

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU RWANDA

COMMISSION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA



# **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA 2005-2009**

**Version finale**

Décembre 2005

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES .....	4
VIH : Virus d'Immuno-déficience Humaine.....	7
Définition des concepts .....	8
REMERCIEMENTS .....	15
0. INTRODUCTION .....	16
1. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE .....	17
2. EVOLUTION DU VIH/SIDA AU RWANDA .....	18
3. DETERMINANTS DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA .....	20
3.1. Les déterminants biologiques.....	20
a) L'âge .....	20
b) Le Sexe .....	20
c) Le terrain immunitaire .....	21
3.2. Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires .....	21
3.3. Les déterminants environnementaux et culturels .....	23
3.4. Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination .....	24
4. REGARD RETROSPECTIF DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	25
4.1. Un condensé des principales réalisations depuis 2002 à nos jours .....	25
4.2. Les leçons apprises, opportunités et contraintes.....	28
b. Forces / avantages comparatifs .....	30
c. Opportunités .....	30
e. Menaces.....	32
5. MISSION ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE.....	32
5.1. Mission .....	32
5.2. Objectifs et orientations stratégiques 2005-2009.....	33
5.2.1. L'axe stratégique I: <i>Renforcer les mesures de prévention de la transmission du VIH.</i> .....	33

5.2.2. L'Axe Stratégique II: <i>Assurer une réponse nationale au VIH et au SIDA adaptée à l'évolution des conditions sanitaires et socio-économiques par la surveillance et la recherche</i> .....	35
5.2.3. L'axe stratégique III : <i>Améliorer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA</i> .....	37
5.2.4. L'Axe Stratégique IV : <i>Réduire l'Impact socioéconomique dû VIH et du SIDA (au niveau micro et macroéconomique)</i> . ....	40
5.2.5. L'Axe Stratégique V : <i>Coordonner la réponse multisectorielle pour un meilleur coût- efficacité</i> . ....	42
6. APPROCHE ET STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	47
6.1. Approche participative .....	47
6.2. Complémentarité avec les options nationales. ....	47
6.3. Réponses.....	48
6.4. Stratégie pour la qualité des programmes .....	50
6.5. Stratégies liées aux ressources .....	51
6.5.1. Les ressources humaines, physiques, matérielles et financières pour la lutte contre le VIH/SIDA .....	51
6.5.2. De la Mobilisation des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA .....	52
6.5.3. Des procédures d'allocation des fonds. ....	53
6.5.4. De la gestion des fonds du Plan Stratégique National Multisectoriel 2005–2009.....	54
6.5.5. Panier commun des fonds « Common Basket Fund » .....	55
8. BUDGET DU PLAN.....	63
9. SUIVI ET EVALUATION.....	74
9.1. Dispositif de suivi et évaluation.....	74
9.2. Les indicateurs –clé pour le suivi-évaluation du Plan Stratégique National Multisectoriel 2005 – 2009.....	74
10. PERSPECTIVES D'AVENIR .....	75

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

**ABASIRWA** : Association des Journalistes dans la lutte contre le SIDA

**APELAS** : Association du Privé et du Paraétatique pour la lutte contre le  
SIDA

**ARV** : Anti-Rétroviraux

**CAMERWA** : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels au Rwanda

**CBF** : Common Basket Found

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CDC** : Center for Disease Control

**CHK** : Centre Hospitalier de Kigali

**CCC** : Country Coordination Mechanism

**CNF** : Conseil National des Femmes

**CNJR** : Conseil National de la Jeunesse du Rwanda

**COMESA** : Marché Commun pour l'Afrique de l'Est et Australe

**CNLS** : Commission Nationale de Lutte contre le SIDA

**CDLS** : Commission de District de Lutte contre le SIDA

**CPLS** : Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA

**DHS** : Demographic Health Survey

**EABC** : Education, Abstinence, Fidélité et Usage de préservatifs

<b>EDSR</b>	: Enquête Démographique et de Santé au Rwanda
<b>EPP</b>	: Estimation and Projection Package
<b>FAO</b>	: Organisation des Nations Unies pour l’Alimentation et l’Agriculture
<b>FOSA</b>	: Formation Sanitaire
<b>GIPA</b>	: Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS
<b>GLIA</b>	: Great Lakes Initiative on AIDS
<b>IEC</b>	: Information, Education, Communication
<b>IO</b>	: Infections Opportunistes
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MAP</b>	: Multisectorial AIDS Program
<b>MCI</b>	: Management Consulting International
<b>MDG</b>	: Millenium Development Goals
<b>MINADEF</b>	: Ministère de la Défense
<b>MINALOC</b>	: Ministère de l’Administration Locale, de la Bonne Gouvernance, du Développement Communautaire et des Affaires Sociales
<b>MINECOFIN</b>	: Ministère des Finances et de la Planification Economique
<b>MINEDUC</b>	: Ministère de l’éducation, des Sciences, de la Recherche et de la Technologie
<b>MIGEPROFE</b>	: Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille
<b>MIFOTRA</b>	: Ministère de la Fonction Publique et du Travail

**MIJESPOC** : Ministère de la Jeunesse, de la Culture et des Sports

**MINISANTE** : Ministère de la Santé

**CDMT** : Cadre des Dépenses à Moyen Terme

**NEPAD** : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONUSIDA** : Programme conjoint des Nations Unies contre le SIDA

**OPDAS** : Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le SIDA

**OVC** : Orphelins et Autres Enfants Vulnérables

**PAYA** : Panafrican Youth Against AIDS

**PEC** : Prise en Charge

**PEP** : Prophylaxie Post Exposition

**PEPFAR** : President's Emergency Plan For AIDS Relief

**PMTCT** : Prevention of Mother To Child Transmission

**PNLS** : Programme National de Lutte contre le SIDA

**PNM** : Plan National Multisectoriel

**PRSP** : Poverty Reduction Strategic Paper

**PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

**RCLS** : Réseau des Confessions Religieuses de Lutte contre le SIDA

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**RRP+** : Réseau des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SIS</b>	: Système d'Information Sanitaire
<b>TBC</b>	: Tuberculose
<b>TRAC</b>	: Treatment and Research on AIDS Center
<b>UA</b>	: Union Africaine
<b>UNGASS</b>	: United Nations General Assembly Special Session on AIDS
<b>VCT</b>	: Voluntary Counseling and Testing
<b>VIH</b>	: Virus d'Immuno-déficience Humaine
<b>WCO</b>	: Women Control Options

## Définition des concepts

1. **Comportement sexuel à risque**: acte qui prédispose la personne à attraper ou infecter les IST et le VIH. Exemple : les rapports sexuels non protégés avec une prostituée.
2. **Prestataire des soins** : une personne qui donne des soins au niveau des FOSA et/ou de la communauté. Exemple : une infirmière.
3. **Précautions universelles** : ensemble des mesures d'hygiène générale qui contribuent à prévenir les infections dans les milieux où se donnent des soins médico-sanitaires. Ici aussi, on parle des infections nosocomiales pour exprimer les maladies transmissibles en milieux hospitaliers.  
Exemple : le port des gants, l'utilisation des seringues à usage unique, le traitement des déchets médicaux.
4. **Infections opportunistes** : ce sont des maladies qui infectent les personnes dont le terrain immunitaire a été fragilisé par le VIH.
5. **Prophylaxie médicale** : mesure de prévention qui consiste à diminuer le risque d'infection en donnant à une personne des médicaments pour une courte durée. Exemple : la prescription de la nivérapine à la mère et à l'enfant.
6. **Prophylaxie Post Exposition (PEP)** : ensemble d'actes médicaux prodigués à un prestataire des soins qui a fait un acte pouvant l'exposer au risque d'être contaminé. La PEP peut s'appliquer aussi à une personne victime de violence sexuelle. Exemple : la nivérapine à une infirmière qui s'est piquée en prélevant le sang d'une PVVIH.



7. **Accessibilité** : Les services sont à une distance la plus proche possible des clients et leurs coûts sont abordables pour la population. Ici on peut inclure l'existence des ressources humaines en quantité et leur niveau de performance.
8. **Disponibilité** : Les services existent sur le plan et sont répartis de façon équitable sur le territoire national.
9. **La surveillance** : C'est une série de recherches ou d'enquêtes qui s'opèrent de façon périodique pour pouvoir suivre l'évolution d'un cas. Il faut au moins trois études consécutives pour pouvoir publier les tendances. Exemple: La surveillance du VIH.
10. **La recherche** : une étude ponctuelle d'un cas. Exemple : la recherche sur le vaccin du VIH.
11. **Notification** : les résultats d'une recherche sont collectées, analysées et enregistrées
12. **Morbidité** : La situation pathologique due à un germe. Exemple : Le nombre de personnes qui souffrent de la tuberculose.
13. **Mortalité** : La situation pathologique qui engendre les décès. Exemple : les cas de décès dûs à la méningite à cryptocoque.
14. **Sites sentinelles** : ce sont des FOSA qui sont choisies pour servir de surveillance d'une pathologie déterminée. Exemple : site sentinelle des IST.

15. **Pharmaco sensibilité** : C'est la réaction du germe vis-à-vis d'un médicament.
16. **Sensitivité**: Capacité de détecter le virus quand il est là.
17. **Spécificité** : Capacité d'identifier que le Virus n'y est pas.
18. **Formats exploitables** : C'est la façon de présenter un document de manière à ce qu'il soit facile à lire et à utiliser. Un document électronique qu'on peut télécharger facilement. Il peut s'agir aussi d'un document simple, pas trop volumineux, présenté dans une langue que les utilisateurs comprennent facilement.
19. **Provider Initiated Diagnosis** : Le prestataire de soins constate que son client présente des signes avant-coureurs d'une infection quelconque et prend l'initiative de le sensibiliser pour faire le test. Exemple : Sensibiliser une personne pour qu'elle se fasse tester le VIH.
20. **Groupes de support** : Ce sont des associations ou l'ensemble des individus qui apportent un appui psychosocial et médical à un malade. Exemple : des agents communautaires ; des organisations à base communautaire, des leaders communautaires.
21. **Traitement ambulatoire** : C'est l'ensemble des soins qu'on donne en dehors des formations sanitaires classiques. Exemple : des soins à domicile.
22. **Pérennité**: Durabilité. Lorsqu'on commence un traitement aux ARV, il est recommandé de ne pas interrompre la prise des médicaments. Ceci risque de favoriser l'émergence des résistances. Les mesures doivent être

prises pour que le traitement aux ARV continue même après l'arrêt des aides extérieures. Pour le cas du Rwanda, le ministère de la santé a mis en place une instruction ministérielle qui régleme comment les ressources peuvent être générés et qui pourront contribuer à la pérennisation des traitements aux ARV.

**23. La prise en charge globale :** Les soins complémentaires qu'on donne au patient pour alléger sa souffrance. Dans le cadre du VIH/SIDA, on fait une prise en charge globale pour dire qu'on considère la complexité des problèmes dont souffre une PVVIH par le fait qu'ils sont nombreux et entre liés. La prise en charge globale signifie qu'on ne peut pas traiter un problème de façon isolée.

**24. OVC :** C'est un concept conçu pour parler des orphelins et d'autres enfants vulnérables. Les OVC incluent principalement les enfants infectés et affectés par le VIH et d'autres enfants vivant dans les conditions ne leur permettant pas de satisfaire aux besoins de base (logement, nutrition, santé, éducation, affection, etc.).

**25. GIPA:** Greater Involvement of People Living with AIDS. C'est une approche qui a été développée lors d'un sommet tenu à Paris par l'ONUSIDA et qui préconise l'implication des PVVIH dans tous les aspects de la lutte contre le VIH/SIDA.

**26. La réponse multisectorielle :** C'est l'ensemble des interventions menées pour prévenir la transmission du VIH et fournir un appui aux personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA. La multisectorialité se comprend comme la diversité des domaines d'intervenants par rapport au secteur santé.

27. **Secteur** : Pour pouvoir développer l'approche de lutte contre le VIH/SIDA par les pairs éducateurs, il a été identifié les différentes catégories socio-professionnelles. Exemple de secteurs sociaux : Les enseignants, les militaires, les jeunes, les femmes

Exemples de secteurs professionnels : secteur public, secteur privé,

Secteur

communautaire. Parmi ceux-ci, on peut retrouver des sous-secteurs : agriculture, commerce, éducation, transport, etc...

28. **Plan stratégique** : document cadre qui oriente les interventions.

Exemple : plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.

29. **Indicateur** : Élément qui permet de mesurer le niveau de réalisation d'un objectif.

30. **Fournisseurs** : Ce sont les intervenants sur le terrain.

Exemples : Associations des PVVIH, les ONG

31. **Demandeurs** : Ce sont les décideurs politiques et les bailleurs de fonds.

Exemple : la CNLS, l'USAID.

## PREFACE

Le VIH/SIDA vient de faire un peu plus de deux décennies en ravageant le monde entier. La lutte engagée nous a laissé beaucoup d'enseignements qui peuvent nous guider dans nos interventions futures.

Au Rwanda, les plus hautes instances du pays ont manifesté une volonté politique sans précédent en mettant en place des orientations qui contribuent à la recherche des réponses appropriées au VIH/SIDA et ses conséquences. En témoigne l'engagement personnel du Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur. En 2002, le Rwanda s'est doté des instruments lui permettant de mener des activités de lutte contre le VIH/SIDA pour une période de 5 ans en préconisant une approche multisectorielle pour pouvoir réduire l'impact de cette pandémie sur les communautés rwandaises.

A l'issue des travaux d'évaluation à mi-parcours, il s'est avéré que ces instruments méritent d'être révisés afin de pouvoir s'adapter au nouvel environnement caractérisé par un engagement très marqué des leaders à tous les niveaux, la présence d'un nombre croissant d'acteurs dans la lutte, la recherche avancée dans le domaine, le développement des techniques de surveillance de l'épidémie ainsi que la disponibilité des ressources allouées à la prise en charge médicale et non médicale. Les nouveaux documents doivent en outre se baser sur les politiques et les plans sectoriels nationaux et s'intégrer dans le contexte régional et international de la lutte contre le VIH et le SIDA.

Pour ce faire, la CNLS a lancé le processus de révision des documents cadre en recourant à l'approche participative qui a impliqué tous les acteurs nationaux et internationaux intervenant dans la lutte contre le VIH et le SIDA.

Le plan stratégique qui est sorti est un outil qui donne une orientation globale et des éléments essentiels pouvant guider les acteurs dans la planification de leurs interventions.

Le SIDA est une urgence, mais une urgence à long terme. Notre stratégie de lutte doit être à la hauteur sinon être supérieure aux effets dévastateurs engendrés par le VIH. Nous savons pertinemment qu'il y a de l'espoir, et quand il y a espoir, nous avons toutes les chances de vaincre le SIDA.

