



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



**Programme National Multisectoriel de Lutte contre le
Sida**



Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010 - 2014

Juillet 2009

Sommaire

Liste des tableaux	3
Liste des graphiques	3
Liste des figures	3
Abreviations.....	4
Préface.....	6
Remerciements	7
Résumé.....	8
1. Introduction.....	11
2. Processus de planification stratégique nationale	12
3. Contexte général.....	15
4. Analyse de la situation et de la réponse.....	19
4.1. Situation générale de l'épidémie	19
4.2. Évolution et organisation de la lutte contre le VIH	20
4.3. Analyse par groupe cible	21
4.4. Principales recommandations.....	30
4.5. Aspects programmatiques	32
5. Grandes orientations, vision et principes directeurs.....	36
6. But, objectifs et axes stratégiques	41
Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH.....	42
DAP 1.1 : Renforcement de l'accès aux services de prévention pour les populations clés à risque élevé.....	42
DAP 1.2 : Réduction du comportement sexuel à risque	44
DAP 1.3 : Réduction de la transmission du VIH par voie sanguine	47
DAP 1.4 : Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	48
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement.....	49
DAP 2.1 : Amélioration de la prise en charge médicale.....	49
DAP 2.2 : Prise en charge psychosociale et soins à domicile	52
Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du sida.....	53
DAP 3.1 : Réduction de l'impact économique du VIH.....	53
DAP 3.2 : Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination.....	54
DAP 3.3 : Prise en charge des OEV	54
Axe stratégique 4 : Soutien à la mise en œuvre du PSN	56
DAP 4.1 : Renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le sida	56
DAP 4.2 : Renforcement des structures de coordination	59
DAP 4.3 : Financement durable.....	60
DAP 4.4 : Gestion des ressources.....	61
DAP 4.5 : Production et gestion de l'information stratégique.....	62
DAP 4.6 : Partenariat.....	63
7. Cadre logique	64
8. Cadre des résultats du PSN 2010-2014.....	71
9. Budget du Plan Stratégique National.....	74

Liste des tableaux

Tableau 1: Principaux indicateurs démographiques de la RDC	16
Tableau 2 : Indicateurs de pauvreté en RDC (2005-2007).....	17
Tableau 3 : Séroprévalence chez les PS en 2004	22
Tableau 4 : Evolution des cas de tuberculeux dépistés.....	25
Tableau 5 : Description de secteurs prioritaires de mise en œuvre du PSN	85

Liste des graphiques

Graphique 1 : Synthèse de la répartition du budget par axe stratégique.....	79
Graphique 2 : Répartition des dépenses par domaines de la lutte contre le sida de 2005 à 2006.....	80
Graphique 3 : Projection des dépenses cumulées suivant la répartition actuelle, de 2010 à 2014.....	80
Graphique 4 : Prévion des dépenses par domaines de la lutte contre le sida de 2010 à 2014 (suivant une classification REDES)	81

Liste des figures

Figure 1 : Carte administrative de la RDC	15
Figure 2 : Evolution du PIB en RDC (2000-2007).....	17
Figure 3 : Environnement national de la réponse au sida	21
Figure 4 : Circuit de circulation des informations sida	90

Abréviations

AES	: Accident d'Exposition au Sang
ARV	: Antirétroviraux
ASAP	: AIDS Strategy and Action Plan
CAF	: Country Assistance Framework (Cadre d'Assistance Pays)
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDI	: Consommateurs de Drogue Injectable
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CHAT	: Country Harmonization and Alignment Tool
CIELS	: Comité Inter-Entreprises de Lutte contre le VIH/sida
CNMLS	: Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida
CPN	: Consultations Périnatales
DAP	: Domaine d'Action Prioritaire
DSCR	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EPSP	: Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESC	: Enquête de Surveillance Comportementale
ESP	: Ecole de Santé Publique
ESU	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
FARDC	: Forces Armées de la RDC
FHI	: Family Health International
GIPA	: Greater Involvement of People living with AIDS
GLIA	: Great Lakes Initiative against AIDS
HSB	: Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HU	: Hommes en Uniforme
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	: Africa Multi-Country HIV/AIDS Programme (Programme multi-pays pour le VIH/sida en Afrique de la Banque Mondiale)
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
OCHA	: Office of Coordination of Humanitarian Affairs
OEI	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PA	: Personnes affectées
PALS	: Programme de l'Armée de Lutte contre le Sida
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PAP	: Programme d'Action Prioritaire du gouvernement
PEC	: Prise en charge
PEPFAR	: Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le sida
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNC	: Police Nationale Congolaise
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s du sexe
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant
PvVIH	: Personne Vivant avec le VIH/sida
RDC	: République Démocratique du Congo

RENADEF	: Réseau National des ONGs pour le Développement de la Femme en RDC
S/E	: Suivi & Evaluation
SADC	: Southern African Development Community
SAVE	: Safer Practices Availability of Medication Voluntary Counseling and Testing Empowerment through Education (Pratiques saines, disponibilité des médicaments ; Conseils et Dépistage Volontaire, renforcement des capacités par l'éducation)
SIDA	: Syndrôme de l'Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
TARV	: Traitement antirétroviral
TB	: Tuberculose
TCE	: Contrôle Total de l'Epidémie
UCOP+	: Union Congolaise des Organisations de PvVIH
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework (Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement)
UNGASS	: Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	: Violences Sexuelles
ZS	: Zone de Santé

Préface

Depuis la reconnaissance officielle du premier cas du VIH en République Démocratique du Congo, en 1983, le pays continue de payer un lourd tribut à cette pandémie jusqu'à ce jour. Les pertes en vies humaines, spécifiquement dans la population active, le nombre de plus en plus élevé de personnes vivant avec le VIH, des orphelins et d'enfants vulnérables dont la prise en charge globale reste précaire, sont de nature à amenuiser les efforts déployés par le Gouvernement pour la reconstruction de la Nation et pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire.

Face à cette situation et dans le souci d'assurer un bien-être meilleur pour chaque fils et fille de ce pays, la RDC a souscrit à plusieurs engagements régionaux et internationaux dont les Déclarations de l'UNGASS, d'ABUJA I, d'ABUJA II, de Brazzaville, de Maseru dans le cadre de la SADC, etc pour assurer un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/sida.

Au niveau national, la lutte contre le sida en RDC constitue aujourd'hui l'un des cinq piliers du DSCR. En dépit de l'évolution considérable du contexte de la réponse au VIH, le pays ne disposait pas d'un Plan Stratégique à moyen terme pour orienter et catalyser les efforts de lutte contre la pauvreté. En l'absence d'un plan stratégique, le plan de mise en œuvre de la feuille de route pour l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/sida a servi de document-cadre intérimaire pour la période 2006 – 2010.

Le présent Plan Stratégique National de lutte contre le sida en RDC, élaboré de manière participative et inclusive à travers une approche multisectorielle et intégratrice se veut être l'outil de référence pour toutes les interventions de lutte contre le sida, conformément aux principes d'appropriation, d'alignement, d'harmonisation, de gestion axée sur les résultats et de responsabilité mutuelle.

Le Gouvernement ne ménagera aucun effort pour la mobilisation des ressources nécessaires et veillera à ce que les structures nationales, les partenaires au développement tant bilatéraux que multilatéraux contribuent à mise en œuvre de ce plan, avec la pleine participation de la communauté, dans l'intérêt effectif de la population en général et des plus vulnérables en particulier. La RDC entend ainsi inscrire son nom dans les annales de l'histoire de la lutte contre le sida comme étant parmi les pays qui ont réussi à contrôler l'épidémie du sida au sein de sa population en vue de garantir des nouvelles générations sans sida, gage d'un développement harmonieux et durable.

Joseph Kabila Kabange
Président de la République

Remerciements

Au terme de ce long processus largement participatif, il nous revient d'exprimer nos sentiments de gratitude envers toutes les organisations et toutes les personnes qui y ont pris part.

Nous pensons en premier lieu à la structure mondiale d'appui à la planification stratégique ASAP pour son assistance, à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, à l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et à l'Université de Kinshasa pour leur expertise ; aux agences du Système des Nations Unies et particulièrement à l'ONUSIDA, à l'OMS et au PNUD pour leur assistance technique et la mise à disposition de consultants nationaux et internationaux.

Ce processus n'aurait sans doute pas été convenablement mené et n'aurait pas abouti sans l'appui financier de la Banque Mondiale (fonds MAP), du PNUD, de l'ONUSIDA, de la Coopération Technique Belge et de CORDAID à qui nous exprimons aussi nos remerciements.

Que les représentants des Institutions publiques tant au niveau central que provincial, du secteur privé, de la société civile, des organisations de personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes qui se sont fortement impliqués dans le processus à toutes les étapes et l'ont enrichi de leurs expériences, trouvent dans ce document, fruit du travail abattu ensemble, le souci de mener efficacement la lutte contre le VIH pour un avenir meilleur des populations congolaises.

Dédé WATCHIBA

Coordonnateur National a.i. du PNMLS

Résumé

Le présent Plan Stratégique oriente les interventions de différents secteurs et parties prenantes dans la lutte contre le sida en RDC pour la période de 2010 à 2014. Son élaboration a connu une forte participation des principaux acteurs et parties prenantes des structures de l'Etat, des entreprises publiques et privées, de la société civile, des confessions religieuses, des personnes vivant avec le VIH, des jeunes et des femmes ainsi que des partenaires au développement tant au niveau central que provincial. Les directives internationales de l'ONUSIDA sur la planification stratégique ont servi de cadre pour cet exercice mené en étroite collaboration avec « **AIDS Strategy and Action Plan** » (ASAP). Ce Plan sera ensuite mis en œuvre à travers des Plans Opérationnels provinciaux.

a) De l'analyse de la situation et de la réponse :

L'analyse de la situation a montré que l'épidémie du VIH en RDC est de type mixte : c'est-à-dire à la fois concentrée dans certains groupes de population qui pratiquent un comportement à risque et généralisée au sein de la population générale. La prévalence du VIH varie en fonction de la source des données. Elle est de 4,01% selon les données de la séro-surveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles et de 1,3% selon les données fournies par l'enquête EDS. L'épidémie de VIH en RDC est relativement stable avec une tendance à la baisse dans certaines parties de la République telles que la ville de Kinshasa. Cette tendance est aussi observée chez les Professionnel(le)s du sexe.

Parmi les groupes cibles prioritaires à risque élevé figurent notamment les Professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les femmes militaires, les camionneurs (populations mobiles) et les jeunes. Plusieurs déterminants apparaissent comme étant les facteurs les plus importants qui favorisent la propagation du VIH dans la population, à savoir, l'ignorance des précautions à prendre pour éviter de contracter le virus, l'accès limité aux services de prévention, les conditions de vie difficile, la promiscuité, la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la mobilité des populations. Ces facteurs sont amplifiés par la pauvreté généralisée dans certains milieux et les barrières socioculturelles. La situation de conflit prolongée à l'Est du pays a engendré le phénomène de violences sexuelles exercé particulièrement sur les femmes.

En dépit de la longue période d'instabilité observée dans le pays, période caractérisée par le cycle de conflits sociopolitiques et l'effondrement des infrastructures sociales et économiques, des efforts importants ont été déployés pour réduire la propagation du VIH et son impact dans les communautés. Ainsi, la volonté politique a été exprimée par la mise en place du PNMLS sous la haute autorité du Président de la République avec une décentralisation progressive de ses structures de coordination, l'accroissement graduel de l'accessibilité des populations aux activités de prévention dans les domaines de CCC, de promotion du Dépistage Volontaire, de Prévention de la TME, de Prise en charge des IST et de sécurité transfusionnelle. Ces efforts ont permis également le renforcement de l'accès aux soins et au traitement aux ARV à travers une mobilisation accrue des ressources pour en assurer la gratuité effective. La promulgation de la Loi portant protection des droits des PvVIH consolide la volonté de l'Etat dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

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

Les défis majeurs dans la réponse actuelle pour les cinq prochaines années porteront sur le passage à l'échelle des différentes interventions pour en améliorer la couverture, le renforcement de la prévention par la mise en œuvre des prestations prenant en compte les déterminants de propagation de l'épidémie dans les groupes cibles prioritaires et

l'amélioration des structures de coordination de la lutte pour une meilleure harmonisation – alignement des interventions.

b) Des Orientations, vision et principes directeurs de la lutte :

Le fondement politique et stratégique de la lutte contre le sida en RDC est basé sur les documents suivant :

- le Document de la Stratégie de Croissance et de la Réduction de Pauvreté (DSCR) qui érige la lutte contre le VIH/sida en pilier ;
- Le CAF/UNDAF qui a également inscrit l'arrêt de la propagation du VIH/sida parmi les résultats prioritaires à atteindre ;
- le Programme d'Action Prioritaire du gouvernement (PAP) ;
- La Feuille de route sur l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement qui a servi de document cadre intérimaire suite à la désuétude du Plan Stratégique 1999 – 2008
- La Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH qui a constitué une étape importante dans l'engagement de l'Etat pour la protection du droit à la santé pour tous
- La politique sanitaire qui est basée sur la Stratégie des Soins de Santé Primaire et qui s'appuie sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

La vision de la lutte s'inscrit dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement et a pour ambition d'inverser les tendances de l'épidémie d'ici 2015, dans l'optique de la contrôler.

Huit principes directeurs orientent la lutte : la multisectorialité, la coordination, la décentralisation de la riposte, l'intégration de la lutte, le partenariat, la participation communautaire, le respect des Droits de la personne humaine et du Genre ainsi que la bonne Gouvernance.

c) Du but, des objectifs et axes stratégiques :

Le but est de contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH et en réduisant son impact sur l'individu, la famille et la communauté dans le cadre global de la Stratégie de la Croissance et de Réduction de la Pauvreté.

L'Objectif général consiste à contribuer à la réduction de l'incidence et de l'impact socioéconomique du VIH et du sida sur l'individu, la famille et la communauté en RDC.

Quatre axes stratégiques avec leurs domaines d'action prioritaire et objectifs stratégiques définissent les interventions de lutte contre le sida au cours de la période 2010 – 2014. A chaque domaine d'action prioritaire est associé trois ou quatre objectifs assortis de résultats attendus ainsi que des stratégies à mettre en place pour l'atteinte des objectifs définis :

Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH

Cet axe comporte quatre domaines d'action prioritaire : (i) le renforcement de l'accès aux services de prévention pour les populations clés à risque élevé notamment, les Professionnel(le)s du sexe, le personnel féminin en uniforme, les professionnels mobiles et la population en milieu carcéral ; (ii) la réduction du comportement sexuel à risque au sein de la population générale, chez les jeunes, les femmes et les populations en situation de crise et d'urgence humanitaire ; (iii) la réduction de la transmission du VIH par voie sanguine au sein de la population générale et ; (iv) la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement

Le deuxième axe porte sur deux domaines d'action prioritaire : (i) l'amélioration de la prise en charge médicale et (ii) l'amélioration de la prise en charge psycho-sociale ainsi que les soins à domicile.

Axe stratégique 3. Atténuation de l'impact socioéconomique du VIH et du sida

Le troisième axe concerne trois domaines d'action prioritaire : (i) la réduction de l'impact économique du VIH chez les PvVIH, les OEV et leurs familles ; (ii) la promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination au sein de la population en générale et ; (iii) la prise en charge des OEV.

Axe stratégique 4. Soutien à la mise en œuvre du Plan Stratégique National

Le quatrième axe décrit six domaines d'action prioritaire : (i) le renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le VIH et le sida comprenant la santé, l'éducation, la justice, la protection sociale, le monde du travail, le monde de la culture, de la communication et des médias ainsi que l'implication communautaire ; (ii) le renforcement des structures de coordination ; (iii) le financement durable ; (iv) la gestion des ressources ; (v) la production et la gestion l'information stratégique et (vi) le partenariat.

d) Du budget

Le budget du PSN 2010 – 2014 a été élaboré sur le Modèle d'Estimations de Besoins en Ressources (en anglais : Resource Needs Model – RNM). Il a été alimenté à partir de différentes sources de données, notamment de l'analyse de la situation et essentiellement des estimations faites sur les modèles EPP et Spectrum sur la situation de l'épidémie et son impact. Les coûts appliqués ont été retenus sur la base d'une harmonisation de différents coûts provenant de plusieurs documents, notamment l'évaluation des Ressources et Dépenses de Lutte contre le VIH/sida en RDC (exercice 2005 et 2006), la synthèse des rapports REDES (étude comparée des pays d'Afrique subsaharienne) de l'ONUSIDA et les Stratégies d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE) publiées par FHI.

Le coût global des interventions est estimé à 4 317 583 487,16 USD répartis comme suit :

- Axe 1 Prévention : 43,3%
- Axe 2 Prise en charge : 29,3%
- Axe 3 Atténuation de l'impact : 8,4 %
- Axe 4 Soutien au PSN : 19%

e) Du cadre institutionnel

Le cadre institutionnel d'organisation de la lutte contre le VIH/sida en RDC répond aux dispositions de la politique nationale de la lutte contre le sida tels que définies dans la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées ainsi qu'aux recommandations de l'Audit institutionnel de 2008 dont la matérialisation est traduite dans l'ordonnance portant réorganisation et restructuration du PNMLS. Le PNMLS demeure le seul cadre qui organise et coordonne la lutte contre le VIH/sida en RDC. Il est placé sous la tutelle du Chef de l'Etat. Le CNMLS, présidé par le Premier Ministre est l'organe d'orientation et de décision en matière de lutte contre le VIH/sida appuyé par le Secrétariat Exécutif National en charge de la coordination, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités.

Les organes du PNMLS ont des démembrements à tous les niveaux et dans les secteurs prioritaires comme la santé, l'éducation, la défense et les affaires sociales. Disposant de programmes sectoriels, ces secteurs constituent les structures de mise en œuvre du PSN, en partenariat avec la société civile, les associations à base communautaire, les associations des PvVIH, les différentes communautés religieuses et les associations professionnelles. Le secteur privé est également appelé à s'associer à la gestion du programme.

f) Du suivi et évaluation

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN, un système national de suivi et évaluation sera mis en place de façon consensuelle et participative pour répondre aux besoins d'informations et de données programmatiques de toutes les parties prenantes de la lutte.

1. Introduction

Le dernier Plan Stratégique de la RDC couvrait la période de 1999 à 2008. Cependant, depuis sa conception, des changements notables sont intervenus à la fois dans l'environnement international et national rendant son contenu caduque.

Le nouvel environnement mondial de la lutte contre le sida est déterminé par :

- La Déclaration du Millénaire et les Objectifs de Développement du Millénaire (Septembre 2000) ;
- La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies, (UNGASS, 21 Juin 2001) ;
- Le Cadre stratégique mondial sur le VIH/sida (Juin 2001) ;
- La mise en place de mécanismes spéciaux de mobilisation de ressources, notamment, le programme multi-pays de la Banque Mondiale pour le VIH/sida en Afrique (MAP, 2000), le Fonds Mondial de lutte contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose (2002) et le PEPFAR du Président Bush (2003) ;
- Les Trois Principes, de coordination des ripostes nationales au sida ou « Three Ones » (ICASA, Nairobi, Septembre 2003) promus par l'ONUSIDA avec l'adhésion des gouvernements des pays donateurs qui prônent entre autres, l'adoption d'un cadre stratégique unique assorti d'un cadre de suivi évaluation accepté de tous ;
- Les recommandations de la Cellule Mondiale de Réflexion sur le sida (Global Task Team Recommendations, Juin 2005) ;
- L'initiative 3 by 5 menée conjointement par l'OMS et l'ONUSIDA et visant à mettre 3 millions de PvVIH éligibles sous traitement antirétroviral de 2003 à 2005 (2003) ;
- L'engagement du G8 adopté ensuite par les Etats membres des Nations Unies au Sommet Mondial de 2005 pour un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH d'ici à 2010 (Septembre 2005) ;
- La déclaration de Brazzaville de Mars 2006 sur l'engagement pour l'intensification à une plus grande échelle des interventions visant à réaliser l'accélération universelle en Afrique ;
- Le rôle central du système de santé dans la réponse nationale.

Au niveau national :

- Le Décret présidentiel n° 04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida ;
- La Constitution de la 3^{ème} République qui consacre le découpage du pays en 26 provinces ainsi que la décentralisation de l'exercice du pouvoir avec autonomie de gestion ;
- La mise en place de nouvelles institutions démocratiques accompagnées de la reprise de la coopération internationale ;
- Le cadre d'assistance des Nations Unies pour le Développement (CAF/UNDAF 2008-2012) ;
- La Feuille de route pour l'accélération vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins de 2007-2010 ;
- La promulgation de la loi n° 08/011 du 14 Juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées qui oriente la politique nationale de lutte contre le VIH/sida en RDC ;
- La mobilisation accrue des nouvelles ressources à travers plusieurs sources bilatérales et multilatérales (PEPFAR, Fonds Mondial, MAP, ...).

C'est dans cet environnement qu'il faut placer la nécessité et l'urgence qui ont conduit à l'organisation d'une riposte nationale multisectorielle élargie dans un processus participatif fondé sur une analyse approfondie de la situation de l'épidémie du VIH.

2. Processus de planification stratégique nationale

Le présent document est le résultat d'un long processus échelonné sur plusieurs étapes et conduit selon les directives de planification stratégique internationale de l'ONUSIDA. Pour ce faire, il a bénéficié de l'assistance de la Structure mondiale d'appui à la planification stratégique « **AIDS Strategy and Action Plan** », ASAP. En vue d'en assurer la coordination, le PNMLS a mis en place avec l'appui des partenaires, un Secrétariat Technique appuyé par une équipe de consultants nationaux et internationaux pour la réalisation des objectifs suivants :

- Procéder à une analyse de la situation épidémiologique en vue de déterminer les moteurs de l'épidémie sur la base des données disponibles (sites sentinelles, EDS et enquêtes comportementales) ainsi que les déterminants culturels, environnementaux et autres ;
- Organiser une revue conjointe de la réponse nationale à l'épidémie du sida ;
- Sur la base des résultats de la revue, élaborer un Plan Stratégique National qui définit la vision, les orientations ainsi que les moyens nécessaires pour la lutte en RDC sur la période 2010-2014 ;
- A partir du Plan Stratégique, élaborer des plans opérationnels sectoriels et décentralisés.

L'ensemble de ce processus s'est déroulé suivant une approche participative garantissant un haut degré d'appropriation des acteurs impliqués à tous les niveaux (acteurs gouvernementaux, composante privée, société civile, organisation des PvVIH, des femmes et des jeunes, partenaires internationaux, multilatéraux et bilatéraux). Cette approche participative, pilotée par le PNMLS, a permis d'encourager les différentes parties prenantes à adapter leurs propres Plans sectoriels afin de les aligner sur les priorités de la stratégie nationale.

1ère étape : L'analyse de la situation

La première étape qui a consisté en l'analyse de la situation, est le fruit d'une collaboration soutenue avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et l'Université de Kinshasa. Elle avait pour objectifs de :

- Analyser les données épidémiologiques et comportementales disponibles afin de dégager le niveau de l'épidémie et les déterminants sociaux, culturels et économiques de celle-ci au sein de la population congolaise ;
- Déterminer l'impact socioéconomique et démographique de l'épidémie du VIH ;
- Identifier les actions prioritaires devant être prises en compte par le Plan Stratégique National en instance de formulation.

A cet effet, la revue documentaire a été utilisée comme méthode de collecte des données, méthode basée sur des évidences recueillies de différentes sources, à savoir les articles publiés dans les journaux scientifiques, les rapports d'enquêtes de séro-surveillance sentinelle (biologique et comportementale), les rapports d'activités et d'enquêtes des organismes nationaux et internationaux ainsi que les résultats de la toute première enquête démographique et de santé (EDS+) menée en RDC. Les travaux de fin d'études en Sciences Sociales ont également été consultés dans la mesure où ils contenaient des données sur les déterminants sociaux de la propagation du VIH. La revue documentaire a été complétée par d'autres données recueillies auprès d'informateurs clés.

Les informations obtenues ont été analysées par triangulation pour dégager les tendances de l'épidémie, identifier les groupes cibles prioritaires et les déterminants qui alimentent la propagation du VIH, évaluer son impact dans les communautés et proposer des actions prioritaires.

Le rapport préliminaire de l'analyse de la situation a été soumis à un groupe de cent lecteurs sélectionnés dans toutes les provinces de la RDC qui ont fourni des enrichissements pertinents au regard du contexte particulier de leurs provinces. Un consensus a été dégagé autour de leurs observations lors des ateliers organisés dans toutes les provinces avec la participation de toutes les parties prenantes à la lutte.

Les conclusions de ces consultations provinciales ont été prises en compte dans le document final qui a été validé en novembre 2008.

2^e étape : L'analyse de la réponse

La deuxième étape a porté sur l'analyse de la réponse nationale au regard des résultats de l'étape précédente. Elle avait pour objectif de :

- Etudier la réponse de l'ensemble des secteurs d'intervention dans la lutte contre le sida du niveau public, privé et communautaire ;
- Examiner à fond les activités dans les groupes prioritaires déterminant la propagation du VIH et son impact dans le contexte social, culturel, économique et politique de chaque province ;
- Déterminer si la réponse est adaptée à la situation ;
- Recenser les acquis et les faiblesses de la réponse ;
- Analyser pourquoi certaines activités font la différence et d'autres non.

Dans l'ensemble, l'analyse a connu quatre temps forts, à savoir :

- 1) **La revue documentaire** : L'essentiel des informations a été fourni par l'analyse de la situation, les rapports d'activités, les rapports de recherche et d'évaluation des activités, les publications scientifiques, etc. obtenus auprès des institutions impliquées dans la réponse, des agences de recherche ou sur internet.
- 2) **L'interview des informateurs clés** : Certains acteurs clés de la réponse nationale ont été répertoriés et des entretiens approfondis ont été menés avec eux, afin de discuter en profondeur de leurs initiatives, des résultats de celles-ci et pour recueillir leurs opinions sur les orientations stratégiques de la lutte.
- 3) **Les ateliers avec les experts** : A l'échelle nationale, deux ateliers ont été organisés. Le premier, a rassemblé une quarantaine d'experts de divers domaines et a permis d'identifier les principales initiatives mises en œuvre en RDC. Le second a regroupé un plus grand nombre de personnes (une centaine) représentant les différentes provinces du pays. Il a permis d'identifier de façon consensuelle les initiatives porteuses et les plus adéquates dans les groupes prioritaires et les domaines programmatiques.

Entre les deux ateliers, chaque province a été consultée pour une lecture consensuelle approfondie. A cette occasion, les intervenants provinciaux se sont assurés de la prise en compte des spécificités de leurs provinces.

Cette étape a permis de capitaliser les interventions pertinentes qui ont été réalisées dans le pays en réponse à la pandémie autant dans la prévention, dans la prise en charge, dans la réduction de l'impact que dans la coordination et le suivi évaluation, et en tenant compte de tous les groupes cibles tout en donnant des orientations pour les années à venir.

3^e étape : La formulation et l'élaboration du Plan Stratégique

La troisième étape de ce processus a consisté en la formulation et l'élaboration du Plan stratégique.

Elle a connu quatre temps forts :

- 1) **Les séances de consultations avec les acteurs des différents secteurs du niveau central :** En se référant aux différents groupes prioritaires et aux domaines programmatiques, les acteurs clés ont été ciblés dans les différents secteurs pour dégager un consensus sur les orientations stratégiques futures du Plan Stratégique National de lutte contre le sida en RDC pour la période 2010-2014. Plus spécifiquement, il s'est agi de :
 - Réexaminer les principes directeurs (en passant en revue les anciens principes directeurs);
 - Définir les domaines d'action prioritaires sur la base de l'analyse de la situation et de la réponse ;
 - Définir les objectifs dans chaque domaine prioritaire ;
 - Élaborer les stratégies pour atteindre les objectifs dans les domaines prioritaires.
- 2) **Rédaction du projet du Plan Stratégique :** Une dizaine d'experts ont procédé à la rédaction du projet du Plan Stratégique National sur la base des données de l'analyse de la situation et de la réponse ainsi que des grandes orientations stratégiques dégagées par consensus.

Au cours de cette rédaction, la hiérarchisation des problèmes et obstacles issus de l'analyse de la réponse a permis de cerner les problèmes prioritaires, leurs causes et leurs conséquences pour mieux reformuler les domaines d'actions, les objectifs et les stratégies prioritaires ainsi que les résultats attendus.

Une analyse critique a été aussi faite sur le cadrage sectoriel, le cadrage budgétaire et les facteurs de risque.
- 3) **Soumission du draft 01 du PSN à la consultation provinciale :** cette consultation s'est déroulée en deux phases :
 - Lecture du draft 01 du PSN par les lecteurs sélectionnés dans chaque province, soit dix par province pour une lecture critique du projet. Le document a également été diffusé auprès d'un certain nombre de partenaires et de personnes ressources au niveau central.
 - Ateliers de consensus provincial sur le projet du PSN. Ces ateliers ont procédé à la validation des amendements présentés par les lecteurs ainsi que par les autres acteurs de la lutte du niveau provincial.

Les amendements recueillis ont été capitalisés au niveau central et intégrés dans le projet du PSN consolidé.
- 4) **Validation nationale technique du projet du PSN consolidé** au cours d'un atelier qui a réuni une centaine d'acteurs. La synthèse finale du document a été soumise au Comité de pilotage (groupe thématique DSCRП élargi) avant d'être adoptée par le CNMLS.
- 5) **Adoption du PSN 2010 – 2014** par le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida (CNMLS).

4e étape (prochaines étapes) :

- Elaboration du plan de suivi et d'évaluation du PSN 2010 – 2014 ;
- Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN 2010 – 2014 ;
- Elaboration ou révision des plans sectoriels au regard des orientations du PSN 2010 – 2014 ;
- Formulation des plans opérationnels annuels provinciaux pour la mise en œuvre du PSN.

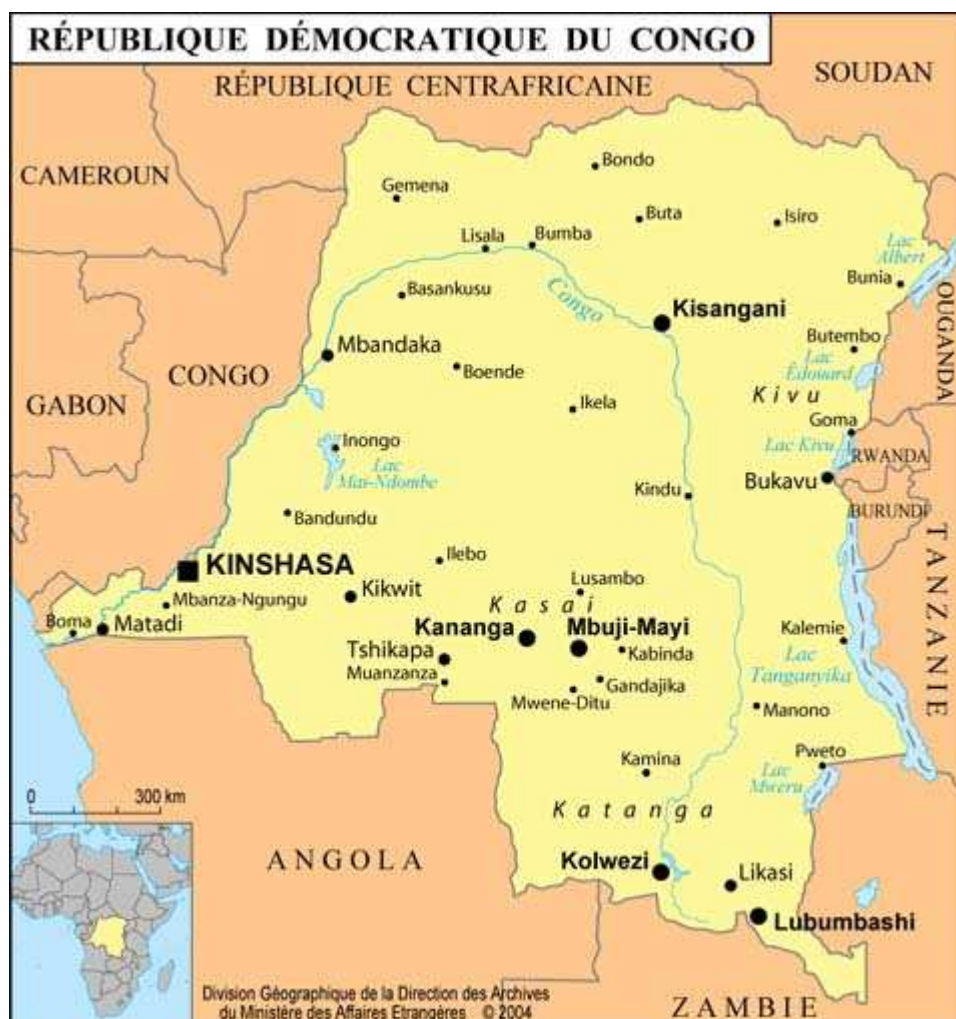
3. Contexte general

3.1.Contexte géographique

Située au cœur de l'Afrique Centrale, la RDC s'étend sur une superficie de 2.345.000 km². Troisième pays de l'Afrique de par sa superficie après l'Algérie et le Soudan, la RDC est l'unique pays en Afrique qui partage ses frontières avec neuf pays (Angola, Burundi, République Centrafricaine, République du Congo, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ouganda et Zambie).

