
- Non maîtrise des lois et autres instruments juridiques garantissant les droits et la protection des populations clés par les opérateurs de justice,
- Faible mobilisation des populations clés sur leurs droits

3.3.3.2 Renforcement du système communautaire

Les interventions classiques et structurées allant dans le sens de renforcer les capacités des organisations identitaires des populations clés, les impliquer dans l'offre et l'évaluation des services n'ont pas beaucoup été financées et suivies ces dernières années.

Forces :

- Existence de plusieurs organisations identitaires fonctionnelles

Faiblesses

- Faible coordination du système communautaire des populations clés
- Absence d'un plan de renforcement des capacités des organisations des populations clés
- Absence d'un financement conséquent dédié au renforcement des capacités
- Faibles capacités des organisations identitaires des populations clés dans la mise en œuvre du programme

Recommandations N°5 : Environnement et Système communautaire

- Mettre en place un système de référence et contre référence entre les cliniques juridiques et les sites d'interventions des populations clés pour garantir un continuum des services,
- Mobiliser les opérateurs de justice pour garantir la protection des droits des membres des populations clés par des plaidoyers et sensibilisation,
- Renforcer la connaissance des membres des populations clés sur leurs droits humains et les mobiliser sur la disponibilité des services dans les cliniques juridiques
- Renforcer l'autonomisation des populations clés pour leur implication effective dans la gestion du programme.

3.3.4 Autres interventions spécifiques

3.3.4.1 Interventions spécifiques aux Utilisateurs des Drogues injectables

Outre les interventions communes aux populations clés, il convient de signaler l'existence des interventions plus spécifiques aux UDI, lesquelles prennent en compte leur degré de risque. C'est notamment le programme d'échanges des seringues et la thérapie de substitution aux opiacés précédée d'une approche motivationnelle systématique.

3.3.4.1.1 Promotion et distribution des seringues

Le recours aux seringues stériles reste l'intervention de base pour la prévention de la transmission du VIH au moyen des injections. Le programme y relatif consiste en des activités d'éducation et counseling ainsi que la distribution des seringues à usage unique.

L'enquête sur la cartographie et la taille des populations clés de 2018 a révélé que :

- Au moins 8% des PS sont des utilisatrices des drogues injectables. Cette proportion est la plus importante dans les provinces du Kongo central (26%), du Haut Uélé (16%)⁶ et du Kasaï oriental (12%). Ceci montre l'importance de coupler l'offre des services combinés aux populations clés.⁶
- 64% des utilisateurs des drogues injectables ont eu recours à une seringue neuve et stérile et 50% ont réutilisé leurs propres seringues. La réutilisation des seringues renseigne dans une certaine mesure sur l'inaccessibilité des utilisateurs des drogues aux seringues stériles.⁶

Jusqu'en 2020, ce programme est resté limité principalement à Kinshasa et plus timidement dans quatre autres provinces financées par le Fonds Mondial que sont le Kasaï oriental, le Nord Kivu, le Sud Kivu et la Tshopo.

Le rapport du programme renseigne qu'en 2019, au moins 2 488 seringues autobloquantes ont été distribuées pour 8077 UDI touchées dont 46%(1147) à Kinshasa. Ces résultats dénotent encore de la faible disponibilité des intrants sur terrain et du suivi de l'intervention en elle-même.

3.3.4.1.2 Thérapie de substitution aux opiacés

Cette intervention est primordiale pour obtenir un sevrage médicalement suivi de la drogue auprès des UDI.

A ce jour, les services y relatifs sont offerts uniquement à Kinshasa et principalement dans la zone de santé de Lemba. L'intervention en est encore à un stade expérimental..

3.3.4.1.3 Prévention et prise en charge des overdoses

C'est une intervention importante quand on connaît la fréquence des états d'overdoses chez les UDI. Un des meilleurs moyens de prévenir les overdoses aux drogues est de connaître les situations à risque auxquelles elles sont fréquemment associées. L'intervention essentielle consiste à proposer systématiquement un entretien de préparation à la sortie pour les UDI identifiés à risque d'overdose. Cet entretien a pour objectif principal de réduire le risque d'overdose et de garantir un référencement sur les centres de PEC et d'addictologie de proximité. En pratique il s'agit de: 1) Organiser les séances des causeries en faveur des UDI sur les causes/conséquences d'overdose aux drogues et des stratégies visant à minimiser le risque d'overdose ; 2) Assurer la distribution de Naloxone aux structures de PEC des UDI.

C'est une intervention qui n'est pas encore réalisée ; les efforts seront menés conjointement par le PNLS et le PNLC (Programme National de Lutte Contre la Toxicomanie) pour l'introduction de la Naloxone sur la liste des médicaments essentiels.

Forces liées aux interventions spécifiques aux Utilisateurs des Drogues injectables

- Existence d'une directive nationale (PMA) sur l'offre des services incluant les services spécifiques aux UDI
- Existence d'un modèle d'offre des services pouvant permettre une extension

Faiblesses liées aux interventions spécifiques aux Utilisateurs des Drogues injectables

- Inexistence d'un guide d'orientation sur l'offre des services aux UDI sur terrain
 - Faible disponibilité des services
 - Faibles capacités des prestataires,
 - Indisponibilité de la méthadone
 - Indisponibilité des seringues dans 99% des structures de PEC des populations clés
- Il faut signaler que le financement du PEPFAR ne vise pas les utilisateurs des drogues injectables.

3.3.5 Situation particulière des interventions en faveur des prisonniers

La RDC compte environ 208 prisons et camps de détention dont 136 prisons opérationnelles dans les 26 provinces et une estimation d'environ 36 000 détenus en octobre 2019⁵. Une collecte active des données réalisée par le programme tuberculose a permis de donner pour 2019 la taille exacte des prisonniers pour 78 prisons parmi lesquelles 51 dans les 24 provinces financées par le Fonds Mondial²⁵.

²⁵ Base des données du PNLT

Cependant, Il y a lieu de noter qu'en dehors des interventions appuyées par le PEPFAR/DOD dans les prisons militaires et civiles de Kinshasa (ZS Kokolo) et Haut Katanga et de celles financées, de façon ponctuelle, par le PNUD, aucune intervention structurée de lutte contre le VIH/sida n'est organisée en milieu carcéral.

Le projet d'appui au secteur justice sur la promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH en RDC par le PNUD a duré une année et a consisté à former, sensibiliser, mobiliser sur les aspects des droits humains, les lois, le genre dans le contexte du VIH.

Le projet visait à :

- Contribuer à la réduction de la stigmatisation, de la discrimination liées au VIH par le changement des perceptions négatives des acteurs de justice, des prestataires des soins, des agents de l'ordre, du personnel pénitentiaire,
- Assurer la prévention du VIH chez les prisonniers et autres populations incarcérées en produisant les supports sur les droits humains et VIH,
- Organiser les sessions et campagnes ciblées, les ateliers de formation,
- Vulgariser les instruments juridiques,
- Mobiliser les autorités politico-administratives,
- Appuyer les cliniques juridiques pour l'accès à la justice afin d'accompagner psychologiquement, juridiquement les victimes (SVS, Victime stigma lié au VIH, population clés et..,

En 2019, environ 40% (14288/36000) de détenus ont été sensibilisés et 64% d'entre eux dépistés (9139/14288) avec le financement du PNUD⁵.

Plus-value de la stratégie du projet PNUD : distribution des préservatifs alors que la réglementation pénitentiaire l'interdit, CDV régulier dans 11 prisons, traitement des détenus PVVIH avec prise en compte de statut sérologique positif en cas de transfèrement soit dans une autre prison et/ou à l'hôpital, identification des problèmes des prisonniers de façon transversale pour une riposte efficace permettant d'adresser les réponses en synergie en termes de besoins (alimentation, hygiène, procédure judiciaire, logement et.).

Force :

- Existence d'un Plan Stratégique National de lutte contre le VIH qui classe la population carcérale parmi les cibles prioritaires ;
- Existence d'une cellule Droit et VIH au sein du Ministère de la justice ;
- Existence des données sur le personnel pénitentiaire et les prestataires de santé formés sur les droits humains et le VIH dans 14 prisons centrales ;
- Existence des données sur la situation des prisonniers dans les 78 prisons de la RD Congo

Faiblesses :

- Manque de politique claire de prévention et de prise en charge du VIH en milieu carcéral ;
- Indisponibilité des services permanents VIH dans les prisons en plus des besoins spécifiques pour les UDI, MSM détenus;
- Manque des mesures d'application de la loi portant protection des PVVIH pour le milieu carcéral

Recommandations N° 6 : Interventions spécifiques aux UDI et populations carcérales

- Doter les sites d'intervention d'un guide d'orientation sur l'offre des services pour les UDI
- Renforcer les capacités des prestataires
- Développer une stratégie nationale des interventions VIH en milieu carcéral
- Doter les milieux carcéraux des mesures d'application de la loi portant protection des droits des PVVIH.
- Organiser des interventions spécifiques aux UDI et populations carcérales
- Privilégier des interventions conjointes avec le programme tuberculose dans les prisons
- Inclure des indicateurs propres aux établissements pénitentiaires dans le système national de suivi et d'évaluation du VIH.

3.3.6 Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du programme de prévention des populations clés

Les forces et les faiblesses sont présentées par interventions supra.