***Dr Innocent NYARUHIRIRA***

*Secrétaire d'Etat Chargé de la Lutte contre le SIDA  
et d'autres Epidémies*

## REMERCIEMENTS

La Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) saisit cette occasion pour présenter ses sincères remerciements:

- Aux personnes physiques ou morales qui travaillent sans relâche pour contribuer à freiner la propagation du VIH et apportent leur contribution pour la prise en charge des personnes infectées et affectées. Leur apport de quelle nature qu'elle soit a pu aider le gouvernement rwandais à riposter au VIH ;
- Aux donateurs pour leur soutien logistique et financier au processus d'évaluation à mi-parcours qui a abouti aux recommandations conduisant à la révision des documents sus mentionnés dont notre pays a si grand besoin ;
- A toutes les organisations nationales et internationales qui ont contribué à l'enrichissement des documents par leurs conseils, leurs observations et suggestions, leur participation à différents ateliers de pré- validation et validation proprement dite ;

La CNLS salue enfin le travail laborieux et le savoir-faire de l'Equipe de Consultants, qui, avec la guidance du Comité de Pilotage a eu la lourde mission de rassembler et organiser les éléments nécessaires à la révision de ce précieux document, support combien utile pour les acteurs nationaux et les différents partenaires impliqués dans lutte contre le VIH et le SIDA au Rwanda.

***Dr Agnès BINAGWAHO***

*Secrétaire Exécutif de la CNLS*

## 0. INTRODUCTION

Le Plan Stratégique Nationale Multisectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA au Rwanda pour la période 2005-2009 vient canaliser les interventions de lutte contre le VIH et le SIDA en apportant les réponses aux défis constatés au cours des cinq dernières années.

Ces défis étaient principalement dus à l'environnement changeant du VIH/SIDA suite à l'évolution de la recherche, l'impact de l'épidémie sur la population qui s'accroît, la présence d'un nombre important d'acteurs dans ce domaine, les besoins en prise en charge de plus en plus croissants, les cibles nombreux et de catégories différentes qui acceptent d'affirmer leur séropositivité, etc...

Selon le DHS 2005, le taux de séroprévalence au Rwanda est de 3%. La répartition par sexe montre que ce taux est de 3,6% pour les femmes et de 2,3% chez les hommes. En ce qui concerne la situation par milieu de résidence, le taux de prévalence est de 7,3% dans le milieu urbain et de 2,2% en milieu rural. En comparant le milieu de résidence et le sexe, on trouve que les taux sont de 8,6% pour les femmes urbaines et de 2,6% pour les femmes rurales ; 5,8% pour les hommes urbains et 1,6% pour les hommes ruraux. Les chiffres ci-dessus dégagent des disparités par rapport au sexe et au milieu de résidence, ce qui devrait faire objet d'une attention particulière dans la planification des interventions ultérieures.

Le présent Plan Stratégique doit alors apporter des innovations quant au renforcement de la surveillance et le partage de l'information entre différents intervenants. Alors que durant la période précédente, l'objectif était de stabiliser le taux de séroprévalence, il est opportun de commencer à envisager la réduction de la propagation et d'asseoir des mécanismes de grande envergure



de prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA en mettant un accent particulier sur les enfants mineurs vulnérables.

La mise en œuvre des programmes de lutte contre le SIDA continuera à s'inscrire dans une approche multisectorielle, multidisciplinaire, décentralisée, communautaire et familiale. Les liens entre les interventions de ce plan stratégique avec les autres programmes nationaux, régionaux et internationaux seront renforcés.

Il s'agit notamment des Objectifs de développement du millénaire, de la Vision 2020, du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et d'autres politiques sectorielles du Gouvernement comme celle de la Santé, du Genre et de la Promotion de la Famille, de la décentralisation, Stratégie du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et des orientations générales du GLIA, PAYA, OPDAS, ONUSIDA pour ne citer que ceux-là à titre indicatif.

## **1. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE**

Le Rwanda est un pays situé en Afrique Centrale entouré par l'Uganda au Nord, la Tanzanie à l'Est, la République Démocratique du Congo à l'Ouest et le Burundi au Sud. Avec une superficie de 26.338 km<sup>2</sup> et une population de 8.128.553 habitants (selon le RGPH de 2002), sa densité qui est d'environ 378 habitants au km<sup>2</sup> figure parmi les plus élevées d'Afrique.

La population rwandaise comprend 52,3% de femmes contre 47,7% d'hommes, soit un rapport de masculinité de 91 hommes pour 100 femmes. Le Rwanda est caractérisé par une population jeune. En effet 43,8% de la population a moins de 15 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans ne représentent que 2,9% de la

population. 1.260.000 enfants sont des orphelins. Trois enfants sur dix sont orphelins de père, de mère ou des deux.

La classification par tranches d'âges laisse apparaître la structure d'une population à forte fécondité et à mortalité élevée. En effet, la femme rwandaise devrait s'attendre à avoir 5,9 enfants en moyenne pendant sa vie féconde. Ce taux était de 6,5 en 1996 (EDSR-1996) et de 5,8 en 2000. Le niveau de mortalité est assez fort : la mortalité infantile est encore très élevée. Elle est de 139‰ sans distinction des sexes en 2002 contre 126‰ en 1991. Ce qui signifie qu'en moyenne, 1 enfant sur 7 meurt avant d'atteindre un an révolu.

L'espérance de vie à la naissance s'élève à 51,2 ans et elle s'élève à 58,4 ans à un an selon les résultats du RGPH. Les projections montrent que la population rwandaise pourrait atteindre 9.290.911 habitants en 2007 et 11.738.740 habitants en 2012 (selon l'hypothèse forte, RGPH). La population rurale présente 83% de la population globale.

Le taux d'alphabétisation au Rwanda est de 52%. Le taux net de scolarisation au primaire est de 67,9%. Le taux net de scolarisation au niveau secondaire est de 7,5% et le taux brut est de 12,6% pour un âge moyen de 19 ans. Au niveau supérieur, on enregistre un taux brut de 1,3% et l'âge moyen des étudiants est de 25 ans avec 42% qui ont plus de 26 ans.

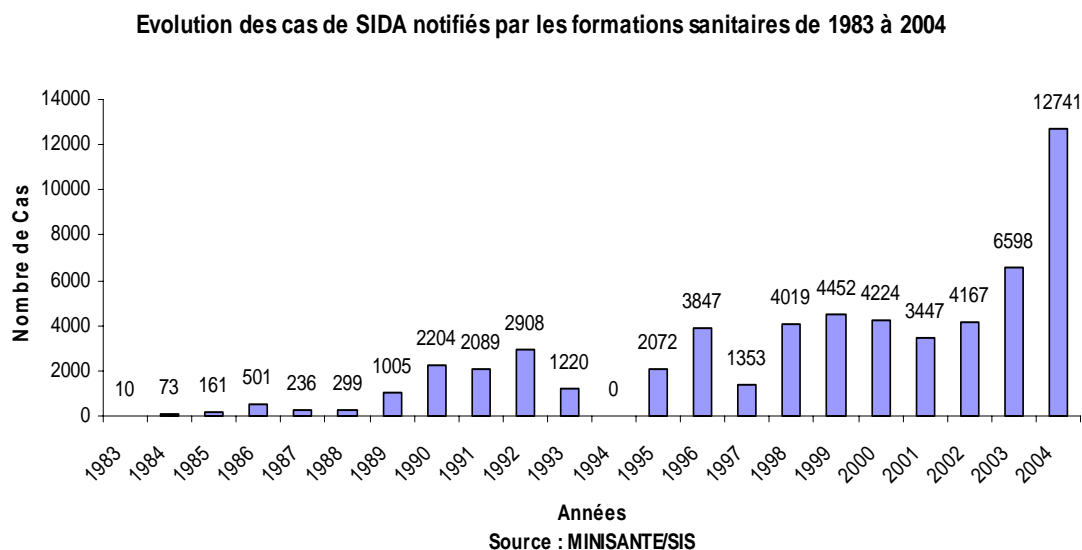
## **2. EVOLUTION DU VIH/SIDA AU RWANDA**

C'est en 1983 qu'ont été signalés les premiers cas de SIDA au Rwanda. Le nombre des cas de SIDA en 2005 est estimé entre 200.724 et 243.308 personnes (Estimation selon EPP). Le nombre de nouveaux cas se situe entre 18.390 et 22.324 (Estimation selon Spectrum).

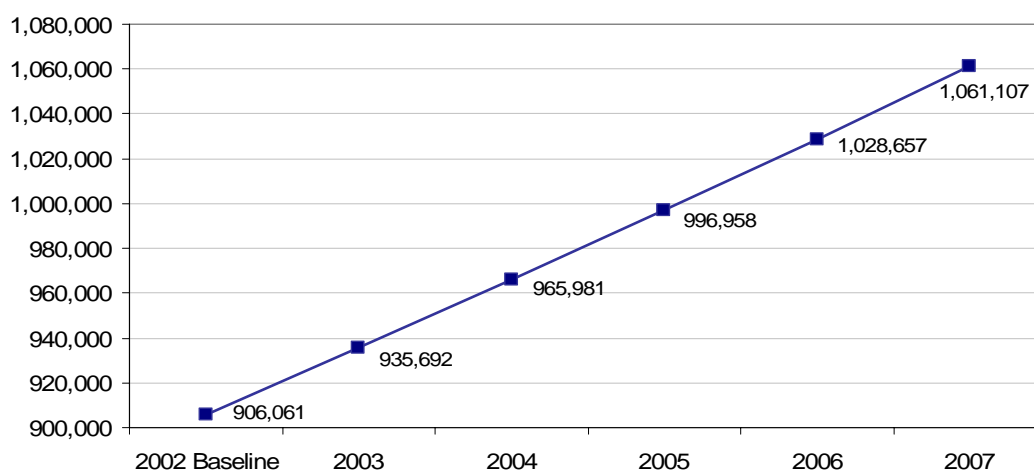
L'évolution des cas de SIDA tel que présentée sur le graphique 1 montre que le nombre de cas de SIDA enregistré en 2003 a presque doublé en 2004.

### Graphique 1 :

#### *Evolution des cas notifiés par les formations sanitaires de 1983 à 2004*



### Projected HIV Infections



### **3. DETERMINANTS DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA**

En se fondant sur les données de l'analyse situationnelle du VIH/SIDA et des données de diverses études récentes sur les comportements, les attitudes, les connaissances et les pratiques sur la sexualité des jeunes, les questions liées au genre dans la société rwandaise, on a pu identifier les déterminants de la propagation de l'infection du VIH/SIDA au Rwanda qui sont les suivants :

#### **3.1. Les déterminants biologiques**

Cette catégorie de déterminants touche l'âge, le sexe et le terrain immunitaire des personnes exposées à l'infection du VIH.

##### **a) L'âge**

La population la plus exposée et la plus touchée dans le monde est constituée par les jeunes de 15 à 25 ans. Au Rwanda, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons et ces jeunes ont aussi des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés (24% de garçons et 54% de filles) (FHI/IMPACT -RWANDA, 2000).

##### **b) Le Sexe**

Les femmes sont les plus exposées et plus atteintes que les hommes. Cette situation interpelle à plus de considération cette population féminine dans toutes les actions de lutte contre le VIH et le SIDA au Rwanda.

### **c) Le terrain immunitaire**

Il existe autant de terrains immunitaires qu'autant d'êtres humains sur la planète. Autrement dit, les acquis immunitaires (potentialité de résistance aux stimuli, adaptabilité, etc.) tout comme les insuffisances immunitaires (faible résistance aux agressions, inadaptation etc.) diffèrent d'un sujet à l'autre.

Dans le cadre du VIH, les femmes enceintes et les personnes atteintes de certaines maladies infectieuses et parasitaires ont un terrain immunitaire fragilisé. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose, des IST, des carences nutritionnelles et des parasitoses intestinales. Or, les données sur la situation sanitaire au Rwanda mentionnent que la plupart de ces maladies sont classées parmi les premières causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

### **3.2. Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires**

- a) Parmi les principaux facteurs de transmission du VIH, nombreux sont ceux qui sont liés aux attitudes, aux pratiques et aux comportements vis-à-vis de soi-même ou à l'égard des autres personnes.

Parmi ces derniers, on peut retenir :

- Le refus d'admettre l'existence du SIDA ;
- L'ignorance de la population sur la réalité, le danger que représente le SIDA ;
- La résistance au changement de comportement ;
- Les rapports sexuels non protégés et non sûrs ;
- L'abus d'alcool et les drogues ;
- Les partenaires sexuels multiples ;
- La prostitution et le vagabondage sexuel (le désir de prouver sa virilité par la conquête de multiples partenaires) ;
- Les coutumes et les pratiques culturelles traditionnelles favorisant la transmission du VIH.

b) Quant aux mouvements migratoires, il y a lieu de signaler :

- **L'exode rural**

Les jeunes quittent les campagnes et se rendent en ville sans emploi connu. Ils deviennent des enfants de la rue et délinquants, une situation qui les expose encore plus aux comportements à risque pour les IST et le VIH (viol, alcoolisme, consommation et vente de drogues, prostitution, etc.)

- **La mobilité géographique des forces armées**

Dans leurs activités ordinaires de maintien de la sécurité, les hommes en uniformes quittent leurs casernes et se rendent dans tous les coins du pays. Leur contact avec les populations locales ou un séjour prolongé les pousse à avoir des relations sexuelles avec les jeunes filles et des femmes de ces lieux.

- **La migration scolaire**

Les élèves des écoles secondaires et universitaires quittent leurs lieux de résidence habituelle pour se rendre à l'école ou à l'université. Actuellement, on remarque un nombre considérable de jeunes étudiants qui sont externes, loin de tout contrôle social et cette liberté est un facteur susceptible de les exposer au risque d'attraper les IST et le VIH.

- **La mobilité des routiers :**

Une séparation plus ou moins prolongée des conjoints ou des partenaires sexuels réguliers représente des hauts risques d'exposition au danger. Il faut signaler que les personnes mobiles sont dans les tranches d'âges sexuellement actives. Les chauffeurs et les convoyeurs de camions et taxis qui effectuent des transports nationaux et internationaux pouvant traverser plusieurs pays pendant des longues périodes constituent un groupe à haut risque surtout pour leurs

partenaires régulières avec lesquelles le niveau d'utilisation des préservatifs est très faible. En effet, 25% de ces routiers n'ont jamais utilisé le préservatif et 71% n'ont jamais subi un test de dépistage du VIH/SIDA. (FHI/IMPACT – RWANDA, 2000).

### **3.3. Les déterminants environnementaux et culturels**

Dans le contexte du VIH/SIDA, un certain nombre de facteurs environnementaux (facteurs sociaux, culturels, économiques, géographiques, les mass-média, la sécurité etc.) contribuent à accélérer ou à freiner la propagation de cette infection. Ici, il y a lieu de souligner «le contrôle social» comme un élément important qui limite le vagabondage sexuel (Qu'en dira-t-on ?).

Parmi les facteurs environnementaux, on peut retenir pour le cas spécifique du Rwanda :

- Les conséquences du génocide de 1994, la banalisation du VIH. Les gens disent : nous avons survécu à la guerre et au génocide, le SIDA est moins cruel, il ne peut rien nous faire ;
- Le désespoir, la croyance au destin et la fatalité : la perte du goût de la vie. J'ai tout perdu, je suis seul, je suis démuné, je n'ai rien à perdre ni à sauver ;
- L'endémicité de certaines maladies associées au VIH/SIDA telles que la tuberculose et les IST qui fragilisent le terrain immunitaire des individus ;
- La précarité des moyens financiers des communautés rwandaises ;
- L'existence de certaines croyances et pratiques culturelles néfastes qui augmentent le risque de propagation du VIH (lévirat, sororat, scarifications, partage des objets blessants, les rapports sexuels faits aux veuves dans certains milieux dans le cadre de leur purification, donner le sein à l'enfant de sa voisine qui n'est pas disponible, faire téter le bébé qui vient de perdre sa

mère par une autre femme, tolérance des violences sexuelles faites aux femmes par la culture, le refus des préservatifs, etc.)