Le territoire de la RDC est traversé de l'Est à l'Ouest par le fleuve Congo qui draine sur son passage un immense réseau hydrographique. Il est situé à cheval sur l'Equateur et connaît plusieurs climats : tropical et humide au Nord et au Sud, Equatorial au Centre, tempéré sur les hauts plateaux du Katanga et les montagnes de l'Est. La moitié équatoriale du pays est couverte de forêts et l'autre moitié tropicale, de savane. Avec un climat chaud et humide régnant sur la majeure partie du territoire, il constitue un terrain de prédilection pour le développement de plusieurs vecteurs de maladies tropicales.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



3.2. Contexte démographique

Le dernier recensement scientifique de la population congolaise remonte à 1984. Actuellement, la RDC a une population estimée à plus ou moins 70 millions d'habitants dont environ 70 % vivent en milieu rural et principalement de l'agriculture traditionnelle, de la chasse et de la pêche artisanale. Elle est l'un des pays les plus peuplés d'Afrique avec un taux de croissance démographique compris entre 2,8 et 3% l'an. A l'exception des grandes villes et des régions de concentration de populations déplacées par les conflits, la densité démographique moyenne (22 habitants au km carré) est parmi les plus faibles du continent¹.

Les indicateurs démographiques de la RDC sont montrés dans le tableau 1

Tableau 1: Principaux indicateurs démographiques de la RDC

Population ^a	66,5 millions ; (projections: 104.9 in 2025, 181.3 in 2050)
Espérance de vie (années) ^a	Hommes : 52,2 Femmes : 55,8
Population < 15 ans (%) ^a	47.1
Population urbaine (%) ^b	33 (2006)
Taux brut de natalité [Naissances pour 1,000 habitants ^a]	44 [2004-2007]
Décès pour 1.000 habitants ^a	11,8
Indice spécifique de fécondité ^c	6,4 [2004-2007]
Taux de mortalité infantile ^c	92
Taux de mortalité infanto-juvénile ^b	148 [2004-2007]
Ratio de mortalité maternelle (décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) ^c	549 [2007]
Prévalence de l'utilisation des méthodes Contraceptives modernes (%) ^c	6,7 [2007]
Taux d'alphabétisation chez les 15–24 ans (%) ^d	68,7 (2004)

Sources :

(^a) CIA, *The World Factbook*, DRC – www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html

(^b) UNICEF, *Country profile*, DRC – www.unicef.org

(^c) EDS, DRC 2007

(^d) Global Virtual University – United Nations University ; www.gvu.unu.edu

3.3. Contexte social

La majorité de la population congolaise vit dans une pauvreté qui s'observe à travers plusieurs facettes à savoir : faible revenu, insatisfaction des besoins alimentaires, incapacité d'accéder aux soins de santé et à la scolarisation, incapacité de se loger décentement, etc.². Selon la même source, il n'existe pas de données longitudinales permettant de suivre l'évolution de l'incidence de la pauvreté depuis 1990. Se basant sur plusieurs enquêtes partielles de la période 1985-2004, les auteurs du premier Rapport National sur les OMD avaient estimé que le taux de pauvreté monétaire était proche de 90% au début des années 2000.

A cette situation s'ajoutent les conséquences de la guerre qui contribuent à l'aggravation de la pauvreté. La RDC a accueilli près de 436.259 personnes réfugiées en provenance des pays limitrophes dont 276.259 ont été rapatriés. De plus, 500.000 congolais ont trouvé refuge dans les pays voisins et 187.777 personnes ont déjà été rapatriées. Enfin, on estime à plus

¹ Ministère du Plan, Rapport National des Progrès des OMD, 2007

² Ibidem

de 1,35 millions le nombre de déplacés internes principalement dans les provinces de l'Est du pays³.

Tableau 2 : **Indicateurs de pauvreté en RDC (2005-2007).**

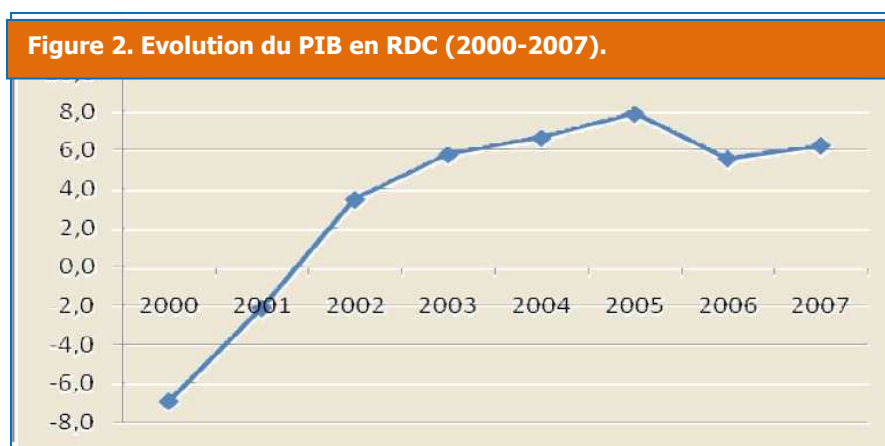
Indicateurs	Niveau de 2005	Niveau de 2007
Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat	71,3	66,3
Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	7,8*	
La profondeur de la pauvreté	32,2*	

* Estimation du niveau de pauvreté en 2007
Source : Ministère du Plan

3.4. Contexte économique

La RDC est étranglée par une dette extérieure énorme estimée à 10,5 milliards de dollars et dont l'annulation est conditionnée par l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE⁴. Elle est classée parmi les pays les plus pauvres du monde dont le produit intérieur brut par habitant était estimé à \$300 en 2007.

L'environnement macroéconomique est marqué par le maintien de la croissance économique amorcée depuis 2002. En effet, grâce aux réformes économiques et structurelles initiées depuis cette année, le taux de croissance du PIB est positif avec un pic de 8 % en 2005, qui est, malheureusement, suivi d'une tendance à la baisse.



Source : Ministère du Plan.

3.5. Organisation politique et administrative

Selon l'article 2 de la Constitution de 2006, la RDC est composée de la ville de Kinshasa et de 25 provinces dotées de la personnalité juridique. Néanmoins, le territoire national est encore subdivisé en 11 provinces, nombre qui passera à 26 au cours de l'année 2010.

La Loi sur la décentralisation répartit les compétences entre les différentes Entités Administratives Décentralisées (EAD), assure leur libre administration (dans les limites de la sphère des compétences qui leur sont conférées), et garantit aux EAD l'autonomie financière. La part des recettes à caractère national allouées aux provinces est établie à 40% et est retenue à la source.

³ PNMLS, Rapport préliminaire de l'analyse de la réponse nationale, 2009

⁴ Ministère du Plan, Rapport national des Progrès des OMD, 2007

3.6. Système de santé et situation sanitaire de la RDC

Sur le plan sanitaire, les provinces correspondent aux Inspections provinciales de la santé et les districts aux Districts sanitaires. Les districts sanitaires sont subdivisés en Zones de santé. La Zone de santé est l'entité opérationnelle du système de santé. Le paquet minimum de soins de santé est organisé à ce niveau avec la pleine participation de la communauté. Il existe à l'heure actuelle 515 Zones de santé dans le pays, dont plus du tiers ne sont pas fonctionnelles. Depuis plus de 20 ans, la politique sanitaire du pays est basée sur la stratégie des Soins de santé primaire.

De façon générale, le système sanitaire de la RDC est actuellement caractérisé par la dégradation des infrastructures de santé, la vétusté des équipements, l'insuffisance et la mauvaise répartition d'un personnel fortement démotivé et peu formé. Pourtant, le pays fait face à plusieurs endémies (maladies bactériennes et parasitaires) et épidémies (VIH/sida, Ébola). OCHA estime à 24 millions le nombre des personnes vulnérables sur le plan sanitaire et nutritionnel.

3.7. Contexte humanitaire

Le pays a connu l'une des pires crises humanitaires du monde⁵. Actuellement, la RDC est dans une situation de post-conflit faisant suite aux deux guerres successives qu'elle a connues entre 1996 et 1997 d'une part, et entre 1998 et 2003 d'autre part. Ces guerres ont conduit à l'effondrement des infrastructures sociales et économiques. Il existe encore des poches de conflits à l'Est du pays qui engendrent des déplacements massifs des populations⁶.

Les facteurs aggravant la situation humanitaire en RDC peuvent être résumés de deux façons : *« d'une part des crises aiguës liées à des conflits armés localisés, à l'insécurité généralisée, aux catastrophes naturelles et aux épidémies ; d'autre part, des crises chroniques sous-jacentes, qui résultent de problèmes structurels liés au délabrement des services étatiques (y compris l'absence d'un Etat de droit), à l'impunité, à l'accès très limité aux infrastructures de base et aux services sociaux pour la majorité de la population congolaise »*⁷.

Depuis 1996, cette situation a entraîné de nombreux décès (plus de 3.000.000 morts) et le déplacement massif de populations : 1.350.000 déplacés internes et près de 500.000 réfugiés en Zambie, en Tanzanie, au Burundi, au Rwanda, en Ouganda, au Soudan, en Centrafrique et au Congo Brazzaville.

Dans ce contexte de pauvreté généralisée, la vulnérabilité des femmes et des enfants est exacerbée par les conséquences des conflits armés. Les déplacements forcés et récurrents avec interaction communautaire, le mixage aux groupes à risque, la disparition de la protection sociocommunautaire, la destruction du système sanitaire et éducatif et enfin, les violations des droits de l'Homme dont le viol utilisé comme arme de guerre exposent particulièrement les femmes et les enfants à la propagation des maladies et notamment du VIH.

⁵ OCHA, Plan d'action humanitaire 2007

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

4. Analyse de la situation et de la réponse

4.1. Situation générale de l'épidémie

1°. Quelle est l'ampleur de l'épidémie et quels sont les groupes les plus touchés par l'épidémie ?

La prévalence du VIH varie en fonction de la source des données. Les données de la séro-surveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles indique que celle-ci est restée relativement stable entre 2001 et 2006, période au cours de laquelle la prévalence a varié autour de 4%. Celles obtenues des Centres offrant les services de la PTME indiquent une prévalence relativement faible variant entre 2% et 3,2% entre 2003 et 2007. Cependant, les données fournies par l'enquête EDS+ montrent une prévalence encore plus basse (1,3%). Le moins que l'on puisse dire est que la prévalence du VIH en RDC n'est pas connue de manière certaine mais qu'elle varie dans l'intervalle allant de 1 à 7%.

Certains sous-groupes de la population, particulièrement les femmes, seraient frappés de manière plus importante que la population générale. Les femmes professionnelles du sexe constituent le groupe le plus touché par le VIH avec des prévalences dépassant généralement 15%. Les femmes déplacées de guerre (7,6%) et les femmes militaires avec une prévalence estimée à 7,8% seraient aussi parmi les groupes les plus touchés.

La prévalence de VIH au sein des camionneurs (3,3%) et miniers (2,4%) les rapproche de celle de la population générale.

2°. Quelles sont les tendances de l'épidémie ?

L'épidémie de VIH en RDC est relativement stable. L'examen des données de la séro-surveillance et de la PTME montre une certaine tendance à la baisse dans certaines parties de la République, telle que la ville de Kinshasa où la séroprévalence est passée de 5,9% à 1,9% au cours des 10 dernières années. Cette tendance à la baisse est aussi observée avec les données collectées dans le groupe des professionnelles du sexe entre 1996 et 2003.

3°. Quelles sont les moteurs de l'épidémie ?

Plusieurs facteurs favorisent la transmission du VIH dont l'importance varie d'un sous-groupe de la population à l'autre. L'ignorance des précautions à prendre pour éviter de contracter le virus, l'accès limité aux services de prévention, les conditions de vie difficile, la promiscuité, la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel et la mobilité des populations apparaissent comme les facteurs les plus importants. Ceux-ci sont amplifiés par la situation de pauvreté généralisée dans certains milieux et les barrières socioculturelles.

Par contre, la circoncision, pratiquement généralisée en RDC, joue probablement un rôle protecteur. Néanmoins, les données de l'EDS situent son taux à 97,2% à travers tout le pays variant entre 99,7% (Maniema) et 93% (Province Orientale)⁸. En plus, la présence des populations de pays voisins où la circoncision n'est pas pratiquée de façon systématique – tel est le cas du Rwanda où le taux se situe à 15% dans la population âgée de 15 à 59 ans⁹ – peut favoriser la propagation du VIH au sein de la population congolaise.

⁸ EDS, 2007

⁹ Rwanda National strategic Plan on HIV and AIDS 229-2012, March 2009, p. 60

4°. Modes de transmission

- **La transmission hétérosexuelle** : constitue la principale voie (83%) par laquelle les personnes contractent le VIH, selon les statistiques des services de Conseil et Dépistage du VIH disponibles auprès du PNLS ;
- **La transmission de la mère à l'enfant** : est estimée à 3% des cas ;
- **La transmission par voie sanguine** : était estimée à 2% en 2001 selon les données du PNLS ;
- **La transmission par injection et objets tranchants infectés** : est estimée à 2%.

Bien que rapportée par un petit nombre de personnes, la toxicomanie notamment l'injection de **drogue par voie intraveineuse** est une pratique qui existe en RDC. Le nombre de toxicomane par voie intraveineuse étant selon toute vraisemblance limité, le poids que revêt cette voie de transmission serait négligeable. Il en est de même pour la transmission homosexuelle dans l'épidémie du VIH.

4.2. Évolution et organisation de la lutte contre le VIH

1°. Evolution de la lutte

Le Gouvernement de la RDC avait officiellement reconnu l'existence du VIH/sida en 1983, devenant ainsi l'un des premiers pays africains à prendre conscience du danger représenté par cette épidémie.

La volonté politique de lutter contre la maladie s'est concrétisée par la création successive de plusieurs structures de lutte contre le sida : le Projet SIDA en 1984, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) en 1985 et le Bureau Central de Coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/sida et les IST (BCC/SIDA) en 1987. La mise en place des structures de lutte contre le VIH/sida balisera la voie à une fructueuse collaboration internationale, notamment entre la RDC et les institutions internationales telles que le CDC, le NIH et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, collaboration connue sous le nom de « Projet SIDA » dont la contribution – au niveau international – à la connaissance de l'épidémiologie et de l'histoire naturelle de l'infection à VIH/sida a été fort remarquable.

Cette collaboration a permis une réelle prise de conscience de la mesure et de la menace représentées par l'épidémie de VIH. En vue d'y faire face, le pays a élaboré plusieurs plans de lutte, à savoir le Plan à Moyen Terme couvrant la période de 1988 à 1992¹⁰, le Plan à Moyen Terme révisé de 1991-1994 et le Plan Stratégique national (PSN) 1999-2008 ainsi que la Feuille de route sur l'accès universel en 2006.

La priorité accordée à la lutte contre le VIH/sida s'est une fois de plus manifestée lors de l'élaboration du DSCR qui en a fait un pilier d'action.

2°. Organisation de la lutte

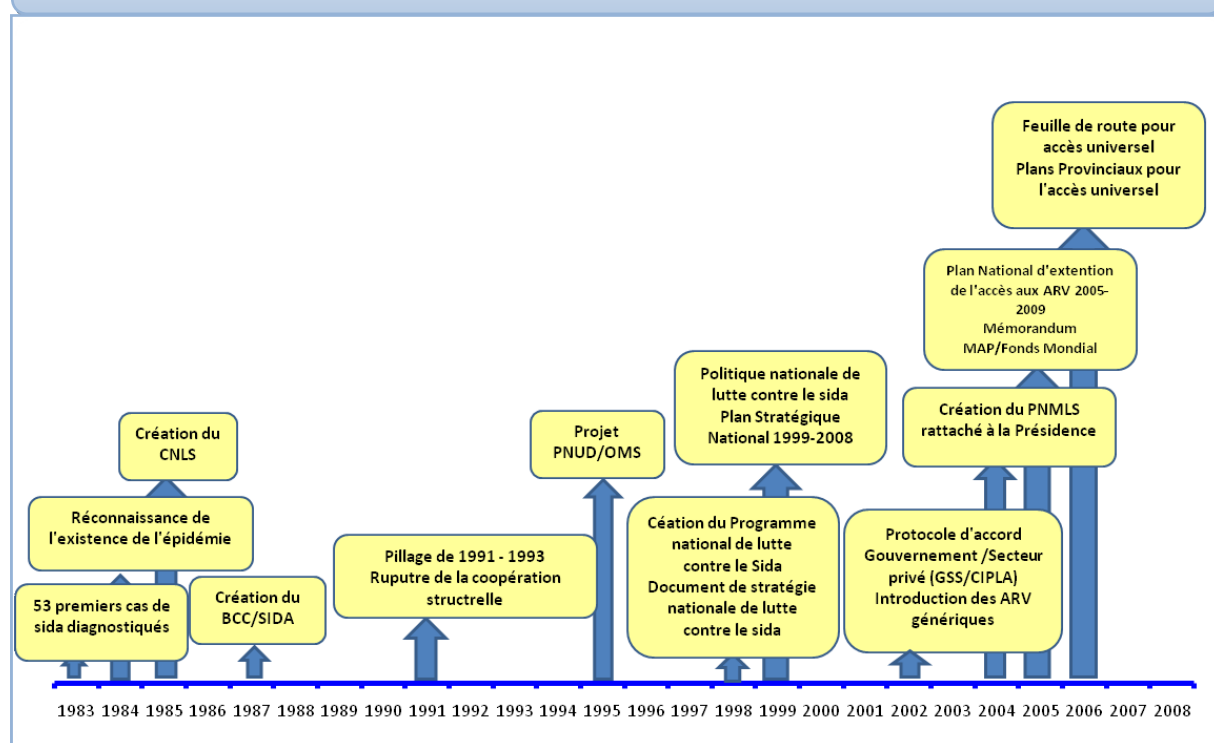
En RDC comme partout ailleurs, la lutte contre le VIH est devenue multisectorielle. L'illustration en a été faite par la signature du décret présidentiel créant le PNMLS en 2004. La création du PNMLS a été à la base de l'émergence des programmes et des cellules de lutte contre le VIH/sida dans tous les ministères existant au sein du Gouvernement. C'est le cas du Programme National de Lutte contre le sida et les IST du secteur santé, le

¹⁰ PMT 1988-1992

Programme de l'Armée de Lutte contre le sida, etc. Ces différents secteurs ont élaboré leurs plans sectoriels de lutte contre le sida.

Structure de coordination, le PNMLS appuie son action sur les acteurs et partenaires de tous les secteurs tant sociaux qu'économiques. Pour ce faire, il apporte les capacités techniques et financières nécessaires à la préparation et à la mise en œuvre des projets globaux des différentes entités du secteur public, du secteur privé, des confessions religieuses, des personnes vivant avec le VIH et des organisations de base et à assise communautaire.

Figure 3 : Environnement national de la réponse au sida



4.3. Analyse par groupe cible

1°. Population générale

La réponse nationale concernant la population générale a été principalement axée sur la prévention. Au cours de l'année 2007, les efforts déployés ont produit des résultats très limités notamment dans les aspects de Communication pour le Changement de Comportement tels que résumés ci-dessous :

- Pourcentage des ZS couvertes par le CCC : 38,3%
- Nombre moyen d'ONG/OAC actives par ZS couverte : 3,9
- Couverture nationale des personnes par la communication de groupe : 15%
- Couverture nationale en préservatifs envoyés en provinces : 3%

(Source : Rapport PNLS, 2007)

Selon l'EDS 2007, le taux d'utilisation des préservatifs dans la population générale à l'échelle nationale est faible : 26% des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel payant¹¹ et 21 % de l'ensemble des femmes et des hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels à risque ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur tout dernier rapport sexuel.

¹¹ EDS 2007.

La couverture nationale des services de CDV est passée de 30,4% en 2006 à 24,5% en 2007.

Concernant la couverture PTME, elle varie fortement d'une province à l'autre de même qu'à l'intérieur de chaque province¹². Les résultats obtenus dans l'aspect de la transmission mère – enfant pour l'année 2007 sont exposés ci-dessous :

- Pourcentage de ZS couvertes par la PTME : 32,6%
- Nombre de sites PTME : 394
- Nombre moyen de structure par ZS couverte : 2,3
- Taux de transmission mère-enfant : [3%]

(Source : EDS 2007)

En matière de sécurité transfusionnelle, environ 67% des besoins en sang testé ont été couverts en 2006 contre 52% en 2007 avec 79% des ZS du pays intégrant le réseau transfusionnel. Le pourcentage des dons de sang provenant des donneurs bénévoles a été de 35%.

Selon le rapport national PNLS 2007, toutes les provinces sont couvertes par la PEC des IST.

- Pourcentage de ZS couvertes par la PEC des IST : 42,9%
- Nombre moyen de structures par ZS couvertes : 3,1
- Nombre de nouveaux cas d'IST : 213.472
- Couverture nationale : 31%

(Source : PNLS 2007)

En matière de prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang, il est rapporté qu'un protocole a été élaboré sans être diffusé. Le nombre de ZS ayant intégré la prise en charge des AES est de 56 ZS sur 515. Très peu de données sont disponibles dans ce domaine.

Problèmes prioritaires :

1. Comportements à risques (Faible taux d'utilisation du préservatif, multi partenariat sexuel) ;
2. Faible connaissance du statut sérologique VIH (9%) ;
3. Faible disponibilité des services de transfusion sanguine (52% des besoins couverts en 2007, 79% des Zones de santé ont intégré le réseau transfusionnel.) ;
4. Faible pourcentage de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dans les centres de transfusion /laboratoire, suivant les modes opératoires normalisés et de contrôles de qualité externe. (46%) ;
5. Faible couverture de l'offre des services des IST (42,9%) ;
6. Manque de PEC des AES.

2°. Professionnel(le)s du sexe

La transmission du VIH étant majoritairement hétérosexuelle en RDC, le rôle de la prostitution dans la chaîne de transmission est fort probable. Les données les plus récentes, datant de 2004, font état d'une prévalence de **16,9%** auprès des PS des grandes villes du pays (IC⁹⁵ :16,4 – 18,0 ; N : 2.841).¹³

Les résultats détaillés sont indiqués dans le tableau 3.

Tableau 3 : Séroprévalence chez les PS en 2004						
Site d'enquête	Kinshasa	Kisangani	Lubumbashi	Matadi	Mbandaka	Mbuji-Mayi
Prévalence en % (IC ⁹⁵)	18,4 (15,1-22,2)	13,6 (9,8-19,1)	23,3 (18,1-29,0)	15,3 (10,0-22,7)	7,3 (4,6-11,4)	24,5 (18,9-30,6)

¹² PNLS, rapport annuel 2007

¹³ ESP, Enquête de Surveillance Comportementale (ESC) – vol 2. Août 2006.

n	457	210	225	124	232	202
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Source : Rapport PNLS, 2007

Déterminants :

- Partenaires multiples et double tarification des transactions sexuelles (avec ou sans préservatif) ;
- Pratiques sexuelles à risque (rapports sexuels ano-génitaux).

Obstacles :

- Prix supérieur du rapport homosexuel par rapport au rapport hétérosexuel. En règle générale, la prostitution masculine rapporterait plus que la prostitution féminine.
- Prix supérieur du rapport sexuel non protégé par rapport au rapport avec préservatif : les clients étant habituellement disposés à payer un prix plus élevé pour un rapport non protégé, la tentation est forte pour les PS d'en prendre le risque¹⁴.
- Manque d'alternative socioprofessionnelle pour les PS : le métier de PS paie mieux que certaines professions classiques. Une PS peut gagner en moyenne 30 à 50\$ par jour, ce qui lui ferait difficilement changer de métier sans alternative tout aussi intéressante¹⁵.

Réponse :

Les actions menées par différents intervenants en faveur de ce groupe se résument comme suit :

- la prévention avec (1) l'organisation des causeries éducatives, la communication interpersonnelle, ainsi que la production de supports audiovisuels et de pièces de théâtre dont les thèmes sont orientés sur les différents déterminants du VIH chez les PS. ; (2) la promotion des services IST¹⁶, (3) la promotion du CDV autour de centres pilotes ainsi que les CDV mobiles en faveur des PS ; (4) le marketing social des préservatifs ; et (5) l'introduction de points de distribution dans les sites d'habitation, de travail et de PEC des PS ;
- la PEC médicale avec l'intégration du traitement aux ARV dans les sites de prise en charge des PS, ce qui facilite leur adhérence au traitement.

Faiblesses :

- Inefficacité de l'approche « éducation par les pair(e)s » ;
- Faible couverture des structures de prise en charge des PS (IST, CDV, ARV, CCC) ;
- Non actualisation du module et boîte à images sur les IST ;
- Stratégie de CCC chez les HSH non clairement définie ;
- Rupture fréquente de stocks en intrants (préservatifs, réactifs, ...) dans les sites de travail des PS.
- Mauvaise coordination dans la distribution des préservatifs à tous les niveaux.

Problèmes prioritaires :

1. Comportements à risque ;
2. Incidences élevées des IST.

¹⁴ Mtumbanzondo et al, Unprotected sex for extra money among commercial sex workers in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. AIDS Care, Cité par PNNMLS, Rapport préliminaire d'analyse de la situation, 2009

¹⁵ KASHETA WABUNGA, E., L'utilisation des préservatifs chez les femmes prostituées, TFC, Université de Kinshasa. Cité par PNMLS, Rapport préliminaire d'analyse de la situation, 2009

¹⁶ Centres pilotes à Kinshasa : Matonge et BISO NA BISO

3°. PvVIH

Déterminants :

- Discrimination et stigmatisation des PvVIH dans les différents milieux notamment les services de santé et le monde religieux.

Obstacles :

- Peu d'actions spécifiques de prévention positive : les actions telles que la communication par l'approche SAVE, la distribution des préservatifs, les témoignages de vie positive pour encourager la sortie des PvVIH de la clandestinité, les emplois ou consultation rémunérés pour PvVIH, ... sont rares ;
- Faible accès aux services de PTME et à la prise en charge pédiatrique pour les enfants vivant avec le VIH ;
- Faible accès aux services sociaux de base dont la nutrition dû notamment à l'absence de normes en la matière ;
- Méconnaissance de la loi portant protection des PvVIH et PA qui s'explique par la faible vulgarisation de la loi. Ainsi, la plupart des PvVIH et PA n'a pas conscience de la responsabilité qui incombe à l'Etat, de la gratuité des ARV et du dépistage volontaire ;
- Criminalisation de la transmission volontaire du VIH : la loi portant protection des PvVIH et PA, pénalise la transmission volontaire du VIH alors qu'il ne s'agit pas d'une loi pénale. Cet aspect constitue une faiblesse qui contraste avec l'objectif de protection contre la discrimination et partant de prise en charge juridique ;
- Absence de volonté politique et stratégique pour identifier et lever les principaux obstacles au passage à l'échelle du TARV.


Réponse :

Les principales interventions sont : les activités de prévention positive (promotion des comportements à moindre risque de l'infection à VIH chez les PvVIH, approche SAVE), la promulgation de la loi portant protection des droits des PvVIH, l'accès au traitement et aux soins et les activités de laboratoire.

Les résultats de ces interventions restent cependant maigres. En matière d'accès au traitement et aux soins, seuls 33 % des ZS sont couvertes en 2008 et le nombre moyen de structures par ZS est passé de 1,2 en 2006 à 1,6 en 2007 puis à 1,5 en 2008. On dénombre 224 structures agréées et 675 prescripteurs de TARV.

D'autres interventions ont été orientées vers de nouvelles approches :

- L'« Approche familiale du VIH/sida à porte d'entrée pédiatrique » qui cible les enfants séropositifs avec les membres de leur famille (introduite en fin 2002 à travers le Projet SARA (Sustainable Antiretroviral Access) ;
- L'approche familiale à porte d'entrée « femme enceinte séropositive » qui cible les enfants exposés, les patients co-infectés et les membres de la famille infectés à l'Hôpital Pédiatrique de Kalembembe, projet dénommé SARA+ financé par le CDC avec l'appui de l'UNC ;
- La PEC pédiatrique appuyée par la Fondation Clinton et l'Unicef dans 83 structures de PEC et 243 structures de recrutement à travers le pays.

 Le traitement aux ARV : Jusqu'en 2008, les résultats suivants ont été enregistrés :

- | | |
|--|----------|
| • Nombre de personnes mises sous ARV | : 24.245 |
| • Nombre d'enfants mis sous ARVs (parmi les 14678) | : 6.324 |
| • Nombre de femmes mis sous ARVs (parmi les 14678) | : ND |

- Pourcentage de personne sous TAR par rapport aux Personnes nécessitant le traitement : 7 %

(Source : PNLIS 2008)

✚ **Prise en charge des Infections Opportunistes** : Les PvVIH de la RDC bénéficient de services de prévention et de prise en charge des infections opportunistes (IO).

- Pourcentage de ZS couverte en PEC des IO : 33,6%
- Nombre de nouveaux cas de sida notifiés : 11.247
- Nombre de nouveaux cas d'IO : 23.189

(Source : PNLIS 2008)

✚ **Coinfection TB-VIH** : La Tuberculose associée au VIH est l'infection opportuniste la plus fréquente chez les PvVIH, et la principale cause de décès liés au sida. La prévalence du VIH chez le tuberculeux est de 12%. La couverture des services est de 80 ZS sur un total de 515. Cependant seules 20 ZS sur le 80 sont opérationnelles.

Parmi les tuberculeux, moins de 3 % de 100.000 cas dépistés chaque année ont accès au test VIH et parmi les malades éligibles moins de 40% bénéficient du TARV.

Tableau 4 : Evolution des cas de tuberculeux dépistés

	Année		
	2006	2007	2008(1)
Fréquence des cas recensés	98.139	101.446	68.712
Fréquence des cas dépistés au VIH	1.617	2.681	1.964

(1) Données au 3^{ème} trimestre 2008

Concernant les activités de laboratoire, la couverture nationale en laboratoires offrant des services de suivi biologique est très faible. Actuellement, seuls deux laboratoires disposent d'un plateau technique nécessaire à la réalisation de la charge virale (Kinshasa, Lubumbashi). Il importe de souligner que le faible pouvoir économique de la plupart des PvVIH réduit considérablement leur accès aux examens biologiques qui dans la plupart des cas ne sont pas gratuits.

Problèmes prioritaires :

1. Faible nombre des Personnes sous ARV 7% (2008) ;
2. Discrimination et stigmatisation des PvVIH dans les différents milieux ;
3. Faible implication des PvVIH dans la lutte contre le VIH/sida ;
4. Faible nombre de PvVIH ayant accès à un appui psychosocial , spirituel et au suivi post test ;
5. Faible niveau socio- économique de la plupart PvVIH et PA ;
6. Aucune action spécifique de prévention ciblée pour les PvVIH.

4°. Adolescents et jeunes (15–24 ans)

En RDC, la prévalence du VIH chez les adolescents et jeunes de 15-24 ans était de 3,6% en 2006¹⁷.

Déterminants socioculturels :

- Ignorance des questions majeures concernant la sexualité ;
- Insuffisance ou manque d'encadrement adéquat de la part des éducateurs (parents & enseignants) sur les questions relatives à la sexualité

¹⁷ PNLIS, *Passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les CPN, Rapport 2006*, décembre 2007.

- Comportement à risque : rapports sexuels occasionnels et non protégés avec des partenaires multiples
- Méconnaissance des comportements à risque
- Faible utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque ;
- Incapacité de négocier des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés, etc ;
- Méconnaissance des comportements à risque ;
- Accès limité à l'information et aux services ;
- Précocité des rapports sexuels : début sexuel avant l'âge de 15 ans pour 15% des filles et 21% des garçons, EDS 2007.