Opportunités :

- **Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2020-2023:** Le nouveau PSN a placé les populations clés comme premières cibles prioritaires et offre ainsi au programme des populations clés une grosse opportunité de mobiliser davantage des financements et de bénéficier d'un suivi plus attentionné de la part de tous les acteurs de lutte contre le VIH/sida.
- **Financement du NMF3 du Fonds Mondial:** Il offre au programme plus de financements pour s'étendre le plus possible et impacter favorablement ses résultats.
- **Nouvelle Loi n°18/035 du 13 décembre 2018** fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique qui stipule les devoirs de l'Etat vis-à-vis de la santé des populations clés, notamment les utilisateurs des drogues. Elle offre un cadre favorable pour la mise en œuvre des interventions en faveur des populations clés et particulièrement les UDI.

Menaces :

- Les guerres et l'insécurité récurrente dans les villes de l'Est
- La survenue des épidémies et autres urgences de santé publique : Maladies à virus Ebola, COVID19 ...



4 STRATEGIES GLOBALES D'EXTENSION

4.1 *Modèles d'offre des services retenus :*

L'offre des services aux populations clés se fera selon deux modèles différents qui sont actuellement mis en œuvre au pays et qui ont donné des meilleurs résultats: Modèle intégré et Modèle communautaire.

4.1.1 **Services intégrés dans les structures sanitaires ou Modèle intégré**

Les services préventifs, de prise en charge et promotionnels sont offerts aux populations clés au niveau des structures sanitaires (hôpitaux et centres de santé). Les prestataires bénéficient d'un renforcement des capacités nécessaires pour la prise en compte des spécificités liées aux populations clés et les services seront organisés en tenant compte de l'environnement d'offre des services. La sensibilisation et mobilisation des clients et des prestataires permettront une amélioration continue de l'environnement. Actuellement 46 structures de santé offrent les services aux populations clés dans les provinces du Haut Katanga, Lualaba et Kinshasa et serviront d'école pour les nouvelles structures retenues.

4.1.2 **Services offerts dans des sites communautaires ou Modèle communautaire**

Ce modèle est dit aussi non intégré et les services y sont offerts directement dans la communauté par les communautaires à partir d'un espace spécialement aménagé préférentiellement dans des endroits voisins des points chauds pour une ou plusieurs catégories de populations clés. C'est le centre convivial. Il servira principalement à se détendre dans un environnement sûr, se rencontrer ou organiser des activités sociales et des discussions informelles, participer à des activités structurées et de la formation pour l'autonomisation et la mobilisation communautaire, offrir des services préventifs, promotionnels et de prise en charge pour le VIH et autres pathologies associées et même une référence pour d'autres services (juridiques, structurels...).

Un centre convivial ou un drop in center (DIC) utilise un maximum de 15 prestataires des services (Personnels de santé et prestataires communautaires confondus) pour l'offre des services selon le paquet défini. Un cadre organique d'un centre convivial avec job description sera élaboré par le PNLS. En 2019, au moins 27 centres conviviaux pour populations clés ont fonctionné dans 8 provinces. Ils seront renforcés et serviront d'école pour les nouveaux centres.

Par ailleurs, les structures ayant intégré les services ainsi que les sites communautaires organisent des services itinérants ou mobiles pour emmener les services plus proches des populations clés dans leurs lieux de socialisation et de recherche de partenaires sexuels appelés Points chauds. Il s'agit des services offerts à partir des sites mobiles qui s'organisent à différents endroits selon un programme établi à des jours et heures où les populations clés et leurs clients y sont les plus nombreux dans le but de les rapprocher davantage des services.

Lors de ces descentes, il est offert des services de sensibilisation et mobilisation avec distribution des préservatifs, des lubrifiants, des seringues autobloquantes (et ramassage de celles déjà utilisées) ; elles sont mises à profit pour le dépistage et l'orientation vers les sites fixes pour un continuum des services si nécessaire. Ces descentes sont précédées par une mobilisation par des pairs éducateurs ou pairs médiateurs, qui dans certains cas sont également chargés d'assurer des références accompagnées. Les directives sur l'organisation des services mobiles seront élaborées par le PNLS.

4.2 **Sélection des villes/Cités, des sites ciblés pour les interventions**

4.2.1 **Sélection des villes/cités**

En considérant les différents déterminants et facteurs de risque connus dans les milieux des populations clés évoqués par le PNLS, les critères suivants ont été proposés pour choisir les villes et cités où les interventions seront intégrées en priorité. Il s'agit de :

- Agglomération avec plus de 100.000 habitants et forte densité
- Cités frontalières et cités hébergeant des ports et gares ferroviaires et routières, avec d'importants échanges commerciaux.

- Cités avec activités d'exploitation minière entraînant des grands mouvements de populations
- Cités constituant des zones de retour des migrants et/ou d'arrivée des réfugiés depuis plus de dix ans.
- Cités se trouvant dans une zone de santé où le PNLS est engagé avec les interventions de lutte contre le sida.

Ce critérium a permis d'identifier avec le concours des coordinations provinciales du PNLS consultées au moyen d'un formulaire de renseignement, 61 villes et cités dans l'ensemble du pays dont 53 dans les 24 provinces financées par le FM. Les services seront étendus essentiellement dans ces villes et cités pour les trois prochaines années du fait de la disponibilité du financement du FM.

La liste de provinces et villes ciblées, avec leurs zones de santé respectives se trouve en annexe.

L'ensemble des villes ciblées couvrent 134 424 PS, 77 425 HSH et 59 249 UDI et les interventions y seront intégrées progressivement sur trois ans de manière à couvrir 80% de la cible totale en 2021, 90% en 2022 et 100% en 2023.

Ainsi, en 2023 le programme comptera **24 provinces, 53 villes/cités, 76 zones de santé et 91 sites** (31 FOSA et 60 centres conviviaux) qui offriront les services aux populations clés. Les détails se trouvent en annexe. S'agissant des prisons, elles seront couvertes sur trois ans selon la logique de 50% de la cible totale en 2021 (**Makala, Bukavu, Bunia et Goma**), 60% (**Kisangani et Kananga**) en 2022 et 70% (**Mbuji-mayi et Kabare**) en 2023.

4.2.2 Sélection des zones de santé et des sites d'intervention au niveau de chaque ville et cité

Dans chacune des villes et cités, les zones de santé sont sélectionnées en fonction de l'importance des points chauds des populations clés vu que les sites de services doivent être organisés dans des lieux voisins à ces derniers. Si la ville doit organiser plusieurs sites, ceux-ci seront répartis dans les différentes zones de santé au prorata du nombre des points chauds identifiés. Au total 76 ZS vont intégrer les interventions à l'horizon 2023.

Le nombre des sites par ville a été déterminé en tenant compte du nombre des populations clés à desservir. En 2019, le nombre des membres de populations clés estimés autour d'un site variait d'une ville à une autre et d'un mécanisme de financement à un autre. Cela variait d'un site pour 12 306 PS et 6 872 HSH dans la ville de Mbuji-mayi à un site pour 692 PS et 387 HSH dans le Haut Katanga. Les meilleures performances ont généralement été enregistrées dans les villes ayant un ratio population clé-Site plus fort. En s'approchant des capacités théoriques de chaque site, il a été déterminé le nombre de sites par ville en fonction d'un ratio d'un site pour 2000 PS. Ainsi, le besoin en site a été déterminé à 91 à l'horizon 2023 dans les provinces financées par le FM dont 10 déjà fonctionnels en 2019. Les sites seront intégrés dans le programme de façon progressive, soit les sites couvrant 80% de la cible en 2021, 90% en 2022 et 100% en 2023.

4.2.3 Sélection des prisons ciblées

La RDC compte 78 prisons réparties dans les 26 provinces pour 25 479 détenus déclarées en 2019. Les 24 provinces dont le programme VIH est financé par le FM comptent 51 prisons pour 21 058 détenus dont 70% se retrouvent dans 9 prisons qui sont celles de **Kinshasa (Makala), Bukavu, Bunia, Goma (Munzenze), Kisangani, Kananga, Mbuji-mayi, Matadi et Kabare**. Pour plus d'impact, les interventions porteront dans ces 9 prisons pour les trois prochaines années.

- Actualiser la cartographie des points chauds et déterminer les lieux d'implantation des nouveaux sites.
- Evaluer les organisations identitaires, leurs membres en vue d'un renforcement des capacités et d'une éventuelle adaptation du programme en fonction du niveau de maturité des bénéficiaires dans les villes qui offrent les services depuis un long moment.
- Procéder à une contractualisation, aménagement et équipement des nouveaux sites
- Renforcer les capacités des acteurs

Il est souhaitable que la mise en œuvre se fasse avec les mêmes partenaires.