- Attitudes sur l'usage des préservatifs ;
- La villagisation (habitat groupé) des zones rurales non accompagnées des programmes d'éducation au VIH/SIDA ;
- La séparation prolongée des conjoints (célibat géographique) ;
- Les conditions de vie dans l'armée ;
- Le nombre élevé de prisonniers ;
- L'oisiveté, le chômage.
- La méchanceté, la fatalité : je suis contaminé, il ne faut pas que je meurs seul.

### **3.4. Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination**

Les limites dans l'organisation et le fonctionnement des structures nationales de coordination et d'exécution de la lutte contre l'épidémie du VIH peuvent constituer un handicap au développement harmonieux des plans d'actions sectoriels.

Les déterminants suivants ont pu être identifiés au cours du processus engagé dans la lutte contre le VIH et le SIDA :

- Une faible implication des structures décentralisées dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- Une insuffisance des ressources de la part des structures décentralisées dans la lutte contre le VIH et le SIDA. Les autorités de base sont sollicitées dans de nombreuses autres activités et ne consacrent pas suffisamment de temps à la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- La précarité des infrastructures de santé,



- Une insuffisance du personnel qualifié,
- Les injections avec les seringues non stériles,
- La manipulation d'objets souillés,
- La transmission de la mère à l'enfant,
- Une intégration encore limitée de la lutte contre le VIH et le SIDA dans tous les secteurs de la vie nationale.

#### **4. REGARD RETROSPECTIF DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

##### **4.1. Un condensé des principales réalisations depuis 2002 à nos jours**

1. L'élaboration du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2002-2006, du PNM 2002-2006, du Plan National de Suivi et Evaluation pour les programmes du VIH/SIDA 2002-2006, du cadre stratégique national en matière de CCC, du Plan National de Prévention du VIH et le SIDA 2005-2009, de la Stratégie Nationale IEC/CCC en matière de santé ;
2. La prise en charge, diffusion des guides et algorithmes de prise en charge des IST et de la tuberculose dans toutes les formations sanitaires ;
3. La formation du personnel médical et paramédical responsables des formations sanitaires en algorithmes de soins IST et de la tuberculose et formation des formateurs ;
4. L'approvisionnement des médicaments et des réactifs pour le diagnostic et le traitement précoce des IST et de la tuberculose dans les formations sanitaires ;
5. La construction et la réhabilitation des infrastructures ;

6. L'extension du VCT et des services connexes à travers le système de santé du pays. Le modèle utilisé est celui d'un VCT intégré. Nombre de sites VCT en septembre 2005: 217 sites ;
7. L'élaboration des directives nationales de l'hygiène dans les établissements à haut risque de contamination accidentelle ;
8. La diffusion des directives de l'hygiène dans les établissements à haut risque de contamination accidentelle ;
9. L'approvisionnement des structures à haut risque identifiées en produits désinfectants ;
10. Les campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques d'exposition aux contaminations accidentelles dans les établissements à haut risque ;
11. La vente des préservatifs au cours de 3 dernières années a été la suivante : en 2002: 6.200.855, en 2003: 5.192.877 et en 2004: 7.592.395 ;
12. La sensibilisation des donneurs de sang, le dépistage de l'hépatite, du VIH et de la Syphilis, la collecte de sang, sa conservation et son utilisation, la formation du personnel de laboratoire de dépistage et le renforcement des 3 centres nationaux de transfusion sanguine plus l'hôpital de Rwamagana (équipement, personnel, etc.)
13. Nombre de sites PTME en septembre 2005 : 199 sites ;
14. La prévention de la transmission du VIH/SIDA parmi les populations mobiles et les groupes vulnérables qui ne sont pas couverts par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
15. Les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Nombre de personnes sous ARV 17.090 adultes et 1265 enfants dans 67 sites (fin Octobre 2005) ;

16. L'intégration des programmes de lutte contre le VIH dans les différents plans sectoriels ;
17. La promotion de la recherche opérationnelle ;
18. Le développement d'un système de collaboration et de coordination entre pays ;
19. La mobilisation des ressources ;
20. L'élaboration et la diffusion du formulaire du SIS/MINISANTE incluant la notification des cas du VIH/SIDA au niveau des centres de santé ;
21. L'existence d'un système de notification de cas qui est déjà institutionnalisé pour les cas de la TBC ;
22. Le programme pilote de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et les résultats disséminés ;
23. La mise en place d'un service de mycobactériologie au niveau du laboratoire national de référence. L'étude de la chimio sensibilité de BK aux tuberculostatiques en cours ;
24. Développement des activités génératrices de revenus ;
25. Amélioration de l'accès des PVVIH et des OVC aux services divers (emploi, mutuelles de santé, scolarisation, alphabétisation, épargne-crédits) ;
26. Un processus d'agrément des intervenants dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
27. Le «mapping» des intervenants et leurs zones d'opérations ;
28. L'harmonisation des outils de planification et de suivi, mise en place des outils de rapports, définition de cheminement des rapports ;
29. L'appui institutionnel et opérationnel à 8 umbrellas ;

30. Le développement de la collaboration avec les organisations internationales ;

31. Le développement de la coopération avec des organisations régionales : GLIA, OPDAS, PAYA

32. Le plaidoyer pour la disponibilité et la baisse du coût des ARV : de 400\$ US par mois en 2002, 100\$ US en 2003 et à \$18 (10, 000Frw) en 2004.

#### **4.2. Les leçons apprises, opportunités et contraintes**

##### **a. Les leçons apprises :**

- La prise en charge des PVVIH leur permet de faire face à la peur, à l'isolement, au stigma et contribue dans une certaine mesure à la prévention du VIH ;
- L'engagement et la participation des PVVIH sont déterminants pour la réussite de tous les programmes de lutte contre le SIDA ;
- Une bonne nutrition contribue à maximiser les effets pharmacologiques des ARV; Ceci influence aussi l'adhérence dans le sens qu'un mauvais état nutritionnel ne favorise pas une bonne absorption des médicaments et pourrait provoquer l'abandon du traitement ;
- Les Volontaires communautaires et les accompagnateurs des PVVIH contribuent à renforcer l'adhérence au traitement, l'appui psychosocial, à la réduction du stigma et de la discrimination associés au VIH/SIDA ;
- Le paquet des services incluant l'éducation, les soins de santé, la prévention, la nutrition, le logement, l'habillement, l'augmentation du revenu, l'appui psychosocial/émotionnel, l'encadrement, la protection juridique contribue au bien-être des OVC ;

- Le programme d'éducation aux valeurs d'abstinence et encouragement du dépistage du VIH avant le mariage en vue de prévenir l'introduction du VIH dans la famille a été fort apprécié par les bénéficiaires;
- Pour donner le traitement nécessaire, le système de santé exige l'augmentation des capacités sur plusieurs aspects clés:
  - Large approvisionnement des services de prise en charge globale incluant les ARV et les médicaments pour les IO ;
  - Engagement et formation des professionnels de la santé ;
  - Renforcement des capacités des services de laboratoire ;
  - Extension des services d'information sanitaire (SIS).
- La diversité des activités de lutte contre le VIH et le SIDA exige une forte capacité de gestion, d'administration et de coordination au niveau central et décentralisé ;
- Le financement des projets générateurs de revenu devrait être précédé d'une formation en gestion et suivi des petits projets ;
- Les activités génératrices de revenus au niveau communautaire contribuent à la réduction des impacts socio-économiques, favorisent le changement de comportements, l'accès aux soins et la lutte contre la pauvreté ;
- La sensibilisation sur le VIH et les activités génératrices de revenus devraient aller de pair pour une meilleure réponse avec la réduction des impacts socioéconomiques du VIH/SIDA ;
- L'engagement et la participation des bénéficiaires sont déterminants pour la réussite des projets générateurs de revenu ;
- Le développement du partenariat et le suivi efficace sont des facteurs de durabilité et d'efficacité des projets communautaires.

#### **b. Forces / avantages comparatifs**

- La volonté politique dans la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- L'existence des structures centralisées et décentralisées ;
- L'implication des confessions religieuses ;
- La participation communautaire significative ;
- Les partenaires au développement collaboratifs ;
- Une synergie entre différents acteurs ;
- Les valeurs culturelles ;
- Le «Three Ones» (Un seul organe de coordination, un seul plan stratégique, un seul plan de suivi-évaluation).

#### **c. Opportunités**

- Les bailleurs réceptifs aux sollicitations du gouvernement rwandais ;
- L'existence des programmes sectoriels nationaux (Vision 2020, PRSP etc) ;
- L'intégration des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA dans d'autres plans sectoriels (Education, genre, jeune,...) ;
- Les femmes sont bien représentées dans les organes de prise de décision ;
- La bonne gouvernance /accountability.

#### **d. Faiblesses/ Contraintes**

- La restriction et les conditions des bailleurs de fonds pour financer les programmes liés aux condoms ;
- Le faible taux de disponibilité, d'accessibilité, de distribution et d'utilisation du condom surtout en milieu rural ;

- Le gaspillage des efforts et la duplication des activités liés au manque d'échange d'informations ;
- Le peu de centres sentinelles de serosurveillance ;
- La faiblesse du système de collecte des données sanitaires et du VIH et le SIDA ;
- La persistance du stigma et de la discrimination associés au VIH/SIDA ;
- Le faible taux d'implication des entreprises privées et paraétatiques dans les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA ;
- Le faible lien entre les prestataires des soins et la communauté ;
- La majorité des clients des VCT et les membres des associations des PVV sont des femmes ;
- La disproportion entre les ressources et les besoins (Ex. 1/10 des personnes sous ARV) ;
- la CNLS et ses partenaires dans la coordination sont encore dans l'exécution suite aux défaillances voire même l'inexistence des structures d'exécution ;
- l'accessibilité limitée de la communauté à l'information ;
- La lutte contre le VIH et le SIDA dans le milieu du travail est encore très faible ;
- Le manque d'études d'impact socio-économique du VIH sur les individus et les familles ;
- Le manque de concordance des messages sur les moyens de prévention du VIH, surtout autour de l'usage du préservatif ;
- Le manque d'échange d'information a entraîné parfois des duplications et des chevauchements dans les interventions sur le terrain ;
- Une faible intégration de la lutte contre le SIDA dans la vie quotidienne de la population.

## e. Menaces

- Les conséquences du génocide ;
- La forte proportion des ressources financières allouées à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH provient de l'aide extérieure. Conséquence : la durabilité des interventions dans la provision de la qualité de traitement aux personnes infectées et affectées est mise en question ;
- L'analphabétisme ;
- La paupérisation de la population.

## 5. MISSION ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE

### 5.1. Mission

Le Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA est un outil à travers lequel les objectifs globaux, spécifiques ainsi que les résultats attendus de la Politique Nationale sont définis. Ces objectifs tracent la voie selon laquelle les programmes de lutte contre le SIDA permettent aux différents acteurs de contribuer à l'aboutissement de la mission fixée.

Le plan stratégique permet de mettre en application les orientations générales tracées dans la Politique Nationale.

Ainsi, la mission du Plan stratégique est celle-ci: *“Assurer un plan d’opérationnalisation à travers lequel toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda trouvent leur place”.*



## 5.2. Objectifs et orientations stratégiques 2005-2009

Le Rwanda entend mettre en oeuvre son plan stratégique 2005-2009 à travers la réalisation de l'objectif global défini de manière suivante : *«Réduire la propagation du VIH et son impact sur les communautés rwandaises, les familles et les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA en assurant leur prise en charge globale durant la période de 2005 à 2009».*

Pour réaliser cet objectif, cinq principales orientations qui constituent les axes stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA ont été tracées et guideront la direction des interventions.

Ces axes stratégiques sont les suivants :

### 5.2.1. L'axe stratégique I: *Renforcer les mesures de prévention de la transmission du VIH.*

Le VIH continue à menacer l'humanité malgré les efforts consentis pour le combattre. Faute de vaccin et de remède efficace, la prévention reste l'unique moyen sûr pour éviter de s'infecter ou de contaminer les autres. La prévention basée sur l'approche « EABC » doit se poursuivre en éduquant et en sensibilisant la population sur l'abstinence, la fidélité et l'usage du préservatif. Dans cette optique, il faudra renforcer le marketing social des preservatifs et particulièrement promouvoir le condom féminin.

La prévention doit être renforcée pour plusieurs raisons notamment: elle cible toute la population, elle limite le nombre de nouvelles infections et exige peu de ressources par rapport aux coûts qui seraient engagés dans la prise en charge. Les activités de prévention se font à travers l'IEC/CCC par plusieurs canaux comme les medias de masse, pair éducateur, les supports éducatifs comme les banderoles, les dépliants, les casquettes, les porte-clés, les affiches, les T-shirts.

Les messages peuvent être dispensés à travers les réunions formelles et informelles, les activités culturelles et sportives, les conférences. Ce programme va viser surtout les groupes qui se sont révélés à haut risque notamment les jeunes et les femmes sans oublier d'autres groupes à haut risques comme les prostitués, les chauffeurs, les travailleurs du secteur informel ainsi que les prisonniers.

Les jeunes bénéficient des programmes spécifiques fournis par les parents et les enseignants, ils acquièrent les habiletés de savoir vivre et savoir être ainsi que la santé de la reproduction au sein de la famille et de l'école. Les CVD (VCT) contribuent aussi à la prévention car la personne dont le statut sérologique est négatif reçoit les séances de counseling qui l'aident à adopter un comportement à moindre risque. Le CDV (VCT) encourage les personnes VIH positif à fréquenter les services de santé pour requérir les soins de qualité.

Les IST constituent la plus grande porte d'entrée du VIH. A travers les activités de prévention, il y a une réduction remarquable des IST car la population est informée des symptômes des conséquences de ces infections et les attitudes à adopter. Les prestataires de soins jouent un rôle important à la réduction des IST par leur attitude vis-à-vis de la population : accueil, conseil, compétence.

Une autre méthode de prévention du VIH est basée sur les précautions universelles préconisées dans tous les endroits où les soins de santé sont prodigués. Les précautions universelles incluent toute une série de mesures d'hygiène comprenant notamment la sécurité des injections, le traitement des déchets médicaux, la lutte contre les infections nosocomiales. Il faudra aussi intégrer la prévention des risques des infections accidentelles dans les FOSA, spécialement dans tous les programmes de lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles et former les tradi-praticiens ainsi que les accoucheuses traditionnelles dans l'application des précautions universelles.

La promotion de la sécurité transfusionnelle est aussi un moyen de prévention de transmission du VIH. Elle pourrait être réalisée en actualisant le protocole national sur la transfusion sanguine. Dans ce contexte, il faudra aussi accroître les centres de transfusions, améliorer les moyens logistiques pour la collecte et le stockage du sang et intégrer le CCC de VIH/SIDA dans les activités de PNTS

Le PTME contribue dans une certaine mesure à la diminution de la propagation du VIH de la mère à l'enfant. Sa réussite dépend de deux facteurs principaux à savoir l'accessibilité des FOSA qui offrent les services de PTME et la motivation du couple à les fréquenter. Ici, tous les efforts doivent être mobilisés pour promouvoir l'approche familiale par la participation du couple.