Obstacles :

- Les barrières culturelles face à la sexualité au sein de la famille ou de la société en général : on note une opposition et un manque d'enthousiasme des parents en matière d'éducation sexuelle alors que 15% des filles et 21% des garçons ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans ;
- Ignorance, insuffisance d'informations et connaissances erronées à propos du VIH/sida ;
- Faible niveau d'instruction : en RDC, le taux net de fréquentation de l'école secondaire est de 29%, soit 32% pour les garçons et 25% pour les filles ;¹⁸
- Faiblesse ou inexistence des services de santé reproductive et conviviaux adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes ;
- Contribution limitée des partenaires sociaux et bailleurs en matière de prévention du VIH.

Réponse :

Plusieurs initiatives ciblant les jeunes ont été menées notamment pour améliorer leur niveau de connaissance sur le VIH, retarder l'âge du début des rapports sexuels, promouvoir la fidélité à un seul partenaire parmi les jeunes, promouvoir l'utilisation des préservatifs et améliorer l'offre des services en leur faveur.

Problèmes prioritaires :

- Comportement à risque ;
- Faible couverture des interventions ;
- Abus et exploitations sexuels.

5°. Monde du travail

La réponse à l'épidémie en RDC dans le monde du travail varie selon les secteurs :

- Dans le secteur public : des activités de CCC sur le VIH/sida ont été réalisées, de même que la distribution de préservatifs. Cependant, il s'est agi globalement d'activités de faible ampleur, limitées dans le temps et dans l'espace ;
- Dans le secteur privé : La mise en place en 2001 du Comité Inter Entreprises de lutte contre le VIH/sida (CIELS) marque le début de l'appropriation de la lutte par les entreprises en RDC.

Problèmes prioritaires :

- Insuffisance de données ;
- Faible accès des employés aux services de prévention et de PEC ;
- Faible engagement des chefs d'entreprise dans la lutte contre le sida.

¹⁸ Ministère du Plan, Enquête Démographique et de Santé, 2007

6°. Hommes et femmes en uniforme

Une étude récente menée dans la garnison de Kinshasa sur un échantillon de 4.045 militaires de deux sexes a montré que la prévalence du VIH parmi les militaires était similaire à celle d'autres sous-groupes de la population (**3,8%**). Cependant, les militaires de sexe féminin ont une prévalence de VIH deux fois plus élevée (**7,5%**) que celle de leurs collègues masculins (3,6%)¹⁹ selon la même étude.

Déterminants de l'épidémie :

- Connaissance insuffisante des modes de transmission du VIH/sida et autres IST ;
- Faible utilisation du préservatif ;
- Violences basées sur le genre ;
- Partenaires sexuels multiples.

Obstacles :

❖ MILITAIRES ET POLICIERS

- Forte mobilité des militaires et policiers pour faire face aux crises sociopolitiques et aux rébellions depuis 1996 ;
- Promiscuité dans le logement qui favorise les cas d'inceste, de viol et de violence sexuelle susceptibles de contribuer à la transmission du VIH ;
- Faible disponibilité des services de prévention et de prise en charge globale. Pourtant, ces communautés sont spécialement exposées au risque de l'infection au VIH/sida et autres IST du fait du goût de risque de par leur formation et responsabilités et du pouvoir que leur confèrent leurs fonctions dans la société.

Par ailleurs, la femme policière ou militaire ne fait l'objet d'aucune attention particulière en dépit de sa vulnérabilité avérée face au VIH.

❖ DOUANIERS

Les informations sur la corrélation entre le comportement sexuel de douaniers et leur situation financière restent anecdotiques. Il apparaît évident que la couverture en matière de CCC et de prise en charge reste encore faible.

Réponse :

Chez les Militaires :

Les activités de prévention ont été menées dans plusieurs camps militaires : CCC, production des supports éducatifs et pédagogiques, émissions radio et télévisées, promotion du CDV – un intervenant rapporte que 15.000 personnes testées sont retournées pour leurs résultats – distribution de préservatifs aux militaires. Les services de PTME, quant à eux, ne sont intégrés que dans 4 structures.

La PEC médicale avec le TARV couvre un total de 678 personnes localisées à Kinshasa, à Lubumbashi et à Mbuji Mayi selon un intervenant.

Pour la Police :

Les interventions de prévention ont porté sur la promotion et la distribution des préservatifs, la production et la diffusion des supports éducatifs dans cinq provinces du pays accompagnées de renforcement de capacités, la promotion et le plaidoyer en faveur de la lutte contre les violences sexuelles, l'intégration de la PTME dans deux structures et

¹⁹ ¹⁹ PALS, Etude de séroprévalence du VIH au sein des forces armées congolaises (FARDC) dans la ville de Kinshasa. Rapport d'enquête, 2008

la prise en charge syndromique des IST. La sécurité transfusionnelle n'a pas été organisée.

110 PvVIH bénéficient de la prise en charge médicale et sont mises sous ARV selon un intervenant.

Problèmes prioritaires :

1. Comportement à haut risque ;
2. Prévalence élevée des IST ;
3. Stigmatisation des PvVIH et des PA dans le milieu des Hommes et Femmes en Uniforme ;
4. Risque élevé d'accidents d'exposition au sang (AES) ;
5. Faible couverture des interventions de PEC médicale du VIH chez les Hommes et Femmes en Uniforme.

7°. Orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV)

Déterminants de l'épidémie :

- Précocité des rapports sexuels ;
- Multi partenariat sexuel surtout parmi les filles ; et
- Usage de la drogue.

Réponse :

Plusieurs interventions ont été menées en faveur des OEV, notamment dans le domaine de l'éducation, la formation et l'apprentissage professionnels, les soins et traitements tant pour le VIH que pour les autres maladies ainsi que le développement d'activités génératrices de revenus.

Par ailleurs, piloté par l'UNICEF, le processus RAAAP (Rapid Assessment Analysis for Action Planning) qui vise à terme à l'élaboration du Plan d'Action National en faveur des OEV est en cours. Le Rapport d'Analyse de la situation des OEV ayant été validé en février 2009, le Plan d'Action National pour les OEV est attendu avant fin 2009.

Problèmes prioritaires :

- Comportements à risque : Précocité des rapports sexuels, multi partenariat sexuel, Rapports sexuels non protégés ;
- Vulnérabilité élevée ;
- Violences sexuelles et pédophilie.

8°. Populations affectées par les crises et les urgences humanitaires

Du fait de leur condition de total dénuement, les déplacés sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. C'est ce qui expliquerait le taux de séroprévalence du VIH de **7,6%** détecté auprès de 225 sujets représentatifs de personnes déplacées internes²⁰, soit pratiquement le double de la séroprévalence observée chez les femmes enceintes du système national de sérosurveillance.

En outre, les conflits armés que connaît la RDC depuis 1996, ont conduit à l'émergence d'un nouveau facteur favorisant la propagation du VIH : **le viol**²¹ qui est particulièrement utilisé comme arme de guerre dans les provinces de l'est. Le nombre de femmes victimes de

²⁰ AA Kim et al. 2005

²¹ Amnesty International, République Démocratique du Congo. Violences sexuelles: un besoin urgent de réponse UNHCR et partenaires, 2007. Nses adéquates. Cité par PNMLS, Rapport préliminaire d'analyse de la réponse, 2009

violences sexuelles enregistrées en 2008 s'élève à 18 407 selon le rapport sur l'ampleur des violences sexuelles en RDC 2008.

Les organisations qui luttent contre les violences sexuelles infligées aux femmes (UNFPA, MONUC, HCR et de nombreuses ONG) ont rapporté jusqu'à **20%** de séroprévalence chez les victimes bénéficiant d'une prise en charge médicale, soit quatre fois celle observée chez les femmes enceintes des sites sentinelles des mêmes provinces.

Obstacles :

- Impunités des cas de viols ;
- Stigmatisation et rejet des victimes de viol.

Réponse :

- Vulgarisation des directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence dans les provinces de l'Est de la RDC en 2006 ;
- Mise en œuvre des projets d'appui à la réduction des violences sexuelles et du VIH/sida dans cinq provinces de l'Est (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema, Province Orientale et Katanga)²² ;
- Disponibilisation du paquet humanitaire VIH en faveur des rapatriés des pays voisins (Angola, Congo Brazzaville, Centrafrique, Soudan, Rwanda et Burundi) ;
- Initiatives sur le paquet complémentaire : CDV, PTME, infections opportunistes (IO) et TAR ont été réalisées à travers la référence vers les structures étatiques/ONG pour les urbains ou vers les programmes VIH des pays voisins (Aru vers l'Ouganda pour raisons de proximité).

Problèmes prioritaires :

1. Comportements à risque : Rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples ;
2. Violences sexuelles basées sur le genre ;
3. Faible accessibilité des personnes en situation de crise aux services de prévention ; soins et de prise en charge en matière de VIH.

9°. Populations mobiles (routiers, camionneurs, piroguiers, pêcheurs, miniers)

La prévalence du VIH chez les camionneurs est de 3,3%, du même ordre que celle observée chez d'autres groupes d'hommes pratiquant un comportement à risque, à savoir les militaires, les douaniers et les miniers.

Chez les miniers ou les chercheurs de matières précieuses (diamant, or ..) travaillant le plus souvent dans des conditions précaires et résidant de manière permanente dans les sites informels d'extraction de minerais, le taux est de 2,4% (BSS, 2005) . Habituellement jeunes, certains sont mariés, mais ne résident pas systématiquement avec leur famille. Ces voyageurs permanents constituent une population passerelle par excellence car étant régulièrement en contact avec les PS.

Déterminants :

- Absence prolongée hors du foyer conjugal ;
- Arrêt fréquents dans les sites fréquentés par les PS ;
- Contact étroit avec les PS dans les cités minières ;
- Faible utilisation du préservatif ; et
- Promiscuité sexuelle (payeurs, conducteurs de taxi-vélo)

Réponse :

²² RENADEF : Projet exécuté avec l'appui de UN Trust Fund to end violence against Women/UNIFEM New york.

Les interventions ont été relatives à la prévention avec notamment:

1. Les activités de formation des pairs éducateurs, de distribution des préservatifs, de production et de distribution du matériel éducatif à travers le réseau « Transporteur arrête sida » (TRASI) ;
2. La production par un intervenant de 6 courts métrages en appui aux animations de masse et organisation des vidéos forums en faveur des chauffeurs avec l'appui de l'ASF ;
3. La promotion de l'utilisation du préservatif par les camionneurs ainsi que la distribution des préservatifs et du matériel éducatif par quelques acteurs de la société civile.

Problèmes prioritaires :

1. Comportements à haut risque (Faible utilisation des préservatifs, multi partenariat sexuel) ; et
2. Absence de données de base

10°. Autres groupes cibles exposés

Certains groupes cibles ayant des comportements qui les exposent à l'infection au VIH sont signalés, mais les informations formelles les concernant ne sont pas disponibles quant au niveau réel du risque. Il s'agit des groupes suivants :

- Les usagers de drogues injectables (UDIs) avec une séroprévalence un peu plus élevée que chez les routiers en 2005. On note chez les toxicomanes une accoutumance à la drogue, un renforcement une excitation accrue et une agressivité sexuelle ;
- Les sportifs et les musiciens par le fait du vedettariat et du soutien financier des femmes aisées ;
- La population dans le milieu carcéral sujette à des comportements à risque ;
- Les populations vivant avec handicap ayant un faible niveau de connaissance sur le VIH/sida
- Les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes ...

Problèmes prioritaires :

1. Comportement à risque ;
2. Absences de données.

4.4.Principales recommandations

1°. Prévention

a) Promotion des comportements à moindre risque du VIH

- Elaboration d'une politique claire et concise de Communication pour le Changement de Comportement dans le cadre global d'une politique de prévention pourrait renforcer davantage les activités de ce sous domaine ;
- Elaboration d'un Plan de communication VIH/sida couvrant l'ensemble du pays en fonction des différentes populations cibles ;
- Renforcement des capacités techniques des promoteurs de comportement sexuel à moindre risque.

b) Promotion et distribution des préservatifs

- Approvisionnement régulier en préservatifs dans l'ensemble du pays ;
- Mise sur pied d'un système de contrôle de qualité de préservatifs selon les directives nationales ;
- Promotion du préservatif féminin et son accessibilité dans le pays.

c) Conseil et dépistage volontaire du VIH

- Augmentation progressive de l'accès de la population générale, et plus particulièrement des groupes cibles prioritaires, au CDV par une intégration effective de cette activité dans le paquet minimum d'activités au niveau des ZS ;
- Renforcement de capacités de CDV de qualité ;
- Approvisionnement régulier en réactifs et en consommables des structures impliquées en vue de leur permettre d'assurer une continuité des services.

d) Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

- Actualisation et application des normes et directives de la PTME y compris celles relatives à l'alimentation des enfants nés de mères séropositives ;
- Elaboration d'un Plan budgétisé d'extension des sites de la PTME et adoption de ce Plan par tous les partenaires concernés en vue d'une mobilisation accrue de ressources ;
- Renforcement des capacités techniques des laboratoires de référence et de certains districts en les dotant du plateau technique requis, des réactifs et des consommables ;
- Mise en place d'un système d'approvisionnement efficace en intrants sur base des besoins correctement estimés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

e) Sécurité sanguine

- Elaboration d'un Plan d'extension en vue d'assurer la couverture en sang sécurisé par rapport aux besoins de l'ensemble du pays ;
- Mise en place d'un système d'estimation des besoins et d'approvisionnement en réactifs et consommables ;
- Application des mesures de précautions universelles.

f) Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Mise en place d'un système d'approvisionnement efficace avec une estimation correcte des besoins en médicaments génériques et en réactifs pour assurer la surveillance et la prise en charge adéquate des IST des PS et de leurs clients, des jeunes, des militaires et autres groupes à risque.

2°. Prise en charge

Les recommandations sur la prise en charge portent sur plusieurs aspects : médical, nutritionnel et psychosocial.

a) Prise en charge médicale

- Amélioration de la qualité du traitement aux ARV avec des mesures précises sur la gratuité des ARV, du bilan biologique d'inclusion et de suivi
- Renforcement des capacités de la société civile dans la prise en charge communautaire et l'accompagnement psychosocial des PvVIH
- Mise en place d'un système de surveillance pour détecter l'apparition de la résistance de souches virales aux antirétroviraux en vue d'adopter des protocoles thérapeutiques, de réduire les taux d'échec et la nécessité de prescrire un traitement de 2ème ou de 3ème ligne.

❖ Prévention et prise en charge des Infections Opportunistes :

- Mise en place d'un système efficace d'estimation des besoins et d'approvisionnement en médicaments génériques et en réactifs pour éviter les ruptures de stock ;

- Actualisation des documents de normes et directives ainsi que leur vulgarisation pour permettre aux prestataires de prendre en charge les PvVIH en toute conformité.
- ❖ La co-infection VIH/Tuberculose :
 - Renforcement des capacités du Comité de pilotage pour la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des directives nationales dans le cadre de la coïnfection ;
 - Recherche et surveillance épidémiologique sur la coïnfection VIH/tuberculose.
- ❖ La co-infection VIH/Hépatites et VIH/Néphropathies

Face à l'absence des données prouvant suffisamment que ces co-infections n'ont pas fait l'objet d'attention aussi bien du programme de coordination que des partenaires, la recherche et la surveillance épidémiologique doivent être assurées pour obtenir des informations stratégiques.
- ❖ Les activités de laboratoire
 - Mise sur pied d'un réseau des laboratoires sida à travers le pays avec un système cohérent d'assurance qualité et un programme de suivi et de surveillance des résistances ;
 - Mise sur pied d'un système pérenne d'approvisionnement en réactifs et consommables de laboratoire et de dotation en équipement de base ;
 - Principe de gratuité des examens biologiques de diagnostic et de suivi.

b) Prise en charge nutritionnelle

La prise en charge nutritionnelle s'est limitée et s'est confondue à la distribution des vivres aux PvVIH par manque de politique et de stratégies en la matière. De plus, la couverture des activités d'appui nutritionnel reste inconnue, témoignant du manque d'organisation de ce volet de la réponse au VIH en RDC.

Les recommandations suivantes ont été formulées pour l'Intégration du volet nutritionnel dans la prise en charge globale des PvVIH :

- Intégration des aspects nutritionnels dans le paquet complet du traitement et soins offerts aux PvVIH ;
- Fourniture d'une assistance alimentaire aux PvVIH démunies ;
- Renforcement de la sécurité alimentaire aux ménages affectés par le VIH/sida et par l'insécurité alimentaire ;
- Finalisation du protocole de prise en charge nutritionnelle en cours d'élaboration.

4.5.Aspects programmatiques

1°. Coordination

a) Coordination

L'audit institutionnel des structures de coordination a révélé qu'en dehors de la Coordination nationale et des Coordinations décentralisées, seules 9 Coordinations locales (9 sur 52 districts) sont actuellement fonctionnelles grâce au financement du projet MAP de la Banque Mondiale.

Obstacles :

- Insuffisance d'harmonisation et faiblesse de la coordination des interventions de toutes les parties prenantes de la lutte multisectorielle contre le sida ;
- Manque de convergence, de complémentarité et de synergie entre les interventions des différents secteurs ;

- Manque de mécanismes de communication et d'informations entre les différents secteurs qui ont des interventions verticales ;
- Absence de définition d'un mécanisme de coordination sectorielle et intersectorielle assorti d'orientations pour les aspects de la lutte contre le VIH ;
- Manque de définition claire des termes de référence de chaque groupe de partenaires techniques et financiers, insuffisance de consensus sur les priorités nationales, jeux d'intérêt et insuffisance d'harmonisation et d'alignement.

b) Gouvernance du VIH

Leadership : En dépit des engagements des autorités et des leaders communautaires, le niveau de leadership n'a pas été constant et est resté variable d'une structure à l'autre.

Multisectorialité : la multisectorialité de la lutte contre le VIH est effective par l'implication de différents secteurs. On note cependant :

- une faible implication des communautés ;
- une absence d'harmonisation, de convergence, de complémentarité et de synergie des interventions menées par les différents secteurs.

c) Mobilisation et implication communautaire

Malgré une forte implication des ONG, OAC, confessions religieuses et relais communautaires, le renforcement de la mobilisation et de l'implication communautaire pour améliorer l'accès des populations éloignées et déplacées aux services liés au VIH est une option stratégique majeure pour accélérer l'atteinte des objectifs de l'accès universel.

Le renforcement de la dynamique communautaire doit se faire à travers les organisations de la société civile (associations, ONG, églises, ...) vis-à-vis du VIH/sida en organisant des interventions de prévention et de promotion convergentes, complémentaires et synergiques à celles menées par les centres de santé et hôpitaux.

d) Rôle du système de santé

Le système de santé a joué un rôle central dans la réponse nationale face au sida. Cependant, les résultats obtenus sont loin des attentes. Parmi les faiblesses répertoriées, on note :

- Une faible appropriation et responsabilisation de la réponse au VIH/sida par les Programmes Nationaux du Ministère de la Santé en dehors du PNLS et du PNTS. C'est le cas du Programme national de la Santé de la Reproduction dont dépendent les interventions en matière la PTME ;
- L'insuffisance de la collaboration entre Programmes nationaux du Ministère de la Santé en tant que partenaires de la lutte ;
- Le déficit en ressources humaines compétentes pouvant offrir les soins de santé globaux (soutien psychosocial, nutritionnel, suivi biologique) la synthèse d'informations de services VIH et le soutien communautaire à l'observance... ;
- L'insuffisance de collaboration entre certains Programmes nationaux en tant que partenaires de lutte ;
- L'insuffisance de ressources financières alloués à la réponse au VIH/sida exacerbée par la faiblesse de la priorisation des interventions.

e) Partenariat dans la lutte contre le VIH

Le partenariat a été développé dans le cadre de la lutte contre le VIH au niveau de la société civile (Forum Sida), au niveau national (Groupe Thématique VIH/sida,

GIBS,...), au niveau sous-régional (GLIA, Initiative Fleuves Chari, Congo et Oubangui, SADC, etc.) et au niveau international (Fonds Mondial, PEPFAR,...).

Ce partenariat est souvent handicapé par le non respect de certains engagements.

f) Planification des activités de lutte contre le VIH

Plusieurs plans ont été élaborés tant au niveau national que sectoriel.

L'analyse des documents et des processus de planification indique :

- La faible pratique d'un processus de planification systématique et régulière
- Le risque d'une planification qui n'est pas basée sur les évidences
- Une volonté insuffisante d'intégrer le volet lutte contre le VIH dans les projets et programmes de développement ;
- L'absence d'un guide national de planification pour les différents acteurs, hormis ceux développés par chaque projet et qui diffère suivant le partenaire.

g) Financement de la lutte contre le VIH

Diverses sources assurent le financement de la lutte contre le VIH, dont la majeure partie provient de l'extérieur (Banque Mondiale, Fonds Mondial de lutte contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose, USAID et d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux dont le Système des Nations Unies, ainsi que des ONG internationales.

Au niveau national, le financement provient du budget de l'État, du budget des provinces et des entreprises dans le cadre du CIELS essentiellement.

Parmi les obstacles se trouvent la faiblesse de la contribution de l'État, l'absence d'un cadre global national de mobilisation des ressources, la non prédictibilité et le parallélisme de celles-ci, donnant lieu à de multiples procédures, le faible taux d'absorption de ressources, etc.

2°. Suivi et Evaluation (Informations stratégiques, surveillance et recherche)

a) Recherche

Depuis 1983, diverses recherches ont été menées en RDC y compris l'étude CHAT (Country Harmonization and Alignment Tool) et l'étude du flux des ressources et dépenses liées à la lutte contre le VIH/sida.

Faiblesses :

- Absence d'un plan concerté et cohérent de recherche à l'échelle du pays ;
- Insuffisance de données sur la vulnérabilité des groupes spécifiques au VIH/sida ;
- Absence de données sur les fréquences d'isolement des germes en cause et l'évaluation de leur niveau de résistance aux antibiotiques ainsi que sur la résistance des souches de VIH en circulation aux antirétroviraux.

b) Surveillance

Surveillance épidémiologique :

Le nombre de sites sentinelles est passé de 6 entre 1985 et 1990 à 13 entre 1991 et 1999 puis à 27 en 2006 et 33 en 2008.

Surveillance comportementale :

La surveillance comportementale est opérationnelle depuis 2004 en RDC. Des enquêtes de surveillance comportementale combinées à la sérosurveillance du VIH ont fourni non seulement des données pour les indicateurs de connaissance et de

comportements, mais aussi les données de prévalence du VIH dans les groupes cibles.

Enquête Démographique et de Santé :

Une seule enquête démographique et de santé a été réalisée en 2007 et a fourni les données de prévalence et de comportements relatifs au VIH dans la population générale.

c) Suivi et évaluation

Dans ce domaine, les efforts entrepris ont permis de mettre en place des cadres de concertation sur le suivi et évaluation (Task Force) au niveau national et provincial, d'élaborer un cadre stratégique national de suivi et évaluation et un manuel de suivi et évaluation des activités de lutte contre le sida ainsi que des outils de collecte des données au niveau de la zone de santé (Ministère de la Santé).

Cependant, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) n'est pas en mesure de jouer son rôle de centralisation de l'ensemble des données du secteur sanitaire. La retro information est très limitée et les mécanismes de partage et de dissémination de l'information ne sont pas fonctionnels.

5. Grandes orientations, vision et principes directeurs

5.1. Fondements politiques et stratégiques de la riposte au sida

Les documents de définition des politiques et des stratégies nationales ont été produits dans le but global de lutter contre la pauvreté. L'un des axes qui y est identifié concerne la réponse au VIH/sida. L'ensemble de ces documents constitue les bases stratégiques du présent Plan. Parmi eux figurent le DSCR, le PAP, le CAF/UNDAF qui portent sur le cadre global. Quant à la Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, à la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à la stratégie de renforcement du système de santé, elles définissent spécialement la politique du pays en matière de lutte contre le VIH.

1°. Documents cadres globaux

a) Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR)

Adopté en 2006, le DSCR est la vision globale de la RDC qui s'inscrit dans la perspective de l'atteinte des OMD et définit la stratégie du Pays en matière de développement et de réduction de la pauvreté.

Il est assorti de la vision du pays en matière de développement à long terme (2025), pour la construction d'une Société d'Espoir, fondée sur (i) l'unité nationale et l'intégrité du territoire ; (ii) la sécurité, la justice, l'égalité et l'Etat de droit ; (iii) le travail, la richesse, la prospérité et le développement durable ainsi que (iv) la paix et la solidarité nationale²³. Et ce, à travers la redistribution équitable des richesses, conditionnée par des réformes politiques, institutionnelles et sectorielles en vue de renforcer la transparence et la décentralisation, d'améliorer l'accès aux services sociaux de base, de réduire la vulnérabilité et de combattre le VIH/sida²⁴.

b) Cadre d'Assistance au Pays (CAF) et Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement UNDAF

Les partenaires extérieurs de la RDC, y compris les agences des Nations Unies, ont formulé un Cadre conjoint d'Assistance Pays (CAP) qui est aligné sur le Contrat de Gouvernance (Mars – Décembre 2007) adopté par le nouveau Gouvernement et les cinq piliers du DSCR. Le Programme proposé contribue à quatre des cinq effets du CAP/Cadre d'Assistance au développement des Nations Unies (UNDAF) dont la matrice des résultats est jointe à ce Document et qui sont i) la promotion des OMD; ii) la réduction de la violence armée et le renforcement des institutions; iii) l'arrêt de la propagation du VIH/sida; et iv) la promotion des mécanismes participatifs de planification au niveau local et communautaire.

c) Le Programme d'Actions Prioritaires du gouvernement (PAP)

Le Document de Programme de Pays 2007-2011 résulte d'une série de consultations avec le Gouvernement et les partenaires au développement, y compris la société civile. Les moments forts de ce dialogue ont été, respectivement, la validation d'une note d'orientation sur la gouvernance (Novembre 2005), la formulation du Programme de gouvernance (Septembre 2006-Mars 2007), la revue de la coopération passée (Décembre 2006), et les ateliers de

²³ DSCR, page 87

²⁴ Ibidem

validation du Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) et du Cadre d'Assistance Pays (CAP).

2°. Documents de politique en matière de lutte contre le VIH

a) La Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH :

L'initiative de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins lancée conjointement par l'ONUSIDA et l'OMS en 2005 et soutenue par la communauté internationale visait à renforcer les efforts des pays à la réponse au problème du VIH et du sida.

C'est dans ce cadre que la RDC a élaboré en 2006 une Feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH et du sida, assortie d'un plan de mise en œuvre, en vue d'atteindre les objectifs des Engagements des Chefs d'Etat et de Gouvernement, à la tribune des Nations Unies lors de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies en juin 2001, ainsi que les résultats devant permettre l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

En l'absence d'un cadre stratégique de lutte contre le sida actualisé, le plan de mise en œuvre de la feuille de route a été considéré comme le cadre référentiel intérimaire, intégrant les différentes stratégies définies dans le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, DSCR, dans une approche réellement multisectorielle et intégratrice.

b) La loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes affectées

Cette Loi constitue un acquis considérable en ce qu'elle s'aligne sur la stratégie globale de prévention efficace fondée sur la promotion, la protection et le respect des droits de la personne humaine²⁵. Elle n'instruit pas seulement l'Etat de rendre accessibles et gratuits le traitement et le dépistage du VIH, mais elle renforce en même temps sa responsabilité dans la lutte contre l'expansion de la pandémie par une politique plus cohérente de prise en charge effective des personnes concernées.

Elle répond particulièrement au besoin urgent de voir les personnes vivant avec le VIH ainsi que les personnes affectées s'épanouir dans un environnement favorable et être protégées contre la stigmatisation et la discrimination qui constituent des phénomènes propices à l'expansion de l'épidémie.

Dans ses principes tout comme dans son application, elle vise à :

- Lutter contre l'expansion de la pandémie du VIH/sida ;
- Lutter contre toute forme de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que des personnes affectées ;
- Garantir et protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et ceux des personnes affectées ;
- Assurer l'encadrement et l'éducation des personnes vivant avec le VIH/sida, des personnes affectées ainsi que d'autres groupes vulnérables ;
- Réaffirmer les droits et libertés fondamentaux de ces catégories de personnes.²⁶

Sur le plan de la politique nationale, la Loi érige l'Etat en premier responsable de la lutte contre le VIH/sida. A cet égard, il définit la politique ainsi que les grandes orientations et élabore les programmes en matière de prévention, de prise en charge et d'atténuation de

²⁵ ONUSIDA, Intensification de la prévention du VIH – Document d'orientation politique, Genève Août 2005

²⁶ Article premier de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées

l'impact du VIH/sida et de la recherche. En outre, l'Etat a l'obligation d'allouer un budget conséquent à cet effet²⁷.

Les associations congolaises de personnes vivant avec le VIH regroupées au sein de l'UCOP+ estiment cependant que certains articles de cette Loi devraient être révisés afin de protéger les droits des personnes concernées dans leur totalité sans les exposer davantage. Il s'agit notamment des articles relatifs à la criminalisation de la transmission volontaire du VIH²⁸, à la levée de la confidentialité et au risque d'atteinte à la vie privée²⁹. Par ailleurs, la Loi reste muette sur les droits particuliers des femmes et sur l'intégration du genre dans les interventions en matière de VIH/sida.

3°. Politique sanitaire et SRSS

Depuis 1982, la politique nationale de santé est basée sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). En effet, la RDC a ratifié la déclaration d'Alma Ata en 1978 et a adhéré à la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980. L'actuelle politique sanitaire met en marge les autres éléments du système de santé tels les Hôpitaux provinciaux et nationaux, la loi financière pour le secteur de la santé et la carte sanitaire. Elle n'est plus cohérente avec l'esprit de la Décentralisation et de la Réforme de l'Administration Publique. D'où l'intérêt de sa révision. Elle devra être déclinée en Plan National de Développement Sanitaire.

Depuis juin 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui est l'outil qui guide la mise en œuvre rationnelle de la Stratégie des Soins de Santé Primaires.

Par ailleurs, notre pays est signataire de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement qui repose sur 5 principes ou engagements des partenaires : appropriation, harmonisation, alignement, gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle.

5.2. Vision de la lutte

La RDC s'engage résolument sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement notamment en matière du VIH/sida.

Tenant compte des efforts déployés de la base au sommet et des enjeux du Millénaire, la RDC s'engage à l'horizon 2015 à stopper la propagation du VIH/sida et à commencer à inverser la tendance actuelle.

Ainsi, le Gouvernement la RDC entend inscrire, dans les annales de l'histoire en matière de lutte contre le VIH comme un pays qui a réussi à contrôler l'épidémie et à faire naître une nouvelle génération sans sida, gage d'un développement harmonieux et durable.

5.3. Principes directeurs

1°. Multisectorialité

La multisectorialité suppose que les différentes interventions doivent tenir compte des mandats des différents secteurs en vue d'obtenir l'efficacité requise dans la réponse sectorielle. C'est la mise en commun des contributions des différentes parties prenantes ayant un impact sur la réduction des nouvelles infections et la transmission du VIH comme l'Education, l'armée, les entreprises, les communautés religieuses, les ONG/OAC, les services de santé, les média reliées dans un plan conjoint à tous les niveaux.

²⁷ Idem Article 5

²⁸ Ibidem

²⁹ Idem, article 41

2°. Coordination

Processus dynamique de réaction face à l'épidémie du VIH, la coordination devrait permettre d'améliorer la réponse d'ensemble en évitant aussi bien des lacunes que des chevauchements et en créant des passerelles entre les interventions des acteurs dans les différents secteurs et à l'intérieur de chaque secteur. Ce principe suppose que tous les efforts des parties prenantes sont harmonisés et alignés par rapport au Plan Stratégique National autour d'objectifs communs. Ceci implique un cadre de concertation entre partenaires en vue d'un échange d'informations, une définition des normes et directives à suivre, une clarification des rôles et attributions des différents partenaires aux niveaux central, intermédiaire et local, et la mise sur pied d'un cadre unique de suivi-évaluation. La coordination est le meilleur gage de l'atteinte des résultats durables pour une réduction réelle de l'impact négatif du VIH/sida.

La coordination sous-entend également que les interventions des différents secteurs sont convergentes et complémentaires. En particulier, les interventions en matière de prévention du VIH et de promotion doivent être liées au traitement (prise en charge) pour optimiser les résultats de la réponse nationale.

3°. Décentralisation de la réponse

La décentralisation de la réponse est le processus de transfert d'autorité et de responsabilité d'un niveau à l'autre ou d'un secteur à l'autre dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités. La décentralisation de la réponse implique le transfert de responsabilité aux niveaux périphériques, laisse aux structures intermédiaires un rôle d'appui technique et aux structures centrales, un rôle d'appui stratégique et normatif. A cet effet, les unités décentralisées et déconcentrées de la réponse doivent être dotées des moyens nécessaires à la mise en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux.