4.3.2 Scénario dans les nouvelles villes ciblées

Dans les 45 nouvelles villes et cités, l'extension des services consistera en un lancement du programme des populations clés avec des nouveaux sites d'intervention. L'ouverture des sites sera étalée sur les trois années de mise en œuvre en fonction du chronogramme en annexe. Le scénario comprendra les activités suivantes :

- Identifier le partenaire de mise en œuvre et contractualiser
- Réaliser une sensibilisation/Mobilisation des autorités politico-administratives et sanitaires ainsi que des autres acteurs et des bénéficiaires
- Elaborer/Actualiser la cartographie des points chauds et détermination des lieux d'implantation des nouveaux sites.
- Evaluer les organisations identitaires en vue d'un renforcement des capacités
- Procéder à la contractualisation, aménagement, équipement des nouveaux sites et recrutement des prestataires (centres conviviaux)
- Renforcement des capacités des acteurs

4.3.3 Scénario pour implanter le programme dans les prisons

Au total, 9 prisons sont concernées. L'implantation du programme dans ces prisons sera étalée sur les trois années couvertes par le plan, partant de 4 prisons (Makala, Bukavu, Bunia et Goma) pour la première année, deux (Kisangani et Kananga) pour la seconde année et trois (Mbuji mayi, Matadi et Kabare) pour la dernière année. Pour lancer les interventions les activités suivantes seront organisées :

- Identifier le partenaire de mise en œuvre et contractualiser
- Assurer une sensibilisation/Mobilisation des autorités judiciaires et pénitenciers et sanitaires ainsi que des autres acteurs et des bénéficiaires
- Procéder à une contractualisation, aménagement, équipement des centres de santé des prisons
- Renforcer les capacités des acteurs

4.4 Stratégies/Approches clés

Pour soutenir l'extension et le renforcement des interventions de qualité, les stratégies/approches suivantes seront promues :

4.4.1 Approche ville

Pour mieux atteindre les populations clés dans une ville compte tenu de l'extrême mobilité qui les caractérise dans une optique d'optimisation des ressources, la ville sera retenue comme « unité opérationnelle » du fait de l'inopportunité d'offrir des services dans chaque zone de santé dans une ville/citée ciblée. L'offre des services se fera ainsi en fonction de la cible à atteindre dans chaque ville/cité. Une mise en réseau des sites au niveau d'une même ville/cité sera réalisée pour un continuum des soins tout en évitant un double comptage.

4.4.2 Création de la demande des services, le recrutement des clients et la rétention sous-programme,

La combinaison de plusieurs stratégies de dépistage et de suivi des patients expérimentées au pays sera privilégiée pour maximiser l'atteinte des membres des populations clés VIH+ afin de les mettre sous traitement ARV et casser la chaîne de transmission. Les stratégies utilisant les réseaux sociaux (réseaux

Sexuels, réseaux d'utilisation des seringues...) des populations clés seront étendues à l'ensemble des sites d'offre des services financés par le Fonds Mondial. Au total, les stratégies suivantes seront combinées :

Stratégies	Compréhension	Préalables
Sensibilisation par les pairs (paire-éducation classique)	C'est une approche qui met un accent sur les membres des populations clés qui fréquentent les « points chauds ou points névralgiques » et centres d'accueil où ils sont contactés régulièrement pour la sensibilisation et le dépistage avec leur orientation vers les services de prévention et de prise en charge.	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'une cartographie des points chauds des populations clés - Identifier des populations clés à former comme pairs éducateurs - Identifier les formations sanitaires d'accueil des populations clés pour la PEC et former leurs personnels de santé - Elaborer un calendrier mensuel ou trimestriel des descentes dans les points chauds
Approche Améliorée de sensibilisation par les pairs, EPOA (Enhanced Peer Outreach Approach)	<p>Cette approche consiste à remettre de coupons à des membres des populations clés (Pairs Mobilisateurs) à risque qui vont les distribuer dans leurs réseaux sexuels et sociaux.</p> <p>On a recours aux mesures incitatives jusqu'à atteindre les non accessibles au programme.</p> <p>Le pair mobilisateur reçoit une incitation financière chaque fois qu'il réussit à faire passer un pair d'une étape à une autre du continuum des soins.</p> <p>Les stratégies DOR et RNR (Référence de Réseau à Risque) en sont des variantes. L'incitation financière en est la différence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la cartographie des populations clés dans la localité concernée n'est pas indispensable. <p>Identifier quelques populations clés à former comme pairs mobilisateur (souvent recrutés parmi les membres de populations clés ayant bénéficié d'un de service offert par le programme)</p>
Index testing	Cette approche consiste à proposer le test aux partenaires sexuels des populations clés VIH+ (cas index) et ceux partageant les aiguilles et seringues avec elles, aux enfants biologiques et aux partenaires après évaluation des risques. Elle est souvent combinée aux deux précédentes dans la mise en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> - Etre doté d'un système permettant le suivi longitudinal des clients - Disposer d'une fiche d'évaluation des risques
Autotest	Cette approche consiste à offrir la possibilité aux membres des populations clés de réaliser le test HIV par eux-mêmes dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de kits autotests - Mise en place d'un système de référence pour le continuum de soins

Entre ces stratégies, on retrouve plusieurs variantes qui en combinent, parfois plusieurs. Pour toutes les approches utilisant les réseaux sexuels et sociaux (EPOA, DOR, RNR...), la mobilisation des pairs se fait physiquement ou en ligne. Le suivi en ligne, sus évoqué est aussi dit « **Approche active en ligne** » où des membres de populations clés de proximité rentrent en contact avec les clients en ligne dans des zones de débat en tête à tête pour les sensibiliser.

En pratique, l'approche active en ligne sera associée aux autres stratégies et des investissements conséquents seront réalisés quant à ce. De 2021 à 2023, les cibles des populations clés vivants avec le VIH à identifier via les approches actives de mobilisation se présentent comme suit :

Tableau 4-2 Prédiction du nombre des populations clés à dépister de 2021 à 2023

	Indicateur	2021	2022	2023	Total
HSH	Nb total des PC à dépister	51212	53652	58890	163754
	Nb dépistés à partir des nouvelles approches (50%)	25606	26826	29445	81877
	Cas positifs attendus (10% de séropositivité)	2561	2683	2944	8188
TG	Nb total des PC à dépister	5840	6438	7066	19344
	Nb dépistés à partir des nouvelles approches (50%)	2920	3219	3533	9672
	Cas positifs attendus (10% de séropositivité)	292	322	353	967
PS	Nb total des PC à dépister	105816	115290	125224	346330
	Nb dépistés à partir des nouvelles approches (50%)	52908	57645	62612	173165
	Cas positifs attendus (10% de séropositivité)	5291	5765	6261	17317
UDI	Nb total des PC à dépister	16492	22626	29102	68220
	Nb dépistés à partir des nouvelles approches (50%)	8246	11313	14551	34110
	Cas positifs attendus (10% de séropositivité)	825	1131	1455	3411

4.4.3 Amélioration continue de la qualité

La qualité des services devra être maintenue dans toutes les dimensions. L'innovation en sera le leitmotiv. Pour cela, il sera privilégié des évaluations continues et participatives des services et de la recherche-action pour alimenter le programme en stratégies porteuses et améliorer ses performances.

Aussi, des activités d'échanges d'expérience entre les acteurs seront organisées pour améliorer la qualité des services et les performances du programme.

4.4.4 Implication des populations clés dans le programme

Pour améliorer l'implication des populations clés dans la mise en œuvre du programme, il faudra renforcer leur participation dans la gouvernance, la conception, la mise en œuvre et la surveillance du programme à tous les niveaux.

Aussi, la prise en charge du genre et des droits humains y compris la gestion des cas de violences constituera un sous axe important de ce plan.





Pour ce faire, des associations identitaires des populations clés seront identifiées, organisées et financées dans toutes les 52 villes en fonction du rythme d'implantation des sites sus présenté.

4.5 Paquet des services

En plus du paquet standard des services qui sera proposé, des services spécifiques à chaque modèle seront fournis en fonction de ses capacités

4.5.1 Paquet standard des services

Le paquet standard proposé par le PNLS. depuis 2017 est présenté comme suit :

<p>1. Interventions comportementales :</p> <p>Interventions le changement de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelles pour la réduction de risque - Groupe d'auto-support <p> Préservatifs et lubrifiants</p> <p>correcte et systématique du préservatif</p>	<p>2. Interventions biomédicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CDV en stratégie mobile, - CDV intégré et DCIP - CDV communautaire <p> : Orientation, initiation et</p> <p> Offre du TARV : Diagnostic</p> <p> Traitement des IST</p>
<p>3. Interventions structurelles</p> <p>Promotion d'un environnement favorable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la stigmatisation et de la discrimination - Renforcement du système communautaire 	

Ceci constitue le paquet de base des services à offrir à toutes les catégories des populations clés au niveau d'un site. Ce paquet sera adapté en fonction du plateau technique des sites notamment avec la présence ou non d'un personnel de santé pour un service spécifique (PEC des IST, lésions anales...). Ce paquet minimum est également complété en fonction des problèmes spécifiques de chaque catégorie des populations clés. Aussi, il y a un paquet spécifique pour les interventions en lien avec les droits humains.

4.5.2 Paquet des services dans un site communautaire

Les interventions du paquet standard seront globalement organisées dans un site communautaire.

- Interventions comportementales : Communication et conseil, promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants
- Interventions biomédicales : Dépistage et traitement
- Référence et contre-référence pour des cas exigeant un plateau technique relevant d'une formation sanitaire

4.5.3 Paquet des services dans une formation sanitaire

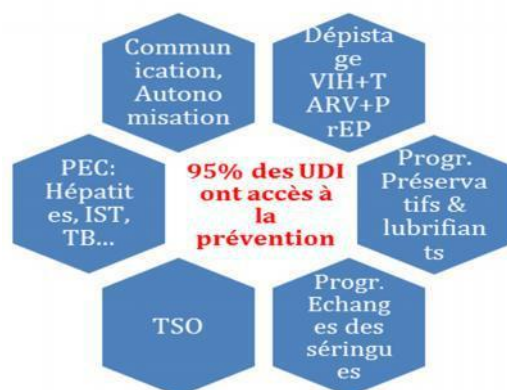
Dans les 31 formations sanitaires qui intégreront les interventions en faveur des populations clés, le plateau technique sera garni de manière à prendre en charge de façon efficace des cas compliqués de VIH au stade avancé, d'infection sexuellement transmissible, d'hépatites virales et d'autres comorbidités.