La prophylaxie médicale type PEP diminue le taux de propagation du VIH chez les prestataires de soins et en cas de viol sexuel. Signalons enfin, la nécessité de sauvegarder les valeurs culturelles qui contribuent à diminuer la propagation du VIH et de décourager les mauvaises pratiques culturelles qui favorisent sa progression.

#### **5.2.2. L'Axe Stratégique II: *Assurer une réponse nationale au VIH et au SIDA adaptée à l'évolution des conditions sanitaires et socio-économiques par la surveillance et la recherche***

L'objectif général de la surveillance et la recherche est de contrôler l'évolution du VIH et des maladies associées telles que les IST et la Tuberculose durant la période 2005-2009. Il met en évidence l'importance d'avoir une banque de données stratégiques aussi bien au niveau épidémiologique (morbidity, mortalité, prévalence, incidence,...) qu'au niveau socioéconomique et comportemental (identification des groupes à risque) étude ethnographique et impact économique de même qu'au niveau médical (suivi des essais cliniques). La connaissance de

ces données est nécessaire pour une prise de décision judicieuse en matière de prévention et de prise en charge. C'est sans doute ce qui a conduit à la création du TRAC.

Bien que le suivi et évaluation soit indiqué dans l'axe 5 pour régulièrement déterminer l'état d'avancement et évaluer l'impact de la réponse ainsi que le renforcement de la coordination pendant la planification et l'exécution, il faut reconnaître que le suivi nous permettra de faire la mise au point de nos intervention/activités en cours (management). Mais ceci est biaisé par le choix des interventions/activités planifiées sur l'environnement précédent (qui prévalait). Aussi, il convient de rappeler que l'évaluation n'est pas un outil de gestion et de mise au point mais plutôt, elle est utilisée au bout d'une étape ou à la fin d'un programme pour déterminer l'impact de l'intervention.

Au niveau global de la réponse (paquet des interventions) ainsi qu'au niveau de la prise en charge des individus, nous avons besoin d'adapter notre réponse basée sur l'évidence qui provient de la surveillance et l'ensemble des recherches. Cet axe ne met pas l'accent sur l'exécution de la surveillance et la recherche ni dans la disponibilité de ces résultats mais sur la transformation de ces résultats dans les formats qui facilitent leur utilisation et l'interprétation. L'objectif d'un système de surveillance est de suivre les tendances.

Le fait de focaliser les interventions sous l'Axe 2 sur l'utilisation des résultats à travers le renforcement des capacités techniques ainsi qu'analytique chez les décideurs (non technique) a un effet positif envers toutes sortes de décisions. Celles-ci sont basées sur l'évidence, pour mieux connaître l'environnement dans lequel on mène la lutte et pouvoir faire les adaptations nécessaires au moment opportun.

### **5.2.3. L'axe stratégique III : *Améliorer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA.***

L'objectif général de la prise en charge est d'améliorer le bien être des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA. En priorité, il s'agit de réduire l'impact sanitaire de l'infection du VIH/SIDA, des IST et de la tuberculose sur les PVVIH, leurs conjoints, les orphelins et les veufs (veuves) du SIDA. La prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH nécessite la disponibilité et la baisse des coûts des médicaments (médicaments essentiels, ARV) d'une part et d'autre part l'existence d'un service de counselling efficace et d'autres services adaptés à leurs besoins comprenant notamment les mutuelles de santé, les soins palliatifs, l'assistance matérielle, nutritionnelle, psychosociale, spirituelle, émotionnelle ou juridique.

L'amélioration de la prise en charge sera réalisée en augmentant de manière durable l'accès, la disponibilité et en veillant à une bonne qualité. Pour y arriver, plusieurs stratégies doivent être mises en œuvre notamment : les innovations en matière de diagnostique comme le PID, encourager l'implication des cliniques privées et para étatiques dans la prise en charge, la prophylaxie et la nutrition thérapeutique.

La prophylaxie permet de retarder l'apparition de la phase de SIDA maladie; elle aide à améliorer et maintenir l'immunité des patients et la productivité en attendant le moment d'être sous ARV. Concernant l'accessibilité financière au traitement, malgré le bas coût des ARV, il y a quelques obstacles liés aux coûts indirects sous la charge des personnes sous ARV comme les frais de transport, les dépenses encourues lors du traitement des IO etc... Le ministère de la santé a mis en place une instruction qui clarifie les contributions de chaque catégorie de personne selon ses revenus mensuels.

Même si les ARV sont gratuits pour les personnes classées dans la catégorie des indigents et les plus pauvres, ces coûts indirects pourraient constituer des freins pour la première visite mais surtout sur les rendez-vous médicaux à long terme et auront un impact sur l'adhérence. Il faut arriver à baisser le coût réel des soins (économie d'échelle) si on veut réussir un programme de prise en charge aux ARV.

Pour augmenter le nombre de personnes diagnostiquées devant être traitées et pour augmenter le nombre de patients à mettre sous prophylaxie, il faut promouvoir le PID qui est aussi un aspect de qualité de service. Il est important de savoir que la qualité des soins est conditionnée aussi par le comportement du prestataire. Compte tenu du rôle capital des ressources humaines, il est indispensable d'améliorer l'image et la compétence des prestataires des soins (médecins, infirmiers, agents communautaires).

Il existe un besoin réel de faire la liaison entre la communauté et les prestataires de service au niveau des FOSA. Ceci permet une économie des ressources, facilite l'accessibilité, augmente la couverture géographique et renforce la synergie (la collaboration) entre les fournisseurs des soins. En outre, il est recommandé de ne pas traiter le VIH comme une infection à part pour ne pas favoriser la stigmatisation. Il sied de préciser que la prise en charge du VIH en dehors des FOSA ne se limite pas seulement aux soins à domicile, mais elle s'étend aussi en dehors de la famille du patient ; elle est mise en œuvre dans la communauté, par la communauté.

Ce genre de prise en charge est souvent réalisé par les personnes qui ne sont pas celles des structures sanitaires ; elles sont communément appelées des agents de santé ou des animateurs communautaires bénévoles. Leur formation sur différents thèmes comme la prise en charge psychosociale et spirituelle peut contribuer à améliorer la qualité du traitement notamment par le DOT

communautaire. Agissant en tant que bénévoles, ces personnes doivent être reconnues et encouragées à travers ce que nous pourrions appeler «la culture du volontarisme». Celle-ci peut se faire à travers l'octroi du petit matériel de travail, la facilitation du transport, l'organisation des formations sanctionnées par la délivrance d'un certificat de participation.

En ce qui concerne la prise en charge alimentaire, pour maximiser les effets pharmacologiques, il faut une bonne nutrition thérapeutique. Ceci influence aussi l'adhérence dans le sens qu'un mauvais état nutritionnel ne favorise pas une bonne absorption des médicaments et pourrait provoquer l'abandon du traitement.

Bref, une large provision d'un programme de prise en charge globale du VIH/SIDA exige un examen minutieux des éléments clés de politiques, comprenant:

- Un système centré sur le patient, incluant les prix pour les tests de VIH et les médicaments ;
- Les salaires des travailleurs de la santé et leurs encouragements ;
- L'intégration des services VIH/SIDA dans le système de santé ;
- La décentralisation des services de santé ;
- Une meilleure prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH ;
- Le soutien et la solidarité avec les personnes atteintes pour améliorer leur qualité de vie.

#### **5.2.4. L'Axe Stratégique IV : *Réduire l'Impact socioéconomique dû VIH et du SIDA (au niveau micro et macroéconomique).***

Le VIH a des conséquences néfastes non seulement sur la santé des individus et sur la population en général; mais aussi il a des effets négatifs socio-économiques, éducatifs, juridiques, etc. Cette situation a des multiples répercussions sur la sécurité financière de toute la famille. Les personnes frappées par le VIH vont s'appauvrir du fait des charges occasionnées par les dépenses en soins de santé. Ceci devient un gros fardeau aux systèmes de santé, aux communautés et aux ménages. Le virus anéantit les efforts visant à le contenir; mine les gains durement acquis en matière de développement économique, des ressources humaines et l'éducation.

Il réduit l'espérance de vie; augmente le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux, accroît le taux de morbidité et de mortalité par la tuberculose et les autres infections opportunistes. L'infection augmente rapidement, créant ainsi un nombre sans précédent d'enfants orphelins, des veufs et des veuves. Les communautés et les ménages infectés et/ ou affectés effectuent des changements structurels importants afin de faire face à la maladie et au décès de membres de la famille ayant un rôle significatif et afin de subvenir aux besoins des orphelins.

Le SIDA réduit la production agricole, ainsi que la constitution de l'épargne et du capital social. D'autres conséquences du VIH/SIDA sur les personnes infectées sont l'isolement, la stigmatisation, la peur et la possibilité réelle de perdre l'emploi ou la capacité de travailler qui a un impact sur l'individu (micro-économique) ainsi que sur la productivité du pays (macroéconomie).

Le poids devient lourd lorsque l'épidémie s'abat sur les groupes sans accès au revenu ni pouvoir de décisions sur les moyens de production en l'occurrence les



jeunes et les femmes. Il y a risque d'occasionner chez ces «sans revenus» des comportements déviants tels que : la mendicité, la prostitution, l'agressivité, le vol, etc. Dans ce cas de figure, ces comportements pervers, notamment la prostitution, risquent de contribuer à la propagation des IST et du VIH. Dans un tel contexte, les jeunes et les femmes seront un groupe cible prioritaire dans les programmes de réduction de l'impact socio-économique dû VIH/SIDA.

Les programmes en faveur de ces groupes devront leur permettre d'exercer des activités génératrices de revenus qui leur donnent la possibilité de s'insérer dans le tissu économique du pays. Pour les femmes spécifiquement, il est envisagé de promouvoir la stratégie «WCO» (Women Control Options) qui préconise de renforcer leurs capacités économiques, l'éducation, la promotion des valeurs culturelles et leur pouvoir dans la prise des décisions quant aux rapports sexuels incluant l'usage du préservatif.

La réduction de l'impact du SIDA sur les PVVIH et les OVC pourrait se faire en ouvrant l'accès de ces personnes aux services divers comme la scolarisation, l'alphabétisation, l'emploi, l'épargne - crédits et d'autres sources de revenus. Elle inclue la promotion de l'égalité entre les sexes, la défense des droits de l'enfant et des PVVIH en tant qu'être humains. Elle implique aussi la lutte contre la stigmatisation des PVVIH, la protection juridique de la femme, des petites filles et des petits garçons contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination.

#### **5.2.5. L'Axe Stratégique V : *Coordonner la réponse multisectorielle pour un meilleur coût- efficacité.***

Les quatre premiers axes contribuent à la réponse sur le VIH/SIDA. Pour avoir un impact, cette réponse doit être coordonnée et soutenue par un partenariat. C'est ce qui justifie le rôle des structures de coordination et la présence des partenaires.

#### **La structure nationale de coordination**

La mission de coordination est dévolue à la CNLS qui accomplit les tâches suivantes :

- Se doter des outils nécessaires à la définition et au suivi des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ;
- S'assurer que les intervenants exploitent le processus de planification et de suivi au niveau national autant que les organes de coordination ;
- Consolider les dispositifs permettant la mise en oeuvre rapide et l'adaptation des actions en fonction de l'environnement, des découvertes ou des données du suivi ;
- Renforcer les compétences des intervenants et les soutenir en facilitant l'accès aux formations, à la supervision et en favorisant la collaboration ;
- Faciliter la mise en oeuvre et suivre la programmation des actions déconcentrées afin de toucher les populations au plus près des réalités locales, surtout celles du milieu rural ;
- Mobiliser les ressources ;
- Renforcer le partenariat ;
- Soutenir les associations des PVVIH et les impliquer dans toutes les étapes de la lutte contre le VIH et le SIDA ;

- Faciliter la décentralisation par la déconcentration et la délégation des responsabilités et le pouvoir de décision ;
- Mettre en place un dispositif de suivi et évaluation du plan stratégique.

### **Les structures décentralisées**

Dans les districts administratifs et au niveau des secteurs, la CNLS est assistée dans la coordination par les organes décentralisés.

### **Le TRAC**

La mission du TRAC est d'exécuter la surveillance nationale du VIH/SIDA et de fournir une assistance technique aux secteurs publics et privés dans la prévention par le biais du VCT et de la PTME et le traitement clinique du VIH/SIDA au Rwanda.

Le TRAC est responsable de la planification nationale, du développement des politiques, de la formation des formateurs et du développement des curricula pour les programmes cliniques. Le TRAC fournit une assistance technique et donne des lignes directives dans l'organisation et la gestion efficace des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA.

C'est aussi l'agence à qui incombe la responsabilité pour le suivi, l'évaluation et la coordination de la performance du secteur de la santé dans son ensemble pour réduire le VIH/SIDA. Le TRAC assure la Coordination de la recherche en ce qui concerne les IST, IO, CDV(VCT)/PMTE, TBC et prise en charge par les ARV, les aspects socio- comportementaux.

## **Des services techniques d'appui**

### **Le Laboratoire National de Référence (LNR)**

Le Laboratoire National de Référence est chargé des aspects biomédicaux du VIH/SIDA, des IO et des IST (par le dépistage, le contrôle de qualité et la recherche).

### **La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels au Rwanda (CAMERWA)**

La CAMERWA a le mandat d'importer, stocker et distribuer les médicaments essentiels, les ARV et les consommables médicaux. Il est responsable de la passation des marchés dans ce domaine en collaboration avec le TRAC.

### **Les umbrellas :**

- **Le RRP+** (Réseau Rwandais des personnes vivant avec le VIH) : Ce réseau créé en 2003 a pour mission principale d'encadrer les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- **Le Forum des ONGs** a été créé en novembre 1999 et compte 84 membres. Sa mission est de promouvoir les actions des ONG susceptibles de prévenir et de réduire l'impact du VIH/SIDA et de soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Rwanda et appuyer la CNLS dans la coordination des interventions de lutte contre le SIDA au sein de ses membres et d'autres organisations à base communautaire ;
- **L'APELAS** (l'Association des Secteurs Privé et Para-Etatique pour la lutte Anti SIDA) fut mis en place en novembre 2003 et rassemble 180 membres. Il coordonne les activités dans les entreprises privées et paraétatiques ;

- Le **RCLS** (Réseau des confessions religieuses engagées dans la lutte contre le SIDA) a été créé en 2003; il coordonne, suit et évalue, intègre et/ou renforce les programmes de lutte contre le SIDA dans le secteur communautaire des religieux ;
- Le **CNF** (Conseil National des Femmes): créé en 1996, le CNF intervient dans plusieurs domaines dont la lutte contre VIH /SIDA en faveur de la femme ;
- Le **CNJR** (Conseil National des Jeunes au Rwanda): crée 1999, le CNJR a quatre missions dont la sensibilisation des jeunes à se protéger contre le VIH/SIDA ;
- **ABASIRWA** : Le réseau médiatique de lutte contre le SIDA. Les journalistes membres d'ABASIRWA interviennent comme acteurs clés dans la diffusion des messages sur l'IEC/CCC ;
- Les **point focaux du secteur public** se retrouvent dans les ministères les plus impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Le **Cluster du Gouvernement pour le HIV/AIDS** est constitué de Secrétaires Généraux des Ministères ;
- Les Partenaires au Développement sont aussi regroupés au sein d'un Umbrella portant le nom du **Cluster des Partenaires au Développement pour le HIV/SIDA**. Cette structure qui se distingue de celle de la santé se justifie par le fait que le SIDA est plus qu'un problème de santé. Elle est composée par le Ministère de la Santé, la CNLS et la structure de coordination du Groupe Thématique des Nations Unies.