4°. Intégration

L'intégration est la combinaison des activités et moyens, en vue d'améliorer l'efficacité en termes de coût et d'efficacité. A cet effet, il s'agit d'intégrer les activités du VIH/sida au sein des secteurs existants (services, structures, programmes). L'intégration du volet VIH dans les secteurs permettra d'éviter la création de nouvelles structures ou de programmes verticaux, de mettre à contribution les structures existantes, et par voie de conséquence de développer ou d'améliorer leurs capacités d'offre des services VIH/sida.

En outre, grâce à l'intégration, tous les secteurs et spécialistes de questions sociales autres que le VIH/sida – qu'il s'agisse de groupes communautaires ou de ministères gouvernementaux – peuvent s'impliquer dans la réponse à l'épidémie du VIH en utilisant leur potentiel et leurs avantages comparatifs. Ainsi, de nombreux acteurs peuvent aider à lever les obstacles à l'accès universel, en permettant à la RDC d'intensifier la prévention, les soins, le soutien et le traitement et d'assurer un accès équitable à tous dans un ensemble cohérent et de façon convergente.

5°. Partenariat

Le partenariat est le mécanisme par lequel les interventions de tous ceux qui sont impliqués dans la réalisation d'un objectif commun sont orientées de manière à produire les effets synergiques attendus.

6°. La participation communautaire

Ce principe implique que les individus, les familles, les communautés, les associations, les ONG doivent être organisés pour créer une dynamique communautaire en participant à

planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des résultats de la réponse contre le VIH/sida.

Ce Plan demande à ce qu'un accent particulier soit systématiquement mis sur la participation et l'implication des PvVIH, conformément aux stratégies préconisées par l'ONUSIDA (1999 et 2007), ainsi que celle des groupes vulnérables, notamment les jeunes et les femmes. En effet, le renforcement des capacités communautaires permet l'appropriation, la durabilité et à terme, la pérennité des interventions de lutte contre le VIH/sida.

Les interventions communautaires doivent être convergentes, complémentaires et synergiques avec celles menées par les autres secteurs afin d'optimiser la réponse nationale contre le VIH/sida.

7°. Respect des Droits de la personne humaine et Genre.

La protection et la promotion des droits de l'Homme garantissent que les aspects discrétionnaires soient reconnus en tant que droits auxquels toute personne peut légitimement prétendre ; et que tous les acteurs aient l'obligation et les moyens de contribuer à l'exercice des droits nécessaires pour répondre au VIH/sida. Ce principe vise à ce que les acteurs soient capables de gérer les problèmes de rapports de force déséquilibrés existant aux niveaux des ménages, des communautés et sur le plan national. Une réponse fondée sur les droits de l'Homme et le genre favorise la protection de la dignité naturelle des personnes touchées par le VIH et le sida et permet l'atteinte des objectifs liés à l'accès universel à la santé, à la réduction de la vulnérabilité à l'infection au VIH, à l'atténuation des conséquences dues au VIH/sida sur l'individu et sa communauté. Elle octroie également aux individus et à la communauté les moyens de répondre au VIH/sida.

L'inégalité entre les sexes devra être aplanie pour que tous accèdent aux services d'information, d'éducation ainsi que de santé et pour encourager à prendre des mesures pour éviter la transmission du VIH. La vulnérabilité de la femme au VIH nécessite une attention particulière d'autant plus que le VIH affecte différemment les hommes et les femmes. Cependant, la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH ne pourra être réduite qu'en impliquant les hommes et les garçons dans ces efforts.

8°. Bonne Gouvernance

Ce principe implique principalement une gestion transparente des ressources et l'obligation de rendre compte de leur usage aux communautés et aux parties prenantes avec lesquelles l'on travaille. Il comporte un accent important portant sur les ressources humaines qui gèrent ces ressources. Il sous-entend que les capacités organisationnelles soient mises en place et maintenues pour mener une réponse efficace qui s'attaquera aux causes de la vulnérabilité et à leurs conséquences. .

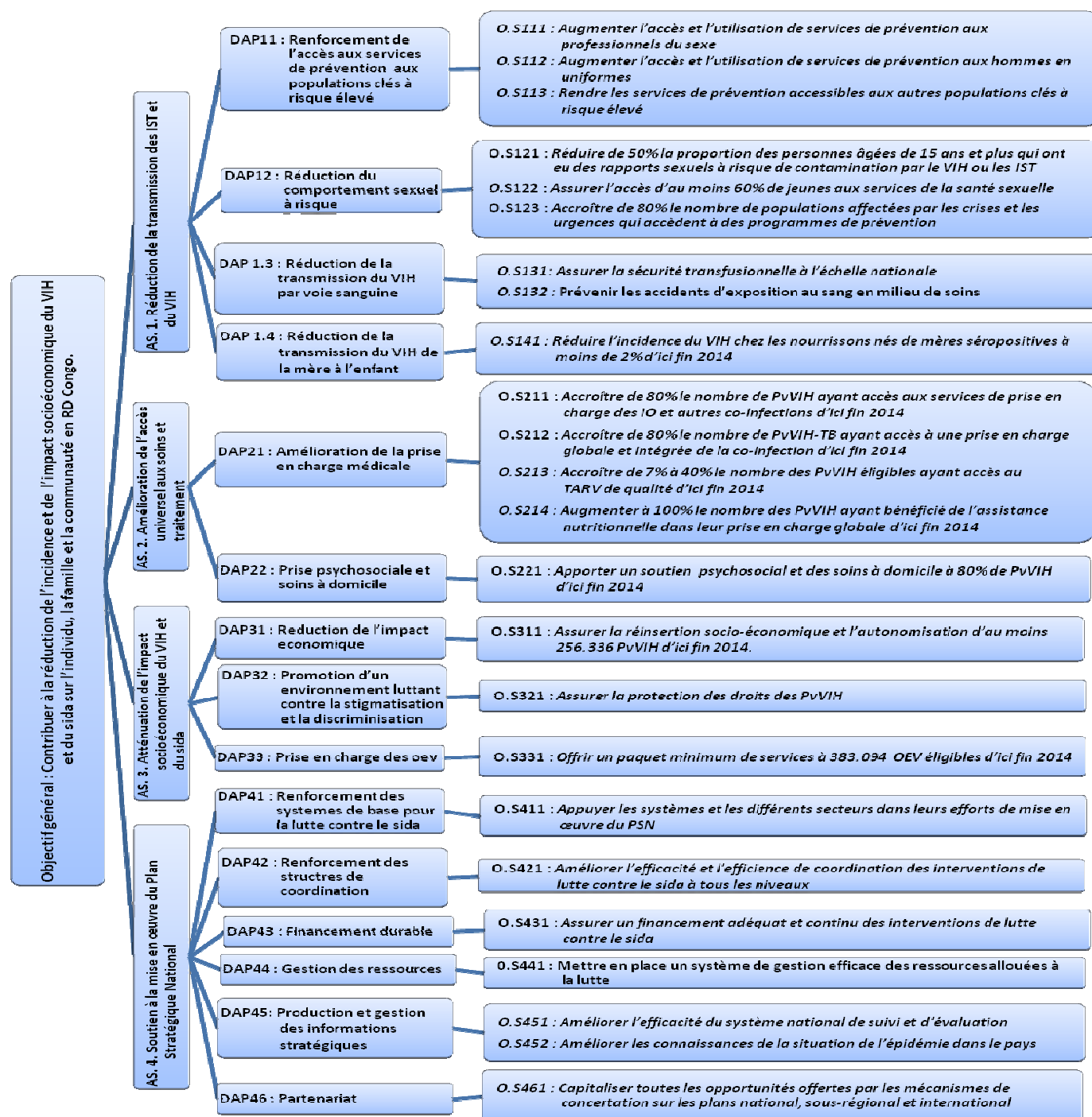
Eu égard à la Déclaration d'engagement historique sur le VIH lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida en 2001 (189 nations) qui promettait des réponses novatrices, le Gouvernement de la RDC se doit d'allouer des moyens conséquents à la réponse au VIH.

6. But, objectifs et axes stratégiques

6.1. But

Le but est de contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH et en réduisant son impact sur l'individu, la famille et la communauté dans le cadre global de la Stratégie de la Croissance et de Réduction de la Pauvreté.

6.2. Objectif général, Axes stratégiques et Domaines d'actions prioritaires



Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH

Visée stratégique : La population de la RDC sera protégée de nouvelles infections à VIH ; la décennie prochaine sera celle d'une génération sans sida.

DAP 1.1 : Renforcement de l'accès aux services de prévention pour les populations clés à risque élevé

L'amélioration de l'accès aux services de prise en charge des IST, la promotion de l'usage systématique du préservatif, l'octroi des microcrédits, le renforcement de la réglementation du travail du sexe ainsi que la lutte contre les violences liées au genre permettront de réduire la vulnérabilité de ces groupes à risque élevé.

L'analyse de données disponibles montre que le rôle de la prostitution dans la chaîne de transmission est évident avec une prévalence de **16,9%** dans les grandes villes du pays. Les professionnel(le)s du sexe continuent d'avoir des comportements à risque avec une incidence élevée des IST notamment les rapports sexuels non protégés, les pratiques nocives tels que les rapports sexuels ano-génitaux, l'abus de l'usage de drogues et de l'alcool, la faible perception du risque. La pauvreté généralisée, l'insuffisance de l'offre de services de prévention spécifiques à ce groupe caractérisé, l'insuffisance de structures de prise en charge (CCC, IST, CDV et ARV), les ruptures fréquentes de stocks en intrants ainsi que la faiblesse de réglementation en cette matière sont à la base de cette situation.

Les femmes en uniforme constituent également un groupe à risque élevé du fait d'une séroprévalence double de celle des hommes en uniforme (7,5% contre 3,6%³⁰). Parmi les comportements à risque de ce groupe se trouvent le multi partenariat sexuel, les abus et violences sexuels.

Les populations mobiles et celles en milieu carcéral méritent aussi une attention particulière, surtout dans le domaine de la recherche.

Object. strat. 1.1.1 : Augmenter l'accès et l'utilisation de services de prévention des professionnel(le)s du sexe

Résultats attendus :

- 1) Au moins 90 % de professionnels du sexe utilisent systématiquement le préservatif ;
- 2) La prévalence de la syphilis chez les PS est réduite à moins de 1 %

Principales stratégies :

- 1) Communication pour le changement des comportements de proximité ;
- 2) Implication et mobilisation des professionnel(le)s du sexe dans la conception et le développement de programmes de réduction du comportement à risque individuel et communautaire ;
- 3) Marketing social du préservatif ;
- 4) Microcrédits ;
- 5) Extension de services CDV et IST spécifiques aux professionnels de sexe ;
- 6) Renforcement de la réglementation du travail du sexe.

³⁰PNMLS, Analyse de la réponse, 2008

Object. strat. 1.1.2 : Augmenter l'accès et l'utilisation de services de prévention des hommes et des femmes en uniformes

Résultats attendus :

- 1) 63% de femmes en uniforme sont touchées par les programmes de prévention d'ici fin 2014 ;
- 2) Au moins 80% des HU et de leurs dépendants ont accès aux services offrant le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire d'activités de réponse au sida ;
- 3) 63% d' HU utilisent systématiquement le préservatif ;
- 4) La transmission du VIH liée aux viols chez les HU tend vers 0 cas.

Principales stratégies :

- 1) Communication de proximité pour le changement de comportements ;
- 2) Implication et mobilisation des hommes et particulièrement des femmes en uniforme dans la conception et le développement de programmes de réduction de comportement à risque individuel et communautaire ;
- 3) Marketing social du préservatif ;
- 4) Extension de services CDV et IST spécifiques aux hommes et femmes en uniforme ;
- 5) Plaidoyer pour la prise en compte des besoins spécifiques des hommes et femmes en uniforme par rapport au VIH/sida.

Object. strat. 1.1.3 : Rendre les services de prévention accessibles aux autres populations clés à risque élevé

Résultats attendus :

- 1) 58% des personnes mobiles (camionneurs, routiers, miniers, pêcheurs, commerçants, trafiquant, navigants ;...) sont touchés par le programme de prévention ;
- 2) 58% de la population en milieu carcéral sont touchés par les programmes de prévention.

Principales Stratégies :

- 1) Développement de la CCC de proximité ;
- 2) Développement de programmes de mobilisation communautaire et individuelle de réduction du risque ;
- 3) Promotion de l'utilisation de préservatif ;
- 4) Plaidoyer pour la prise en compte des besoins spécifiques des populations mobiles par rapport au VIH/sida ;
- 5) Prévention et traitement précoce des IST ;
- 6) Promotion de la prophylaxie post exposition ;
- 7) Recherche sur la situation de l'épidémie du VIH au sein des populations mobiles.

DAP 1.2 : Réduction du comportement sexuel à risque

L'adoption du comportement sexuel à moindre risque permettra d'éviter les nouvelles infections à VIH jusqu'à 80 %. Ce comportement comprend l'abstinence sexuelle, la bonne fidélité, l'utilisation correcte et systématique du préservatif en cas de rapports sexuels occasionnels et à risque. La riposte nationale portera spécifiquement sur la communication pour le changement de comportement qui ne pourra produire d'effets que si elle est soutenue par l'offre de services de prévention, à savoir le CDV, la promotion de préservatifs, la promotion de la prophylaxie post exposition, la prise en charge des IST, la lutte contre les viols ainsi que l'implication et la participation tant des individus que des communautés. La généralisation de la circoncision au sein de la population générale sera enfin encouragée.

Ces actions cibleront spécifiquement les jeunes, les femmes, les populations affectées par les crises et les urgences de même que la population générale.

Les données actuelles montrent en effet que pour 80 % de PvVIH, la contamination s'est faite par la voie sexuelle. Le comportement sexuel à risque de transmission inclut notamment la précocité de l'expérience sexuelle, le multi-partenariat sexuel, le commerce du sexe sous diverses formes, et l'utilisation insuffisante du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. L'ignorance et le faible accès à l'information et aux services de prévention sous-tendent cette situation.

Chez les populations affectées par les crises et les urgences, les comportements à risque observés tels que les rapports sexuels non protégés, le multi partenariat sexuels, les violences sexuelles basées sur le genre ainsi que le faible accès aux services de prévention, de soins et de prise en charge en matière de VIH les exposent à l'infection au VIH.

D'après les données de l'EDS 2007, le taux de la circoncision est de 97,2% à travers tout le pays, taux variant cependant entre 99,7% (Maniema) et 93% (Province Orientale). De plus, la présence des populations des pays voisin où la circoncision n'est pas pratiquée de façon systématique – tels qu'au Rwanda où le taux se situe à 15% dans la population âgée de 15 à 59 ans – peut constituer un facteur favorisant la propagation du VIH au sein de la population congolaise.

Object. strat. 1.2.1 : Réduire de 50% la proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui ont eu des rapports sexuels à risque de contamination par le VIH ou les IST.

Résultats attendus :

- 1) La population de 15 à 49 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui en rejettent les principales idées fausses sera accrue de 29,7% à 60% d'ici fin 2014 ;
- 2) Le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels passera de 21,3% à 60% à la fin 2014 ;
- 3) La proportion, dans la population générale, des personnes adultes (âgées de 15 ans et plus) qui connaissent leur statut sérologique sera accrue de 4% à 37% en fin 2014 ;
- 4) Jusqu'à la fin 2014, 5.133.654 cas d'IST diverses auront été dépistés et pris en charge conformément aux normes et directives nationales ;
- 5) 100% des hommes sont circoncis.

Principales Stratégies :

- 1) Conception et mise en œuvre des approches innovantes en matière de communication pour le changement de comportement (CCC) ;
- 2) Développement de compétences de vie courante (lifeskills) et de lutte contre les violences fondées sur le genre ;
- 3) Extension et promotion des services de prévention, ainsi que le renforcement de la réponse communautaire dans la mise en œuvre de ceux-ci ;
- 4) Promotion de la mobilisation des individus et des communautés pour une forte participation à la réponse nationale au VIH/sida par l'adoption de comportements à moindre risque ;
- 5) Sensibilisation médiatique à large échelle dans les milieux urbain et rural ;
- 6) Mise en place d'un circuit de distribution d'intrants à l'échelle nationale intégrant les différents secteurs ;
- 7) Promotion du préservatif féminin et masculin ;
- 8) Amélioration continue de la qualité des services offerts ;
- 9) Développement de programmes de prévention et de prise en charge des IST ;
- 10) Développement de la prévention positive ;
- 11) Circoncision généralisée de tous les nouveaux nés à leur naissance et celle recommandée de tous les adultes non circoncis.

Object. strat. 1.2.2 : Assurer l'accès d'au moins 60% des jeunes aux services de la santé sexuelle.

Résultats attendus :

- 1) La population âgée de 15 à 24 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui en rejettent les principales idées fausses sera accrue de 25,6% à au moins 50% d'ici fin 2014 ;
- 2) Le pourcentage de jeunes ayant le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est passé de 28,1% à moins de 10% d'ici fin 2014 ;
- 3) Le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels est passé de 21 % à 65 % en fin 2014 ;
- 4) La proportion, dans la population générale, des personnes âgées de 15 ans à 24 ans qui connaissent leur statut sérologique sera accrue de 4% à 37% en fin 2014.

Principales Stratégies :

- 1) Développement des approches adaptées aux jeunes en matière de communication pour le changement de comportement (CCC) de proximité et de masse ;
- 2) Extension et promotion des services de prévention, ainsi que le renforcement de la réponse communautaire dans la mise en œuvre de ceux-ci ;
- 3) Renforcement de la protection juridique des jeunes et adolescents ;
- 4) Promotion du préservatif féminin et masculin ;
- 5) Amélioration continue de la qualité des services VIH, IST et santé sexuelle offerts aux jeunes ;
- 6) Implication des jeunes vivant avec le VIH dans les programmes de prévention à destination des jeunes.

Object. strat. 1.2.3 : Accroître de 80% le nombre de populations affectées par les crises et les urgences qui accèdent à des programmes de prévention

Résultats attendus :

- 1) 100 % des personnes affectées par les situations de crise et d'urgence ont accès aux services de prévention, soins et traitements liés au VIH ;
- 2) La transmission du VIH liée aux viols dans les populations affectées par les crises ou les urgences tend vers 0 cas.

Principales stratégies :

- 1) Promotion de la dimension VIH-Violences sexuelles – Crises humanitaires & urgences ;
- 2) Extension de la couverture de la prophylaxie post exposition (PPE) ;
- 3) Implication des personnes vivant avec le VIH dans les programmes de prévention.

DAP 1.3 : Réduction de la transmission du VIH par voie sanguine

Les produits sanguins de bonne qualité et en quantité suffisante doivent être accessibles aux personnes qui en ont réellement besoin en organisant des réseaux de transfusion adaptés couvrant tout le territoire national. Pour cela, les quatre marqueurs biologiques devront être disponibles à tous les niveaux et la formation du personnel soignant pour une utilisation rationnelle du sang s'impose. Il convient également de s'assurer de la fidélisation des donneurs bénévoles de sang. Pour y parvenir, une politique devra être élaborée et un circuit de distribution d'intrants mis en place. En raison des barrières culturelles à vaincre, des campagnes de sensibilisation des masses avec des techniques appropriées seront organisées (radio, TV, affiches, conférences, séminaires, ...).

Quant à la réduction des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins, elle passera par la vulgarisation des directives nationales en matière de précautions universelles, par le renforcement des capacités de prestataires ainsi que par l'approvisionnement régulier des kits PEP standardisés.

Les problèmes majeurs dans ce domaine sont la faible disponibilité des services de transfusion sanguine et le faible pourcentage de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dans les centres de transfusion et laboratoire, en suivant les modes opératoires normalisés et de contrôle de qualité externe.

Actuellement seuls 2 Centre Provinciaux de Transfusion Sanguine (CPTS) sur 10 sont fonctionnels soit 20% de couverture nationale hormis le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui fait du reste office du CPTS à Kinshasa.

En 2007, seulement 46,8% de dons de sang ont été soumis à un dépistage de qualité du VIH. Le taux de transmission du VIH par voie sanguine est de 2%.

Object. strat. 1.3.1 : Assurer la sécurité transfusionnelle à l'échelle nationale

Résultat attendu :

- 1) La survenue des cas de transmission du VIH par la transfusion sanguine et la transplantation de tissus et organes est réduite à moins de 1% d'ici 2014.

Principales Stratégies :

- 1) Sécurisation du sang, des tissus et des organes par dépistage systématique du VIH ;
- 2) Promotion du don bénévole de sang par l'approche communautaire et médiatique ;
- 3) Intensification de la sécurité des injections

Object. strat. 1.3.2 : Prévenir les accidents d'exposition au sang en milieu de soins

Résultat attendu :

- 1) Le nombre de cas d'accident d'exposition au sang (AES) est réduit à moins de 1% ;
- 2) 100% de cas d'accident d'exposition au sang sont pris en charge avec des ARV.

Principales Stratégies :

- 1) Diffusion et généralisation des directives nationales en matière de précautions universelles ;
- 2) Intensification de la prophylaxie post exposition.

DAP 1.4 : Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant passe par l'identification et la diversification des services de communication ainsi que par une mobilisation des leaders communautaires dans le but de toucher les populations et de les impliquer dans la PTME.

La responsabilisation des relais communautaires et des accoucheuses traditionnelles qui constituent l'interface entre la communauté et les services de santé dans la promotion des services de PTME, permettra d'améliorer la participation des partenaires des femmes enceintes, le suivi des mères séropositives et d'assurer une meilleure prise en charge des enfants nés de celles-ci.

La généralisation de l'offre des services de dépistage du VIH et sa systématisation, la formation du personnel soignant au Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire (DCIP), le renforcement de la coordination de tous les programmes, le développement de mesures de motivation du personnel à travers la formation, les supervisions, les évaluations et la qualité des services de PTME dans les structures de prise en charge des femmes enceintes seront encouragés.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est encore très faible avec un taux de couverture de services PTME de 44,9%, soit sur un total de 515 ZS, seules 228 sont couvertes³¹. Selon les données de surveillance épidémiologique réalisées dans les sites sentinelles en 2007, l'ensemble des services dans le pays présente une séroprévalence de 3,1%. En dépit du nombre important des femmes testées, le taux d'acceptation du test a varié assez sensiblement au cours des quatre dernières années et d'une province à l'autre (100% au Nord Kivu contre 18 au Maniema)³².

Object. strat. 1.4.1 : Réduire l'incidence du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives à moins de 2% d'ici fin 2014

Résultats attendus :

- 1) 63% des femmes enceintes en CPN utilisent les services de PTME ;
- 2) Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu les ARVs pour la PTME est augmenté de 1,2% à 58% d'ici fin 2014 ;
- 3) 100% des nouveaux nés de mères séropositives sous programme reçoivent la prophylaxie aux ARVs.

Principales Stratégies :

- 1) Promotion et renforcement des services PTME selon le protocole national ;
- 2) Mobilisation et éducation des femmes pour d'utilisation de services de PTME ;
- 3) Renforcement des capacités des prestataires de service ;
- 4) Mobilisation communautaire pour une implication accrue des accoucheuses traditionnelles, des conjoints et des leaders dans la PTME en vue de créer un soutien à la femme enceinte séropositive au sein de sa communauté.

³¹ PNLS, Rapport annuel 2008.

³² PNLS, Rapport annuel, 2006.

Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement

Visée stratégique : Selon le principe de l'accès universel, les PvVIH auront un accès facile à la prise en charge des IO, des coinfections au VIH et au traitement ARV.

DAP 2.1 : Amélioration de la prise en charge médicale

L'offre de service de qualité des soins et du traitement des co-morbidités chez les PvVIH est tributaire de la formation continue et du suivi du personnel soignant. L'adhérence au traitement et son observance ne peuvent être obtenues qu'avec une éducation des bénéficiaires sur les avantages de la prévention et du traitement précoce des infections opportunistes ainsi qu'avec l'assurance d'une disponibilité de tous les intrants nécessaires à la prise en charge. L'amélioration de l'accès aux soins et TARV va reposer sur la densité d'offre de services ; la qualité du personnel ; et un suivi biologique répondant aux normes de qualification. Tous les secteurs tant public, privé qu'associatif seront mis à contribution en fonction de leur capacité à contribuer à l'impulsion d'une dynamique efficace et durable à accompagner les personnes vivant avec le VIH. En l'absence des données sur les autres coinfections principalement l'hépatite, des études opérationnelles devront être diligentées en vue d'améliorer leur prise en charge.

En effet, parmi les problèmes liés à la prise en charge médicale des PvVIH figurent, le faible accès au TARV (24.245 sur les 364 590 PvVIH éligibles, soit 7%)³³, le faible accès aux médicaments pour le traitement des IO et la qualité de la prise en charge elle-même. Cette situation est due à la faible couverture des structures offrant un paquet minimum d'activités, aux ruptures de stocks en médicaments, au coût élevé de certains services comme le décompte de la charge virale ou le suivi biologique, à l'insuffisance des prestataires ainsi qu'à la faiblesse de la prise en charge nutritionnelle.

Parmi les causes les plus courantes de la morbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, figure la Tuberculose même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de Tuberculose ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie, en conformité avec le protocole national harmonisé entre les Programmes de lutte contre le sida et celui de la lutte contre la Tuberculose est un facteur essentiel de la qualité de vie et de l'espérance de vie des personnes séropositives. Il réduit le fardeau que la Tuberculose fait peser sur les communautés. Pour y arriver, il est cependant nécessaire de renforcer les capacités des acteurs.

Le VIH/sida est aussi associé à la malnutrition et à l'insécurité alimentaire des ménages consécutifs à la diminution des revenus des familles et à l'augmentation de la part du budget des ménages allouée aux soins médicaux du fait de l'infection. En plus, en raison des infections opportunistes liées au VIH/sida, les personnes vivant avec le VIH ont souvent des besoins énergétiques accrus et des difficultés dans l'ingestion et la digestion des aliments. Il est par conséquent important de reconnaître que la nutrition est un élément clé dans le ralentissement de la progression vers le stade sida et l'espérance de vie de la personne séropositive. Une nutrition adéquate permet en effet aux PvVIH de se maintenir en forme

³³ PNLS, Rapport annuel 2008.

pour mener une vie active, éviter les pertes de poids et assurer l'efficacité des traitements antirétroviraux.

Object. strat. 2.1.1 : Accroître de 80% le nombre de PvVIH ayant accès aux services de prise en charge des IO et autres co-infections d'ici fin 2014

Résultats attendus

- 1) 269.519 PvVIH ont accès à la prophylaxie au cotrimoxazole ;
- 2) 269.519 PvVIH ont accès à la prévention et aux soins des co-morbidités (paludisme, IST, hépatite,...).

Principales Stratégies

- 1) Renforcement des capacités des prestataires de soins dans la prise en charge médicale du VIH ;
- 2) Approvisionnement accru en médicaments IO ;
- 3) Amélioration et renforcement des capacités techniques de diagnostic et de suivi biologique des structures de santé ;
- 4) Renforcement de l'éducation thérapeutique des PVVIH, des familles et des associations d'encadrement sur les I.O.

Object. strat. 2.1.2 : Assurer une prise en charge globale et intégrée de la co-infection VIH-TB dans 100% des ZS d'ici fin 2014

Résultats attendus :

- 1) 100 % de PvVIH ont accès à une surveillance active (détection précoce) de la TB ;
- 2) 80% de malades Tb+ sont dépistés pour le VIH ;
- 3) 80% des malades co-infectés VIH-TB éligibles ont accès au traitement aux ARV.

Principales Stratégies

- 1) Renforcement des capacités techniques des prestataires et de toutes les parties prenantes dans la gestion des PvVIH, la détection et la prise en charge de la TB ;
- 2) Intégration du dépistage systématique du VIH dans tous les CDT et HG.

Object. strat. 2.1.3 : Accroître de 11 à 40% le nombre des PvVIH éligibles ayant accès au TARV de qualité d'ici fin 2014

Résultats attendus :

- 1) 161.246 PvVIH éligibles bénéficient d'un traitement ARV de qualité d'ici fin 2014 ;
- 2) 18.433 enfants VIH+ éligibles bénéficient d'un traitement ARV ;
- 3) 100% de PvVIH sous ARV bénéficient du suivi biologique.

Principales Stratégies :

- 1) Extension et renforcement de capacité des sites de prise en charge à l'échelle nationale ;
- 2) Développement de la prise en charge pédiatrique ;
- 3) Développement de la prise en charge médicale par les prestataires confessionnels et communautaires qualifiés ;

- 4) Harmonisation et rationalisation des interventions en matière de suivi biologique et viro immunologique ;
- 5) Mobilisation des communautés dans la sécurisation de l'adhérence au traitement des PvVIH sous traitement ARV ;
- 6) Amélioration de l'accès aux soins et TARV ;
- 7) Intégration du système de tutorat des prestataires de soins ;
- 8) Implication des PvVIH dans la prise en charge médicale du VIH et le soutien à l'adhérence au traitement.

Object. strat. 2.1.4 : Augmenter à 100% le nombre des PvVIH ayant bénéficié de l'assistance nutritionnelle dans leur prise en charge globale d'ici fin 2014

Résultat attendu :

100% des PvVIH qui en ont besoin, bénéficient d'un traitement du VIH/sida de qualité qui comprend le volet nutritionnel d'ici fin 2014.

Principales Stratégies :

- 1) Intégration des aspects nutritionnels dans le paquet complet du traitement et soins offerts aux personnes vivant avec le VIH ;
- 2) Fourniture d'une assistance alimentaire aux PvVIH démunies ;
- 3) Renforcement de la sécurité alimentaire aux ménages affectés par le VIH/sida et par l'insécurité alimentaire ;
- 4) Vulgarisation du protocole de prise en charge nutritionnelle.

DAP 2.2 : Prise en charge psychosociale et soins à domicile

Elle regroupe plusieurs domaines depuis la fourniture d'un conseil après le dépistage dans les CDV en passant par l'adhésion de la personne nouvellement dépistée à un réseau des PvVIH pour lui permettre de sortir de la clandestinité jusqu'à la protection sociale et juridique. Le soutien psychosocial aux PvVIH ne pourra être efficient qu'avec le développement des mécanismes de collaboration étroite entre les structures de soins et les structures associatives ou communautaires, ainsi que d'un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination.

Object. strat. 2.2.1 : Apporter un soutien psychosocial et des soins à domicile à 80% des PvVIH d'ici fin 2014

Résultats attendus

- 1) 260.253 PvVIH reçoivent un accompagnement psychosocial ;
- 2) 156.152 PvVIH, soient 29% de ceux qui en ont besoin, bénéficient d'une visite et/ou des soins à domicile.

Principales Stratégies

- 1) Développement des programmes d'appui psychosocial spécialisé dans tous les milieux ;
- 2) Développement d'un programme de suivi des PvVIH à domicile ;
- 3) Implication des PvVIH et des associations de PvVIH dans le suivi hospitalier et à domicile des PvVIH ;
- 4) Développement organisationnel des associations de PvVIH et groupes d'auto support : appui technique et financier pour leur formation, organisation et activités ;
- 5) Plaidoyer auprès des leaders religieux et communautaires pour un environnement non stigmatisant pour les PvVIH et leurs familles ;
- 6) Formation des intervenants en matière de stigmatisation et discrimination liées au VIH ;
- 7) Développement de programmes de lutte contre la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination des PvVIH et de leurs familles.

Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du sida

Visée stratégique : Les PvVIH et les PA fragilisées économiquement par l'infection pourront acquérir l'autonomie financière et bénéficier d'une protection sociale, juridique et d'un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination.

DAP 3.1 : Réduction de l'impact économique du VIH

L'atténuation de l'impact économique du VIH passe par la formation des PvVIH et des PA aux métiers et au recrutement de celles qui ont un niveau de formation requis dans des entreprises privées et publiques afin de les rendre financièrement autonomes. L'octroi de crédits à des associations de PvVIH contribuera également à leur insertion dans la société.

Parmi les facteurs de vulnérabilité des PvVIH figure la pauvreté : celle-ci engendre le VIH et le VIH engendre la pauvreté dans une relation réciproque de cause à effet. Beaucoup de PvVIH sont fragilisés par l'infection et se retrouvent ainsi exclus de la sphère économique et sociale. Il convient donc d'agir sur les déterminants de cette vulnérabilité car dans un environnement où l'emploi est rare et la compétition très forte, il faut développer d'autres compétences de vie courante pour accéder à l'emploi. Les PvVIH doivent bénéficier, dans leur quête, d'un conseil qui concerne aussi bien la conduite d'un bilan des compétences que d'un appui à la rédaction d'un CV ou au montage d'un dossier éligible à l'appui accordé aux activités génératrices de revenus (AGR) et/ou pour l'obtenir d'un crédit.