4.5.4 Paquet de services en stratégie mobile

Les interventions suivantes seront organisées en stratégie mobile.

- Interventions comportementales : Communication et conseil, promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants
- Interventions biomédicales : Dépistage et référence accompagnée pour traitement
- Référence et contre-référence des cas

4.5.5 Paquet des services complémentaires pour les UDI



Les interventions plus complètes en faveur des utilisateurs des drogues injectables seront organisées dans 5 sites à Kinshasa et au moins un site par province pour les 23 autres provinces pour un total de 28 selon le rythme d'implantation prédéfini. Il s'agira d'un site, qui en plus du paquet basique des interventions (communication, distribution des condoms, dépistage et prise en charge du VIH, prise en charge des IST et d'échanges des seringues), organisera des interventions complémentaires suivantes : (1) Promotion & distribution des seringues : Echanges et distribution des seringues à usage unique. (2) Interventions pour un changement de

comportement : counseling et éducation à l'usage unique des seringues (3) Counseling et dépistage : dépistage de l'hépatite B&C. (4) Thérapie de substitution aux opiacés (TSO). (4) Prise en charge des overdoses)

4.5.6 Paquet des services complémentaires pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

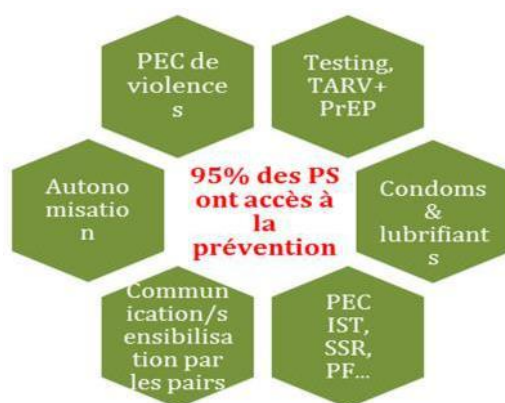


Les interventions complètes pour les HSH seront disponibles dans tous les 91 sites financés par le Fonds Mondial. Au paquet de base, les services en lien avec la stratégie de réduction de risques notamment :

- la Prophylaxie pré-exposition et
- la prise en charge des lésions anales et
- le dépistage du cancer anal.

Toutefois, des interventions plus complexes comme la cautérisation de certaines lésions anales, des examens et traitement de certaines lésions ayant recours à la coloscopie feront l'objet d'une prise en charge en milieu spécialisé.

4.5.7 Paquet des services complémentaires pour les professionnelles de sexe



Au paquet de base, les services suivants sont complétés pour des besoins spécifiques de santé sexuelle et reproductive :

- Dépistage du cancer du col,
- Planification familiale
- Mise sous traitement des femmes enceintes et leur suivi (PTME)
- Prophylaxie, dépistage et suivi des enfants des professionnelles de sexe
- Prévention et prise en charge des clients

4.5.8. Paquet des services en milieu carcéral

Au niveau de la prison, les interventions seront intégrées dans le centre de santé niche de chacune d'elles avec un paquet propre au site clinique à savoir les services de prévention, le dépistage et les soins et le traitement.

Tenant compte des aspects de vulnérabilité connus en milieu carcéral, un accent sera mis sur les services de prévention et en particulier la communication (sensibilisation et mobilisation) et la distribution des préservatifs et lubrifiants.

En plus, les services de santé sexuelle en particulier la PEC des IST et la contraception seront privilégiés. Il en sera de même pour la PEC des lésions anales en particulier pour les HSH.

4.5.9 Paquet des services juridiques



Les services juridiques seront organisés de manière à apporter des informations sur les droits et devoirs des populations clés ainsi que le soutien et l'accompagnement pour une prise en charge juridique pour des cas qui le nécessitent.

Pour ce faire, des médiateurs juridiques seront formés parmi les pairs éducateurs de différentes catégories des populations clés pour les services de communication, accompagnement des pairs et servir de relai entre les populations clés et les cliniques juridiques. Un système de référence sera mis en place avec des fiches appropriées vers des cliniques juridiques. Les sites d'offre des services seront encouragés à signer des contrats clairs avec les cliniques juridiques de leurs ressorts.

4.6 Mise en œuvre des activités d'extension

4.6.1 Processus vers l'extension des services

Pour arriver à une mise en œuvre effective et réussie de l'extension de l'offre des services aux populations clés, une planification efficace sera nécessaire avec tous les acteurs importants et comprendra ce qui suit :

1. Harmonisation/Mise à jour des documents normatifs

La mise à jour/élaboration des documents suivants sera nécessaire pour faciliter l'extension de l'offre des services.

- Guides d'orientation sur l'organisation des services aux populations clés au niveau d'un site
- Fiche d'évaluation des sites
- Cadre organique d'un centre convivial avec job description
- Guide pratique sur les approches de dépistage et suivi des populations clés par les pairs/médiateurs



- Module de formation des prestataires des sites intégrés et non intégrés
- Module de formation des pairs éducateurs/navigateurs intégrant les nouvelles approches
- Module de formation des médiateurs juridiques
- Politique nationale sur les préservatifs

2. Mobilisation des parties prenantes

Le plan d'extension des services aux populations clés sera présenté à l'ensemble des partenaires techniques et financiers du ministère de la santé œuvrant dans la lutte contre le sida et au comité multisectoriel de lutte contre le sida piloté par le PNMLS.

Une réunion d'information et de sensibilisation sera organisée dans chacune des 24 provinces pour vulgariser le plan d'extension des interventions en faveur des populations clés pour obtenir l'implication de toutes les parties prenantes. Cette réunion devra regrouper le PNMLS, DPS, PNLS, PNSR, PNSA, PNLT, PNLCT, Divisions provinciales de la jeunesse, Affaires sociales et droits humains, Police nationale, des magistrats du parquet...

3. Evaluation des nouveaux sites intégrés et non intégrés

Une évaluation des formations sanitaires qui intégreront les interventions des populations clés sera nécessaire pour estimer les besoins en investissement nécessaires pour permettre une offre aisée des dits services. Cette évaluation portera essentiellement sur les infrastructures, les ressources humaines, le système local d'information, le système local d'approvisionnement, les interventions communautaires existantes et les organisations identitaires. Une fiche d'évaluation sera élaborée à cette fin.

A la même occasion des espaces qui abriteront les 55 nouveaux centres conviviaux et les 10 anciens seront évalués conformément aux exigences d'accessibilité et de qualité des services.

4. Contractualisation, aménagement et équipement des sites

Le programme national devra contractualiser avec chacun des sites identifiés et retenus après évaluation en des termes portant sur l'organisation des services, l'accès aux services, la référence et contre référence, la collecte, l'utilisation, la diffusion des données, le suivi et l'évaluation des interventions.

A la même occasion, tous les aspects administratifs y relatifs et particulièrement les contrats de bail pour des nouveaux et anciens centres conviviaux seront discutés et conclus.

5. Renforcement des organisations identitaires locales

L'identification de ces organisations permettra de mieux impliquer les membres des populations clés avec lesquels travailler et de mieux planifier les interventions d'autonomisation. Ce renforcement de capacités s'étendra aussi aux aspects de capacités managériales afin de rendre ces organisations susceptibles de mettre en œuvre les activités ciblant les membres de la population clé.

6. Renforcement des capacités des prestataires cliniques et communautaires

Un plan de formation des prestataires cliniques et communautaires (pairs éducateurs et autres) sera élaboré par le programme sur l'ensemble des matières exigées pour leurs compétences respectives à offrir les services. Ces formations porteront notamment sur le paquet des services, les stratégies de recrutement et de suivi des populations clés et le processus gestionnaire.

7. Mobilisation/Sensibilisation des clients/Création de la demande

Les activités de communication et sensibilisation seront planifiées pour vulgariser les interventions afin de créer la demande. Cette sensibilisation se fera localement autour de chaque site après avoir mis à jour la cartographie locale des populations clés à toucher.

4.6.2 Organisation et Renforcement des acteurs

1. Appui aux organisations identitaires des populations clés :

Cet appui comprendra une aide à leurs mises en place dans les villes ciblées, un renforcement des capacités opérationnelles et de suivi ainsi qu'un appui au fonctionnement.

2. Appui à l'équipe cadre de la zone de santé

A ce niveau, l'appui portera sur le renforcement des capacités de l'équipe cadre de la zone de santé sur le suivi et la coordination de la mise en œuvre du programme dans leur zone de santé et à l'organisation des supervisions régulières au niveau des sites ainsi qu'à la validation des données.

3. Appui à la DPS/BPC PNLS

Cet appui consistera à renforcer les capacités de l'équipe de la DPS dans les formations des acteurs de terrain et le suivi des interventions.

4. Appui à la direction nationale du PNLS

Il portera sur le renforcement des capacités des cadres du PNLS sur le programme des populations clés, l'organisation du suivi et des supervisions spécifiques ainsi que l'équipement du bureau.

4.6.3 Appui à la mise en œuvre du plan

Un assistant technique sera recruté au niveau du programme national pour accompagner le PNLS et les partenaires pour la mise en œuvre du présent plan et renforcer les capacités tout en renforçant les capacités des uns et des autres. Cet accompagnement durera entre trois et six mois.