## **Les mécanismes de coordination des programmes**

La coordination est facilitée par différents documents de politique, d'orientations stratégiques ou d'harmonisation des interventions: le Plan Stratégique National Multisectoriel pour la lutte, le cadre stratégique de VCT/PMTCT, le guide établissant les normes et directives de VCT/PMTCT et les outils de supervision en VCT/PMTCT. Des stratégies nationales de lutte par domaine comme les Stratégies Nationales en CCC/IEC, IST/VIH/SIDA.

D'autres mécanismes préconisés par la CNLS dans la gestion et la coordination sont : un processus d'agrément des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA, le mapping des intervenants et leurs zones d'opérations, des missions de supervision régulières sur le terrain, l'harmonisation des outils de planification et de suivi, la mise en place des outils de rapports, la définition de cheminement des rapports, la mise en place du Comité National d'Approbation des Projets, du Comité d'Approbation des Messages, le Country Coordination Mechanism, Comités de pilotage, Groupes Techniques de Travail (multisectoriels et multidisciplinaires).

## **6. APPROCHE ET STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

### **6.1. Approche participative**

Alors que la participation des personnes vivant avec le VIH est devenue une réalité, il y a encore des efforts à fournir pour s'assurer que d'autres groupes notamment les femmes et les OEV (OVC) participent dans la prise de décisions qui les concernent.

En effet, grâce à la création du Réseaux Rwandais des personnes vivant avec le VIH et le SIDA (RRP+) , les PVVIH ont trouvé un espace leur permettant de prendre part aux réponses communes à la pandémie à tous les niveaux quand bien même les améliorations sont toujours nécessaires.

Ceci cadre bien avec l'approche GIPA (Greater Involvement of People living with HIV and AIDS) officiellement adopté en 1994 lors du sommet de Paris qui a soutenu les initiatives visant à renforcer les capacités et la coordination des personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

Partant de cette expérience, les efforts seront mis au renforcement des capacités du Conseil National des Femmes et d'autres forums des femmes ainsi que les forums des OEV (OVC) en perspectives pour les impliquer dans le processus de prise de décisions qui les concernent.

### **6.2. Complémentarité avec les options nationales.**

Les activités de lutte contre le SIDA ne s'opèrent pas de manière isolée, elles s'intègrent dans les stratégies nationales comme la vision 2020, le PRSP, la politique de décentralisation et la dimension genre.

### 6.3. Réponses

Le caractère multisectoriel de la lutte contre le VIH et le SIDA appelle les réponses à 5 niveaux à savoir: les réponses du secteur public, du secteur privé, du secteur communautaire, du secteur des structures de coordination et des structures d'appui financier.

#### a) Réponses du secteur public

##### *\*) Réponse des Hautes Instances Publiques du Pays.*

Au Rwanda, les plus hautes instances du pays ont manifesté une volonté politique en s'impliquant dans la recherche de réponses appropriées tant au niveau national que dans le partenariat international contre le VIH et le SIDA. En témoigne l'engagement personnel du Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur. Sur le plan organisationnel et institutionnel, il y a une Commission Nationale de lutte contre le SIDA (CNLS) et ses structures décentralisées.

##### *\*) Réponse du sous-secteur de la santé*

Cette réponse a été et reste marquée par le rôle du ministère de la santé dans la lutte contre le SIDA que ce soit au niveau de la planification, de l'exécution et de la coordination des programmes.

##### *\*) Réponse du secteur public non-santé*

Elle est marquée par la forte implication des autres ministères : MINECOFIN, MINADEF, MINEDUC, MIJESPOC, MIGEPROF, MINALOC, MIFOTRA, etc. dans la lutte.



### **b) Réponses du secteur privé et paraétatique**

L'implication du Secteur Privé a marqué un pas important dans ces dernières années avec la création de l'Association du Privé et du Paraétatique dans la lutte contre le SIDA (APELAS). Certaines entreprises ont développé des actions de prévention et de prise en charge médicale de leur personnel. Cela se passe à travers les actions d'IEC, de prise en charge des maladies opportunistes et d'accès à la trithérapie. Les entreprises qui ont déjà commencé de tels programmes sont : la BRALIRWA, la BNR, l'ATRACO, la BRD, le SULFO Rwanda et la Caisse Sociale du Rwanda pour ne citer que ceux-là. La prévention du VIH/SIDA sur le milieu du travail est un projet en cours de réalisation dans pas mal d'entreprises.

### **c) Réponses du secteur communautaire**

Les initiatives du Secteur Communautaire ont été très nombreuses, mais concentrées principalement sur la sensibilisation et les ateliers de formation en IEC. En effet, selon l'étude menée conjointement par Le MINISANTE/PNLS/OMS sur le Rôle des ONG et Associations impliquées dans la lutte contre le VIH et le SIDA au Rwanda en 1999, 46% de leurs interventions sont concentrées sur l'IEC. Par contre les initiatives de prise en charge communautaire sont peu développées.

Les confessions religieuses telles que l'Eglise catholique, les Eglises protestantes et les Musulmans sont impliquées non seulement dans l'accompagnement spirituel, mais aussi, en l'IEC/CCC, dans la prise en charge médicale, l'appui psycho-social, matériel et nutritionnel aux PVVIH et aux membres des familles affectées à des degrés divers.

Les associations et ONG nationales ont intégré l'IEC sur les IST/VIH/SIDA dans leurs programmes d'éducation au niveau de la base.

On recense maintenant plus de 600 associations de PVVIH sous l'encadrement du Réseau Rwandais de Personnes vivant avec la VIH/SIDA (RRP+).

#### **d) Réponses du secteur des structures de coordination**

La coordination au niveau central est assurée par la CNLS en collaboration avec ses structures décentralisées. Au sein du Ministère de la Santé, le TRAC coordonne la surveillance de l'évolution de l'épidémie et le traitement. Le cluster des partenaires a été mis en place pour renforcer la synergie dans les interventions.

#### **e) Réponses du secteur d'appui financier**

La lutte contre le VIH et le SIDA par le secteur d'appui financier s'est matérialisée par l'apport du gouvernement à travers son budget ainsi que les apports financiers et techniques aux différents programmes par les différents bailleurs dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

### **6.4. Stratégie pour la qualité des programmes**

Cette stratégie se fonde sur le système de planification participative, l'exécution concertée, la répartition équitable des ressources, un système de gestion efficace et de contrôle interne et le suivi-évaluation.

## 6.5. Stratégies liées aux ressources

### 6.5.1. Les ressources humaines, physiques, matérielles et financières pour la lutte contre le VIH/SIDA

L'exécution des programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2005-2009 se fonde sur l'utilisation rationnelle des ressources humaines, physiques, matérielles et financières des différents secteurs d'intervention. Les financements proviendront des fonds propres du pays et de la mobilisation des ressources à travers la coopération bilatérale et multilatérale et les organisations partenaires. Toutes ces ressources seront mises à contribution pour exécuter les activités du plan stratégique 2005– 2009.

Il convient de préciser que les ressources humaines sont représentées par les intervenants nationaux de tous les secteurs d'intervention (public, privé, communautaire et structures de coordination).

En parlant d'intervenants, il s'agit de :

- **Des décideurs politiques:** Cette catégorie d'intervenants de la lutte contre le VIH/SIDA définit les politiques, les lignes directrices et orientent les décisions pour mettre en vigueur les choix et les directives ;
- **Des acteurs nationaux:** Ce sont les intervenants provenant des divers secteurs d'intervention de la lutte contre le VIH et le SIDA dont le secteur public (le ministère de la Santé et les autres ministères), le secteur privé (formel et informel), le secteur communautaire composé des ONG, Réseaux d'associations, dont celui des PVVIH, organisations de la société civile et le secteur des structures de coordination (CNLS, CDLS et Groupes techniques) ;

- **Des partenaires** dans la lutte contre le VIH et le SIDA au Rwanda. Ce sont les organisations bilatérales ou multilatérales et même les ONG Internationales ;
- **D'autres compétences** au niveau international (experts, auditeurs, les consultants, etc.) pourront être requises par la CNLS dans certaines étapes du processus de la lutte contre le VIH et le SIDA notamment dans le suivi et évaluation annuel des documents cadres de la période 2005 – 2009, la formation des acteurs nationaux et les audits externes.

Les ressources physiques et matérielles sont représentées par les locaux additionnels et ou réfectionnés, l'équipement matériel, la logistique, les fournitures de bureau, les outils informatiques, les réactifs et autres consommables médico-sanitaires, etc.

#### **6.5.2. De la Mobilisation des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA**

Les sources principales des fonds sont de deux ordres: les fonds propres ou internes et les fonds externes mobilisés à travers plusieurs mécanismes notamment l'organisation d'une table ronde des bailleurs de fonds.

##### **a) Le financement par fonds propres ou internes**

L'infection du VIH/SIDA est une menace pour le Gouvernement et la population du Rwanda. Le Gouvernement du Rwanda est le premier concerné. C'est pourquoi, il devrait faire montre d'une contribution substantielle au financement du Plan Stratégique Nationale Multisectoriel 2005– 2009.

Malgré la précarité du budget national, le financement de la lutte contre le VIH et le SIDA pourrait être assuré par :

- Une part du budget national ;
- La rétrocession des fonds provenant de la remise des dettes (Fonds PPTE) ;
- La contribution des initiatives des individus, des secteurs du Privé (entreprises) et du Communautaire (dons, legs, jumelage, etc.).

#### **b) Le financement par des fonds externes**

Le financement international du Plan Stratégique Nationale Multisectoriel 2005–2009 sera assuré par les contributions des partenaires bilatéraux, multilatéraux, des ONGs internationales et des fondations. A cet effet, une table ronde est prévue lorsque le Gouvernement se sera doté de son Plan Stratégique Nationale Multisectoriel 2005 – 2009.

#### **6.5.3. Des procédures d'allocation des fonds.**

##### **a) Allocation des fonds internes.**

La contribution financière du Gouvernement à la lutte contre le VIH et le SIDA passe par le budget de l'Etat et la rétrocession de la remise des dettes (fonds PPTE). Le Ministère des Finances et de la Planification économique fera le transfert des fonds suivant les procédures et modalités d'engagement sur un compte de l'Unité Centrale de Gestion des Fonds SIDA au profit du Plan stratégique 2005– 2009.

##### **b) Allocation des fonds externes**

Il convient de préciser que le financement du Plan Stratégique Nationale Multisectoriel 2005– 2009 par les fonds externes se fait grâce à deux types de contributions des partenaires et donateurs.

On distingue les contributions suivantes :

- *Les subventions non remboursables des partenaires et les dons des Fondations*

Dans le contexte du partenariat au développement en général et du Partenariat contre le VIH et le SIDA en particulier, les contributions financières des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONG internationales sont généralement des subventions non remboursables. Les partenaires contribueront directement au financement en ciblant les domaines d’actions prioritaires du plan stratégique selon leur secteur d’intervention privilégié.

Il apparaît judicieux que les partenaires bilatéraux, multilatéraux et autres donateurs qui interviennent par les subventions non remboursables puissent choisir parmi eux une agence qui pourrait gérer le Panier commun au profit du plan stratégique 2005– 2009.

- *Les prêts concessionnaires des banques (Banque Mondiale, BAD, etc.)*

La Banque Mondiale octroie des prêts pour aider le Gouvernement rwandais à lutter contre le VIH/SIDA. Ces prêts sont gérés par des projets tels que le Projet Population et lutte contre le SIDA (PPLS) dans d’autres pays et le Projet Santé et Population au Rwanda. D’autres banques comme la Banque Africaine de Développement contribue également au financement du programme SIDA.

#### **6.5.4. De la gestion des fonds du Plan Stratégique National Multisectoriel 2005– 2009**

La gestion des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA doit requérir de structures efficaces et des procédures cohérentes. Elle implique alors une définition claire

des structures de gestion, des procédures de gestion et d'un système de contrôle de gestion des fonds.

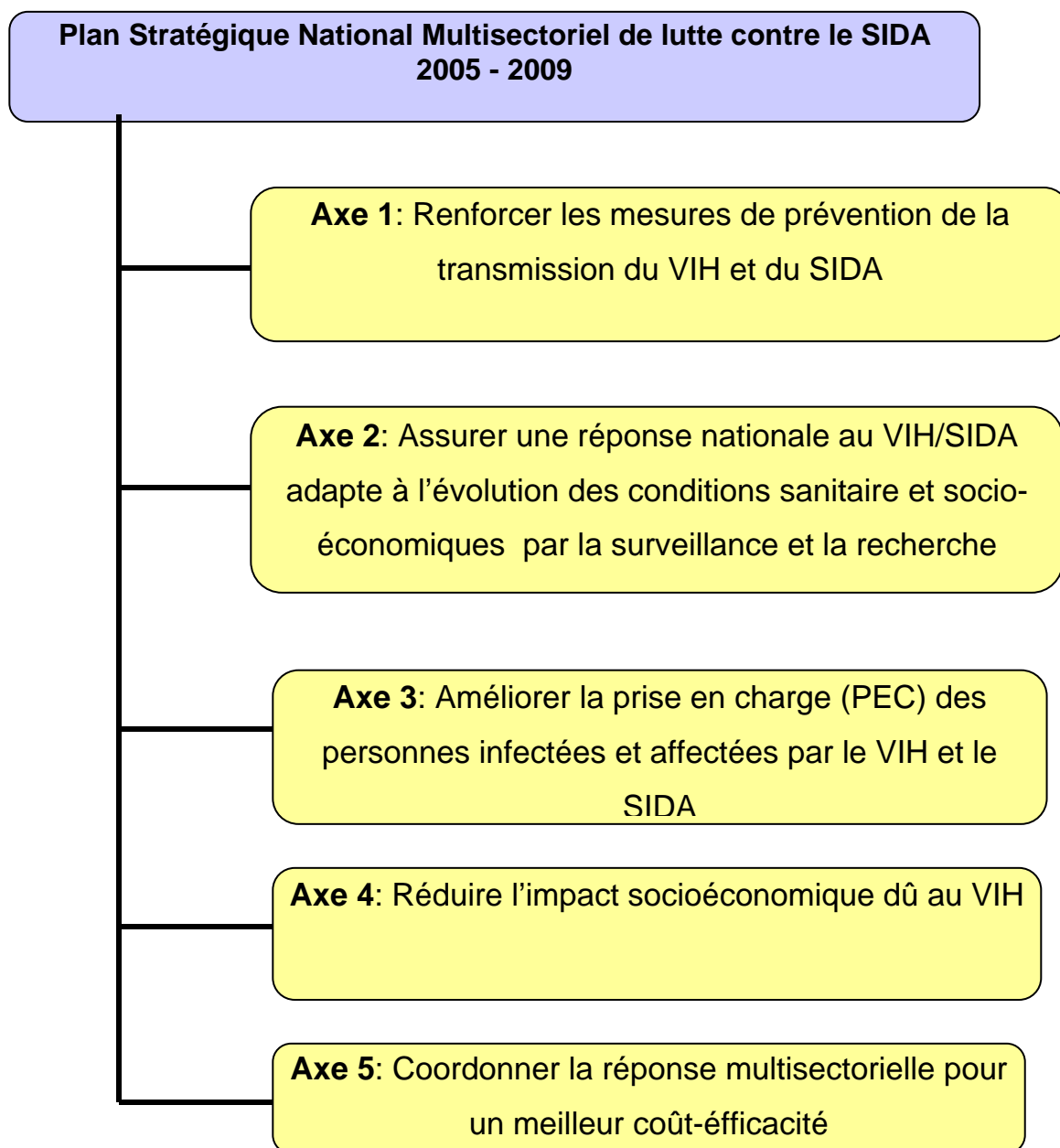
#### **6.5.5. Panier commun des fonds « Common Basket Fund »**

Une gestion efficace et cohérente des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA requiert qu'il y ait des structures de gestion adéquates, des procédures de gestion clairement définies et un système de contrôle rigoureux de la gestion de fonds. A cet effet, il sera mis sur pied un système de «Common Basket Funds, CBF» à travers lequel tous les financements seront gérés.