Les différents ministères, les ONGs ou organisations confessionnelles pourront également jouer un rôle déterminant dans la mise en œuvre des stratégies de réduction de la vulnérabilité socio-économique des PvVIH. Un partenariat sera développé entre les différents secteurs pour favoriser la complémentarité de services.

Le développement de programme d'assistance économique apportera aux PvVIH et à leur famille un appui technique dans la conception et le montage des activités économique avec un renforcement de capacités dans la gestion de petites entreprises accompagné d'un suivi rapproché.

Object. strat. 3.1.1 : Assurer la réinsertion socio-économique et l'autonomisation d'au moins 256.336 PvVIH d'ici fin 2014.

Résultat attendu :

- 1) 256.336 PvVIH et leurs familles ont accès à une source de revenu stable d'ici fin 2014.

Principales Stratégies :

- 1) Création et protection des emplois pour les PvVIH en partenariat avec le secteur public-privé et les partenaires bi et multilatéraux ;
- 2) Apprentissage des métiers aux PvVIH ;
- 3) Développement de programme d'assistance économique d'autonomisation des PvVIH et de leur famille.

DAP 3.2 : Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination

La promulgation de la loi portant protection des droits des PvVIH a été la réponse appropriée dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination car, elle crée un environnement favorable à leur épanouissement. A côté de celle-ci, une assistance juridique et judiciaire des personnes lésées doit être initiée. Cela favorisera une forte implication des PvVIH dans la lutte contre le sida aussi bien dans la prévention positive que dans leur prise de responsabilité au sein des organes de décision.

Les PvVIH font en effet face à un environnement social défavorable caractérisé par la stigmatisation et la discrimination qui les pousse à vivre dans la clandestinité et à s'impliquer faiblement dans la lutte, contribuant par ce fait à la propagation du VIH. Des actions spécifiques de prévention qui les ciblent particulièrement n'existent pas et font d'elles de simples bénéficiaires et non des actrices.

Object. strat. 3.2.1 : Assurer la protection des droits des PvVIH

Résultat attendu :

- 1) 100% des cas de discrimination et de stigmatisation des PvVIH et des PA connus en justice sont pris en charge.

Principales Stratégies :

- 1) Partenariat avec le secteur public, privé et communautaire ;
- 2) Assistance juridique et judiciaire des PvVIH et des PA ;
- 3) Application du principe GIPA ;
- 4) Développement de programme de mobilisation communautaire dans la lutte contre la stigmatisation et discrimination de PvVIH ;
- 5) Promotion des droits et devoirs des PvVIH.

DAP 3.3 : Prise en charge des OEV

Le processus RAAAP recommande de procéder tout d'abord par le renforcement de l'approche holistique à travers un paquet de prestations à délivrer, en privilégiant la dimension qualitative. Il recommande ensuite, d'envisager l'extension de la couverture. L'élaboration d'un cadre normatif qui définit la politique nationale en matière d'OEV et qui permet de dégager un consensus nationale, le renforcement de la coordination notamment du Ministère des affaires sociales ainsi que le plaidoyer à mener auprès des partenaires répondent aux multiples problèmes que rencontre ce secteur.

Globalement, on estime qu'un enfant congolais sur quatre est un OEV, ce qui représente plus de 8,2 millions d'enfants. Il n'existe cependant pas encore de texte réglementaire relatif à la prise en charge des OEV ni de plan d'action unique ; ce qui donne lieu à des interventions isolées ne répondant à aucune logique holistique, rendant cette prise en charge parcellaire et non globale. Le problème du leadership revient souvent au Ministère en charge des affaires sociales mais ce dernier semble avoir des difficultés en ressources humaines et financières pour en assumer la responsabilité.

Object. strat. 3.3.1 : Offrir un paquet minimum de services à 383.094 OEV éligibles d'ici fin 2014

Résultat attendu :

- 1) Le nombre d'OEV bénéficiant d'un appui de qualité est accru à 383.094.

Principales Stratégies :

- 1) Mise en place d'une politique nationale ;
- 2) Plaidoyer ;
- 3) Développement des compétences et renforcement des capacités des prestataires (droit, santé, nutrition, éducation, formation, économie) ;
- 4) Promotion de la participation communautaire pour la prise en charge des OEV.

Axe stratégique 4 : Soutien à la mise en œuvre du PSN

Visée stratégique : La mise en œuvre du présent Plan Stratégique National nécessite un renforcement des secteurs et systèmes de base, des structures de coordination, avec un système de suivi et évaluation efficace, un partenariat élargi, un financement durable ainsi qu'une gestion transparente des ressources mobilisées.

DAP 4.1 : Renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le sida

La réponse nationale au VIH devrait fonder son appui sur les principaux systèmes de base, à savoir les systèmes de santé, éducatif, judiciaire, la protection sociale, le monde du travail, le monde de culture, communication et média ainsi que sur l'implication communautaire ; selon leurs avantages comparatifs.

Sur le plan sanitaire, la politique du pays est basée sur la stratégie des soins de santé primaire à travers un système pyramidal à trois niveaux : périphériques (opérationnels), intermédiaire (appui technique) et central (stratégique). Cependant, la situation actuelle est caractérisée par une très faible couverture nationale des services de qualité, une insuffisance en capacités techniques des prestataires pour offrir les soins VIH globaux, une insuffisance en équipement de base, une absence de système de maintien des équipements, une faible appropriation et responsabilisation de Programmes existants intervenant dans la lutte contre le sida en dehors du PNTS, une insuffisance des ressources financières exacerbée par la faiblesse de priorisation des interventions et par celle du système de supervision, de tutorat et d'accréditation des structures pour la qualité de l'offre des services.

Le système éducatif a pour mission principale de doter le pays en cadres qualifiés pour son développement. Cependant, les informations sur le VIH/sida ne sont pas formellement véhiculées dans les différentes structures d'encadrement et de formation des jeunes. Cela est dû au faible niveau d'appropriation et de responsabilisation des Programmes de l'enseignement primaire et secondaire, supérieur et universitaire, de la recherche scientifique, de la jeunesse et des sports, des affaires sociales, de la santé et du travail qui s'occupent de l'éducation de jeunes.

Les violations des droits des PvVIH et PA liées à la stigmatisation et à la discrimination, l'impunité qui entoure les violences sexuelles basées sur le genre ainsi que toute la problématique de la promotion, du respect et de la protection des droits humains relative à la lutte contre le sida nécessitent le renforcement du système judiciaire. Ces droits sont pourtant garantis par la Constitution du pays, spécialement en son article 150, qui consacre le principe de primauté de la loi.

Le système de protection sociale vise à soutenir les individus, les ménages et les communautés dans leurs efforts de gestion des risques afin de réduire leur vulnérabilité, de régulariser leur consommation des biens et services et de parvenir à une plus grande équité sociale.

Le monde du travail, notamment le secteur privé et informel, revêtent une certaine spécificité dans la riposte au VIH/sida en ce qu'ils sont très peu touchés par les efforts de sensibilisation menés jusqu'ici de façon non différenciée. Une stratégie adaptée à cette cible permettrait de l'ériger en cadre propice pour une action efficace contre le VIH/sida non seulement en faveur des travailleurs eux-mêmes, mais aussi pour les communautés environnantes.

Le monde de culture, communication et médias a pour rôle d'informer et d'éduquer la population, de sensibiliser les décideurs politiques, scientifiques et communautaires sur les

principaux problèmes de société dont le VIH et le sida. Ainsi, sa contribution s'avère indispensable pour l'amélioration du niveau des connaissances en matière du VIH/sida, la promotion des comportements à moindre risque et la prise de conscience des décideurs à tous les niveaux.

La communauté quant à elle est une composante essentielle et déterminante dans la riposte au sida au niveau de la base. Son rôle est encore plus marqué dans le milieu rural où les activités de lutte n'ont malheureusement pas été assez développées jusque là. Pour libérer ce capital humain disponible, la population doit être motivée et mobilisée suivant une approche scientifique bien éprouvée. Des expériences d'interventions communautaires des confessions religieuses, des ONG et OAC locales ainsi que celles éprouvées dans d'autres pays telle l'approche TCE – Contrôle Total de l'Epidémie - seront mises à contribution et renforcées pour une riposte au niveau de la base.

Object. strat. 4.1.1 : Appuyer les systèmes et les différents secteurs dans leurs efforts de mise en œuvre du PSN

Résultat attendu :

- 1) Les systèmes d'appui et les différents secteurs de mise en œuvre du PSN offrent des services de qualité.

Principales Stratégies :

1) Renforcement du système de santé

Au niveau opérationnel :

- Augmentation de la couverture géographique en offre des services de prévention, de soins et de traitement ;
- Mise en place d'une politique de gratuité pour un paquet minimum de service offert aux PvVIH ;
- Renforcement de capacité de zones de santé en équipement de laboratoire pour le dépistage/diagnostic du VIH et des examens de base d'éligibilité et de suivi du traitement ARV ;
- Approvisionnement régulier des zones de santé en médicaments, tests, réactifs, consommables et équipements du laboratoire.

Au niveau intermédiaire :

- Renforcement de capacités des laboratoires provinciaux de référence pour la réalisation des examens de base de diagnostic, de suivi biologique et de charge virale, pour l'assurance et le contrôle de qualité de leurs services;
- Compilation de besoins des zones de santé en matière d'approvisionnement ;
- Renforcement des compétences techniques des prestataires de services du niveau périphérique.

Au niveau central :

- Renforcement de capacités du laboratoire national de référence et de 2 laboratoires provinciaux de référence sur le sida pour des études de recherche liées notamment à la surveillance des apparitions des résistances ainsi que pour l'assurance et le contrôle de qualité des laboratoires provinciaux qui fonctionnent en réseaux ;
- Développement d'un mécanisme de coordination dans la mise en œuvre d'un plan national harmonisé d'approvisionnement en médicaments et intrants ;

- Renforcement de compétences techniques des prestataires de services ainsi que de leur prise en charge ;
- Intégration des stratégies de lutte contre le sida dans tous les Programmes spécialisés du secteur santé.

2) Renforcement du système éducatif

- Développement d'un programme d'éducation de qualité comprenant des principes intersectoriels adaptée au contexte culturel, à l'âge des apprenants et au point de vue scientifique ;
- Approches et points d'entrée type : santé en milieux scolaire et universitaire, santé scolaire, compétences essentielles, éducation par les pairs, conseil et orientation, communication et médias, apprentissage et sensibilisation fondés sur la communauté, éducation et alphabétisation des adultes, participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) ;
- Intégration du volet VIH/sida dans les programmes de formations des apprenants ;
- Intégration et vulgarisation de matières de lutte contre le sida dans le cursus de formation des encadreurs, éducateurs et enseignants ;
- Développement de la recherche relative au VIH/sida.

3) Renforcement du système judiciaire

- Mise en place d'un mécanisme de suivi d'application des lois relatives à la riposte au VIH /sida, notamment celle portant protection des droits de personnes vivant avec le VIH et personnes affectées ainsi que celles luttant contre les violences sexuelles ;
- Développement de programmes de lutte contre les violences sexuelles ;
- Développement d'initiatives visant la protection des droits de la population carcérale et du personnel des services pénitenciers en matière de prévention des IST et du VIH ;
- Renforcement des capacités des acteurs du système judiciaire en matière de lutte contre le sida et de violences sexuelles.

4) Renforcement du système de protection sociale

- Actualisation des dispositions légales et réglementaires de protection des personnes vulnérables ;
- Développement de Programmes facilitant l'accès des OEV aux services sociaux de base ;
- Intégration de politique et programme de lutte contre le VIH en milieu de travail ;
- Développement de programmes facilitant l'accès à l'emploi, aux micro finances et microcrédits (activités génératrices de revenus...) aux bénéficiaires des OEV ;

5) Renforcement du monde du travail

- Elaboration de la politique nationale de lutte contre le sida en milieu de travail ;
- Vulgarisation et diffusion des directives pratiques de l'OIT sur le VIH et le monde du travail ;
- Révision de la sécurité sociale pour son adaptation au contexte particulier du VIH ;
- Plaidoyer et lobbying auprès des chefs d'entreprises et leaders syndicaux ;
- Développement des programmes de lutte contre le sida au sein et par les entreprises et syndicats ;
- Développement du partenariat public-privé ;

- Renforcement du cadre de concertation, de coordination et de gestion de l'information stratégique de la lutte contre le VIH au sein des entreprises.

6) Renforcement de capacités du monde de culture, communication et média

- Mise en place d'une politique nationale en matière de communication sur le VIH et le sida ;
- Renforcement des capacités des acteurs du monde de culture, communication et médias ;
- Production et diffusion des messages sous différents formats consacrés à la lutte contre le sida ;
- Appui aux radios communautaires pour une sensibilisation de proximité en milieu rural ;
- Renforcement des structures d'encadrement et de coordination des acteurs des médias dans la lutte contre le VIH.

7) Renforcement de capacités des communautés dans le contrôle de l'épidémie du VIH

- Développement de cartographies du potentiel communautaire ;
- Renforcement de capacités de communautés dans le développement de programmes de réduction de risque ;
- Promotion du leadership communautaire dans la lutte contre le sida ;
- Counseling systématique des individus pour favoriser le contrôle du VIH/sida dans leur propre vie ;
- Développement de partenariats locaux, inter-localités, nationaux et internationaux pour une synergie des interventions.

DAP 4.2 : Renforcement des structures de coordination

La coordination vise à harmoniser et à intégrer les interventions en vue de garantir un impact réel de la riposte nationale au VIH.

Deux principaux problèmes ont entravé l'efficacité des structures de coordination en place, à savoir : la faiblesse de la coordination de la réponse et la juxtaposition des fonctions de coordination de la riposte nationale et de gestion du projet MAP par le PNMLS.

Object. strat. 4.2.1 : Améliorer l'efficacité et l'efficience de coordination des interventions de lutte contre le sida à tous les niveaux

Résultats :

- 1) Des structures de coordination adéquate existent et sont fonctionnelles à tous les niveaux ;
- 2) Un cadre commun de planification est mis en place ;
- 3) Des mécanismes d'accompagnement des acteurs de terrain sont développés.

Principales Stratégies

- 1) Renforcement des structures locales, provinciales et centrales de coordination dans l'esprit de la décentralisation constitutionnelle et de la multisectorialité ;
- 2) Renforcement du leadership des structures de coordination à tous les niveaux ;
- 3) Révision périodique du plan stratégique national ;

- 4) Elaboration des plans opérationnels annuels de mise en œuvre au niveau provincial et local ;
- 5) Renforcement des conseils national, provinciaux et locaux de lutte contre le VIH/sida ainsi que du groupe thématique VIH/sida du DSCR.

DAP 4.3 : Financement durable

Le gouvernement pour qui le VIH constitue une véritable menace dans ses efforts de reconstruction nationale devra améliorer sa contribution à la riposte au VIH par un financement substantiel. Ce dernier devrait être assuré par le budget national et la rétrocession des fonds d'allègement de la dette (Fonds PPTE). En outre, un plaidoyer sera mené en faveur de la mobilisation des ressources privées et communautaires. La participation communautaire s'évaluera par le temps consacré à la lutte, par les contributions en nature et par d'autres services non marchands. Le financement extérieur sera quant à lui assuré, conformément à la Déclaration de Paris, par les contributions des partenaires bi et multilatéraux, des ONG internationales, des fondations....

La pérennité des interventions de riposte au VIH/sida dépend largement de la disponibilité des financements. Cependant le paysage actuel de la lutte laisse transparaître une certaine faiblesse dans la contribution financière de l'Etat, l'absence d'un cadre global national de mobilisation des ressources, leur non prédictibilité ainsi que la multiplicité et la complexité des procédures d'accès.

Object. strat. 4.3.1 : Assurer un financement adéquat et continu des interventions de lutte contre le sida

Résultats attendu :

- 1) Une ligne budgétaire conséquente émerge annuellement du budget national, provincial et local (Entités territoriales décentralisées) pour financer les interventions de lutte contre le sida ;
- 2) 60% des entreprises allouent une ligne budgétaire pour les activités de lutte contre le sida ;
- 3) Les communautés locales participent à hauteur d'au moins 5% dans le financement des activités de lutte contre le sida ;
- 4) Le pays identifie et capitalise toutes les opportunités et initiatives régionales et internationales de financement ;
- 5) Le pays s'assure qu'un domaine de lutte contre le sida apparaît dans tous les accords de financement bi et multilatéral ;
- 6) Un plan de mobilisation des ressources est élaboré et mis en œuvre.

Principales stratégies :

- 1) Plaidoyer à tous les niveaux ;
- 2) Renforcement de capacités des acteurs à la mobilisation des ressources à tous les niveaux ;
- 3) Développement de mécanisme de financement novateur (fond de solidarité et de soutien à la lutte contre le sida, ...)

DAP 4.4 : Gestion des ressources

L'efficacité de la riposte nationale tient compte des capacités de gestion des ressources disponibles. La gestion des fonds de la lutte contre le VIH/sida requiert des structures efficaces et des procédures cohérentes. Elle implique pour ce faire, une définition claire des structures et des procédures de gestion de même qu'un système de contrôle. Ainsi donc, face à la non prédictibilité des ressources, un plan de mobilisation sera élaboré afin d'identifier les potentiels bailleurs de fonds et de combler les Gaps éventuels. Il apparaît judicieux que les partenaires, sous la coordination du PNMLS, s'accordent sur la constitution d'un panier commun en vue de la mise en œuvre du plan stratégique. Les mécanismes de gestion financière devront, du reste, être renforcés, en étroite collaboration avec les Ministères du plan, des Finances et du Budget.

L'on note actuellement, une faible capacité de gestion des ressources, traduite par un faible taux d'absorption et une allocation non efficiente des ressources disponibles.

Object. strat. 4.4.1 : Mettre en place un système de gestion efficace des ressources allouées à la lutte

Résultats attendus :

- 1) Un manuel de procédures de gestion financière est élaboré et appliqué par tous les acteurs ;
- 2) L'allocation de ressources disponibles tient toujours compte de l'efficacité, de la traçabilité et de la redevabilité ;
- 3) L'ensemble du système de gestion de ressources assure et garantit une complète transparence.

Principales stratégies :

- 1) Normalisation de procédures de gestion ;
- 2) Renforcement de capacités de gestion ;
- 3) Mise en place d'un dispositif de contrôle de gestion.

DAP 4.5 : Production et gestion de l'information stratégique

La recherche, notamment épidémiologique, permet de compléter la surveillance en matière d'évaluation et d'impact social. Le CNMLS a un rôle stratégique à jouer en matière de collecte, d'interprétation et de diffusion des résultats car une riposte efficace se doit de s'appuyer sur des évidences.

La RDC connaît une insuffisance en données sur la vulnérabilité des groupes spécifiques, une absence de statistique sur les agents pathogènes en cause des IST/IO ainsi que sur leur niveau de résistance aux médicaments. En outre, le niveau de résistance aux antirétroviraux des souches du VIH en circulation n'est pas connu, ce qui dénote de la faiblesse du système national d'information sanitaire.

Object. strat. 4.5.1 : Améliorer l'efficacité du système national de suivi et d'évaluation

Résultats attendus :

- 1) Les dispositifs fonctionnels du suivi et évaluation sont renforcés ;
- 2) Les données de qualités sont produites régulièrement ;
- 3) La dissémination de l'information stratégique est assurée pour la prise de décision

Principales stratégies :

- 1) Suivi régulier de programmes ;
- 2) Surveillance biologique et comportementale de l'épidémie ;
- 3) Renforcement de capacités des composantes du suivi et évaluation ;
- 4) Audits périodiques de la qualité des données

Object. strat. 4.5.2 : Améliorer les connaissances de la situation de l'épidémie dans le pays

Résultats attendus :

- 1) L'information stratégique sur les groupes spécifiques (HSH, population mobile, pygmées, personnes avec handicap, population en milieu carcéral, ...) est produite ;
- 2) L'impact socioéconomique du VIH est connu ;
- 3) Les informations sur les co-morbidités, les souches virales, les résistances, le lien entre la phytothérapie et le VIH ... sont disponibles et mises à jour ;

Principales stratégies :

- 1) Développement de la recherche opérationnelle et fondamentale ;
- 2) Renforcement de capacités des acteurs ;
- 3) Partenariat avec les institutions de recherche (universités et autres).

DAP 4.6 : Partenariat

Au niveau international et sous-régional, la RDC, à l'instar d'autres pays, est partie prenante de la Déclaration du millénaire pour le développement, de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, de la Déclaration d'Abuja et de Maseru constituant les instruments internationaux fondamentaux en matière de la lutte contre le VIH/sida. Elle participe à plusieurs initiatives de lutte contre le VIH/sida notamment la GLIA, l'IFCOC et la SADC. Au plan national, le partenariat s'exerce sous plusieurs formes notamment le Groupe thématique ONUSIDA, le Forum des partenaires et les différents réseaux de la société civile et du secteur privé. Dans le cadre de ce Plan stratégique national 2010-2014, il s'agira de renforcer le fonctionnement de ces différents cadres de partenariat pour la mobilisation des ressources, l'alignement et l'harmonisation des interventions.

Les efforts fournis dans le domaine du partenariat n'ont pas produit les effets escomptés faute de capitalisation des expériences et de collaboration sincère.

Object. strat. 4.6.1 : Capitaliser toutes les opportunités offertes par les mécanismes de concertation sur les plans national, sous-régional et international

Résultats attendus :

- 1) Les interventions de partenaires sont répertoriées et alignées selon les besoins du pays ;
- 2) Les synergies d'action sont capitalisées dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions

Principales stratégies :

- 1) Plaidoyer et lobbying ;
- 2) Participation active aux initiatives sous-régionales et internationales ;
- 3) Promotion des initiatives nationales viables.

7. Cadre logique

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
But : Contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH en réduisant son impact sur l'individu, la famille et la communauté dans le cadre global de la réduction de la pauvreté		
Objectif général : Contribuer à la réduction de l'incidence et de l'impact socioéconomique du VIH et du sida sur l'individu, la famille et la communauté en RDC.		
Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH		
D.A.P.1.1. Renforcement de l'accès aux services de prévention pour les populations clés à risque élevé		
O.S. 1.1.1. Augmenter l'accès et l'utilisation de services de prévention aux professionnelles du sexe		
R.1.1.1.1 Au moins 90 % de professionnelles de sexe utilisent systématiquement le préservatif	Pourcentage de professionnelles du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Enquête spéciale (BSS+)
R.1.1.1.2 La prévalence de la syphilis chez les PS est réduite à moins de 1 %	Pourcentage de la syphilis diagnostiquée chez les PS	Enquête
O.S. 1.1.2. Augmenter l'accès et l'utilisation de services de prévention aux hommes en uniformes		
R.1.1.2.1. 63% de femmes en uniforme touchées par les programmes de prévention d'ici fin 2014	Pourcentage des femmes en uniforme atteintes par les activités de prévention.	Enquêtes spéciales
R.1.1.2.2. Au moins 80% des HU et leurs dépendants ont accès aux services offrant le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire d'activité de lutte contre le sida	Pourcentage des hommes en uniforme atteints par les activités de prévention.	Enquêtes spéciales
R.1.1.2.3. 63% d' HU utilisent systématiquement le préservatif	Pourcentage des hommes en uniforme ayant déclaré utilisé un préservatif lors du dernier rapport	Enquêtes spéciales
R.1.1.2.3. La transmission du VIH liée aux viols chez les Hommes en uniforme tend vers 0 cas	Incidence des viols perpétrés par les hommes en uniforme	Suivi des programmes, enquêtes spéciales
O.S. 1.1.3. Rendre les services de prévention accessibles aux autres populations clés à risque élevé		
R.1.1.3.1. 58% des populations mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, miniers, ...) sont touchés par les programmes de prévention	Pourcentage de professionnels mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, miniers, ...) ayant été atteints par les activités de prévention.	Suivi des programmes
R.1.1.3.2. 57% de la population en milieu carcéral touchés par les programmes de prévention	Pourcentage de la population en milieu carcéral ayant été atteint par les activités de prévention.	Suivi des programmes

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
D.A.P. 1.2. Réduction du comportement sexuel à risque dans la population générale		
<i>O.S. 1.2.1. Réduire de 50% la proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui ont eu des rapports sexuels à risque de contamination par le VIH ou les IST.</i>		
R.1.2.1.1 La population âgée de 15 à 49 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui en rejettent les principales idées fausses sera accrue de 29,7% à 60% fin d'ici 2014.	Proportion de personnes (femmes, jeunes) âgées de 15 à 49 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui en rejettent les principales idées fausses	EDS, Enquête de population
R.1.2.1.2 Le pourcentage de jeunes ayant le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est passé de 28,1% à moins de 10%, d'ici fin 2014	Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant de 15 ans	EDS, Enquête de population
R.1.2.1.3 Le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels passera de 21,3% à 60% en fin 2014.	Proportion de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant utilisé le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels	EDS, Enquête de population
R.1.2.1.4 La proportion, dans la population générale, des personnes adultes (âgées de 15 ans et plus) qui connaissent leur statut sérologique sera accrue de 4% à 37% en fin 2014	Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant fait un test VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois	Enquête auprès de la population générale ; EDS; ESC (jeunes).
R.1.2.1.5 Jusqu'en fin 2014, 5.133.654 cas d'IST diverses auront été dépistés et pris en charge conformément aux normes et directives nationales.	Nombre de cas d'IST diverses dépistés et pris en charge conformément aux normes et directives nationales.	Enquête d'établissements sanitaires (IP6 et IP7) ; Suivi des programmes
R.1.2.1.6 Jusqu'en fin 2014, 100% des hommes sont circoncis.	Pourcentage d'hommes circoncis	EDS
<i>O.S.1.2.2 Assurer l'accès d'au moins 60% des jeunes aux services de la santé sexuelle.</i>		
R.1.2.2.1. La population âgée de 15 à 24 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui en rejettent les principales idées fausses sera accrue de 25,6% à au moins 50% d'ici fin 2014	Pourcentage d'hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes de la prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	EDS, Enquête de population
R.1.2.2.2. Le pourcentage de jeunes ayant le premier rapport sexuel avant de 15 ans est passé de 28,1% à moins de 10% d'ici fin 2014.	Pourcentage de jeunes femmes et hommes ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans.	EDS, Enquête de population
R.1.2.2.3. Le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels passe de 21% à 65% en fin 2014	Pourcentage d'hommes et femmes qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant au cours des 12 derniers mois	EDS, Enquête de population

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
R.1.2.2.4. La proportion, dans la population générale, des personnes âgées de 15 à 24 ans qui connaissent leur statut sérologique VIH sera accru de 4% à 37% d'ici fin 2014	Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant fait un test VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois	Enquête auprès de la population générale ; EDS ; ESC (jeunes).
O.S.1.2.3. Accroître de 80% le nombre de populations affectées par les crises et les urgences qui accèdent à des programmes de prévention		
R.1.2.3.1 70 % des personnes affectées par les situations de crise et d'urgence ont accès aux services de prévention, soins et traitement liés au VIH	Pourcentage des personnes affectées par les situations de crise et d'urgence ont accès aux services de prévention, soins et traitement liés au VIH	Suivi des programmes
R.1.2.3.2 la transmission du VIH liée aux viols dans les populations affectées par les crises ou les urgences tend vers 0 cas	Incidence du VIH liée aux viols dans les populations affectées par les crises ou les urgences	Suivi des programmes
DAP 1.3. Réduction de la transmission du VIH par voie sanguine		
O.S. 1.3.1. Assurer la sécurité transfusionnelle à l'échelle nationale		
R. 1.3.1.1 La survenue des cas de transmission du VIH par la transfusion sanguine et la transplantation de tissus et organes est réduite à moins de 1%	Pourcentage d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois, ayant fait l'objet d'un test VIH, syphilis, et Hépatite B & C, conformément aux directives nationales.	Enquête Spéciale (Protocole pour la sécurité sanguine et transfusionnelle.)
O.S. 1.3.2. Prévenir les accidents d'exposition en milieu de soins		
R.1.3.2.1. Le nombre de cas d'accident d'exposition au sang (AES) est réduit à moins de 1%	Pourcentage de personnes ayant bénéficié d'informations et de moyens de protection contre les AES	Suivi des programmes et estimations
R.1.3.2.2. 100% de cas d'accident d'exposition au sang sont prises en charge avec des ARV	Pourcentage de cas AES ayant bénéficié d'une prise en charge avec les ARV	
D.A.P. 1.4 Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant		
O.S. 1.4.1. Réduire l'incidence du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives à moins de 2% d'ici fin 2014		
R.1.4.1.1. 63% des femmes enceintes en CPN utilisent les services de PTME	Proportion des ZS qui offrent les services de PTME au cours des CPN	Suivi des programmes (rapports de CPN) et estimations
R.1.4.1.2. Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu les ARVs pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant est augmenté de 1,2% à 58% en fin 2014	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale complète (suivant le protocole national) pour réduire le risque de TME.	Suivi des programmes (rapports de CPN) et estimations
R.1.4.1.3. 100% des nouveaux nés des mères séropositives sous programme reçoivent la prophylaxie aux ARV	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH, nés de mères infectées par le VIH	Évaluation d'impact (étude spéciale), EPP /Spectrum

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement		
D.A.P. 2.1. Amélioration de la prise en charge médicale		
<i>O.S. 2.1.1. Accroître de 80% le nombre de PvVIH ayant accès aux services de prise en charge des IO et autres co-infection</i>		
R.2.1.1.1. 269.519 PvVIH ont accès à la prophylaxie cotrimoxazole	Nombre de patients PvVIH qui ont accès à la prophylaxie au cotrimoxazole	Suivi des programmes
R.2.1.1.2. 225.357 PvVIH ont accès à la prévention et soins des co-morbidités (paludisme, IST, hépatite,...)	Le nombre de PvVIH qui ont accès à la prévention et soins des co-morbidités (paludisme, IST, hépatite,...)	Suivi des programmes et estimations
<i>O.S. 2.1.2 Assurer une prise en charge globale et intégrée de la co-infection VIH-TB dans 100% des ZS d'ici fin 2014</i>		
R.2.1.2.1. 100 % de PvVIH ont accès à une surveillance active (détection précoce) de la TB	Pourcentage des PvVIH qui ont accès à une surveillance active de la TB	Suivi des programmes et estimations
R.2.1.2.2. 80% de malades TB sont dépistés pour le VIH	Pourcentage des malades TB dépistés pour le VIH	Suivi des programmes et estimations
R.2.1.2.2. 80% des malades co-infectés VIH-TB éligibles ont accès aux ARV	Nombre de personnes ayant une co-infection à VIH-TB qui reçoivent une association d'antirétroviraux.	Suivi des programmes et estimations
<i>O.S. 2.1.3. Accroître de 11% à 40% le nombre des PvVIH éligibles au TARV de qualité</i>		
R.2.1.3.1. 161.246 PvVIH adultes éligibles bénéficient d'un traitement ARV de qualité d'ici fin 2014	Nombre de personnes infectées par le VIH éligibles aux traitements et recevant une association d'antirétroviraux.	Suivi des programmes et estimations
R.2.1.3.2. Au moins 18.433 enfants VIH+ éligibles bénéficient d'un traitement ARV.	Nombre d'enfant infecté éligibles aux traitements recevant une association d'antirétroviraux.	Suivi des programmes et estimations
R.2.1.3.3. 100% de PvVIH sous ARV bénéficient du suivi biologique	Pourcentage de PvVIH, parmi celles sous ARV, qui bénéficient du suivi biologique	Suivi des programmes et estimations
<i>O.S. 2.1.4 Augmenter à 100% le nombre des PvVIH ayant bénéficié de l'assistance nutritionnelle dans leur prise en charge globale d'ici 2014.</i>		
R.2.1.2.1. : 100% des PvVIH qui en ont besoin, bénéficient d'un traitement du VIH/sida de qualité qui comprend le volet nutritionnel d'ici fin 2014	Pourcentage de PvVIH ayant accès au volet nutritionnel dans leur prise en charge globale	Suivi des programmes et estimations