4.7 Vision du programme

La vision principale du programme en matière de lutte contre le VIH/sida, telle que dictée par le plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN 2020-2023) est celle de mettre fin au sida à l'horizon 2030 conformément à son alignement sur les objectifs mondiaux de l'ONUSIDA. Cet objectif consiste à contrôler l'épidémie notamment par une réduction sensible des nouvelles infections à partir de ses principaux moteurs que sont les populations clés.

Ce plan est essentiellement basé sur les axes 1 (réduction des nouvelles infections), 3 (Amélioration de l'accès aux soins et traitement) et 4 (Réduction de la stigmatisation et discrimination) du PSN 2020-23 et plus particulièrement aux effets 1.1, 3.1 et 4.2 qui sont relatifs aux populations clés et dont les produits et les stratégies qui en découlent préconisent explicitement le renforcement et l'extension des services en faveur des populations clés.



4.8 Objectifs du plan :

But : Contribuer au contrôle de l'épidémie du VIH en RDC par une réduction de la morbi-mortalité du VIH

Objectif général : Etendre l'offre des services de prévention combinée du VIH en vue d'accroître la couverture des populations clés et renforcer le contrôle de l'épidémie du VIH en RDC

Objectifs spécifiques :

- Offrir le paquet minimum des services VIH aux populations clés dans 91 sites dans les 53 villes ciblées dans 24 provinces de la RDC de 2020 à 2023
- Offrir un paquet complet des services aux utilisateurs des drogues injectables dans 28 sites dans 24 provinces de 2020 à 2023.
- Organiser des services VIH complets dans 9 prisons de la RDC de 2020 à 2023

4.9 Plan d'action

Activités		Indicateur	Responsable	Chronogramme						
				T4 2020	T1	T2	T3	T4	2022	2023
Pilier 1 : Gouvernance et leadership										
Produits PSN 1.1.1, 2, 3, 4 et 5 : 90% Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont accès aux services de prévention combinée d'ici 2023										
Résultat 1 : Le paquet des services et les modèles d'interventions en faveur des populations clés sont harmonisés										
1.1	Développer la politique nationale sur les préservatifs	Politique validée et diffusé	PNLS/PNMLS		X					
1.2	Elaborer/Mettre à jour les normes et directives en lien avec le programme population clés (Guide pratique sur l'organisation des services au niveau site, sur l'organisation VIH en milieu carcéral, sur les approches de dépistage et suivi des populations clés, sur la TSO et PEC de l'overdose chez les UDI, sur la sensibilisation des populations clés mineurs et leurs parents sur le VIH, SSR et la réinsertion sociale, sensibilisation sur les droits humains)	Documents à jour et disponibles	PNLS/PNLCT/PNMLS	X						
1.3	Elaborer/Mettre à jour les modules de formation (prestataires cliniques et communautaires, pairs éducateurs...)	Guide validé disponible	PNLS/PNLCT	X						
Produit PSN 6.3.1 : Les organes de coordination sont performants à tous les niveaux.										
Résultat 2 : Le leadership et la coordination du programme des populations clés sont renforcés										
2.1	Elaborer un plan d'action opérationnel des interventions des populations clés	PAO disponible et partagé	PNLS		X				X	X
2.2	Organiser une enquête de cartographie programmatique et d'estimation des tailles dans 70 villes et cités	Cartographie et taille disponibles	PNLS		X	XX	X			
2.3	Organiser une formation des cadres des DPS et du PNLS sur le programme des populations clés	% des cadres formés	PNLS	X						
2.4	Organiser les réunions trimestrielles de concertation du groupe de travail des populations clés au niveau national	% des réunions tenues avec PV	PNLS		X	XX	X	X	X	X

2.5	Organiser les réunions mensuelles de concertation et de suivi des interventions en faveur des populations clés dans 24 provinces	% des réunions tenues avec PV	DPS		X	X	X	X	X	X
2.6	Organiser la supervision spécifique semestrielle du niveau national vers le niveau provincial	% des supervisions réalisées avec rapport	DN PNLS							
2.7	Organiser la supervision spécifique trimestrielle du niveau provincial vers le niveau opérationnel	% des supervisions réalisées avec rapport	BPC							

Pilier 2: Renforcement des capacités

Produits PSN 1.1.1, 2, 3, 4 et 5 : 90% des populations clés (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Professionnelles de sexe, Utilisateurs des drogues injectables, Personnes transgenres et personnes en milieu carcéral) ont accès aux services de prévention combinée d'ici 2023

Résultat 3: 100% des sites (intégrés et communautaires) prévus ont un plateau technique adéquat et sont fonctionnels en 2023

3.1	Identifier/Evaluer 31 Formations sanitaires pour l'intégration des services aux populations clés	% des FOSA identifiées	PNLS/Partenaires	X				X	X	
3.2	Identifier/Evaluer 50 nouveaux centres conviviaux pour HSH/TG et UDI dans les villes ciblées	% des centres conviviaux pour l'offre de services de santé aux PS,	PNLS/Partenaires	X				X	X	X
3.3	Aménager et équiper les 50 centres conviviaux identifiés	% des centres conviviaux aménagés et équipés	Partenaires	X				X		
3.4	Assurer une réhabilitation mineure de 31 structures de santé	% des FOSA bénéficiaires d'une réhabilitation	Partenaires	X				X	X	
3.5	Doter 60 centres conviviaux des unités mobiles pour l'animation et l'offre de services en stratégie mobile	% des centres conviviaux dotés d'une unité mobile	Partenaires		X				X	X
3.6	Doter les 31 structures de santé en équipement médical pour des examens et soins	% des FOSA dotées d'un équipement pour examen et Soins aux populations clés	Partenaires		X				X	X

Résultat 4: 100% des prestataires des sites (cliniques et communautaires) et des équipes cadres de zones de santé ont des capacités nécessaires pour gérer les interventions en faveur des populations clés au niveau opérationnel

4.1	Organiser la formation des formateurs des prestataires des structures de santé et centres conviviaux dans 24 provinces	% formateurs formés	PNLS	X				X	X	
-----	--	---------------------	------	---	--	--	--	---	---	--

4.2	Organiser la formation de 77 équipes cadres des ZS (ECZS) sur les interventions des populations clés	% ECZS formées	DPS Partenaires	et	X					X	X	
-----	--	----------------	--------------------	----	---	--	--	--	--	---	---	--

4.3	Organiser la formation de 310 prestataires de santé dans 31 structures de santé ciblées sur l'offre des services spécifiques aux populations clés et les approches de dépistage et de suivi et la PEC de la toxicomanie	% prestataires formés	DPS Partenaires	et	X					X	X	
4.4	Organiser la formation de 900 prestataires de 60 centres conviviaux sur l'offre des services aux populations clés y compris les approches de dépistage et de suivi et la PEC de la toxicomanie	% prestataires formés	DPS Partenaires	et	X					X	X	
4.5	Organiser les sessions de formation des prestataires de 31 structures de santé les approches différenciées d'offre des services	% prestataires formés	DPS			X						
Résultat 5: 100% des prestataires des 28 sites ont des capacités pour l'offre du paquet complet des services aux utilisateurs des drogues injectables												
5.1	Organiser la formation des prestataires de 28 centres conviviaux et structures de santé sur la TSO et la PEC des overdoses chez les UDI	% prestataires formés	DPS/PNLTC			X						
Résultat 6 : 100% des sites disposent des pairs éducateurs (HSH, PS, UDI et TG) capables de mobiliser et sensibiliser les clients y compris sur les aspects liés aux droits humains												
6.1	Organiser la formation des facilitateurs des pairs éducateurs des populations clés (PS, HSH, UDI) dans 24 provinces y compris les spécificités pour les populations clés mineures	% prestataires formés	PNLS		X							
6.2	Organiser une formation de 50 parents médiateurs pour la sensibilisation de leurs pairs en vue d'une réintégration des PS mineures en famille dans la ville de Kinshasa (Pilote)	% prestataires formés	PNLS			X						
6.3	Organiser la formation de 273 médiateurs des services juridiques et judiciaires parmi les pairs éducateurs des populations clés	% prestataires formés	PNLS/PNMLS			X						
Résultat 7 : 100% des prisons ciblées disposent des prestataires capables d'offrir des services VIH et des pairs éducateurs capables de mobiliser les pensionnaires												
7.1	Organiser la formation de 45 prestataires des formations sanitaires de 9 prisons ciblées sur l'offre des services VIH, le diagnostic et traitement comorbidités, la PEC des VBG...	% prestataires formés	PNLS			X				X	X	
7.2	Organiser la formation des facilitateurs des pairs éducateurs en milieu carcéral au niveau national	% prestataires formés	PNLS			X				X	X	