Par voie de conséquence, il sera mis en place une unité de gestion des fonds, des comités de financement des plans d'actions sectoriels, un système d'audit interne, d'audit financier et technique ainsi que des mécanismes efficaces de concertation en matière de gestion de fonds dans le plan du partenariat. Un document ad hoc fournit des informations plus détaillées sur le CBF.

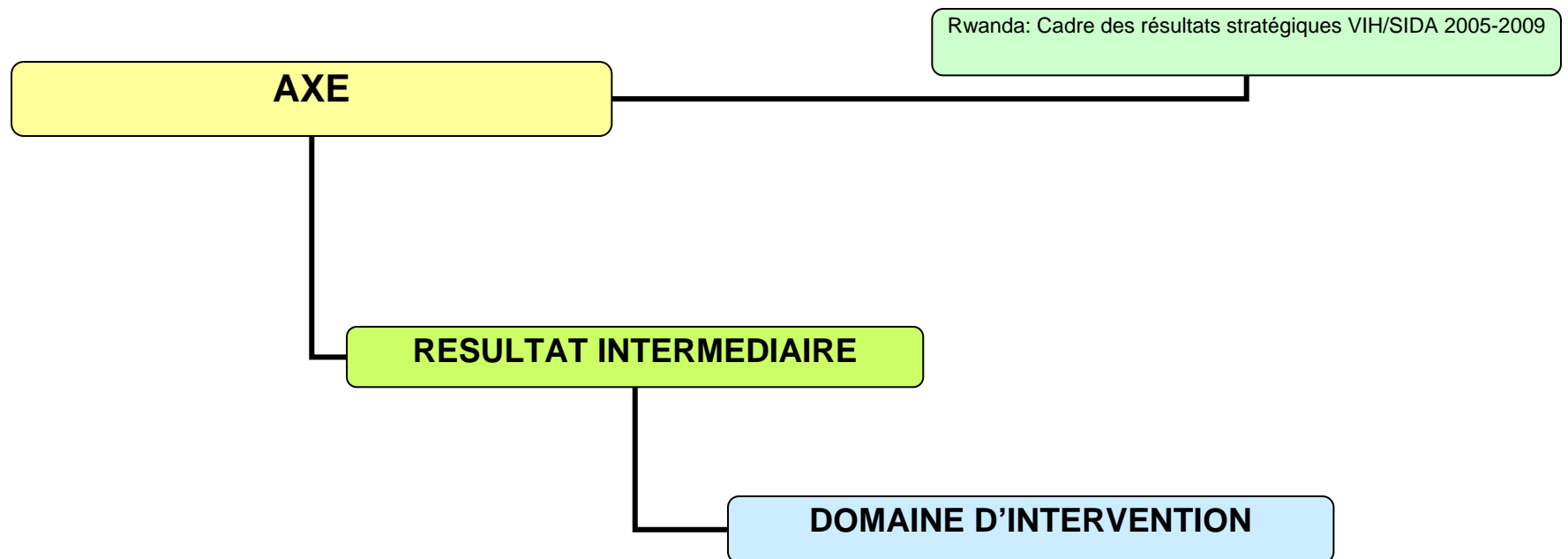
## 7. LE PLAN

### 7. 1 Les axes stratégiques du PSNM 2005 – 2009





## 7.2 La structure du PSNM



N.B : L'intervenant doit élaborer son Plan d'actions selon le format du Plan d'actions présenté en annexe 1, les activités définies sont à intégrer dans le domaine d'intervention approprié (voir l'exemple en bleu avec l'activité '*distribuer 200 000 condoms*').

## Axe I : Renforcer les mesures de prévention de la transmission du VIH.

Rwanda: Cadre des résultats stratégiques VIH/SIDA 2005-2009

### I.1 Changer les comportements sexuels à risque au VIH

- I.1.1 Promouvoir l'EABC « Abstinence, Be-Faithful et Condoms » par l'IEC pour le changement de comportement
- I.1.2 Augmenter l'accès et l'utilisation du condom.
- I.1.3 Éduquer les jeunes sur la responsabilité sexuelle (par les parents et les enseignants)
- I.1.4 Augmenter le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique par le CDV
- I.1.5 Augmenter la proportion de la population qui connaît les causes, symptômes et conséquences des IST, IO et TB

### I.2. Changer les comportements des prestataires de soin (secteur public ou privé) pour réduire la transmission des IST, de la TB et du VIH

- I.2.1 Adopter les précautions universelles dans les établissements de santé
- I.2.2 Adopter le dépistage précoce des IST, IO et de la TB par les prestataires des services de santé
- I.2.3 Adopter les mesures de la sécurité transfusionnelle

### I.3 Réduire la transmission du VIH par la prophylaxie médicale

- I.3.1 Motiver plus des femmes enceintes et leurs partenaires à l'utilisation des services PTME
- I.3.2 Augmenter l'accessibilité des services de PTME de haute qualité
- I.3.3 Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PEP) pour les prestataires des soins.
- I.3.4 Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PEP) pour les victimes des viols.

### 1.4 Créer un environnement culturel plus favorable à la prévention du VIH et des IST

- I.4.1 Promouvoir les pratiques culturelles rwandaises positives qui contribuent à la réduction de la transmission du VIH et des IST
- I.4.2 Promouvoir l'abandon des pratiques culturelles rwandaises négatives qui favorisent la transmission du VIH et des IST

**Axe II: Assurer une réponse nationale au VIH et au SIDA adaptée à l'évolution des conditions sanitaires et socio-économiques**

**II.1 Augmenter l'utilité des résultats de la surveillance relatifs à la réponse nationale du VIH et du SIDA**

II.1.1 Améliorer les systèmes de notification des cas de morbidité et de mortalité liés au VIH/SIDA

II.1.2 Avoir établi un système de surveillance comportementale pérenne

II.1.3 Améliorer la sérosurveillance du VIH par la prise en comptes d'autres maladies liées au VIH/SIDA

II.1.4 Améliorer la surveillance de la pharmacosensibilité pour une meilleure prise en charge

II.1.5 Améliorer les compétences statistiques et analytiques des techniciens impliqués dans la collecte et l'analyse des résultats du système de surveillance

**II.2 Augmenter l'utilité des résultats de la recherche relative au VIH/SIDA par et autour des études/évaluations**

II.2.1 Améliorer les compétences méthodologiques des chercheurs

II.2.2 Améliorer les compétences statistiques et analytiques des chercheurs

II.2.3 Impliquer les populations étudiées dans l'identification, l'élaboration et l'exécution des recherches

**II.3. Faciliter l'interprétation et l'utilisation des résultats de la surveillance et des recherches pour et par les acteurs à tous les niveaux**

II.3.1 Promouvoir et faciliter la disponibilité des résultats de la surveillance et des recherches

II.3.2 Améliorer la capacité analytique des décideurs à tous les niveaux

II.3.3 Renforcer la capacité des techniciens et acteurs à présenter les résultats sous des formats plus exploitables

**Axe III : Améliorer la prise en charge (PEC) des personnes infectées et affectées par le VIH et SIDA**

**III.1. Augmenter l'accès aux soins et traitement de qualité dans les formations sanitaires**

III.1.1 Assurer une couverture équitable des services ARV avec l'accent sur la PEC pédiatrique

III.1.2 Améliorer le traitement des infections opportunistes selon le protocole national

III.1.3 Diminuer le coût réel d'accès au traitement des maladies liées avec VIH/SIDA

III.1.4 Promouvoir l'approche «Provider Initiated Diagnosis» (PID)

III.1.5 Améliorer la collaboration et les services de référence entre les FOSA et la communauté

III.1.6. Améliorer PEC nutritionnelle thérapeutique des personnes sous ARV

III.1.7 Intégrer la PEC des toutes les I.O. sur la liste des maladies supportées par la mutuelle de santé.

III.1.8 Renforcer les capacités des prestataires à offrir des soins de haute qualité

**III.2 Augmenter l'accès aux soins et traitement de qualité au niveau communautaire**

III.2.1 Augmenter la couverture géographique des services de soins dans la communauté

III.2.2 Améliorer la prise en charge médicale, psychosociale et spirituelle des PVVIH

III.2.3. Renforcer la capacité technique des personnes et organisation de soins et soutiens (agents/organisations/leaders communautaires)

III.2.4 Intégrer la prise en charge à domicile des personnes PVVIH dans les services de santé communautaire

III.2.5. Développer et standardiser les services de traitement ambulatoire (STA)

III.2.6 Améliorer l'état nutritionnel des personnes infectées et affectées par le VIH (PVVIH)

**III.3 Pérenniser la PEC globale**

III.3.1 Améliorer les systèmes d'achat, de gestion et de distribution des médicaments et équipements dans un contexte de décentralisation

III.3.2 Augmenter les ressources humaines pour les soins et le traitement

III.3.3 Établir un système d'approvisionnement des communautés en matériels nécessaires

III.3.4 Exécuter un plan national de pérennisation de la prise en charge globale de qualité

**Axe IV : Réduire l'impact socioéconomique dû au VIH et SIDA**

**IV.1 Améliorer les conditions socio-économiques (micro et macro)**

IV.1.1. Créer des opportunités d'emploi ciblant particulièrement les groupes vulnérables

IV.1.2. Assurer l'accès aux services de crédit des groupes vulnérables.

IV.1.3 Améliorer l'équité et l'égalité entre hommes et femmes dans le cadre des activités génératrices de revenu et de l'emploi

IV.1.4 Améliorer l'accès à l'éducation formelle et informelle pour les groupes cibles avec l'accent sur les OVC et PVVIH

**IV.2. Défendre et promouvoir les droits humains**

IV.2.1 Améliorer l'environnement juridique des PVVIH et des OVC

IV.2.2 Augmenter le nombre d'employeurs qui ont adopté une politique interne de lutte contre le SIDA sur le lieu de travail

IV.2.3 Protéger la gent féminine contre les violences sexuelles et domestiques, et l'harcèlement sexuelle.

IV.2.4 Améliorer les politiques actuelles pour assurer un accès équitable des services aux PVVIH et aux OVC.

**IV.3 Renforcer les organisations dans la prise de décision notamment par le concept «GIPA».**

IV.3.1 Renforcer la capacité managériale des associations

IV.3.2 Équilibrer la composition des associations (augmenter le nombre de personnes de classe moyenne et personnes non VIH+)

IV.3.3 Impliquer plus des PVVIH dans les processus de planification, de mise en oeuvre et de révision des programmes

**Axe V : Coordonner la réponse multisectorielle pour un meilleur coût- efficacité.**

Rwanda: Cadre des résultats stratégiques VIH/SIDA 2005-2009

**V.1 Améliorer les capacités des structures de coordination nationale**

V.1.1 Renforcer les capacités de leadership du personnel

V.1.2 Renforcer les capacités administratives et managériales des institutions

V.1.3 S'assurer que les ressources nécessaires pour leur fonctionnement sont disponible

V.1.4 Harmoniser les directives et les communiquées dans tous les domaines d'intervention

**V.2 S'assurer que les stratégies de lutte contre le VIH et le SIDA dans les plans sectoriels nationaux sont mises en œuvre**

V.2.1 Élaborer et disséminer les méthodologies d'intégration des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA dans les plans sectoriels

V.2.3 Mettre en place un système de reconnaissance honorifique pour les meilleurs intervenants par secteur

V.2.2 S'assurer que les leaders font le plaidoyer pour l'intégration des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA dans chaque secteur

**V.3 Augmenter le nombre d'interventions ou actions régionales conjointement exécutées**

V.3.1 Harmoniser les documents cadre en matière de lutte contre le VIH et le SIDA

V.3.3 Rendre disponible les ressources nécessaires pour exécuter les interventions régionales.

V.3.2 Assurer la mise en œuvre des plans d'actions transfrontaliers conjointement développés

**V.4 S'assurer que les intervenants profitent des processus de planification et de suivi nationaux autant que les organes de coordination**

V.4.1 Simplifier et harmoniser les outils de planification et de suivi

V.4.3 Renforcer les capacités en matière de facilitation des séances de planification et de suivi

V.4.2 Prioriser le niveau des détails pour le suivi des programmes

V.4.4 S'assurer de l'utilisation du PSNM dans la planification et le suivi des interventions

**V.5 Évaluer conjointement la réponse multisectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA**

V.5.1 Harmoniser et rendre opérationnel les Indicateurs nationaux

V.5.3 Développer et valider conjointement les résultats de l'évaluation nationale (rapport annuels, MTR, etc)