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
D.A.P. 2.2. Prise en charge psychosociale et soins à domicile		
O.S. 2.2.1. Apporter un soutien psychosocial et des soins à domicile à 80% des PvVIH qui en ont besoin, d'ici fin 2014		
R.2.2.1.1. 260.253 PvVIH reçoivent un accompagnement psychosocial	Pourcentage de PvVIH qui reçoivent un accompagnement psychosocial	Suivi des programmes et estimations
R.2.2.1.2. 156.152 PvVIH, soient 29% de ceux qui en ont besoin, bénéficient d'une visite et/ou des soins à domicile	Pourcentage des PvVIH qui bénéficient d'une visite et/ou des soins à domicile	Suivi des programmes et estimations
Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du sida		
D.A.P. 3.1. Réduction de l'impact économique du VIH		
O.S. 3.1.1. Assurer la réinsertion socio-économique et l'autonomisation d'au moins 256.336 PvVIH d'ici 2014.		
R.3.1.1.1. 256.336 PvVIH et leurs familles ont accès à une source de revenu stable d'ici fin 2014.	Nombre de familles de PvVIH qui ont accès à une source de revenu stable	Suivi des programmes et estimations
D.A.P. 3.2. Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination		
O.S. 3.2.1. Assurer la protection des droits des PvVIH		
R.3.2.1.1. 100% des cas de discrimination des PvVIH et PA rapportés sont pris en charge juridiquement	Pourcentage de la population qui a des attitudes positives vers les PVVIH (comme mesuré par l'EDS)	EDS, Enquête de population
D.A.P. 3.3. Prise en charge des OEV		
O.S.3.3.1. Fournir un paquet minimum de services à 383.094 OEV éligibles d'ici fin 2014		
R.3.3.1.1. Le nombre d'OEV bénéficiant d'un appui est accru à 383.094	Pourcentage d'OEV vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.	EDS, Enquête de population
	Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10-14 ans.	EDS, Enquête de population
Axe stratégique 4 : Soutien à la mise en œuvre du PSN		
DAP 4.1 Renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le VIH et le sida		
O.S. 4.1.1 Appuyer les systèmes et les différents secteurs dans leurs efforts de mise en œuvre du PSN		
R.4.1.1.1. Les systèmes d'appui et les différents secteurs de mise en œuvre du PSN offrent des services de qualité	Systèmes d'appui et secteurs de mise en œuvre contribuant à la mise en œuvre du PSN	Suivi des systèmes et secteurs, revues sectorielles de mise en œuvre

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
DAP 4.2 Renforcement des structures de coordination		
<i>O.S. 4.2.1 Améliorer l'efficacité et l'efficience de coordination des interventions de lutte contre le VIH et le sida à tous les niveaux</i>		
R.4.2.1.1. Des structures de coordination adéquate existent et sont fonctionnelles à tous les niveaux ;	Pourcentage de structures de coordination opérationnelles	Suivi de programmes, CHAT
R.4.2.1.2. Un cadre commun de planification est mis en place	Existence de plans intégrés de lutte contre le sida	Plans d'action opérationnels annuels de lutte contre le sida
R.4.2.1.3. Des mécanismes d'accompagnement des acteurs de terrain sont développés	Existence d'un plan intégré de renforcement des capacités	CHAT, Evaluation des programmes
DAP 4.3 : Financement durable		
<i>O.S. 4.3.1 Assurer un financement adéquat et continu des interventions de lutte contre le sida</i>		
R.4.3.1.1. Une ligne budgétaire conséquente émerge annuellement au budget national pour financer les interventions de lutte contre le sida	Existence d'une ligne budgétaire sectorielle pour la lutte contre le sida	Budget de l'Etat, CDMT, Rapport UNGASS, Suivi REDES
R.4.3.1.2. 60% d'entreprises allouent une ligne budgétaire pour leurs activités de lutte contre le sida	Proportion du financement de la lutte contre le sida par les entreprises	Rapport UNGASS, Suivi REDES
R.4.3.1.3. Les communautés locales participent à hauteur d'au moins. 5% dans le financement des activités de lutte contre le sida.	Proportion de provinces couvertes par de caisses de solidarité communautaire	Rapport UNGASS, Suivi REDES
R.4.3.1.4. Le pays Identifie et saisit toutes les opportunités et initiatives régionales et internationales de financement des interventions de lutte contre le sida ;	Hauteur du besoin en financement du plan stratégique	Rapport UNGASS, Suivi REDES
R.4.3.1.5. Le pays s'assure qu'un domaine de lutte contre le sida apparaît dans tous les accords de financement bi et multilatéral ;	Chaque contrat de financement du pays prévoit une disposition de financement de la lutte contre le sida	Rapport UNGASS, Suivi REDES
R.4.3.1.6. Un plan de mobilisation de ressources est élaboré et mis en œuvre	Hauteur du besoin en financement du plan stratégique	
DAP 4.4 : Gestion des ressources		
<i>O.S. 4.4.1. Mettre en place un système de gestion efficace des ressources allouées à la lutte</i>		
R.4.4.1.1. Un manuel de procédures de gestion financière est élaboré et appliqué par tous les acteurs ;	Proportion des acteurs qui appliquent les procédures harmonisées de gestion financière	CHAT

LOGIQUE D'INTERVENTION	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de vérification
R.4.4.1.2. L'allocation de ressources disponibles tient toujours compte de l'efficacité, la traçabilité et la redevabilité ;	Proportion des interventions, cibles et catégories de dépenses prioritaires couvertes par rapport aux dépenses effectuées	Rapport UNGASS, Suivi REDES, CHAT
R.4.4.1.3. L'ensemble du système de gestion de ressources assure et garantit une complète transparence	Complétude des rapports financiers	Suivi REDES, CHAT
DAP 4.5 : Production et gestion des informations stratégiques		
<i>O.S. 4.5.1. Améliorer l'efficacité du système national de suivi et évaluation</i>		
R.4.5.1.1. Les dispositifs fonctionnels du suivi et évaluation sont renforcés ;	Pourcentage de rapports produits	Rapport UNGASS, CHAT
R.4.5.1.2. Les données de qualités sont produites régulièrement ;	Complétude des rapports périodiques	Rapport PNMLS ; UNGASS
	Qualité des données (DQA)	Outil de mesure de la qualité des données
R.4.6.1.3. La dissémination des informations stratégiques est assurée pour la prise de décision	Proportion des acteurs, décideurs et planificateurs déclarant avoir accès à l'information sur le sida en RDC	CHAT ; Enquêtes spécifiques
DAP 4.6 : Partenariat		
<i>O.S. 4.6.1. Capitaliser toutes les opportunités offertes par les mécanismes de concertation sur les plans national, sous-régional et international</i>		
R.4.6.1.1. Les interventions de partenaires répertoriées et alignées selon les besoins du pays ;	Pourcentage des partenaires dont les interventions sont alignées selon les besoins du pays	CHAT
R.4.6.1.2. Les synergies d'action sont capitalisées dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions		

8. Cadre des résultats du PSN 2010-2014

Niveau	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base		Objectif 2014	Sources de vérification
		Valeur	Source		
	Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST et du VIH				
Impact	Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes	4,1%	Surveillance sentinelle 2006	3,1%	Surveillance sentinelle du VIH, EDS
Impact	Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	4,2%		2,9%	Surveillance sentinelle du VIH
Impact	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH, nés de mères infectées par le VIH	25%	UNGASS 2007	15%	Évaluation d'impact (étude spéciale), EPP /Spectrum
Effet	Pourcentage d'hommes et femmes qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant au cours des 12 derniers mois	21,7%	EDS+ 2007	61%	EDS, Enquête de population
Effet	Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant fait un test VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois	4%	EDS+ 2007	37%	Enquête auprès de la population générale ; EDS; ESC
Effet	Pourcentage de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins qui ont été correctement diagnostiqués, traités, et conseillés	ND		89%	Enquête d'établissements sanitaires (IP6 et IP7)
Effet	Pourcentage d'hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes de la prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	16,80%	EDS+ 2007	50%	EDS, Enquête de population
Effet	Pourcentage de jeunes femmes et hommes ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans.	18,05%	EDS+ 2007	10%	EDS, Enquête de population
Effet	Pourcentage d'hommes et femmes qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant au cours des 12 derniers mois	21,70%	EDS+ 2007	61%	EDS, Enquête de population
Effet	Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant fait un test VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois	4%	EDS+ 2007	37%	EIS; EDS; ESC .
Effet	Pourcentage de professionnelles du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 derniers mois	61,40%	UNGASS 2007	90%	Enquête spéciale (BSS+)
Effet	Pourcentage des hommes en uniforme que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		63%	Enquête spéciale (BSS+)

Niveau	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base		Objectif 2014	Sources de vérification
		Valeur	Source		
Effet	Pourcentage de populations mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, miniers, ...) que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		58%	Enquête spéciale (BSS+)
Effet	Pourcentage de la population en milieu carcéral que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		57%	Enquête spéciale (BSS+)
Effet	Pourcentage des PS que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		65%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des jeunes scolarisés que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		50%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des jeunes non scolarisés que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		44%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des HSH que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		40%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des CDI que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		53%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des PvVIH que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		57%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des victimes de crise et de situation d'urgences que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		70%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage des personnes sur les lieux du travail que les programmes de prévention arrivent à atteindre	ND		16,67%	Enquête spéciale
Effet	Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	47%	UNGASS 2007	100%	Suivi des programmes, Enquête Spéciale (Protocole pour la sécurité transfusionnelle)
Effet	Pourcentage de femmes enceintes ayant fait au moins une consultation prénatale, ayant été conseillées et ayant acceptées le test VIH, et qui ont retiré les résultats du test VIH.	7,0%	PNLS 2008	63%	Suivi des programmes (rapports de CPN) et estimations
Effet	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale complète (suivant le protocole national) pour réduire le risque de TME.	1,2%	PNLS 2008	58%	Suivi des programmes (rapports de CPN) et estimations
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement					
Impact	Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans testés positifs au VIH et vivant 12 mois après le début du traitement antirétroviral.	ND		75%	Etude de cohortes
Impact	Pourcentage d'adultes testés positifs au VIH et vivant 12 mois après le début du traitement antirétroviral	ND		75%	Etude de cohortes

Niveau	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base		Objectif 2014	Sources de vérification
		Valeur	Source		
Effet	Pourcentage de patients TB positifs au VIH qui reçoivent (au moins une dose) de la prophylaxie au co-trimoxazole au cours de leur traitement TB par rapport au nombre total de patients TB positifs au VIH.	ND		50%	Suivi des programmes
Effet	Pourcentage des malades TB dépistés pour le VIH	ND		80,0%	Suivi des programmes et estimations
Effet	Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux.	7%	PNLS 2008	40%	Suivi des programmes et estimations
	Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du sida				
Impact	<i>Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10-14 ans.</i>	0,92	EDS+ 2007	1	<i>EDS, Enquête de population</i>
Effet	Pourcentage de la population qui a des attitudes positives vers les PVVIH (comme mesuré par l'EDS)	ND		80%	EDS, Enquête de population
Effet	Pourcentage d'OEV vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.	ND		56,7%	EDS, Enquête de population

9. Budget du Plan Stratégique National

Le budget du PSN a été alimenté à partir de différentes sources de données, notamment l'analyse de la situation, et essentiellement les estimations faites sur les modèles EPP et Spectrum sur la situation de l'épidémie et son impact. Les critères de budgétisation appliqués ont été retenus sur base d'harmonisation des différents coûts des activités menées, par:

- l'Évaluation des Ressources et Dépenses de Lutte contre le VIH/sida en RDC (exercice 2005 et 2006) ;
- le Modèle des coûts unitaires RNM élaboré en 2007, à l'issue de la validation du plan de mise en œuvre de la feuille de route pour l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH (2006-2010) ;
- la synthèse des rapports REDES (étude comparée des pays d'Afrique subsaharienne) de l'ONUSIDA, document de formation des experts régionaux en REDES ;
- les Stratégies d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE), publié par FHI ;
- le RNM appliqués lors de la budgétisation de la stratégie de lutte contre le sida du secteur de la santé en RDC.

9.1. Budget global (exprimé en USD)

Domaines d'interventions	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014
Prévention	184 632 496,0	269 395 981,40	363 505 762,97	462 508 288,59	590 356 663,61	1 870 399 192,55
Populations prioritaires						
Interventions centrées sur les jeunes	17 770 021,1	24 868 776,82	30 914 434,94	35 785 347,70	39 350 533,10	148 689 113,67
Travailleuses de l'industrie du sexe et clients	3 189 916,0	7 017 815,22	12 751 027,68	19 988 932,14	29 517 476,84	72 465 167,89
Lieu de travail	16 891 924,1	20 973 369,74	25 381 964,18	30 052 510,46	35 030 572,01	128 330 340,51
Consommateurs de drogues injectables	56 953,6	37 974,40	44 676,48	51 663,27	58 944,23	250 211,96
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	93 377,5	136 565,07	191 694,52	261 547,10	349 496,31	1 032 680,54
Mobilisation de la communauté	21 645 060,7	27 278 650,01	33 252 594,75	39 582 351,76	46 300 625,04	168 059 282,31
Victimes de crise et de situations d'urgence	128 703,8	146 023,87	164 305,55	183 592,17	203 928,84	826 554,22
Hommes en uniformes (militaires, et policiers) et leurs dépendances	9 000 000,0	11 861 446,67	14 893 874,03	18 105 203,27	21 503 684,63	75 364 208,60
Population en milieu universitaire	900 000,0	1 855 800,00	2 869 994,70	3 945 286,05	5 084 487,39	14 655 568,14
Population en milieu carcéral	140 549,4	318 927,20	508 379,02	709 424,78	922 606,14	2 599 886,57
Professionnels mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, pêcheurs, miniers)	7 027 471,1	15 946 360,18	25 418 951,11	35 471 239,19	46 130 306,80	129 994 328,38
Autres groupes vulnérables (PVH, indigents, ...)	2 810 988,4	6 040 287,95	9 469 805,32	13 108 936,22	16 967 469,17	48 397 487,09
Personnes vivant avec le VIH	2 801 076,0	4 879 470,00	7 144 974,67	9 587 352,00	12 185 792,67	36 598 665,33
Prestation de services						
Fourniture de préservatifs	34 056 490,6	38 694 019,62	45 193 884,19	52 626 129,63	61 814 741,81	232 385 265,81
Traitement des MST	6 281 350,9	8 203 025,55	11 795 734,88	15 603 309,07	21 055 059,37	62 938 479,79
CDV	38 371 974,0	66 714 142,71	96 828 633,89	128 793 535,06	178 904 859,48	509 613 145,10

PTME	1 823 647,63	4 885 913,37	8 725 122,78	13 403 753,94	18 947 163,83	47 785 601,54
Média de masse	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00	2 000 000,00
Soins de santé						
Sécurité du sang	6 149 037,21	8 568 305,20	11 135 927,18	12 504 475,32	13 943 987,40	52 301 732,31
Prophylaxie post exposition	9 117 089,63	13 371 731,46	17 930 276,28	22 488 821,09	30 390 298,77	93 298 217,23
Précautions universelles	5 976 864,17	7 197 376,36	8 489 506,84	9 854 878,39	11 294 629,79	42 813 255,56
Services de soin et de traitement						
Thérapie ARV	41 038 620,1	65 238 029,4	103 648 331,5	151 345 040,9	206 890 748,1	568 160 770,0
Soins et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	58 631 300,0	68 906 470,5	80 059 904,4	110 596 008,6	118 857 790,8	437 051 474,3
Co-infection VIH-TUB	539 186,7	976 499,4	1 467 637,0	2 019 049,8	2 876 325,5	7 878 698,4
Soins palliatifs	3 732 862,6	4 042 982,4	4 349 442,1	4 571 389,6	4 845 177,0	21 541 853,6
Soins à domicile	38 824 760,0	41 755 568,4	44 739 172,8	48 016 338,7	51 325 363,5	224 661 203,4
Formation aux soins ARV	35 400,0	35 400,0	35 400,0	35 400,0	35 400,0	177 000,0
Soutien nutritionnel	354 750,0	477 000,0	668 700,0	888 000,0	1 078 200,0	3 466 650,0
Mesures palliatives en faveur des OEV						
Éducation	3 461 788,44	7 794 832,05	12 428 032,24	17 349 760,96	22 538 921,31	63 573 335,00
Soutien sanitaire	2 003 758,11	4 362 702,20	6 729 182,46	9 085 222,40	11 410 565,36	33 591 430,53
Soutien nutritionnel	14 731 698,92	32 030 481,81	49 333 222,27	66 488 268,32	83 329 256,49	245 912 927,82
Soutien familial/domestique	139 815,14	303 993,87	468 210,16	631 024,72	790 858,63	2 333 902,53
Soutien communautaire	1 016 853,03	2 224 600,50	3 447 932,36	4 677 713,82	5 903 480,09	17 270 579,79
Sous-total	349 143 289,04	497 544 541,92	670 880 930,15	878 211 506,47	1 100 238 750,37	3 496 019 017,94
Soutien à la mise en œuvre du PSN*						
	82 048 672,92	116 922 967,35	157 657 018,58	206 379 704,02	258 556 106,34	821 564 469,22
Total	431 191 961,96	614 467 509,27	828 537 948,73	1 084 591 210,49	1 358 794 856,71	4 317 583 487,16

**Développement des politiques, Gestion des programmes, Suivi et évaluation, Recherche, recherche, Communication stratégique, gestion des approvisionnement, logistique, Ressources humaines, formation, transport, laboratoires*

9.2. Proportion du budget par domaine d'intervention par an

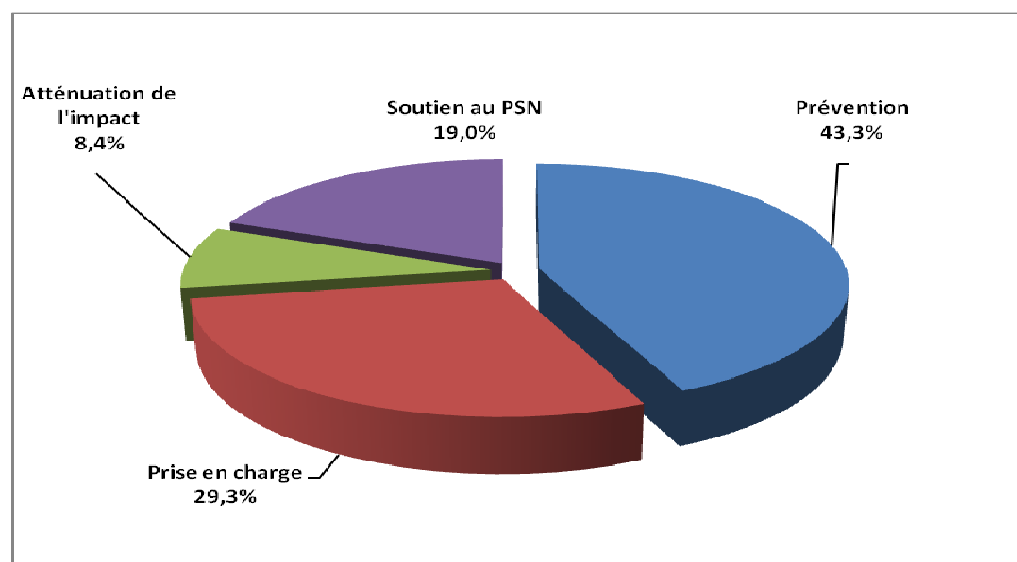
Domaines d'interventions	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014
Prévention	42,8%	43,8%	43,9%	42,6%	43,4%	43,3%
Populations prioritaires						
Interventions centrées sur les jeunes	4,1%	4,0%	3,7%	3,3%	2,9%	3,4%
Travailleuses de l'industrie du sexe et clients	0,7%	1,1%	1,5%	1,8%	2,2%	1,7%
Lieu de travail	3,9%	3,4%	3,1%	2,8%	2,6%	3,0%
Consommateurs de drogues injectables	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mobilisation de la communauté	5,0%	4,4%	4,0%	3,6%	3,4%	3,9%
Victimes de crise et de situations d'urgence	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hommes en uniformes (militaires, et policiers) et leurs dépendances	2,1%	1,9%	1,8%	1,7%	1,6%	1,7%
Population en milieu universitaire	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%
Population en milieu carcéral	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Professionnels mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, pêcheurs, miniers)	1,6%	2,6%	3,1%	3,3%	3,4%	3,0%
Autres groupes vulnérables (PVH, indigents, ...)	0,7%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%
Personnes vivant avec le VIH	0,6%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%
Prestation de services						
Fourniture de préservatifs	7,9%	6,3%	5,5%	4,9%	4,5%	5,4%
Traitement des MST	1,5%	1,3%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%
CDV	8,9%	10,9%	11,7%	11,9%	13,2%	11,8%
PTME	0,4%	0,8%	1,1%	1,2%	1,4%	1,1%
Média de masse	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Domaines d'interventions	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014
Soins de santé						
Sécurité du sang	1,4%	1,4%	1,3%	1,2%	1,0%	1,2%
Prophylaxie post exposition	2,1%	2,2%	2,2%	2,1%	2,2%	2,2%
Précautions universelles	1,4%	1,2%	1,0%	0,9%	0,8%	1,0%
Services de soin et de traitement						
Thérapie ARV	9,5%	10,6%	12,5%	14,0%	15,2%	13,2%
Soins et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	13,6%	11,2%	9,7%	10,2%	8,7%	10,1%
Co-infection VIH-TUB	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Soins palliatifs	0,9%	0,7%	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%
Soins à domicile	9,0%	6,8%	5,4%	4,4%	3,8%	5,2%
Formation aux soins ARV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Soutien nutritionnel	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Mesures palliatives en faveur des OEV						
Éducation	0,8%	1,3%	1,5%	1,6%	1,7%	1,5%
Soutien sanitaire	0,5%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%
Soutien nutritionnel	3,4%	5,2%	6,0%	6,1%	6,1%	5,7%
Soutien familial/domestique	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Soutien communautaire	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Sous-total	81,0%	81,0%	81,0%	81,0%	81,0%	81,0%
Soutien à la mise en œuvre du PSN*						
	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9.3. Synthèse du budget par axe stratégique (en USD)

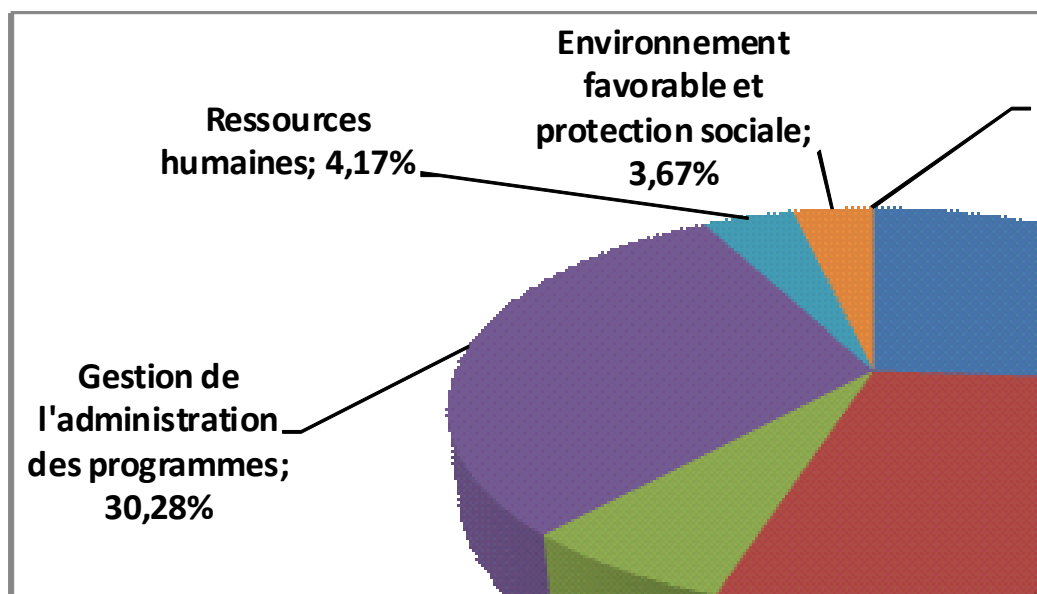
Axes stratégiques	2010	2011	2012	2013	2014	2010-2014
Prévention	184 632 495,98	269 395 981,40	363 505 762,97	462 508 288,59	590 356 663,61	1 870 399 192,55
Prise en charge	143 156 879,42	181 431 950,09	234 968 587,69	317 471 227,65	385 909 004,88	1 262 937 649,72
Atténuation de l'impact	21 353 913,64	46 716 610,43	72 406 579,49	98 231 990,23	123 973 081,89	362 682 175,67
Soutien au PSN	82 048 672,92	116 922 967,35	157 657 018,58	206 379 704,02	258 556 106,34	821 564 469,22
Total	431 191 961,96	614 467 509,27	828 537 948,73	1 084 591 210,49	1 358 794 856,71	4 317 583 487,16

Graphique 1 : Synthèse de la répartition du budget par axe stratégique



9.4. Projections de la répartition rationnelle des ressources pour le financement du Plan stratégique national par domaines d'intervention

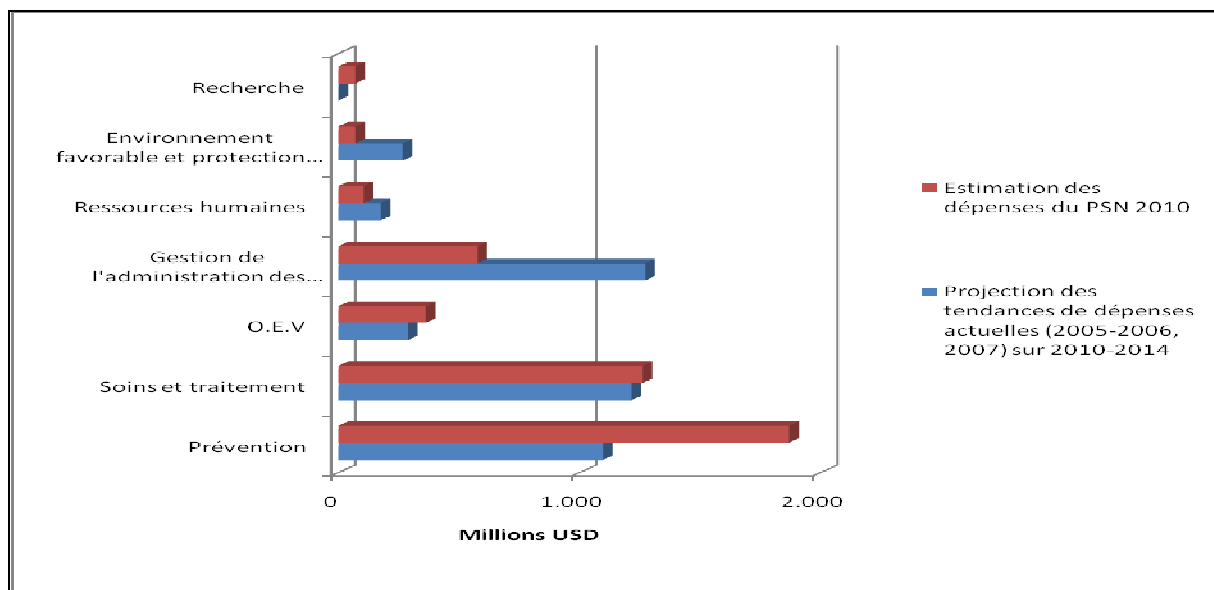
Graphique 2 : Répartition des dépenses par domaines de la lutte contre le sida de 2005 à 2006



Source : PNMLS, Rapport sur les estimations de flux de ressources et dépenses de lutte contre le sida en 2005 et 2007.

Les dépenses ont plus couvert le domaine de la gestion de l'administration des programmes (incluant la coordination, le suivi et évaluation, la communication stratégique, la logistique, le transport, les approvisionnements, etc.), soit 30,28%. Elles ont ensuite couvert la prise en charge et la prévention par respectivement 28,92% et 26,10% des dépenses effectuées. La prise en charge des OEV a été assurée à 6,86% des dépenses, et les ressources humaines ainsi que la mise en place d'un environnement favorable (y compris la protection sociale) ont été financées à hauteur respective de 4,17% et 3,67%.

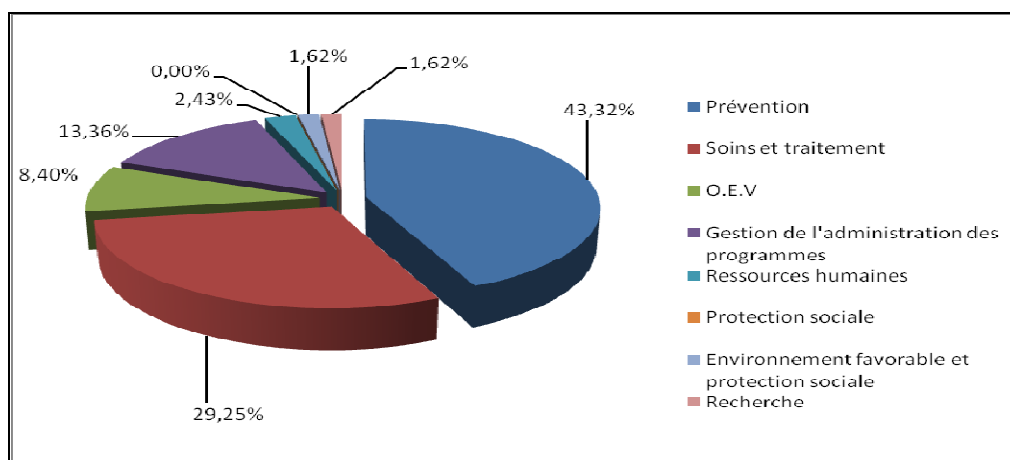
Graphique 3 : Projection des dépenses cumulées suivant la répartition actuelle, de 2010 à 2014



Le graphique ci-dessus indique clairement que dans l'ensemble, les allocations par axe d'intervention seront profondément revues pour la mise en œuvre du PSN,. Les ressources seront plus orientées vers les services proprement dits, en l'occurrence la prévention, les soins et traitement ainsi que la prise en charge des OEV.

La recherche bénéficiera également d'une allocation financière relativement plus consistante.

Graphique 4 : Prévission des dépenses par domaines de la lutte contre le sida de 2010 à 2014 (suivant une classification REDES)



Source : Ressource Need Model, Plan stratégique national 2010-2014

Comme énoncé dans le commentaire précédent, les prévisions des dépenses permettront une réallocation selon les priorités définies dans le PSN. Suivant la nomenclature REDES, les dépenses couvriront la prévention à 43,32%. Elle sera davantage ciblée et adaptée à chaque type de population, selon ses spécificités et les approches d'intervention ad hoc. De façon spécifique, les interventions cibleront les femmes, les jeunes, les PS, les hommes en uniforme, les HSH, les personnes mobiles, les populations en milieu carcéral, les populations migrantes, les hommes en uniforme, les PvVIH et la population générale. La prise en charge couvrira 29,25%,

La gestion de l'administration des programmes représentera 13,36% du budget ; la prise en charge holistique des OEV 8,40% ; les ressources humaines 2,43% ; la recherche et l'environnement favorable (y compris la protection sociale) chacun à 1,62%.

10. Cadre institutionnel

La réponse nationale à l'épidémie du sida repose sur l'implication de toutes les parties prenantes en tant qu'acteurs dans le cadre de la multisectorialité. Les différents déterminants de la propagation du VIH et de l'impact du sida incitent donc à l'engagement des institutions publiques et privées, de la société civile, des organisations communautaires et des personnes vivant avec le VIH ainsi que les partenaires au développement dans une synergie d'effort bien organisée et coordonnée en vue d'une riposte efficace.

En se fondant sur les dispositions de la loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées qui oriente la politique nationale de lutte contre le VIH/sida en RDC ainsi que des recommandations de l'audit institutionnel des structures de coordination du PNMLS initié en 2008, la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2010 – 2014 fixe ici le cadre institutionnel organisationnel et opérationnel du PNMLS.

Une ordonnance présidentielle organise le cadre institutionnel du PNMLS en termes de mandat, des attributions et de fonctionnement.

10.1. Mandat et organes du PNMLS

1°. Mandat du PNMLS

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida a pour mandat de :

- Elaborer la Politique et le Cadre Stratégique en matière de prévention, de prise en charge, d'atténuation de l'impact négatif et de la recherche ;
- Mobiliser de façon coordonnée les ressources internes et externes nécessaires à la lutte et veiller à son utilisation rationnelle et en assurer la répartition équitable aux différents secteurs ;
- Susciter et encadrer la participation active de l'ensemble des composantes de la société à la lutte contre la pandémie ;
- Garantir une participation effective et efficace de tous les partenaires.

2°. Organes du PNMLS

a) Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida

Le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CNMLS », est l'organe d'orientation et de décision en matière de lutte contre le sida en RDC. Il intègre en son sein les Présidents des Conseils Provinciaux Multisectoriels de Lutte contre le sida (CPMLS) pour matérialiser la relation entre le CNMLS et les CPMLS.