7.3	Organiser les sessions de formation des pairs éducateurs dans les prisons	% prestataires formés	DPS		X				X	X
Pilier 3: Prestations des services de qualité										
Résultat 8: 100% des parties prenantes (autorités politiques, sanitaires, comité multisectoriel de lutte contre le sida, Services de sécurité ...) à la mise en œuvre sont mobilisées pour accompagner l'offre des services aux populations clés										
8.1	Organiser un atelier de vulgarisation du programme des populations clés à l'intention de différentes parties prenantes (Santé, PTF, Comité multisectoriel, Police...) au niveau central	% parties prenantes informées sur le programme	PNLS	X					X	X
8.2	Organiser une réunion d'information et de sensibilisation des parties prenantes dans les 24 provinces ciblées (avec la participation des APA et autorités sanitaires des 52 villes et cités	% parties prenantes informées sur le programme	DPS/PNLS	X					X	X
Résultat 9: 80% des membres de populations clés (HSH, PS et TG) ont accès à des services de prévention de proximité chaque fois qu'ils en ont besoin dans les villes ciblées										
9.1	Mettre en place des points de distribution des condoms (masculins et féminins) et des lubrifiants dans 4957 points chauds (hôtels, bars, lieux de prostitution...) dans les 24 provinces	% des points chauds avec un point de distribution des préservatifs	Partenaires		X				X	X
9.2	Mettre en place des points de distribution des condoms (masculins et féminins) et des lubrifiants au niveau des 60 centres conviviaux des populations clés	% des centres conviviaux avec un point de distribution des préservatifs disponibles à des heures fermées	Prestataires		X				X	X
9.3	Organiser un système de collecte mensuelle des échantillons de charge virale dans la communauté		PNLS		X	X	X	X	X	X
Produit PSN 6.5.2 : 100% de formations sanitaires ont une gestion rationnelle des intrants VIH/sida										
Résultat 10: 100% des sites connaissent moins de cinq jours de rupture de stock en en intrant de prise en charge des IST par an										
10.1	Doter les 91 sites en intrants de PEC des IST et comorbidités	Nombre de jours de rupture de stock	Partenaires		X	X	X	X	X	X
Pilier 4: Environnement favorable										
Produit PSN 4.1.2 : 100% de PVVIH victimes de stigmatisation et discrimination ont accès aux services juridiques et à l'assistance judiciaire										

Résultat 11 : 80% des membres de populations clés bénéficient d'un soutien lors des incidents de violence, abus, harcèlements, stigmatisation et discrimination à l'endroit des populations clés dans les villes ciblées

	Faire un état des lieux des textes juridiques et autres instruments juridiques de protection des droits des populations clés	Les instruments manquants et incomplets/incohérents sont connus	PNLS/PNMLS	X	X					
11.2	Organiser des séances de vulgarisation des lois relatives aux droits des populations clés auprès des magistrats, des APA et de la police dans les 52 villes et localités chaque année	Parties prenantes mobilisées sur les lois	PNLS/PNMLS	X					X	X
11.3	Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités du ministère de la justice et des autorités des prisons pour l'offre des services dans les 9 prisons ciblées	Parties prenantes mobilisées sur les lois	PNLS/PNLT/PNMLS	X				X	X	
11.4	Mettre en place un système de référence des cas incidents vers les cliniques juridiques pour prise en charge		PNLS	X	X					

Pilier 5: Autonomisation des populations clés

Produit PSN 6.4.2 : Les acteurs des organisations du système communautaire disposent des capacités requises dans la mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre le sida

Résultat 12: Les associations identitaires des populations clés (PS, HSH, TG et UDI) sont fonctionnelles et impliquées dans l'offre et le suivi des services dans 100% des villes ciblées

12.1	Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des associations des PS, des HSH et des UDI dans 52 villes	% des villes avec Associations identitaires fonctionnelles	Partenaires		X	X			X	X
12.2	Assurer le fonctionnement des organisations identitaires (53 pour chaque groupe de populations clés)	% des villes avec Associations identitaires fonctionnelles	Partenaires		X	X	X	X	X	X

Pilier 6: Suivi & Evaluation, amélioration de la qualité et appui à la mise en œuvre

Produit PSN 6.2.1 : Le circuit d'information dans la remonté des données est fonctionnel de manière optimale à 80%

Résultat 13: Les outils de collecte des données sont mis à jour et disponibles dans 100% des sites d'offre des services fonctionnels

13.1	Assurer la multiplication et la distribution des outils révisés en 2019	% des sites avec outils de gestion du programme national	PNLS/SNIS	X						
------	---	--	-----------	---	--	--	--	--	--	--

Résultat 14: Les services de qualité sont offerts aux populations clés dans 100% des sites fonctionnels

14.1	Organiser une enquête sur la satisfaction des populations clés recevant des services	Rapport d'enquête publiée	PNLS						X	
14.2	Assurer une évaluation annuelle de la mise en œuvre des approches de dépistage et de suivi des populations clés	Rapport d'évaluation % de	PNLS						X	X
14.3	Organiser une réunion annuelle de suivi des interventions du programme populations clés y compris en milieu carcéral	réunions réalisées Rapport	PNLS						X	X
14.4	Organiser un atelier national d'échanges d'expérience entre les sites pilotés par le FM et ceux pilotés par le PEPFAR.	de l'atelier	PNLS					X		X
14.5	Installer des boîtes à suggestion dans les 91 sites pour collecter les avis des populations clés sur l'offre des services	% des sites avec boîtes à suggestion	Partenaires		X	X			X	X
14.6	Mettre en place des équipes qualité au niveau de 91 sites de prestations avec la participation des populations clés	% des équipes avec équipe qualité	DPS/PNLS		X				X	X
14.7	Mettre en place un identifiant unique pour faciliter un suivi longitudinal des populations clés et renforcer la rétention		PNLS							

5 Budget

Activités		Hypothèse	Budget en USD
Pilier 1 : Gouvernance et leadership			
Résultat 1 : Le paquet des services et les modèles d'interventions en faveur des populations clés sont harmonisés			
1.1	Elaborer la politique nationale sur les préservatifs	1 AT de 30 jours, atelier d'élaboration de 7 jours pour 20 personnes, Atelier de validation de 50 personnes de 2 jours	30000
1.2	Elaborer/Mettre à jour les différents documents de normes et directives du programme population clés et modules de formation	4 AT de 30 jours, 1 Atelier d'élaboration de 14 jours pour 40 personnes, 1 atelier de validation de 5 jours pour 50 personnes à Kinshasa	110000
Résultat 2 : Le leadership et la coordination du programme des populations clés sont renforcés			
2.1	Elaborer un plan d'action opérationnel des interventions des populations clés	1 atelier de 5 jours pour 15 personnes, 1 Atelier de validation de 2 jours pour 30 personnes à Kinshasa	9500
2.2	Organiser une enquête de cartographie programmatique et d'estimation des tailles dans 70 villes et cités	voir protocole	3000000
2.3	Organiser une formation des cadres des DPS et du PNLS sur le programme des populations clés	Atelier de 5 jours pour 25 personnes dans 24 provinces	144000
2.4	Organiser les réunions trimestrielles de concertation du groupe de travail des populations clés au niveau national	12 réunions de 1 jour de 20 personnes à Kinshasa	8400
2.5	Organiser les réunions mensuelles de concertation et de suivi des interventions en faveur des populations clés dans 24 provinces	192 réunions de 20 en 2023 dans 16 provinces, 240 réunions de 20 en 2022 dans 20 provinces et 288 réunions de 20 dans 24 provinces en 2023	504000
Sous total 1			3805900
Pilier 2: Renforcement des capacités			
Résultat 3: 100% des sites (intégrés et communautaires) prévus ont un plateau technique adéquat et sont fonctionnels en 2023			
3.1	Identifier/Evaluer les 31 Formations sanitaires et 48 Centres conviviaux pour l'intégration des services aux populations clés	Organiser une visite de travail de deux personnes pour 2 jours dans 77 ZS à partir des chefs-lieux des provinces	46200
3.2	Aménager 48 centres conviviaux identifiés	Cout de génie civile	31850
3.3	Doter 60 centres conviviaux d'un équipement médical	Acquérir 60 kits d'équipements médicaux pour Site communautaire des KP	90000
3.4	Doter 60 centres conviviaux d'un équipement non médical	Acquérir 60 kits d'équipements médicaux pour site communautaire des KP et 53 véhicules (1/ville)	2263000
3.5	Doter 91 sites des unités mobiles pour l'animation et l'offre de services en stratégie mobile	Acquérir 90 kits complets (Deux tentes mobiles, 20 chaises plastiques et 4 tables plastiques)	54600
3.6	Assurer une réhabilitation mineure de 31 structures de santé	Cout de génie civil	31000
3.7	Doter 31 structures de santé en équipements médicaux	Acquérir 31 kits d'équipements médicaux pour Site intégré des KP	46500