V.5.5 Coordonner les recherches et les formations

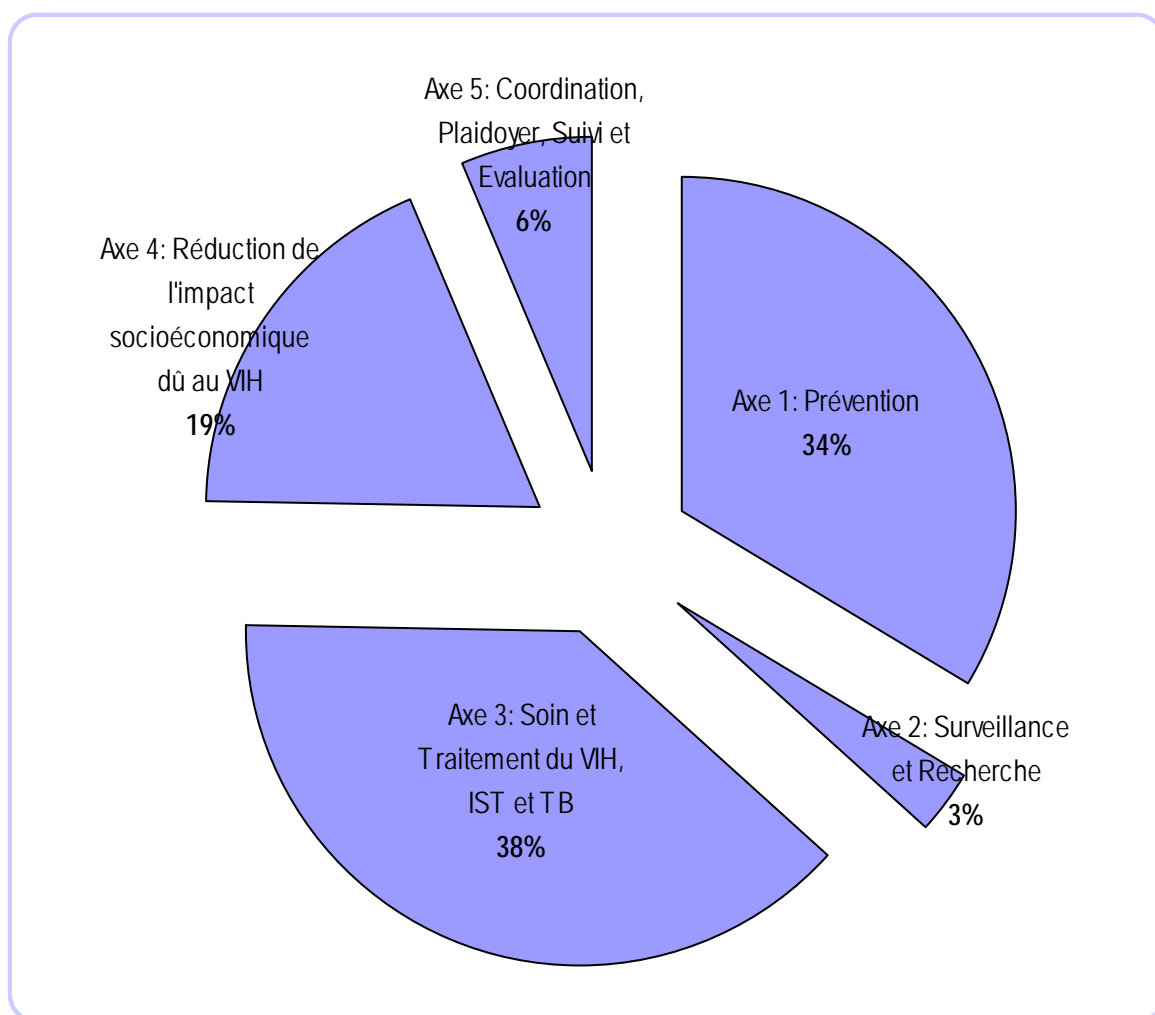
V.5.2 Améliorer les capacités à chaque niveau d'interprétation des résultats d'évolution des indicateurs

V.5.4 Rendre disponible les résultats des évaluations aux fournisseurs et aux demandeurs.

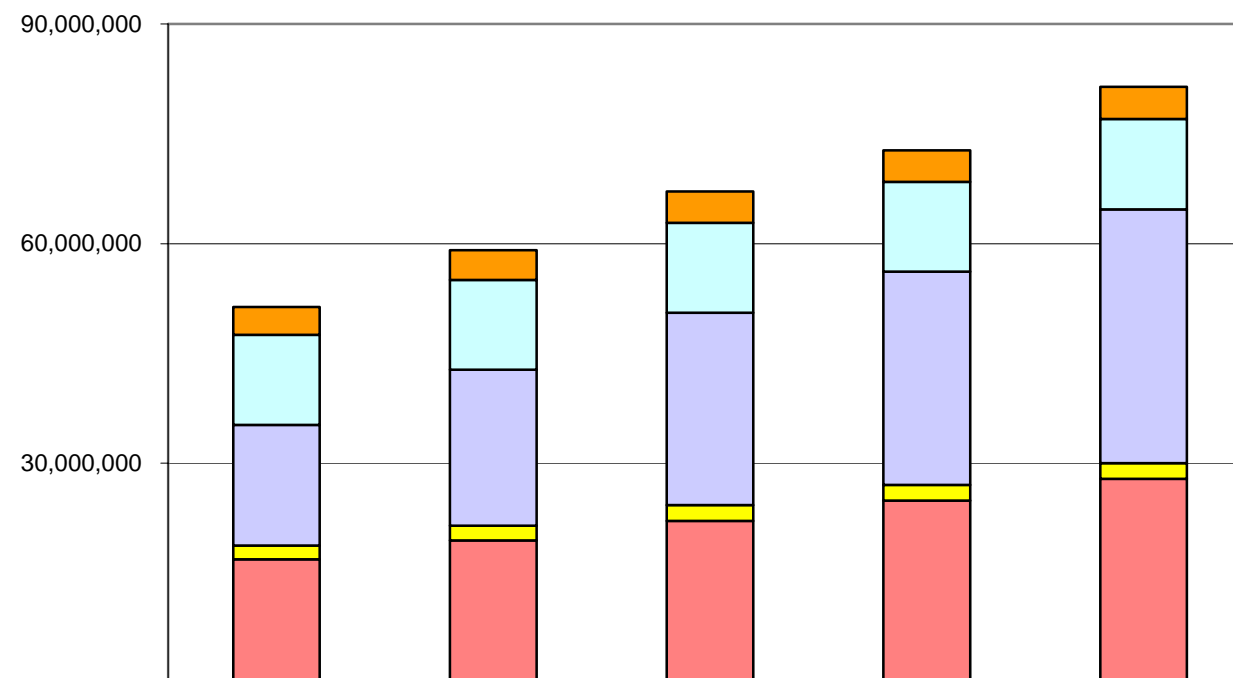
## 8. BUDGET DU PLAN

Le budget total proposé pour la mise en oeuvre des interventions et services définis pour chaque axe du PSNM est de 331,7 millions de USD pour les cinq années. Ce budget est un minimum défini à partir des interventions et services prioritaires en matière de lutte contre le VIH et le SIDA et sert de base de négociation lors de la mobilisation des fonds nécessaires à cette lutte au Rwanda.

**PART EN % DU BUDGET TOTAL 2005 – 2009**



## BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL 2005 – 2009



	2005	2006	2007	2008	2009
Coordination, Plaidoyer, Suivi et Evaluation	3,778,157	4,072,269	4,297,047	4,281,919	4,366,205
Réduction de l'impact socioéconomique dû au VIH	12,347,549	12,269,925	12,245,190	12,267,849	12,337,281
Soin et Traitement du VIH, IST et TB	16,449,979	21,259,394	26,311,011	29,141,828	34,662,894
Surveillance et Recherche	1,889,078	2,036,134	2,148,523	2,140,959	2,183,102
Prévention	16,876,150	19,453,596	22,119,453	24,898,665	27,849,465

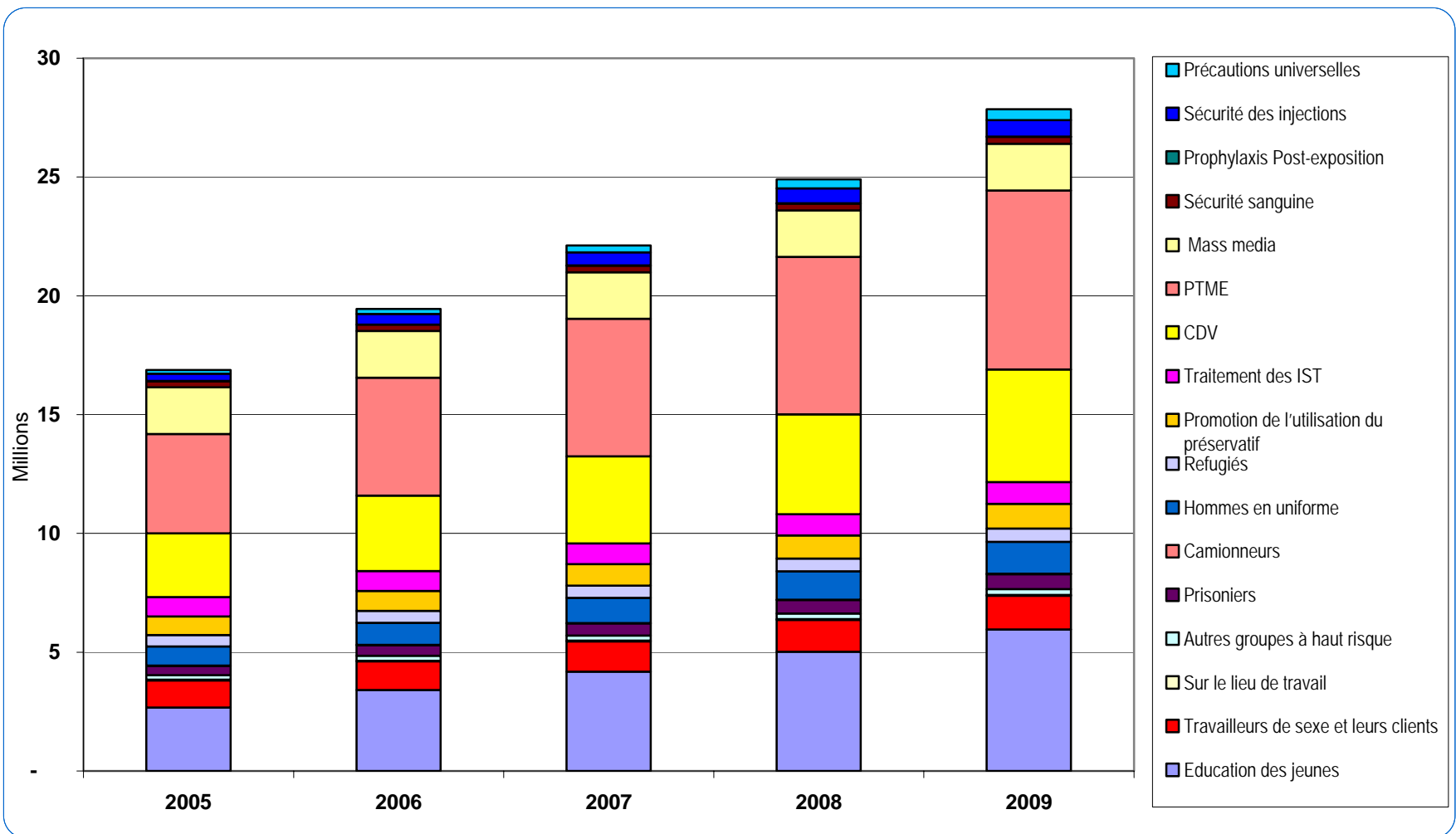


**AXE I : BUDGET PREVENTION 2005 -2009 (en USD)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2005 - 2009
<b>TOTAL DU BUDGET DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2005-2009</b>	<b>51,340,913</b>	<b>59,091,319</b>	<b>67,121,224</b>	<b>72,731,220</b>	<b>81,398,948</b>	<b>331,683,624</b>
<b>TOTAL DU BUDGET DE PREVENTION</b>	<b>16,876,150</b>	<b>19,453,596</b>	<b>22,119,453</b>	<b>24,898,665</b>	<b>27,849,465</b>	<b>111,197,330</b>
Education des jeunes	2,676,697	3,410,325	4,182,807	5,017,615	5,953,661	21,241,105
Travailleurs de sexe et leurs clients	1,137,015	1,202,482	1,271,805	1,345,196	1,422,874	6,379,372
Sur le lieu de travail	26,529	29,564	32,717	36,013	39,481	164,304
Autres groupes à risque	192,536	204,513	217,035	230,125	243,805	1,088,014
Prisonniers	389,620	449,013	508,407	567,800	627,193	2,542,034
Camionneurs	13,160	14,126	15,092	16,058	17,023	75,458
Hommes en uniforme	805,802	929,752	1,059,524	1,195,335	1,337,410	5,327,824
Réfugiés	478,266	497,732	517,882	538,738	560,322	2,592,940
Promotion de l'utilisation du préservatif	783,825	843,920	906,303	970,926	1,037,993	4,542,968
Traitement des IST	815,152	840,634	866,920	894,035	922,007	4,338,747

	2005	2006	2007	2008	2009	2005 - 2009
CDV	2,684,743	3,169,035	3,671,258	4,194,415	4,743,853	18,463,304
PTME	4,182,338	4,965,998	5,783,224	6,633,421	7,530,873	29,095,854
Mass media	1,960,000	1,960,000	1,960,000	1,960,000	1,960,000	9,800,000
Sécurité sanguine	267,502	274,469	281,438	288,375	295,273	1,407,057
Prophylaxie Post-exposition	1,991	2,822	3,659	4,502	5,351	18,325
Sécurité des injections	308,079	436,969	546,471	635,253	702,299	2,629,071
Précautions universelles	152,895	222,242	294,911	370,857	450,048	1,490,953

### Evolution par année du budget de chaque intervention prioritaire en matière de prévention



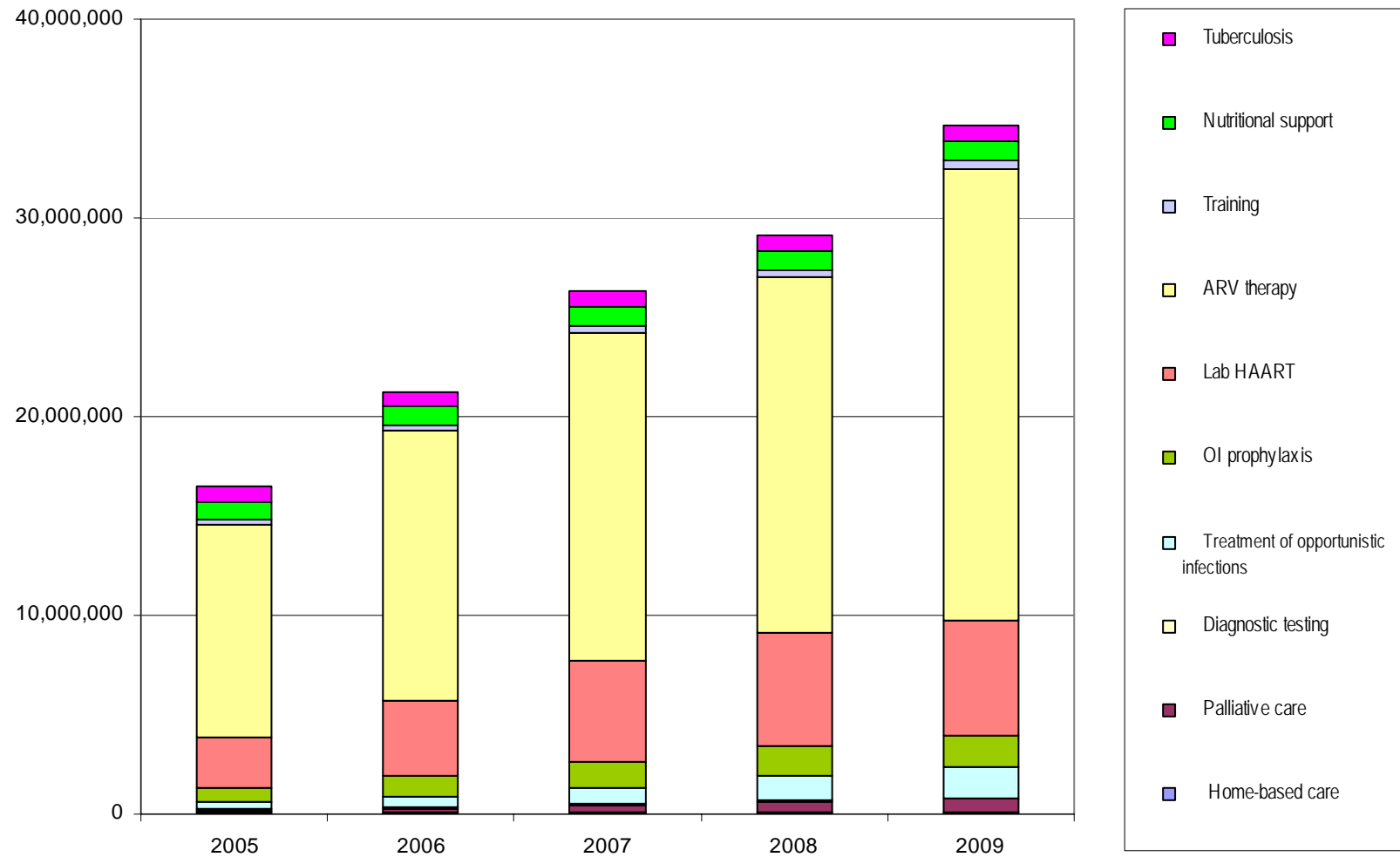
**AXE II : BUDGET DE LA SURVEILLANCE ET RECHERCHE SUR LE VIH /SIDA 2005 -2009 (en USD)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
TOTAL DU BUDGET DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2005-2009	51,340,913	59,091,319	67,121,224	72,731,220	81,398,948	331,683,624
TOTAL BUDGET SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHES	1,889,078	2,036,134	2,148,523	2,140,959	2,183,102	10,397,798