Le CNMLS est aussi organisé au niveau provincial et local.

b) Secrétariat Exécutif National

Le Secrétariat Exécutif National du PNMLS, en sigle « SEN », est un organe technique de l'Etat placé sous la tutelle du Président de la République. Il est la structure chargée de la coordination, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le sida.

Le SEN est représenté en province par les structures décentralisées, à savoir les Secrétariats Exécutifs Provinciaux de lutte contre le sida et les Secrétariats Exécutifs Locaux.

c) Programmes Sectoriels de Lutte contre le sida

Les Programmes sectoriels sont des structures de mise œuvre du Plan Stratégique National. Ils sont chargés de la coordination, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le sida dans leurs secteurs spécifiques. Ils rendent compte de la mise en œuvre du Plan Stratégique national au Secrétariat Exécutif National de lutte contre le sida.

Dans le cadre de ce Plan Stratégique, les secteurs prioritaires clés sont définis dans le cadrage sectoriel.

Ces secteurs sont traduits en termes de Programme ou de Cellule spécialisés comme structure de mise en œuvre. Leurs interventions sont intégrées dans les structures existantes selon les avantages comparatifs de leurs compétences.

3°. Partenaires d'Exécution

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSN, les partenaires d'exécution du PNMLS sont les différentes organisations et associations tant nationales qu'internationales qui collaborent soit avec le SEN, soit avec les Programmes et Cellules sectoriels du PNMLS. Il s'agit des organisations de la société civile à travers les ONG et les associations à base communautaire, des associations de PvVIH, des confessions religieuses et des associations professionnelles, ainsi que des entreprises publiques et privées.

4°. Partenaires au développement

Les partenaires au développement sont représentés par les agences du Système des Nations Unies, les institutions de coopération bi et multilatérale qui appuient le Gouvernement de la République dans le cadre de la réponse nationale à l'épidémie du sida.

10.2. Procédures de gestion

1°. Gestion des ressources financières et passation des marchés

La gestion des fonds de la lutte contre le VIH/sida doit requérir des structures efficaces et des procédures cohérentes. Elle implique alors une définition claire des structures, des procédures et d'un système de contrôle de gestion des fonds.

Il apparaît judicieux que les partenaires, sous la coordination du PNMLS, s'accordent pour la constitution d'un panier commun en vue de la mise en œuvre du plan stratégique. Les mécanismes de gestion financière devront du reste être renforcés, en étroite collaboration avec les Ministères du plan, des Finances et du Budget.

a) Procédures de passation des marchés

Le pays dispose d'une expertise en passation des marchés des produits de lutte contre le sida, mais les procédures sont multiples et dépendent des partenaires. Dans l'optique de la constitution du panier commun, le plaidoyer sera fait, notamment dans les négociations de contrats de coopération, pour l'harmonisation des procédures afin de la mise en place d'un plan national intégré de passation des marchés.

Pour plus d'efficacité, la commission ad hoc des marchés du PNMLS sera restructurée afin d'assurer la sélection, l'attribution des marchés ainsi que leur suivi, selon les procédures.

b) Procédures de financement et de décaissement

Les mécanismes de financement doivent faire l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes dans la lutte contre le sida afin de trouver les solutions idoines dans le contexte actuel de la RDC.

Le Ministère des Finances, du Budget et du Plan tiendront compte dans la préparation budgétaire, de la disponibilité des ressources et du gap à financer.

Les capacités des structures en gestion financière seront renforcées. Toutefois, pour garantir la bonne gouvernance dans la gestion des ressources, des mécanismes de contrôle seront développés.

c) Dispositif de contrôle (Contrôle interne, Contrôle externe)

Pour ce qui est du contrôle interne, tenant compte de la culture de la redevabilité, un dispositif de contrôle interne efficace sera mis en place pour protéger et sauvegarder le patrimoine, assurer l'efficacité et l'efficacité des opérations et garantir la fiabilité du système d'informations.

Ce système pourra fournir suffisamment d'informations sur la mise en œuvre financière du cadre stratégique sur la rationalité des allocations et utilisation des ressources par les bénéficiaires.

2°. Gestion des ressources humaines

Les ressources humaines représentent la pierre angulaire dans tout programme de développement et en particulier pour la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National de lutte contre le VIH.

De ce fait, la gestion de ces ressources a pour finalité de produire et de garantir la disponibilité d'un personnel compétent et en quantité suffisante dans tous les secteurs de la vie nationale et à travers tout le pays.

Une politique nationale privilégiant le renforcement des capacités et la motivation des prestataires et autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions reprises dans ce Plan Stratégique National devra être élaborée.

3°. Gestion des ressources matérielles

La gestion des ressources matérielles nécessite l'élaboration d'une politique nationale ad hoc garantissant notamment la propriété de l'Etat congolais sur tout matériel ou équipement acquis dans le cadre de la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National.

Ainsi, ces ressources seront répertoriées dans le patrimoine de l'Etat à tous les niveaux.

10.3. Cadrage sectoriel

Le secteur au sens du présent plan désigne non seulement le ministère de tutelle, mais aussi les différents ministères, opérateurs sociaux, économiques formels ou informels, nationaux ou internationaux qui œuvrent dans un domaine donné. Le secteur s'entend aussi comme une subdivision géographique ou non, artificielle ou administrative effectuée à des fins d'organisation et de coordination des interventions.

Dans la riposte au VIH, la RDC utilise trois approches: multisectorielle, sectorielle, et intersectorielle soutenues par les trois dimensions suivantes :

- Géographique et de proximité communautaire où les populations s'assemblent et se côtoient dans un milieu, dans un lieu de résidence ou dans les circonstances de la vie tels que dans les quartiers, marchés, camps militaires, dans les lieux formels ou informels de travail, de loisirs etc.... sous l'organisation des pouvoirs publics.
- Selon la nature des installations, des biens et services offerts par des prestataires de tout statut juridique et reçus par des bénéficiaires dans un domaine donné sous une tutelle publique donnée :
- Selon la gestion et la coordination éclairées.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce document, l'interaction de ces trois dimensions détermine les secteurs prioritaires suivants :

Tableau 5 : Description de secteurs prioritaires de mise en œuvre du PSN

Secteurs	Cibles bénéficiaires	Domaines d'intervention	Ministères	Partenaires
Santé	<i>PVV, PS, VVS, populations générale,</i>	Prévention, PEC globale,	<i>Santé Publique, Défense et sécurité, ESU, RS</i>	Privés, communautaires, Eglises, Affaires sociales, Jeunesses
Education	<i>Jeunes scolarisés, non scolarisés, universitaires, sportifs, travailleurs, etc.</i>	Réduction du comportement sexuel à risque, Recherche,	<i>EPSP, ESU, Affaires Sociales, Jeunesse et Sport, Travail, Recherche scientifique et Santé Publique</i>	Privés, les conventionnels, les Fédérations sportives, la société civile, Agriculture, Développement rural, Culture et arts, etc.
Défense et Sécurité	<i>Homme en uniforme</i>	Prévention, PEC globale, Atténuation de l'impact	<i>Défense Nationale, Intérieur et Sécurité</i>	La société civile, ESU, Associations culturelles, Santé publique, Jeunesse ;
Culture et média	<i>Population générale,</i>	Réduction du comportement sexuel à risque	<i>Culture et Art, Information et Presse</i>	Associations de média, Artistes et professionnels de la culture (musiciens, ...), CIC/SIDA, société civile, Développement rural,
Transport et communication	<i>Populations mobiles,</i>	Réduction du comportement sexuel à risque,	<i>Transport, Agriculture</i>	CIELS, Associations des transporteurs, Communautaires,
Monde du	<i>Travailleurs</i>	Prévention, PEC	<i>Ministère de l'emploi,</i>	CIELS, Affaires

Secteurs	Cibles bénéficiaires	Domaines d'intervention	Ministères	Partenaires
travail	<i>(formels et informels)</i>	globale, Atténuation de l'impact	<i>travail et Prévoyance sociale, Fonction Publique</i>	sociales, Economie Nationale, PME, PMI, Syndicats, Patronats, BIT
Justice	<i>PvVIH, communautés, VVS, OEV</i>	Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination	<i>Ministère de la justice, Ministère des droits humains, Ministère du genre, famille et enfants, Ministère des Affaires sociales</i>	Eglises, Ordre des Avocats, Conseil Supérieur de la Magistrature, Syndicats, ONG,
Agriculture et développement rural	<i>Population milieu rural et péri urbain</i>	Réduction du comportement sexuel à risque,	<i>Ministère de l'agriculture, pêche et élevage, Ministère du développement rural</i>	Genre – famille – Enfant, Jeunesse, Affaires sociales, Culture – Média, Recherche scientifique, Société civile, Coopératives et Associations paysannes, Corporations des professionnels de l'agriculture,
Mines	<i>Exploitants formels et informels</i>	Réduction du comportement sexuel à risque,	<i>Ministère des Mines</i>	Entreprises minières, Société civile, Jeunesse, Affaires sociales, Genre,
Finances	<i>La population générale</i>	Mobilisation des ressources	<i>Ministère du Plan, Ministère des Finances, Ministère du budget, Parlement,</i>	Patronats, Partenaires au développement, Coopération internationale,

11. Suivi et évaluation

La mise en œuvre de ce plan requiert un renforcement du dispositif de suivi et évaluation, pour un contrôle régulier de chacun des axes d'interventions stratégiques retenus.

11.1. Mécanisme de suivi et évaluation

Ce plan demeure l'unique cadre de référence pour l'élaboration des programmes et plans d'action sectoriels de développement en référence aux *Principes de coordination de la riposte au VIH/sida*.

Encadré 1 : Les principes de coordination de la riposte au VIH/sida (The Three Ones)

- **Un cadre d'action** contre le VIH/sida dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires.
- **Un organisme national de coordination** de la lutte contre le sida à représentation large et multisectorielle.
- **Un système de suivi et d'évaluation** à l'échelon pays.

Ainsi, un plan de suivi et évaluation est conçu par le PNMLS dans le cadre de la mise en œuvre d'un Système National Intégré de Suivi-Evaluation, précisant les différents mécanismes en vigueur en la matière, conformément aux principes directeurs susmentionnés.

11.2. Principes du système de suivi et évaluation

Le système national de Suivi-Evaluation est consensuel et participatif, répondant aux besoins d'information de toutes les parties prenantes de la riposte au VIH. Il se doit d'être efficace, simple, flexible, intégré, décentralisé, uniforme et orienté vers l'action tout en utilisant des outils standardisés de collecte et d'analyse des informations.

11.3. Organes de mise en œuvre du suivi et de l'évaluation

1°. L'Unité de suivi et évaluation du PNMLS

Le PNMLS a mis en place une Unité de Suivi-Evaluation, qui est l'organe central de gestion des informations liées à la lutte contre le VIH/sida dans le pays. Cette structure est décentralisée au niveau provincial et celui des districts administratifs.

Elle aura pour mission de mettre en place et de coordonner un système national intégré de Suivi-Evaluation ; d'établir des liens fonctionnels et opérationnels avec les structures de tous les secteurs de lutte contre le VIH/sida pour la collecte des informations et la retro-information ; d'animer la *Task force* de Suivi-Evaluation, et de produire les rapports et les bulletins pays de lutte contre le sida.

2°. La Task force de Suivi-Evaluation

A tous les niveaux, la *Task force* interviendra en appui au PNMLS, dans le cadre d'une assistance technique et de résolution continue des problèmes liés à la mise en place et au renforcement du système national de Suivi-Evaluation.

Conformément au mémorandum signé en février 2005 entre les partenaires intervenant dans le suivi et évaluation, elle sera le cadre approprié de concertation et de consensus.

A ce titre, elle contribuera à la programmation stratégique des activités de la Coordination Nationale (plan quinquennal, plan d'action annuel), à l'élaboration du plan national de Suivi-Evaluation (harmonisation, choix des indicateurs prioritaires et secondaires, protocole de collecte des indicateurs, canevas de rapport des structures d'exécution, etc.), à l'analyse des données collectées, à la diffusion des résultats et au renforcement des capacités en planification et Suivi-Evaluation

Elle devra faciliter la collaboration entre les différents partenaires et la coordination des activités de Suivi-Evaluation ainsi que la mise en place et le renforcement des capacités des structures sectorielles.

Les partenaires membres de la Task-force devront assurer la réussite de la mise en œuvre des grandes orientations nationales et internationales définies par le présent plan stratégique. En outre, les activités étant développées sur terrain, les prestataires restent les premiers producteurs de l'information. Ils devront, selon les secteurs auxquels ils appartiennent, assurer la remontée de l'information conformément à leur dispositif respectif de collecte de l'information. Ainsi, par exemple, les informations de routine liées au secteur de la santé devront obligatoirement partir des formations sanitaires vers le bureau central de la zone de santé, qui l'enverra au niveau provincial, pour que ce dernier le transmette au niveau central.

11.4. Les 12 composantes du suivi et évaluation

Elles constituent les axes stratégiques du suivi et évaluation et les conditions sine qua non pour la mise en place d'un système pérenne. Il s'agira de renforcer leur mise en œuvre, sur base de l'existant.

1. Les douze composantes sont les suivantes : **Les structures organisationnelles ayant des fonctions de S&E du VIH** : un réseau d'organisations responsables de S&E du VIH aux niveaux national et provincial et en matière de prestation de services ;
2. **Les capacités humaines**: des ressources humaines qualifiées permettront de réaliser les tâches définies dans le plan de travail national chiffré de S&E à tous les niveaux ;
3. **Le partenariat en vue de planifier, coordonner et gérer le système de S&E**: le processus participatif implique les parties prenantes nationales et internationales dans la planification et la gestion de système de S&E ;
4. **Le plan national de S&E du VIH/sida** comprenant les besoins en données identifiés, les indicateurs standardisés nationaux, les outils et les procédures pour la collecte des données ainsi que les rôles et les responsabilités en vue de mettre en œuvre un système national fonctionnel ;
5. **Le plan de travail national budgétisé de S&E du VIH/sida** comportant des activités spécifiées et chiffrées de S&E du VIH/sida de toutes les parties prenantes concernées ainsi que les sources de financement identifiées ;
6. **Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH/sida** : L'objectif de performance est d'assurer la connaissance et l'engagement au S&E chez les décideurs, les directeurs et le personnel des programmes ainsi que chez les autres parties prenantes ;
7. **Suivi systématique des programmes de VIH/sida** en vue de produire des données de qualité, en temps opportun, pour un suivi systématique des programmes.
8. **Les enquêtes et la Surveillance** en vue de produire des données de qualité, en temps opportun, à partir des enquêtes et de la surveillance.
9. **Des bases de données nationales et décentralisées sur le VIH/sida** qui puissent permettre aux parties prenantes d'avoir accès à des données pertinentes pour la formulation des politiques, la gestion et l'amélioration des programmes ;
10. **La supervision d'appui et le contrôle des données** en vue de s'assurer périodiquement de la qualité des données et de lever les obstacles à la production de données de qualité (c'est-à-dire, valides, fiables, complètes, opportunes) ;
11. **L'agenda de l'évaluation et de la recherche dans le domaine du VIH/sida** afin de répondre aux questions clés nécessitant des études particulières et de coordonner les recherches répondant aux besoins identifiés ;

12.La diffusion et utilisation des données pour guider la formulation des politiques ainsi que la planification et l'amélioration des programmes.

11.5. Circuits des données et informations par secteur

Huit questions clés ont été soulevées sur la base d'une proposition concertée entre l'ONUSIDA, les partenaires œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida et le PNMLS. :

Question n° 1. Comment évolue l'épidémie ?

Question n° 2. Les populations ont-elles les connaissances, les compétences et les moyens nécessaires pour la prévention de l'infection à VIH ? Ces interventions ont-elles des impacts sur les comportements à risque ?

Question n° 3. Les personnes infectées bénéficient-elles d'une prise en charge et d'un traitement appropriés ?

Question n° 4. Les membres de famille les plus affectés par le VIH/sida, en particulier les enfants vulnérables dont les parents sont malades, mourants ou décédés, reçoivent-ils des services de soutien ?

Question n° 5. Les femmes enceintes bénéficient-elles des services destinés à faire diminuer la transmission du VIH à leur nouveau-né ?

Question n° 6. Les ressources sont-elles envoyées au bon endroit et dirigées vers les activités les plus efficaces suivant les objectifs nationaux fixés ?

Question n° 7. Quel est l'impact de l'épidémie et de la riposte sur le secteur de la santé et les autres secteurs sociaux ?

Question n° 8. La gestion et la coordination de la lutte permettent-elles de relever le défi de la lutte contre le VIH/sida ?

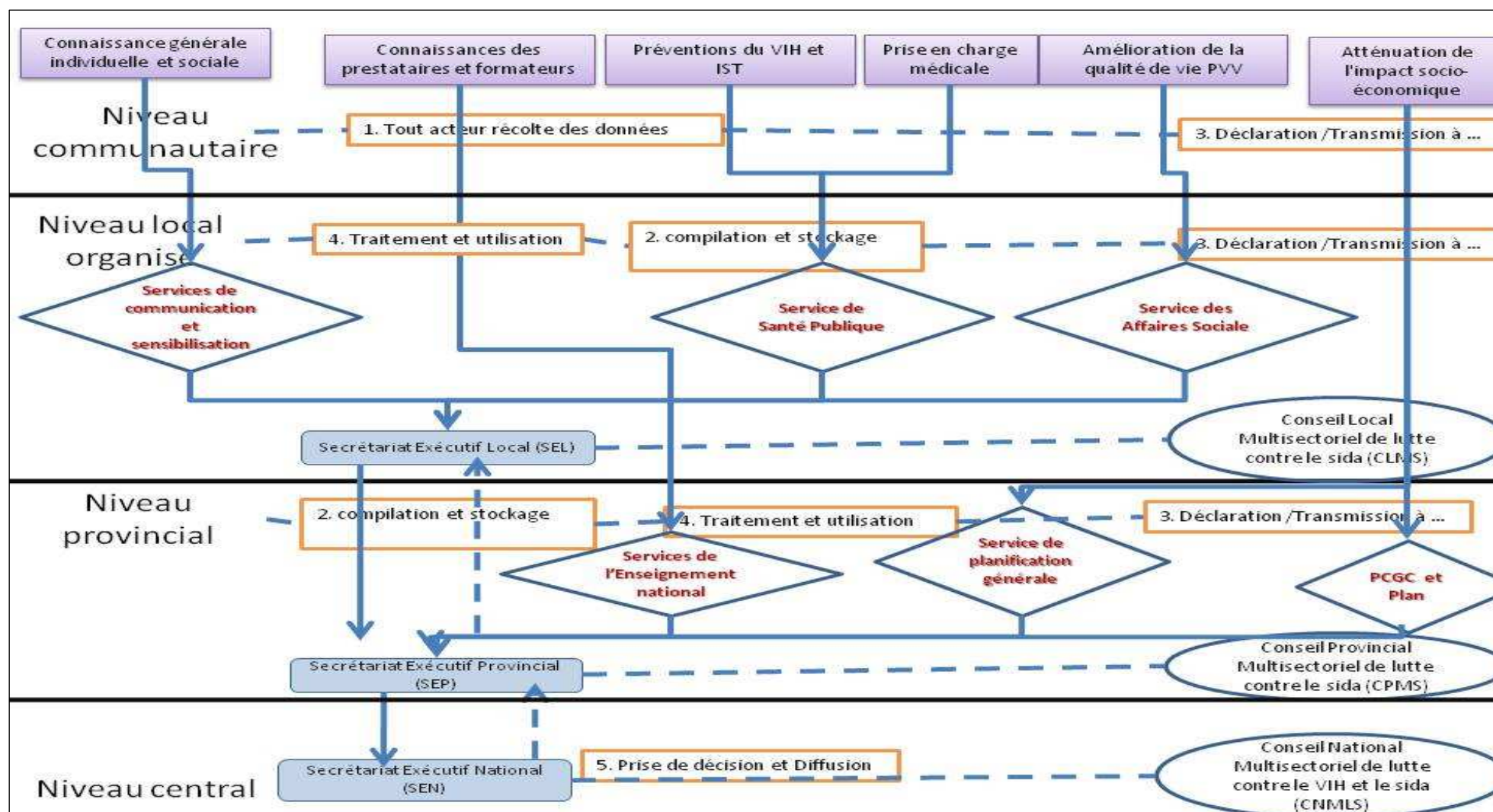
Répondre à ces questions permet de faire un état des lieux sur le niveau de l'épidémie et de la réponse, en vue d'apporter des éléments permettant une riposte adaptée à l'échelle nationale.

Pour ce faire, le système prévoit un circuit de la remontée de l'information de la base au plus haut niveau de prise de décisions. Cette remontée se fera à travers des outils standardisés, codifiés et intégrés qui seront utilisés pour collecter les données et les informations.

Le rythme d'envoi des rapports doit être le suivant :

- 1 fois/mois du niveau local au niveau provincial ;
- 1 fois tous les 3 mois du niveau provincial au niveau central ;
- 1 fois tous les 3 mois du niveau central au CNMLS et au Ministère du Plan ;
- 1 fois tous les 6 mois du CNMLS à la Présidence de la République ;
- 1 fois un rapport annuel ;
- 1 fois une revue annuelle ;
- Après deux ans et demi, un rapport global d'analyse des indicateurs VIH et d'évaluation à mi-terme du Plan stratégique national ;
- En 2014, un rapport d'évaluation du plan stratégique national, en préparation du rapport de progression vers les OMD ;
- Le circuit de circulation des informations est présenté dans le schéma ci-dessous.

Figure 4 : Circuit de circulation des informations sida



12. Analyse des facteurs de risque

12.1. Risques et hypothèses.

L'approche de lutte contre le VIH et le sida, se veut holistique. L'analyse de la riposte nationale a relevé les menaces et opportunités externes, les forces et faiblesses internes.

La plupart de ces enjeux ont été formulés en problèmes-centraux, problèmes-effets, problèmes-impacts, problèmes-causes. La population, quant à elle, est identifiée en population-cible. Il en a été de même du type d'Institutions à renforcer.

Tous ces problèmes ont été traduits respectivement en objectifs et en résultats d'effets, en stratégies prioritaires et en résultats d'extrants en référence aux populations-cibles et au renforcement institutionnel.

Pour atteindre les résultats attendus, des préalables devront être remplis. Ces dernières sont d'ordres endogènes et exogènes. Plusieurs facteurs peuvent être à la fois des contraintes et des risques susceptibles de gêner la mise en œuvre du plan stratégique. Parmi ces facteurs figurent la paix, la stabilité sociopolitique et économique et le respect des engagements pris par toutes les parties prenantes à la lutte.

Une situation sociopolitique stable, et économiquement améliorée ainsi qu'une paix durable sur l'ensemble du territoire national créeront un environnement favorable à la mise en œuvre des stratégies visant à freiner la propagation du VIH et à réduire son impact tant sur l'individu, la famille que la communauté. A contrario, l'insécurité, le manque d'engagement, l'insuffisance et l'amenuisement des ressources financières pourraient handicaper la mise en œuvre du présent plan stratégique.

Par ailleurs, le développement des connaissances exactes sur le VIH et des comportements favorables susceptibles de freiner la propagation du VIH dépendent d'une part de l'implication des médias, des leaders communautaires, de l'éducation formelle et non formelle et de la famille ; et d'autre part du niveau d'intégration des structures de proximité, d'offre de services ainsi que de leur degré d'utilisation.

1°. Réduction de la transmission des IST et du VIH

Les leaders sociaux et politiques doivent s'engager à combattre les violations des droits de la personne, des enfants des populations déplacées et réfugiées et les violences faites aux femmes. en assurant leur protection ainsi qu'un accès équitable à l'information et aux services de prévention du VIH. La marginalisation et la stigmatisation de ces sous groupes limiterait leur accès aux services de base d'information et de prévention du VIH. Cette situation pourrait entretenir la propagation du VIH dans la population. Une prise de conscience des leaders les poussera à agir conformément aux principes de santé publique afin de réduire la vulnérabilité de ces sous populations.

2°. Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement

Les efforts d'organisation et de mobilisation des ressources devraient être soutenus pour produire des effets favorisant une offre équitable et une utilisation efficiente des services de prévention et de prise en charge des IO.

La connaissance du statut sérologique constitue une porte d'entrée à la prévention et un facteur déterminant qui conduit à la recherche et à la demande d'une prise en charge adéquate. Cela n'est cependant possible que dans un environnement qui ne se prête ni à la stigmatisation ni à la discrimination.

Outre les points ci-haut relevés, le manque de capacités humaines constitue l'obstacle le plus important à une riposte efficace. A cet effet, le gouvernement devra sécuriser les ressources humaines en améliorant leurs conditions de travail dans le cadre global de réduction de la pauvreté.

3°. Réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du sida

Le gouvernement devra faire preuve d'engagement en éliminant les obstacles qui sont liés à la réglementation des droits de douane et de commerce dans le domaine du VIH afin d'accélérer l'accès aux biens, médicaments et services efficaces de prévention, de réduction des risques et d'atténuation de l'impact. Les difficultés à se procurer un emploi décent et les problèmes liés à la compétitivité dans ce domaine, la crise économique mondiale qui a des répercussions sur l'économie nationale constituent des obstacles majeurs à l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et à la prise en charge de leurs familles. Au regard du degré de pauvreté qui frappe la population de la RDC ainsi que des problèmes multiples auquel le gouvernement fait face, la réduction de l'impact socio-économique du VIH risque de ne pas apparaître comme la priorité des priorités et d'être ainsi noyé dans les multiples interventions de ce dernier.

4°. Soutien à la mise en œuvre du PSN

L'absence ou l'insuffisance d'un financement substantiel de la lutte garantie par la partie nationale et notamment, par les entreprises imprime un caractère imprévisible et constitue de la sorte un obstacle significatif à une riposte durable. Des efforts doivent être fournis pour rendre les financements plus prévisibles à long terme. De surcroît, la mise en œuvre des recommandations de l'audit institutionnel définissant un nouveau cadre de coordination des activités constituera un soutien efficace au présent plan stratégique.

12.2. Intégration dans le suivi et évaluation des programmes

L'identification des menaces et faiblesses qui sont à minimiser, des forces et des opportunités à capitaliser permet de les inclure dans un plan de suivi et d'évaluation continu. La supervision prendra en compte les performances des programmes nationaux ou autres évoluant dans l'environnement.

13. Références bibliographiques

- 1) AMO CONGO, Rapport d'activité 2007
- 2) Coalition interagence sida et développement, « VIH/sida et genre », juillet 2006
- 3) Constitution de la RDC, Kinshasa, 2006
- 4) Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 2005
- 5) Décret N° 04/029 du 17 mars portant création et organisation du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida
- 6) Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, Kinshasa, juillet 2006
- 7) FHI, Orphelins et enfants vulnérables, 2008
- 8) GLIA, Draft du Plan stratégique GLIA 2008 – 2012, Janvier 2008
- 9) Global Fund, Rapport d'évaluation de l'impact du Global Fund en RDC, 2008
- 10) IASC, Directives en vue d'interventions contre les violences basées sur le sexe en situation de crise, septembre 2005
- 11) Les femmes et l'infection à VIH/sida : Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, novembre 2005
- 12) Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et personnes affectées
- 13) Loi sur la décentralisation
- 14) Ministère de l'Agriculture, Pêche et Elevage ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida et IST 2007 – 2009 ; août 2007
- 15) Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2006 – 2008 ; Août 2006
- 16) Ministère de l'Intérieur, Décentralisation et Sécurité ; Plan sectoriel; Août 2007
- 17) Ministère de la Culture et des Arts, Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 - 2009
- 18) Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 – 2009 ; mai 2007
- 19) Ministère de la Recherche Scientifique ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 – 2011 ; juillet 2007
- 20) Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique de lutte contre le VIH et le sida du secteur de la santé, 2008-2012, Kinshasa, 2008.
- 21) Ministère de la Santé Publique, Stratégie de renforcement du système de santé
- 22) Ministère des Affaires Sociales ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST 2007 – 2009 ; novembre 2006
- 23) Ministère des Droits Humains ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 – 2009 ; juillet 2007
- 24) Ministère des Transports et Voies de Communication ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH et le sida 2008 – 2010 ; novembre 2007
- 25) Ministère du Développement rural, Plan sectoriel de lutte contre les IST/VIH/sida 2007 – 2009 ; Août 2007
- 26) Ministère du Plan, Etude Démographique et de Santé, Kinshasa, 2007
- 27) Ministère du Plan, Rapport national des progrès des OMD, Kinshasa, 2008
- 28) Ministère du Plan, Rapport national des progrès OMD, Kinshasa, 2008

- 29) Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale ; Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 – 2009 ; juillet 2007
- 30) OCHA, Plan d'Action Humanitaire 2009, Kinshasa, 2009
- 31) ONUSIDA, Cadre de communication sur le VIH/sida, Genève 2000
- 32) ONUSIDA, Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel
- 33) ONUSIDA, Guide de la terminologie, Genève, mars 2007
- 34) ONUSIDA, Guide de Planification stratégique II, Genève, 1998
- 35) ONUSIDA, Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/sida, Module IV, Genève, mars 2001
- 36) ONUSIDA, Guide pour le processus de planification stratégique, Module III : Formulation d'un plan stratégique
- 37) ONUSIDA, Intensification de la prévention, août 2005
- 38) ONUSIDA, Rapport mondial 2008
- 39) Parlement, Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida 2007 – 2011; juillet 2007
- 40) PNLS / Katanga, Rapport annuel 2007, 2008
- 41) PNLS ; Rapport annuel 2007, Kinshasa, 2008
- 42) PNLS, Passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les CPN, Rapport 2006, décembre 2007
- 43) PNLS, Rapport annuel 2001, Kinshasa, 2002
- 44) PNLS, Rapport d'Enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Vol. 2, Kinshasa, Août 2006
- 45) PNMLS, Cadre stratégique de Suivi & Évaluation, Kinshasa, 2005
- 46) PNMLS, Plan d'action annuel 2005
- 47) PNMLS, Plan de mise en œuvre de la feuille de route sur l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins 2007 - 2010
- 48) PNMLS, Rapport national de suivi UNGASS 2007
- 49) PNMLS, Rapport pays sur les ressources et dépenses liées à la lutte contre le VIH et le sida en RDC (exercice 2005 – 2006)
- 50) PNMLS, Rapport préliminaire d'analyse de la situation, Kinshasa, 2009
- 51) PNMLS, Rapport préliminaire de l'analyse de la réponse nationale, Kinshasa, 2009
- 52) RENADEF, rapport d'activités 2008
- 53) UNICEF, Lignes d'orientation pour la mise en œuvre du projet OEV Programme protection, Kinshasa, octobre 2007

Annexes

Annexe 1 : Analyse SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces)

1°. POPULATION générale

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux d'acceptation du dépistage 67,11% (varie entre 50% au Katanga et 90.9 au bas Congo) 2. Le % des zones de santé couverte par la PEC IST est 42.9% 3. L'existence d'un protocole de PEC des AES élaboré 4. Le nombre élevé relatif des ZS couverte par PTME (394) =32.6% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible couverture nationale par la communication de masse (15%) 2. Faible nombre de personnes atteintes par la communication de masse (5.124.644) 3. Faible couverture nationale en préservatifs (15%) 4. Faible moyen de structures de PTME par ZS (2.3) 5. Faible couverture nationale de la PTME (5%) 6. Faible % de dons de sang soumis à un dépistage de qualité (46.8) 7. Faible % de dons de sang provenant des donateurs bénévoles (35%) 8. Faible moyen de structures de PEC des IST par ZS (3.1) 9. Faible couverture nationale de PEC des IST (31%) 10. Faible nombre de ZS ayant intégré la PEC des AES (56)
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implication des autorités politico administratives, religieuses et traditionnelles dans la lutte contre le VIH. 2. Organisation de la société civile (FOSI) 3. Existence du DSCRIP en vue de l'atténuation de la pauvreté 4. Décentralisation 5. Création du Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida 6. Présence des partenaires et bailleurs des fonds appuyant la lutte contre le VIH. 	