3.8	Doter 31 structures de santé en équipements non médicaux	Acquérir 31 kits d'équipements non médicaux pour site intégré des KP	62000
Résultat 4: 100% des prestataires des sites (cliniques et communautaires) et des équipes cadres de zones de santé ont des capacités nécessaires pour gérer les interventions en faveur des populations clés au niveau opérationnel			
4.1	Organiser la formation des formateurs des prestataires des structures de santé et centres conviviaux dans 24 provinces	24 ateliers de formation de 5 jours de 15 personnes dans les chefs-lieux des provinces	104199
4.2	Organiser la formation de 77 équipes cadres des ZS sur les interventions des populations clés	34 ateliers de formation de 385 personnes (5 personnes par ZS) dans 24 provinces dont Kinshasa	125169
4.3	Organiser la formation de 310 prestataires de santé de 31 structures de santé ciblées et 900 prestataires de 60 centres conviviaux sur l'offre des services spécifiques aux populations clés et les approches de dépistage et de suivi et la PEC de la toxicomanie	Atelier de formation de 5 jours dans 24 provinces dont Kinshasa	394 810
4.4	Organiser les sessions de formation des prestataires de 31 structures de santé les approches différenciées d'offre des services		PM
Résultat 5: 100% des prestataires des 28 sites ont des capacités pour l'offre du paquet complet des services aux utilisateurs des drogues injectables			
5.1	Organiser la formation des prestataires de 28 centres conviviaux et structures de santé sur la TSO et la PEC des overdoses chez les UDI	Atelier de formation de 3 jours dans 24 provinces	26140
Résultat 6 : 100% des sites disposent des pairs éducateurs (HSH, PS, UDI et TG) capables de mobiliser et sensibiliser les clients y compris sur les aspects liés aux droits humains			
6.1	Organiser la formation des facilitateurs des pairs éducateurs des populations clés (PS, HSH, UDI) dans 24 provinces y compris les spécificités pour les populations clés mineures		119740
6.2	Organiser une formation de 50 parents médiateurs pour la sensibilisation de leurs pairs en vue d'une réintégration des PS mineures en famille dans la ville de Kinshasa (Pilote)	Formation de 50 personnes pour 2 jours à Kinshasa	7276
6.3	Organiser la formation de 364 médiateurs des services juridiques et judiciaires parmi les pairs éducateurs des populations clés		37612
Résultat 7 : 100% des prisons ciblées disposent des prestataires capables d'offrir des services VIH et des pairs éducateurs capables de mobiliser les pensionnaires			
7.1	Organiser la formation de 45 prestataires de 9 prisons ciblées sur l'offre des services VIH, le diagnostic et traitement comorbidités, la PEC des VBG...	9 ateliers de formation de 5 personnes dans les prisons	51249
7.2	Organiser la formation des facilitateurs des pairs éducateurs en milieu carcéral au niveau national	1 atelier de formation de 10 personnes pour 3 jours à Kinshasa	32177
7.3	Organiser les sessions de formation de 146 pairs éducateurs dans les prisons	Former 1 pair éducateur pour 100 prisonniers pendant trois jours	13422
Sous total 2			3536944
Pilier 3: Prestations des services de qualité			
Résultat 8: 100% des parties prenantes (autorités politiques, sanitaires, comité multisectoriel de lutte contre le sida, Services de sécurité ...) à la mise en œuvre sont mobilisées pour accompagner l'offre des services aux populations			

clés			
8.1	Organiser un atelier de vulgarisation du programme des populations clés à l'intention de différentes parties prenantes (Santé, PTF, Comité multisectoriel, Police...) au niveau central	Un atelier (transport AR, perdiem, location salle, collation) d'1 jour pour 60 personnes à Kinshasa	50000
8.2	Organiser une réunion d'information et de sensibilisation des parties prenantes dans les 24 provinces ciblées (avec la participation des APA et autorités sanitaires des 52 villes et cités	23 ateliers (transport, perdiem, location salle, collation) d'1 jour pour 20 personnes dans 24 provinces	9950
Résultat 9: 80% des membres de populations clés (HSH, PS et TG) ont accès à des services de prévention de proximité chaque fois qu'ils en ont besoin dans les villes ciblées			
9.1	Assurer la mise en œuvre des nouvelles stratégies de dépistage et de suivi des populations clés (PS, HSH, TG, UDI)	Assurer le paiement de services aux pairs navigateurs pour le dépistage des cas positifs à raison de 5290 PS, 2433 HSH, 824 UDI et 292 TG en 2021; 9900 en 2022 et 11014 en 2023	149415
9.2	Mettre en place des points de distribution des condoms (masculins et féminins) et des lubrifiants dans 4957 points chauds (hôtels, bars, lieux de prostitution...) dans les 24 provinces	Acquérir et installer 4957 distributeurs	49700
9.3	Mettre en place des points de distribution des condoms (masculins et féminins) et des lubrifiants au niveau des 60 centres conviviaux des populations clés	Acquérir et installer 60 distributeurs	15000
9.4	Assurer la référence des cas de toxicomanie pour PEC		34110
9.5	Organiser un système de collecte mensuelle des échantillons de charge virale au niveau des sites communautaires (centres conviviaux)	Transport des équipes de prélèvement des échantillons	1000
Résultat 10: 100% des sites connaissent moins de cinq jours de rupture de stock en en intrant de prise en charge des IST par an			
10.1	Doter les 31 structures de santé en intrants de PEC des IST et comorbidités		PM
Sous total 3			249225
Pilier 4: Environnement favorable			
Résultat 11 : 80% des membres de populations clés bénéficient d'un soutien lors des incidents de violence, abus, harcèlements, stigmatisation et discrimination à l'endroit des populations clés dans les villes ciblées			
11.1	Faire un état des lieux des textes juridiques et autres instruments juridiques de protection des droits des populations clés	Un AT de 30 jours et une réunion d'1 jour pour 30 personnes à Kinshasa	11855
11.2	Organiser des séances de vulgarisation des lois relatives aux droits des populations clés auprès des magistrats, des APA et de la police dans les 52 villes et localités chaque année	Réunions de vulgarisation d'1 jour	13000
11.3	Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités du ministère de la justice et des autorités des prisons pour l'offre des services dans les 9 prisons ciblées	Réunions de vulgarisation d'1 jour	10800
11.4	Organiser des séances de vulgarisation des lois relatives aux droits des populations clés auprès des magistrats, des APA et de la police dans les 52 villes et localités chaque année	52 réunions de 1 jour pour 20 personnes chacun dans les provinces	13000

11.5	Organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités du ministère de la justice et des autorités des prisons pour l'offre des services dans les 9 prisons ciblées	1 réunion à Kinshasa pour 30 personnes et 9 réunions dans 8 villes pour 20 personnes chacune	50000
11.6	Mettre en place un système de référence des cas incidents vers les cliniques juridiques pour prise en charge	Impression des fiches de référence, Transport des bénéficiaires	10000
Sous total 4			108655
Pilier 5: Autonomisation des populations clés			
Résultat 12: Les associations identitaires des populations clés (PS, HSH, TG et UDI) sont fonctionnelles et impliquées dans l'offre et le suivi des services dans 100% des villes ciblées			
12.1	Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des associations des PS, des HSH, des TG et des UDI dans chaque 52 ville ciblée	Formation sur le processus gestionnaire	1641554
12.2	Assurer le fonctionnement des organisations identitaires Forfaits (52 pour les PS, (52 pour HSH) et 52 pour UDI pendant 12 trimestres		362 880
			2004434
Sous total 5			
Pilier 6: Suivi & Evaluation et amélioration de la qualité et appui à la mise en œuvre			
Résultat 13: Les outils de collecte des données sont mis à jour et disponibles dans 100% des sites d'offre des services fonctionnels			
13.1	Reproduire les outils spécifiques pour 91 sites		25000
Résultat 13: Les outils de collecte des données sont mis à jour et disponibles dans 100% des sites d'offre des services fonctionnels			
14.1	Organiser une enquête sur la satisfaction des populations clés recevant des services	voir protocole	39200
14.3	Assurer une évaluation annuelle de la mise en œuvre des approches de dépistage et de suivi des populations clés	voir protocole	8400
14.4	Organiser une réunion annuelle de suivi des interventions du programme populations clés y compris en milieu carcéral	Réunion de 2 jours pour 50 personnes dont 18 en provenance de Kinshasa	15000
14.5	Organiser un atelier national d'échanges d'expérience entre les sites pilotés par le FM et ceux pilotés par le PEPFAR en 2022 et 2023	Réunion de 5 jours à Kinshasa avec des participants de Kinshasa	66300
14.6	Installer des boîtes à suggestion dans les 91 sites pour collecter les avis des populations clés sur l'offre des services	Acquérir et installer les boîtes à suggestion	91000
14.7	Mettre en place des équipes qualité au niveau de 91 sites de prestations avec la participation des populations clés	Appui aux réunions	163800
Sous total 6			408700
TOTAL			10 113 858 USD

Dollars américains Dix millions cent treize mille huit cent cinquante huit



6 Références

1. Accélérer la prévention combinée, ONUSIDA 2015
2. Approche Améliorée de sensibilisation pour les pairs, EPOA de Linkages, Guide de mise en œuvre, Mai 2017
3. Approche de Dépistage sur les réseaux sociaux, OMS 2019
4. Demande de financement de la RDC au Fonds Mondial, allocation 2020-2022
5. DRC : Etat des lieux conjoints de l'infection du VIH effectué par le PEFAR et FM, 2017
6. DRC, Linkages Quarterly progress report, july 1–october 30, 2019
7. Guide de suivi et boîte à outils pour des programmes de prévention, des soins et traitement du VIH dans une population clé, Linkages 2016
8. Guide Rapide de référence : Index Testing pour les populations clés
9. HIV prevention, Diagnosis, Treatment and care for Key populations, Consolidated Guidelines, OMS 2016
10. Linkages Enhanced Peer Outreach Approach (EPOA), Addendum, 2019
11. Linkages: Reaching The Third 95 : Viral Load suppression among key population individuals living with HIV, 2019
12. Paquet minimum d'activités de lutte contre le sida pour les populations clés en RDC, 2017
13. Plan stratégique National de lutte contre le sida 2020-2023
14. Populations clés: Guide de mise en œuvre, Linkages 2016
15. Rapport annuel populations clés 2019
16. Rapport de l'enquête de surveillance bio-comportementale auprès de populations clés à risque de l'infection pour le VIH dans 14 provinces, PNLS 2018-19
17. Rapport de l'enquête sur la cartographie programmatique et estimation de taille des populations clés exposés au risque du VIH/sida et des IST dans 12 provinces, PNLS 2018
18. Rapport de l'enquête sur les comportements, Risques sociodémographiques et leurs accès aux services de prévention du VIH dans six provinces de la RDC, PNMLS 2017
19. Rapport de mission de supervision spécifique du PNLS dans les provinces, 2019
20. Rapport de progrès 2018-19, PUDR semestre 2
21. Rapport programmatique PASCO 2019
22. Rapport programmatique PSSP 2019
23. Rapport sur le Populations clés au Haut Katanga 2019
24. Rapport annuel PNLS 2017
25. Rapport annuel PNLS 2018
26. Rapport annuel PNLS 2019