2°. PROFESSIONNEL DE SEXE

Forces	Faiblesses
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inefficacité de l'approche « pair éducation ». 2. faible couverture des structures de prise en charge des PS (IST, CDV, ARV, CCC), I 3. La non actualisation du module et boîte à image sur les IST 4. La stratégie de CCC chez « HSH » pas clairement définie 5. La rupture fréquente de stocks en intrants (préservatifs, réactifs, ...) dans les sites des PS 6. Mauvaise coordination dans la distribution des

	préservatifs à tous les niveaux
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prise de conscience du danger que représente le VIH/sida 2. Acceptation du préservatif comme moyen efficace de lutte contre le VIH/sida 3. Promotion des services CDV dans les sites de prise en charge des PS 4. La loi protégeant les PvVIH : lutte contre la stigmatisation et la discrimination 5. Le projet « Filles et Garçons, Tous à l'école » avec l'UNICEF 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accès limité aux préservatifs 2. Coût du rapport non protégé plus élevé³⁴. 3. Manque de solution de remplacement de métier³⁵. 4. Banalisation du VIH/sida et utilisation différentielle du préservatif en fonctions du type de partenaire sexuel?³⁶. 5. Phénomène « qui ne risque rien n'a rien »

3°. PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Présence de deux laboratoires disposant d'un plateau technique à la réalisation de la charge virale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible couverture géographique 2. Faible système d'approvisionnement en intrants-réactifs et en entretiens d'équipement. 3. La non généralisation de l'application de la recommandation du gouvernement par rapport à la gratuité du traitement par les structures de Prise en charge (seulement 29% des structures l'appliquent), limitant du Coût l'accessibilité des malades éligibles aux soins. 4. L'Implication insuffisante des associations communautaires en général et plus particulièrement celles des PvVIH dans la lutte. 5. La Prise en charge pédiatrique n'est effectuée que dans de rares structures, et d'une manière générale, la connaissance du statut sérologique du nouveau né d'une mère infectée n'a lieu qu'au 15-18ème mois 6. Le nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée et qui reçoivent une association d'Antirétroviraux est de 18007, alors que l'on a estimé à 60000 en fin 2007 7. Le nombre de centres de soins fonctionnels qui assurent la prise en charge IO, qui devrait être de 1800 en fin 2008 n'est que de XX en décembre 2007 8. 74316 PVVIH devraient bénéficier du traitement des IO en fin 2008, alors que ce nombre est non déterminé en fin 2007. 9. Absence de PEC de Co- infection VIH – hépatite et VIH-néphropathie 10. Pas de PEC nutritionnel

³⁴ Mtumbanzondo et al, Cité par PNMLS, Rapport de l'analyse de la situation, 2008

³⁵ KASHETA WABUNGA, E., cité par PNMLS, idem

³⁶ Kayembe K et al, cité par PNMLS, idem

Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. La promulgation de la loi portant protection des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées 2. Disponibilité des partenaires et des sources de financement pour appuyer l'accès universel aux soins, au traitement et la prévention 3. Existence des associations et de réseaux des PvVIH pour le renforcement de la prise en charge et de la prévention 4. Production locale des ARV par la Pharmakina : (il reste à mener les démarches administratives pour une accréditation) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faiblesse du système de santé.

4°. JEUNES ET ADOLESCENTS

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'existence depuis 2005 du Réseau Congolais des Associations des Jeunes contre le sida (RACJ/sida) ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible couverture des interventions 2. Message peu cohérent de la part des ONG et de la base communautaire.
Opportunités	Menaces
<p>Elles sont relativement nombreuses. Les plus importantes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence du Programme National de Santé des Adolescents (PNSA) • L'existence des centres SRAJ (santé de la reproduction des adolescents et jeunes) • L'existence de Cellules Ministérielles de lutte contre le sida (EPSP) dans les Ministères en charge des questions de jeunes ; • L'existence d'un cadre de concertation pour la coordination et l'harmonisation des interventions du secteur Education (EPSP, JEUNESSE, Ministère des Affaires sociales, SANTE, ESU, Travail et Prévoyance sociale, Société civile) ; • L'existence d'un document de politique et du plan d'action du secteur éducation pour la prévention des IST et du VIH/sida ; • L'implication effective des confessions religieuses dans la lutte contre le Sida en milieux jeunes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certaines normes socio culturelles limitent également la réponse dans la population des jeunes. 2. L'opposition des Eglises dans la promotion de l'utilisation des préservatifs auprès des jeunes.

5°. MONDE DU TRAVAIL

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implication des entreprises dans la lutte contre le sida en milieu de travail ; 2. Amélioration du niveau de connaissance du Sida chez les travailleurs ; 3. Lutte contre la discrimination et la discrimination en milieu de travail ; 4. Promotion de l'utilisation des préservatifs ; 5. Promotion du test VIH auprès des travailleurs ; 6. Prise en charge des IST et du VIH 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible implication des responsables des entreprises dans la lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail Seul les entreprises situées dans les principales villes du pays et notamment à Kinshasa et Lubumbashi sont impliquées dans la lutte contre le VIH/sida en milieu de travail 2. Insuffisance des ressources propres des entreprises engagées dans la lutte 3. Une absence dans la plupart des entreprises d'un cadre normatif pour orienter la lutte contre le VIH/sida en leur sein 4. CCC exécutées par un personnel non formé aux directives nationales dans le domaine concerné dans la plupart des fois. 5. Les ruptures de stock de préservatifs sont fréquentes 6. Canaux de distribution des préservatifs non appropriés
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implication des certains chefs d'entreprises dans lutte contre le VIH. 2. Le potentiel financier du monde d'entreprises 3. La structuration et l'organisation du monde du travail dans le cadre de la lutte contre le Sida (organisations faïtières comme le CIELS, la Fédération des Entreprises de Congo, la COPEMECO etc.) permet au monde du travail de disposer de plates formes d'échanges et d'instances de coordination de la lutte en milieu de travail. 	

6°. HOMMES EN UNIFORME

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux élevé d'acceptation du préservatif chez les militaires, les policiers et leurs dépendants 2. Existence du « Plan mixte FARDC/PNC de lutte contre les violences sexuelles et l'impunité » 3. Existence des structures de sensibilisation 4. Existence des structures de santé fonctionnelles 5. Existence d'un personnel formé dans la lutte contre les VS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible couverture des activités de Communication 2. Certains messages éducatifs non adaptés 3. Insuffisance des supports éducatifs 4. Faible capacité de la mise en œuvre du plan de lutte 5. Insuffisance des prestataires formés dans le domaine de la prise en charge globale 6. Plusieurs malades adultes et enfants éligibles aux ARV non pris en charge. PEC pédiatrique non effective 7. Absence de la prise en charge nutritionnelle 8. Rupture fréquente des stocks des médicaments IO 9. Stigmatisation des PvVIH

Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Environnement de discipline et d'organisation fortement encré en milieu militaire et policier 2. Existences des écoles et des centres de formation des militaires et des policiers 3. Implication de l'autorité hiérarchique de l'armée et de la police 4. Existence de Partenariat d'appui et de mis en œuvre 5. Loi sur les VS 6. Existence de l'initiative conjointe et des synergies provinciale 7. Existence des aumôneries militaires et de la police ainsi que des éducateurs sociaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forte dépendance des ressources externes 2. Non intégration du volet VIH/sida dans les curricula de formation des militaires et des policiers 3. Approche paquet par ZS limite l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien (98 % de garnisons non couvertes : les FARDC ne disposant que de 5 ZS et la PNC de 2 ZS). 4. Forte mobilité 5. Promiscuité dans le logement 6. Les guerres et les conflits armés 7.

7°. ORPHELINS ET ENFANTS RENDUS VULNÉRABLES (OEV) Y COMPRIS LES JEUNES VIVANT DANS LA RUE

Forces	Faibles
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance des ressources pour soutenir des programmes nutritionnels durable en faveur des OEV 2. Absence de texte réglementaire relatif à la prise en charge des enfants. 3. Arrêt de l'appui du PAM qui assurait un appui alimentaire fort appréciable
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'existence des Associations et ONG, qui encadrent ces Orphelins et enfants vulnérables facilitera l'intégration à grande échelle des activités en faveur de cette catégorie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque d'autonomie dans le financement des programmes durables

8°. POPULATIONS AFFECTÉES PAR LES CRISES OU LES URGENCES

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manuel de formation et d'information sur les interventions de lutte contre le VIH/sida en situation d'urgence en RDC; 2. Existence d'un réseau national VIH et urgences; 3. Expertise nationale de RH pour la situation de crise 4. Lois 06/018 et 06/019 sur les violences liées au genre. 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible coordination et mobilisation des ressources financières. 2. Faible intégration des crises ou urgences des populations affectées dans les politiques et les stratégies nationales des populations. 3. Absence d'un programme cohérent d'interventions dans les zones en situation de crise ou d'urgence en matière de lutte contre le VIH d'où une faible implication de multitude d'acteurs humanitaires dans le VIH. 4. Faible ressources institutionnelles et humaines. 5. La stigmatisation et le rejet dans les sociétés.

Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. DSCR 2. Initiatives régionales de lutte contre le VIH SADEC, GLIA, IFCC. 3. Groupe thématique sida, Equipe Conjointe du système des Nations Unies sur VIH et Initiative conjointe sur les violences sexuelles 4. Engagement national et international pour l'accès universel; 5. Documents normatifs des interventions VIH dans le contexte humanitaire IASC, HCR....; 6. Accès aux financements internationaux (pays en conflits Pooled Fund et CERF); 7. Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. 8. Fonds mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, 9. Plan d'Urgence du Président Bush contre le sida (PEPFAR), 10. Programme plurinational [Banque mondiale] de lutte contre le VIH/sida (PPS). 11. La résolution 1325 du Secrétariat Général de Nations Unies 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intimidations dont font l'objet les VVS et leurs collatéraux et la faiblesse de l'appareil judiciaire qui conduit à l'impunité de ce fléau n'encouragent pas la dénonciation des auteurs de ces crimes.

9°. POPULATIONS MOBILES (ROUTIERS, CAMIONNEURS, PIROGUIERS, PÊCHEURS)

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un réseau des transporteurs contre le sida « Transporteur arrête sida » (TRASI). 2. Intégration de groupe des camionneurs dans le plan stratégique national et plan conjoint. 3. Implication du ministère de transport dans la lutte et cartographie des axes d'interventions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence des données de base sur les camionneurs et leurs dépendants 2. Absences des directives (Manque de cohérence et collaboration entre les acteurs) 3. Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités 4. Insuffisance d'offres de services de prévention et de prise en charge le long des axes routiers et des sites de repos des camionneurs.
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'Initiative Régionales et Nationales de lutte contre le sida par rapport à ce groupe (GLIA, FIH, PAM, PCF...) 2. Existence d'un réseau des camionneurs. 3. harmonisation des protocoles de prévention, soins et traitement du VIH et le sida dans les pays membres de la GLIA 	

Annexe 2 : Analyse du cadrage sectoriel

1°. Secteur géographique et de proximité.

Les populations s'assemblent et se côtoient dans une communauté, un lieu de résidence ou dans les circonstances de la vie.

Il s'agit de la vie dans les quartiers, dans les marchés, dans les camps militaires, sur les lieux formels ou informels de travail, de loisirs etc.... sous l'organisation des pouvoirs publics.

Secteur géographique et de proximité	Type de population	Types d'Activistes	Pouvoir organisateur
Rues	Population générale	Organisations communautaires	Chef de rue / leader communautaire
Quartiers et villages	Population générale	Organisations communautaires	Chef de quartier/ Chef de village
Camps militaires	Personnes en uniforme et famille		Commandant de camp militaire
Lieu de travail formel y compris administration et le parlement	Salariés et familles	Syndicat des travailleurs.	Affaires économiques, Ministère du travail, Responsable des Ressources humaines
Lieu de travail informel	Petits entrepreneurs et contractuels ou non	Syndicat des travailleurs	Artisan, employés formels ou informels
Marchés	Vendeurs et clients	Association des femmes commerçantes. Association des commerçants	Préposé au marché
Sports	Joueurs et encadreur spectateurs	Fans clubs	Chef de division locale des sports
Loisirs	Orchestres et fanatiques, troupes théâtrales et spectateurs	Fans clubs	Chef de division locale de la Culture et Arts
Voyages en commun	Voyageurs routiers, ferroviaires, fluviaux, lacustres, maritimes	Association des consommateurs	Commissariat routier, Régie des voies fluviales, lacustres, Régie des Voies maritimes, Capitaines et Chefs trains

C'est l'approche pluri- et multisectorielle de lutte contre le VIH et le sida.

2°. Secteur de services et bénéficiaires spécifiques par domaine.

L'Etat, à tous les niveaux, offre ou organise des installations, biens et services dans sa mission de garantir les droits économiques, sociaux et culturels des populations.

A ce titre, l'Etat et ses dépendances infranationales distribue des attributions sectorielles dans les Ministères qu'il crée et les administrations mises à la disposition de ces Ministères et de l'Exécutif. C'est l'objet des Ordonnances du Président de la République portant attributions des Ministères, des Arrêtés des Gouverneurs de province et des Ordonnances fixant les cadres organiques dans les administrations de la Fonction Publique et autres textes d'administration.

Par exemple, en plus des attributions communes à tous les Ministères, les Ministères suivants offrent ou organisent l'offre d'installations, biens et services publics, privés, associatifs et de coopération aux destinataires et bénéficiaires spécifiques.

Secteur Ministériel de tutelle	Installations, biens et services	Bénéficiaires	Acteurs et prestataires
Santé Publique	Etablissements de santé	Population générale : Patients	Personnel et professionnel de santé
Enseignement primaire, secondaire et professionnel	Ecoles primaires	Population âgée entre 5 et 12 ans	Enseignants et encadreurs
	Ecoles secondaires et professionnelles	Population âgée entre 12 et 18 ans	
Enseignement supérieur et universitaire	Instituts supérieurs et Universités	Population âgée entre 18 à 23 ans	Enseignants et encadreurs
Défense et sécurité	Centres d'entraînement militaire	Populations en uniforme	Officiers et services spécialisés
Affaires Sociales	Centre social	Population adulte : nécessités sociales	Comité de gestion des centres de promotion sociale
	Home des vieillards et handicapés	Population de troisième âge	
Ministère de la Justice	Prisons et lieux de détention	Population carcérale	Gardiens de prison
Mines	Concessions minières	Exploitants formels et informels	Brigades ministères
Tourisme	Hôtel et centre d'hébergement	Touristes	Guides touristiques
Ministère de l'intérieur		Population réfugiée ou en déplacement	
Ministère de l'Agriculture	Coopératives	Populations adultes rurales	
Recherche scientifique et technologique	Centres de recherche	Chercheurs et encadreurs	Comité de gestion de Centre de Recherche
Ministère de transport		Populations mobiles	
Ministère de genre, femme et famille		Femmes et enfants	
Ministère de la jeunesse et des sports		Jeunes	
Ministère de communication et média		Population générale	

C'est l'approche intersectorielle de la lutte contre le VIH/sida.

3°. Secteur pour la gestion et la coordination de la réponse au VIH et au sida.

Ce secteur peut être défini dans l'approche managériale destinée à raccorder les données spécifiques dans un circuit de circulation dans des services compétents

Secteur de Coordination	Nature de décisions	Données sur	Chef de file
Comportements individuels et sociaux	Développement de comportements et environnement social favorable	Connaissances et données de comportements individuels et sociaux	Communication et sensibilisation pour le changement de comportement
Enseignement formel et informel	Amélioration de la qualité des	Le savoir, le savoir faire, le savoir-être, le savoir	Enseignement national primaires,

	Prestataires et leurs formateurs.	faire-faire des Prestataires et des Formateurs	secondaire, supérieurs et universitaire.
Services de monitoring des maladies, infirmités et décès	Prévention directe de la survenue des cas de VIH et sida.	Maladies, complications, infirmités et décès	Santé Publique
Services de monitoring de la qualité de la vie	Amélioration de l'espérance et de la qualité de vie de la personne vivant avec le VIH (PVVIH)	Qualité de la vie	Planification générale du développement
Services de monitoring social et familial	Atténuation de l'impact familial et social du VIH	Développement familial et social	Affaires Sociales, Genre-famille-enfant
Services de monitoring économique et financier.	Atténuation de l'impact économique du VIH et di sida.	Développement économique et comptes nationaux	Finances et développement économique

C'est l'approche trans-sectorielle de lutte contre le VIH/sida.

Annexe 3 : Glossaire

- 1) **Accès universel** : S'entend d'un engagement concret et d'une nouvelle détermination parmi les individus à travers le monde à inverser le cours de l'épidémie. C'est un processus qui s'appuie sur les initiatives passées et insuffle plus de dynamisme dans les efforts existants et n'implique nullement une couverture à 100% par les services tant de la prévention, du traitement, des soins et que de l'appui. C'est un engagement à obtenir des avancées concrètes, soutenues, en vue d'atteindre un niveau élevé de couverture pour les programmes les plus efficaces possibles. Ces services doivent être équitables, accessibles, financièrement abordables, exhaustifs et maintenus sur le long terme.³⁷
- 2) **AES** : Les accidents d'exposition au sang couvrent, au sens du présent document, aussi bien le sang, les autres liquides ou humeurs biologiques, les tissus que des organes. Ils concernent donc aussi les drépanocytaires ainsi que les accidents dans le cadre des activités militaires.
- 3) **Axe d'interventions** : est un ensemble de domaines d'action contribuant à une même finalité dans la riposte au VIH.
- 4) **Cible** : S'entend de l'objectif ou du but à atteindre³⁸
- 5) **Discrimination** : tout traitement différent, toute distinction, toute restriction, toute exclusion injuste d'une personne vivant avec le VIH/sida, de ses partenaires sexuels, de ses enfants ou de tout parent du fait de son état sérologique au VIH présumé ou avéré³⁹
- 6) **Domaine d'action** : Ensemble d'activités ayant un objet commun.
- 7) **Enfant** : Toute personne âgée de moins de 15 ans
- 8) **Environnement favorable** : Environnement garantissant à chaque individu le plein exercice et la pleine jouissance de tous ses droits. Sans aucune inégalité basée sur le genre ni discrimination, chaque individu pourra accéder aux services de santé et autre, à l'éducation et à un travail rémunéré dans un milieu sûr.⁴⁰
- 9) **Groupe à haut risque** : groupe de personnes exposées au VIH en raison de la nature de ses activités et/ou comportements.
- 10) **Groupe cible** : ensemble d'individus de sélection homogène ou hétérogène regroupés ou visés sur base d'un critérium d'intérêt potentiel dans un but précis
- 11) **Groupe susceptible d'être exposé** : groupe de personnes exposées en raison de leur situation de vulnérabilité.
- 12) **Groupe vulnérable** : ensemble de personnes particulièrement exposées au risque d'infection à VIH notamment la femme, les jeunes, les professionnels de sexe, les toxicomanes, les homosexuels, les déplacés de guerre, les réfugiés, les enfants et adultes de la rue⁴¹
- 13) **Infections opportunistes** : Infections qui apparaissent lorsque la personne vivant avec le VIH développe le sida⁴²
- 14) **Jeunes** : Personne comprise dans la tranche d'âge allant de 15 à 24 ans

³⁷ ONUSIDA, Rapport mondial 2008

³⁸ ONUSIDA, Guide de la terminologie, Genève, mars 2007

³⁹ Article 2 de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées

⁴⁰ ONUSIDA, Intensification de la prévention, août 2005

⁴¹ Article 2 de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées

⁴² Ibidem

- 15) **Orphelins et autres Enfants Vulnérables** : Un orphelin ou un enfant vulnérable est un enfant qui a perdu son père, sa mère ou les deux parents ou qui vit en dehors du cadre familial, avec un tuteur malade chronique, infecté par le VIH/sida; un enfant qui est malade chronique et/ou infecté par le VIH/SIDA⁴³
- 16) **Personne affectée par le VIH** : conjoint, enfant ou tout autre parent qui subi les effets collatéraux de la personne vivant avec le VIH/ sida⁴⁴
- 17) **Personne indigente** : individu invalide par son âge ou un handicap, vivant en deçà du seuil d'un dollar par jour, avec incapacité éprouvée de subvenir à ses besoins socio-économiques par sa propre production, avec ou sans attestation formelle des services sociaux
- 18) **Prévention Positive** : c'est la prévention par les PvVIH pour les PvVIH étant entendu que la prévention des PvVIH pour les autres est de la prévention négative
- 19) **Professionnel de sexe** : personne ayant pour source principale de revenu le monnayage des relations sexuelles
- 20) **Risque** : Probabilité pour une personne de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque. C'est notamment le cas des rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, du multipartenariat sexuel sans protection et de la consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguille ainsi que de seringues contaminées.⁴⁵
- 21) **Soutien psychosocial** : tout support psychologique ou social apporté à une personne vivant avec le VIH/ sida ou à une personne affectée par le VIH/ sida qui vise notamment une réduction du stress et de l'anxiété⁴⁶
- 22) **Stigmatisation** : tout comportement tendant délibérément à discréditer, mépriser ou rendre ridicule une personne vivant avec le VIH/ sida, ses partenaires sexuels, ses enfants, ou tout parent du fait de son état sérologique au VIH avéré ou présumé⁴⁷
- 23) **Vulnérabilité** : État résultant d'un ensemble de facteurs échappant à un contrôle individuel qui réduisent l'aptitude de la personne et de la communauté à éviter le risque de VIH. Il s'agit en général de l'absence de connaissance sur les moyens de prévention ; des facteurs liés à la qualité et à la couverture des services, des facteurs sociétaux tels que les normes socioculturelles et les violations des droits humains.⁴⁸

⁴³ UNICEF, Lignes d'orientation pour la mise en œuvre du projet OEV Programme protection, Kinshasa, octobre 2007

⁴⁴ Article 2 de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées

⁴⁵ ONUSIDA, Rapport mondial 2008

⁴⁶ ONUSIDA, Guide de Planification stratégique II, Genève, 1998

⁴⁷ Article 2 de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées

⁴⁸ ONUSIDA, Rapport mondial 2008

Annexe 4 : Liste de membres des groupes de travail

1) Analyse de la situation

- Bruno LAPIKA, anthropologue, université de Kinshasa
- Adelar NKUANZAKA, sociologue, Université de Kinshasa
- Jack KOKOLOMAMI, épidémiologiste, école de santé publique de l'université de Kinshasa
- Patrick KAYEMBE, épidémiologiste, école de santé publique de l'université de Kinshasa
- François CRABBE, épidémiologiste, IMT Anvers/Belgique
- Marie LAGA, IMT Anvers/Belgique

2) Audit institutionnel des structures de coordination du PNMLS

- Michael N. A. AZEFOR, Consultant international
- Zacharie KASHONGWE, Consultant national
- Reginald V HAWKINS, Consultant international

3) Analyse de la réponse

- Séverin ANAGONOU, Consultant international
- Zida Boureima, Consultant international
- Jean Paul Tchupo, Consultant international
- Laurent KAMBALE, Consultant national
- Denise NDAGANO, Consultant national
- Médard ONOBAISO, Consultant national
- Franck FWAMBA, Consultant national
- Vindicien MURHABAZI, Consultant national

4) PNMLS

- Dédé WATSHIBA, Coordonnateur National ai
- Dr Jonathan KAWUNDA,
- Dr Aimé MBOYO
- Bob MANWANA
- Luc KANYIMBO
- Jean Lambert MANDJO

5) Secrétariat Technique d'appui au processus de planification stratégique

- Dr Bernard BOSSIKY, Coordonnateur
- Dr Fidèle BENDA, Assistant Technique
- Abbé François NSEKA, Assistant Technique
- Mme Chantal BOLOIA, Assistant Technique & administratif
- Béatrice TSHIDIBI, Assistant Technique & administratif

Annexe 5 : Membre de l'équipe technique pour la rédaction du PSN 2010 - 2014

N°	Nom et prénom	Organisation	Fonctions	Téléphone	Adresse mail
1	Annie MONGAY	CIELS	Chargée de la Communication	0816864937	mongayny@yahoo.fr
2	Robert MALWEKI SAYA	Min. Aff. Soc.	Directeur CLS	0815725851	bobsaya@yahoo.fr
3	Félix TSHALA (Col.)	Min. Défense / PALS	Coordonnateur	0818121781	felitshala@yahoo.fr
4	Dieudonné BOLENGE	Min. Jeunesse	Directeur CLS	0818107458	bolenge52@yahoo.fr
5	Jack KOKOLOMAMI (Dr)	Min. Santé / FDSS	Directeur	0810695990	pajack70@yahoo.fr
6	Pierre LOKADI (Dr)	Min. Santé/D5	Directeur	0999939283	plokadi@yahoo.fr
7	Aimé BOLEMBO	Min. Santé/PNLS	Chef de Division Com.	0815026763	abolembo@hotmail.com
8	Philippe KABEYA (Dr)	Min. Santé/SG	Coordonnateur	0815024962	philippekabeya@yahoo.fr
9	Théophane BUKELE	Min. Santé/SG	Expert	081753712	tbukele@yahoo.fr
10	NKIAMA EKISWA (Pr)	Ministère de l'ESU	Conseiller	0817364540	nkiaama@yahoo.fr
11	Antoine LUMONADIO	Ministère du plan	Chef de Bureau	0898175158	lumonadio@yahoo.fr
12	Etienne MPOYI (Dr)	OMS	M&E HIV	0817151755	mpoyie@cd.afro.who.int
13	Pierre COMPAORE (Dr)	OMS	Program HIV	0817150708	compaorei@cd.afro.who.int
14	Doris KAMWA (Dr)	ONUSIDA	Consultante	0817084274	dorisnfkamwa@yahoo.fr
15	Denise NDAGANO	ONUSIDA	Consultante	0990670894	denisendagano@hotmail.com
16	Laurent KAMBALE (Dr)	ONUSIDA	Consultant	0997088267	lkkapend@live.fr
17	Aimé MBOYO (Dr)	PNMLS / CN	RN Secteur privé	0818141169	dramboyoy@yahoo.fr
18	Bob MANWANA	PNMLS / CN	M&E	0998302358	bobmanwana@yahoo.fr
19	Jean KABWAU (Dr)	PNMLS / CN	RN AIC	0994780343	jeankabwau@yahoo.fr
20	Luc KANYIMBO	PNMLS/CN	M&E	0815153162	lkanyimbo@yahoo.fr
21	Safia HOUMED	PNUD	Consultante		shoumed@yahoo.fr
22	Mamisoa RANGERS	PNUD/FM	Spécialiste portfolio S. et P.	0810407090	Mamisoa.rangers@undp.org

23	Marie-Louise KAPINGA (Me)	REDS	membre	0898930930	mlkapinga@yahoo.fr
24	Béatrice TSHIDIBI	ST / PNMLS	Ass. Techn. et Adm.	0999986408	beatshidibi@yahoo.fr
25	Bernard BOSSIKY (Dr)	ST / PNMLS	Coordonnateur	0998236098	bernardbossiky@yahoo.fr
26	François NSEKA (Abbé)	ST / PNMLS	Ass. Technique	0999226523	nsekaf1@yahoo.fr

Annexe 6 : Liste des participants à l'atelier de validation du PSN 2010 – 2014

1	Erick MUKAKU	ACS/AMO
2	Gaspard MATAMBA	ACS/AMO
3	Alphonsine MIHALA	ASF / PSI
4	DIPOKO Degranto	ASF/PSI
5	Béatrice SONGO MBUYU	Assemblée Nationale
6	José MPUNDU (Abbé)	Centre TELEMA
7	Jean ILUNGA	Christian Aid
8	BESSA TEMOLAGA (Dr)	CIC
9	Annie MONGAY	CIELS
10	Max NKIESOLO	CIELS
11	César MOBNZA	Conerela +
12	Philippe NDEMBE (Rév)	Conerela +
13	Marie Josée MUKENDI	CORDAID
14	Odiane LOKAKO	ELCOS
15	Yann ELENGA	ELCOS
16	Thérèse OMARI	Femme plus
17	MAYALA (Dr)	FHI
18	Esther BAMENGA (Dr)	Fondation Clinton
19	Georges ENGWANDA (Dr)	FOSI
20	Emilie TAMBA	Front Média sida
21	Patrick TSHIMANGA	GCE / YEN
22	Astro KAKUDJI	GCEJ
23	Alain NKATUKULU	GCEJ/YEN/MAC
24	Michel MUHEMERI (Dr)	GTZ
25	KIAZAYAKO	Hôpital Kimbanguiste
26	Abel NGATO	Human People to People - CONGO
27	Bodil SEJEROE	Human People to People - CONGO
28	Patrick MAPELA	Human People to People-CONGO/Kinshasa
29	Dieudonné BOLENGE	Ministère de la jeunesse & sport/CLS
30	Odon NSIANGANI	Ministère du Développement rural

31	Adelard MBAYAH	Ministère de Développement rural
32	Laurent LUSAKU	Ministère de la Recherche Scientifique / CLS
33	Gilbert HONCKAN	Ministère de la Culture et des Arts
34	Félix TSHALA (Dr, Col)	Ministère de la Défense / PALS
35	NDJOLOKO TAMBWE	Ministère de la Santé
36	NGILO ZAGBALI	Ministère de la Santé / D2
37	Pierre LOKADI 5Dr)	Ministère de la Santé / D5
38	Philippe KABEYA (Dr)	Ministère de la Santé / SG
39	Théophane BUKELE	Ministère de la Santé / SG
40	Lydie KAPUDI	Ministère de l'Agriculture
41	LAKUMU MASUMBUKU	Ministère de l'Agriculture / CLS
42	Madelaine LUMPUNGU	Ministère de l'Agriculture / CLS
43	Popaul KULONGA (Dr)	Ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance sociale
44	Alphonse KASWENDE	Ministère de l'EPSP
45	Justin MANGA	Ministère de l'ESU / SG
46	NKIAMA Ekisawa	Ministère de l'ESU
47	P.T. MAKELA	Ministère de l'ESU / CLS
48	Jeanne ALULA	Ministère de l'ESU / SG
49	Ben MULUMBA	Ministère de l'Intérieur / PMILS
50	Bekmay KAYEMBE	Ministère des Droits Humains
51	Antoine LUMONADIO	Ministère du Plan
52	Anicette EBAMBA	Ministère du Genre, Famille et Enfant / CLS
53	BULA BULA	Ministère du Genre, Famille et Enfant / CLS
54	MUBEYA EMBEDI	Ministère du Transport
55	Robert MALWEKI	Ministère des Affaires Sociales / CLS
56	Lis LOMBEYA (Dr)	MONUC
57	Etienne MPOYI (Dr)	OMS
58	Angélique KIKUDI (Dr)	ONEM
59	Denise NDAGANO	ONUSIDA
60	Laurent KAMBALE (Dr)	ONUSIDA
61	Marc SABA	ONUSIDA

62	Pierre SOMSE	ONUSIDA
63	Pierre-Yves BRUNDSEAUX	ONUSIDA
64	Patrice BADIBANGA	PAM
65	Felly EKOFO (Dr)	PNLS
66	José ONYA (Dr)	PNLS
67	Aimé MBOYO (Dr)	PNMLS / CN
68	Bob MANWANA	PNMLS / CN
69	Chriss TSHIBAKA (Dr)	PNMLS / CN
70	Jean KABWAU (Dr)	PNMLS / CN
71	Luc KANYIMBO	PNMLS / CN
72	Michée KIBWA	PNMLS / CN
73	André MBONGOMPASI (Dr)	PNMLS / Kinshasa
74	Béatrice TSHIDIBI	PNMLS / ST
75	Bernard BOSSIKY (Dr)	PNMLS / ST
76	François NSEKA (Abbé)	PNMLS/ ST
77	Rachel YODI (Dr)	PNSR
78	Emery YASSANKIA (Dr)	PNT
79	Sylvain YUMA (Dr)	PNTS
80	KIBOKO FATUMA (Dr)	Présidence de République / Collège SC
81	ANSINI D. MATATA	RACOF/sida
82	Baker BAKENZA	RACOF/sida
83	Barth MUYENGO	RACOF/sida
84	Carine ELIMA	RACOF/sida
85	Didier PEMBA	RACOF/sida
86	Freddy DIBINGA	RACOF/sida
87	Nadine LEMBA	RACOF/sida
88	NKUBOKOSO DJUMA	RACOF/sida
89	Trésor KASIA	RACOF/sida
90	Benjamin BUYEMEKE	RAJECOPD
91	Laurent LUMU	RAJECOPD
92	Thotho MUSALU	RAJECOPD/Kinshasa
93	Brigitte MOPANE	RCP

94	Marie-Louise KAPINGA	REDS
95	Marie-Louise NDALA	REDS
96	Marie NYOMBO ZAINA	RENADEF
97	Anny LUTETE	RIGIAC
98	Eustache DUNIA	RIGIAC
99	Fidèle BENDA (Dr)	UCOP+
100	Vital PENE RISASI	UCOP+
101	Malaïka BALIKWIS (Dr)	UNHCR
102	Youssof SAWADO GO (Dr)	UNICEF
103	Roger BOKANDENGA	VORSI
104	Eddy TSHIALA	YEN