7 Annexes

7.1 Liste des sites des services par ville et par Zone de santé

Province		Ville	ZS	Situation des sites		Période d'Opérationnalisation des sites		
				Sites actuels	Sites 2021-23	2021	2022	2023
1	Bas-Uélé	Buta	Buta	0	1			
2	Equateur	Mbandaka	Bolenge	0	1			
			Mbandaka	0	1			
			Wangata	0	1			
3		Basankusu	Basankusu	0	1			
4	Haut -Uélé	Isiro	Isiro	0	1			
5		Durba (Watsa)	Watsa	0	1			
6		Dungu	Dungu	0	1			
7	Haut-Lomami	Kamina	Kamina	0	1			
8		Lwena	Bukama	0	1			
9		Malembankulu	Malembankulu	0	1			
10	Ituri	Bunia	Bunia	1	1			
11		Mambasa	Mambasa	0	2			
12		Ariwara	Ariwara	0	1			
13		Komanda	Komanda	0	1			
14		Aru	Aru	0	1			
15		Mahagi	Mahagi	0	1			
16		Mongbwalu	Mongbwalu	0	1			
17		Niania	Niania	0	1			
18	Kasaï	Tshikapa	Tshikapa	0	3			
19	Kasaï Central	Kananga	Kananga	0	1			
			Katoka	0	1			
			Ndesha	0	1			
20	Kasaï Oriental	Mbujimayi	Bonzola	0	1			
			Bipemba	0	1			
			Dibindi	0	1			
			Diulu	0	1			
			Kansele	1	2			
			Muya	0	1			
21	Kinshasa	Kinshasa Fonds Mondial	Barumbu	0	2			
			Kalamu 1	0	1			
			Kalamu 2	0	1			
			Kasavubu	3	3			
			Kintambo	0	1			
			Lemba	1	1			
			Ngiringiri	0	1			
			Police	0	1			
			Selembao	0	1			

22		Boma	Boma	0	1			
23	Kongo-	Matadi	Nzanza	2	2			
24	Central	Moanda	Moanda	1	1			
25		Kimpese	Kimpese	0	1			
26	Kwango	Kahemba	Kahemba	0	1			
27		Kenge	Kenge	0	1			
28		Kikwit	Kikwit	0	3			
29	Kwilu	Bandundu	Bandundu	0	3			
30	Lomami	Mweneditu	Makota	0	1			
			Mweneditu	0	2			
31	Maï	Nioki	Nioki	0	1			
32	Ndombe	Inongo	Inongo	0	1			
33	Maniema	Kindu	Kindu	0	1			
		Saramabila	Saramabila	0	1			
34				0	1			
35	Mongala	Lisala	Lisala	0	1			
		Bumba	Bumba	0	1			
37		Bosondjo	Bosondjo	0	1			
38		Goma	Goma	0	1			
			Karismbi	1	1			
39	Nord-Kivu	Butembo	Butembo	0	2			
40		Beni	Beni	0	1			
41	Nord-Ubangi	Gbadolite	Gbadolite	0	1			
42		Lodja	Lodja	0	1			
43	Sankuru	Lusambo	Lusambo	0	1			
44			Ibanda	1	1			
	Sud-Kivu	Bukavu	Bagira	0	1			
			Kadutu	0	1			
45		Uvira	Uvira	0	1			
46	Sud-	Gemena	Gemena	0	1			
47	Ubangi	Zongo	Zongo	0	1			
48		Kalemie	Kalemie	0	1			
	Tanganyika		Nyemba	0	1			
49		Moba	Moba	0	1			
50	Tshopo	Kisangani	Makiso	1	2			
			Lubunga	0	1			
51		Boende	Boende	0	1			
52	Tshuapa	Djolu	Djolu	0	1			
53		Ikela	Ikela	0	1			
TOTAL				12	91	62	10	19

7.2 Liste des participants à la réunion de consultation des populations clés sur le plan

	NOMS	Catégories	Téléphone
1	MUNGUZA Doly	PS	0811506505
2	NAWEJ COHYDRO	HSH	0893550504
3	MUKORO JONATHAN	TG	0897480375
4	KITUMBI HERITIER	HSH	0896162501
5	PATIENCE PIOKA	PS	0997133027
6	BUASE BOLA	TG	0846665917
7	MIREILLE TARIZEZO	PS	0977585505
8	TRESOR MAKUNTIMA	TG	0898304110
9	DJENNY BANGULA	HSH	
10	HORTANCIA NDONGALA	PS	08478304110
11	KUSANGANA ERIC	HSH	0999976738
12	ORPHEE MUBAKE	TG	0823828720
13	PACKY PAKUA	UDI	0813365458
14	KUZOLA AIME	UDI	0898415145
15	MUSSOKA JEAN	UDI	0999639332
16	MPOYI MUKINAI	UDI	0856226829
17	BIENVENU BOSOKU	UDI	0856226829
18	LOKONDA JOHN	TG	0844158020
19	LILA VANGU	TG	0897815353
20	EMMANUEL MOYAMA	TG	0895385070
21	TUMBA GUY	UDI	0828603406
22	MADELEINE REHEMA	PS	0972122170
23	MAGTOCHE	UDI	08405117246
24	CORNEILLE LUKELAMA	HSH	0897139350
25	MADIANA BOMI	UDI	0814925110
27	TAMBWE ROSE	CORDAID	0999929421
28	FWAMBA FRANCK	CONSULTANT	0818001360

7.3 Liste des participants à l'atelier de validation

N°	NOMS	INSTITUTION	FONCTION	TELEPHONE	MAIL
1	LUC KAMANGA	PNLS	DIRECTEUR	999925827	kamangalukusa@gmail.com
2	CONSTANTIN MINGINA	PNLS	CD IST	816179379	mingconstantin@yahoo.fr
3	FLORENT EKILI	PNLS	CS IST	821075617	ekiliflorent@yahoo.fr
4	DARIUS MAKELA	PNLS	CS IST	997039856	dariusmakela@gmail.com
5	ROBERT LOMBAHE	PNLS	CS IST	812227662	robalombahe@yahoo.fr
6	PATRICE MILAMBO	PNLCT	CD IST	810527520	pmk.pnlctrdc@gmail.com
7	PATIENCE PIOKA	PASCO	PRESID ASS	997133027	patiencepioka2016@gmail.com
8	ETIENNE MPOYI	OMS	HIV/HOP	817151755	mpoyie@who.int
9	GUY TUMBA KAZADI	PSSP	PAIRE EDUCATEUR	828603406	fragraguso@gmail.com
10	ELIE TWITE	PNLS	CS PEC	817108906	elietwite@gmail.com
11	ERICK NGOIE	PNUD	EXPERT VIH/SANTE	819012479	erick.ngoie@undp.org
12	ANGE MAVULA	UCOP+	S&E	851410774	ange.mavula@gmail.com
13	DAGOBERT N'TANGU	PSSP	S&E	814524701	saintdagobert@gmail.com
14	BENI MADIANA	CCF	COORDON	814425114	amourmadiana@yahoo.fr
15	FRANCK FWAMBA	INDEPENDANT	CONSULTANT	818001360	fwambafranck@gmail.com
16	JOYCE KAKESA	LINKAGES/ FHI360	S&I	979769335	jkakesa@fhi360.org
17	LOUISE BELONGO	PNLS	PEC IST	815215903	louise_belongo@yahoo.fr
18	JOSEPH LIOMBA	PNLS	CD COM	818140907	liombajeff@gmail.com
19	MATTIEU NZAMBE	PNMLS	CSAS	816164649	mathieu.nzambe@pnmls.cd
20	CEDRICK FARAY	PNLS	ASS, DIR	812885047	salasard@gmail.com
21	RAOUL NGOY	ONUSIDA	CH PAY	976000042	NgoyM@unaid.org
22	ROSE TAMBWE	CORDAID	CT M&E	999929421	rose.ntambwe@cordaid.orh
23	DAVID KABUYA	ICAP	HZ COORD	818116840	dkk2125@cumc.columbia.edu
24	DANIELLA AGADA	PSSP	SP	978130671	
25	ROGER NGANTSUI	PNLS	CD RECH	891637524	beniroger2002@yahoo.fr
26	AS MUBWALA	HPP-CONGO	KP SPECIALIST	810353352	as.mubwala@hpp-congo.org
27	WILLY BAZONGA	PASCO	DATA/M	903358286	willybazonga@gmail.com
28	BAHATI MBUTHO	PSSP	PE	818535450	allybchris96@gmail.com
29	PABLO MABANZA	FHI360	TC	815164054	pmabanza@fhi360.org
30	CATHY KISSA	PASCO	M&E	819474017	kathykissa@gmail.com