**AXEIII : BUDGET SOINS ET TRAITEMENT 2005 -2009 (en USD)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2005 - 2009
<b>TOTAL DU BUDGET DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2005-2009</b>	<b>51,340,913</b>	<b>59,091,319</b>	<b>67,121,224</b>	<b>72,731,220</b>	<b>81,398,948</b>	<b>331,683,624</b>
<b>TOTAL DU BUDGET SOINS ET TRAITEMENT</b>	<b>16,449,979</b>	<b>21,259,394</b>	<b>26,311,011</b>	<b>29,141,828</b>	<b>34,662,894</b>	<b>127,825,106</b>
Home-based care	67,611	78,024	88,760	99,572	110,544	444,511
Palliative care	140,734	219,286	360,160	543,077	661,495	1,924,752
Diagnostic testing	55,022	56,465	57,941	59,451	60,994	289,874
Treatment of opportunistic infections	326,968	509,469	836,763	1,261,736	1,536,857	4,471,793
OI prophylaxis	754,940	1,036,055	1,314,281	1,488,708	1,575,575	6,169,558
Lab HAART	2,494,220	3,806,434	5,021,174	5,648,110	5,813,027	22,782,965
ARV therapy	10,754,264	13,579,199	16,556,554	17,895,368	22,712,172	81,497,557
Training	232,848	307,098	363,825	393,228	400,950	1,697,949
Nutritional support	897,960	915,600	933,240	947,520	959,280	4,653,600
Tuberculosis	725,412	751,764	778,313	805,058	832,000	3,892,547

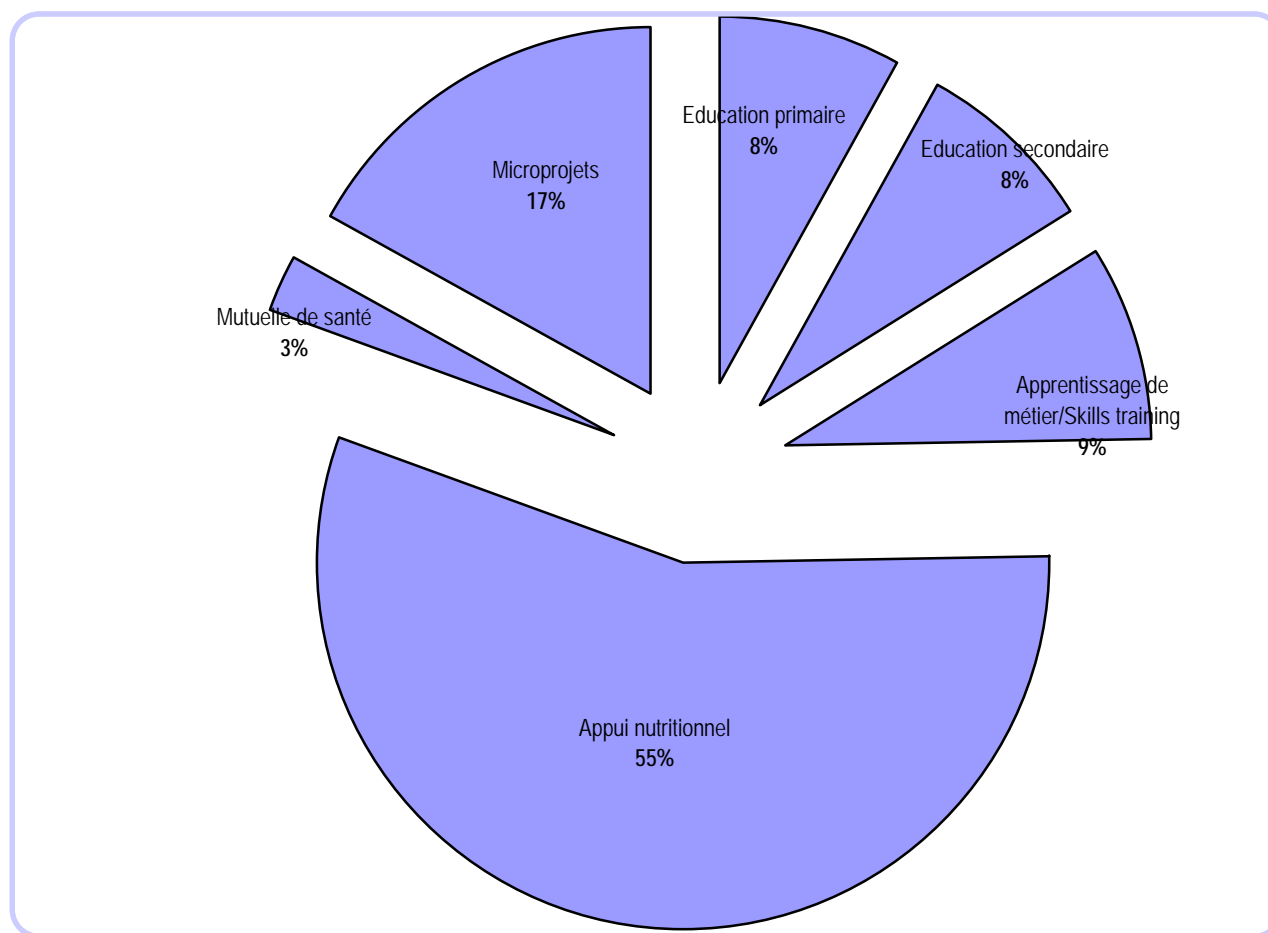
Evolution par année du budget de chaque services de Soin et Traitement



**AXEIV : REDUCTION DE L'IMPACT SOCIOECONOMIQUE DU VIH/SIDA - BUDGET 2005 -2009 (en USD)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
<b>TOTAL DU BUDGET DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2005-2009</b>	<b>51,340,913</b>	<b>59,091,319</b>	<b>67,121,224</b>	<b>72,731,220</b>	<b>81,398,948</b>	<b>331,683,624</b>
<b>TOTAL DU BUDGET: REDUCTION DE L'IMPACT SOCIOECONOMIQUE DU AU VIH ET AU SIDA</b>	<b>12,347,549</b>	<b>12,269,925</b>	<b>12,245,190</b>	<b>12,267,849</b>	<b>12,337,281</b>	<b>61,467,794</b>
<i><b>Appui aux OEV</b></i>	10,267,990	10,190,366	10,165,630	10,188,289	10,257,722	<b>51,069,996</b>
- Education primaire	640,259	822,617	1,003,226	1,181,127	1,355,671	<b>5,002,900</b>
- Education secondaire	979,958	979,226	982,566	991,559	1,007,603	<b>4,940,913</b>
- Apprentissage de métier/Skills training	1,140,919	1,086,163	1,039,643	1,001,970	973,427	<b>5,242,121</b>
- Appui nutritionnel	7,198,450	6,983,801	6,812,454	6,678,153	6,579,414	<b>34,252,271</b>
- Mutuelle de santé	308,404	318,559	327,742	335,481	341,606	<b>1,631,791</b>
<i><b>Microprojets</b></i>	2,079,559.55	2,079,559.55	2,079,559.55	2,079,559.55	2,079,559.55	<b>10,397,798</b>

**PART EN % DU BUDGET 2005 – 2009 DES SERVICES DE L'AXE IV**





**AXE V : COORDONNER LA REPONSE MULTISECTORIELLE POUR UN MEILLEUR  
COÛT-EFFICACITE - BUDGET 2005 -2009 (en USD)**

Pour cet axe le budget a été estimé, pour chaque année, à une moyenne de 6% du budget annuel. Son budget total 2005 – 2009 est de 20,8 millions de dollars américains.

## **9. SUIVI ET EVALUATION**

### **9.1. Dispositif de suivi et évaluation**

Le Suivi-évaluation est un processus important et incontournable dans la vie d'un programme. On l'interprète comme étant un jugement par lequel est apprécié le degré d'avancement, de pertinence, d'adéquation, d'efficacité et d'impact d'un plan d'actions d'une part et d'autre part le degré de satisfaction des décideurs, des intervenants et des bénéficiaires vis-à-vis des acquis enregistrés par l'exécution de ce plan.

Cette composante se présente sous la forme d'un tableau de bord pour le monitoring des activités. Il permet aux responsables de l'exécution des plans d'actions sectoriels de suivre les indicateurs relatifs à l'état d'avancement de l'exécution des programmes.

Il aide à l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs des activités suivant les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires initialement définis. Les décisions sont prises en temps utiles pour opérer les rectifications et les ajustements nécessaires.

### **9.2. Les indicateurs –clé pour le suivi-évaluation du Plan Stratégique National Multisectoriel 2005 – 2009**

Les indicateurs nationaux de suivi et évaluation de la mise en oeuvre de ce plan sont définis dans le Plan National de Suivi et Evaluation 2005 - 2009

## 10. PERSPECTIVES D'AVENIR

- Renforcer les activités en cours ;
- Mobiliser les ressources ;
- Renforcer le partenariat et la coordination multisectorielle ;
- Poursuivre la recherche et l'étude comportementale ;
- Evaluation de la mise en exécution du plan stratégique 2005-2009.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Commission Nationale de Lutte contre le SIDA, *Cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2002-2006*, Mai 2002
2. Commission Nationale de Lutte contre le SIDA, *Mid-term review of MNP 2002-2006*, Février 2005
3. Commission Nationale de Lutte Contre LE SIDA, *Plan National Multisectoriel*, Mai 2002
4. CNLS, *Plan National de Prévention*, Juillet 2005
5. Dr Anthony Kinghorn et al, *Evaluation de l'Impact du SIDA sur le Secteur de l'Education au Rwanda*, Avril 2003.
6. Food and Nutrition Technical Assistance, *HIV/AIDS: a guide for nutritional care and support*, 2004
7. Ministère des Finances et de la Planification Economique, *Indicateurs de développement du Rwanda 2003*, 2003
8. Ministère des Finances et de la Planification Economique, *Vision 2020* (draft 4), Novembre 2002
9. Ministère des Finances et de la Planification Economique, *National Poverty Reduction Program, Poverty Reduction Strategic Paper*, June 2002
10. Ministère de la Santé, *Plan stratégique de nutrition*, juillet 2005
11. Ministère de la Santé, *Analyse de la situation nutritionnelle* : base de la Politique nationale de nutrition au Rwanda, Février 2005
12. Ministère de la Santé, *Politique nationale de nutrition*, 2005
13. Ministère de la Santé, *Politique du secteur de santé*, Février 2005
14. Ministère de la Santé, *Instruction ministérielle déterminant les conditions*

*et modalités de prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA, 2005*

15. Ministère de la Santé, *Rapport annuel 2004*, Septembre 2005

16. Ministère de la Santé, *Plan stratégique du secteur de la santé 2005-2009*, 2005

17. MINISANTE/IMPACT-Rwanda, *Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des prostituées*, Rwanda, 2000

18. MINISANTE/IMPACT-Rwanda, *Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des jeunes de 15-19 ans*, Rwanda, 2000

19. ONUSIDA, *Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA*, juin 2001

20. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : 4<sup>ème</sup> rapport mondial*, Juillet 2004

21. Ministère des Finances et de la Planification Economique, Recensement Général de la Population et l'Habitat du Rwanda, Kigali, Février 2005.

22. Ricardo Bit ran et al, *the Impact of HIV/AIDS on Rwanda's Health Sector*, January 2003

23. TRAC, VIH/SIDA au Rwanda, *Bulletin Epidémiologique*, October 2005

24. TRAC, *TRAC Five-Year Strategic Plan (2004-2009)*, Juin 2005

25. Uganda AIDS Commission, *Uganda National AIDS Policy*, November 2004

26. UNAIDS, *Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001*, New -York, June 2002

27. William J. Clinton Foundation, *HIV/AIDS, treatment and care plan 2003-2007*, juin 200

## ANNEXE 1 : Format unique du Plan d'actions

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
AXE I : RENFORCER LES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH.																				
	I.1 Changer les comportements sexuels à risque au VIH																			
		I.1.1 Promouvoir l'EABC (Abstinence, Be-Faithful et Condoms) et l'éducation par l'IEC pour le changement de comportement																		
		I.1.2 Augmenter l'accès et l'utilisation du condom.																		
		Exemple :distribuer 200 000 condoms	200 000 condoms distribués												PSI	1 000 000	PEPFA R	Nyamash eke	Prostitués	

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		I.1.3 Eduquer les jeunes sur la responsabilité sexuelle (par les parents et les enseignants).																		
		I.1.4 Augmenter le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique (VCT)																		
		I.1.5 Augmenter la proportion de la population qui connaît les causes, symptômes et conséquences des IST,OI et TB																		
		<b>I.2. Changer les comportements des prestataires de soins pour réduire la transmission des IST, de la TB et du VIH.</b>																		
		I.2.1 Adopter les précautions universelles dans les établissements de santé																		
		I.2.2 Adopter le dépistage précoce des IST, des IO et de la TB par les prestataires de services de santé																		

AXE	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Responsable	Budg et	Source de financement	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiaire
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		I.2.3 Adopter les mesures de sécurité transfusionnelle																		
	<b>I.3 Réduire la transmission du VIH par la prophylaxie médicale</b>																			
		I.3.1 Motiver plus des femmes enceintes et leurs partenaires à l'utilisation des services PTME																		
		I.3.2 Augmenter l'accessibilité des services de qualité de la PTME																		
		I.3.3 Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PEP) pour les prestataires de soins.																		
		I.3.4 Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PEP) pour les victimes des viols.																		



AXE	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Responsable	Budget	Source de financement	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiaire
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		I.4 Créer un environnement culturel plus favorable à la prévention du VIH/SIDA et des IST																		
		I.4.1 Promouvoir les pratiques culturelles rwandaises positives qui contribuent à la réduction de la transmission du VIH et des IST																		
		I.4.2 Promouvoir l'abandon des pratiques culturelles négatives qui favorisent la transmission du VIH et des IST																		
AXE 2. ASSURER UNE REPONSE ADAPTEE A L'EVOLUTION DE DES CONDITIONS SANITAIRES ET SOCIOECONOMIQUES																				
		II.1 Augmenter l'utilité des résultats de la surveillance relatifs à la réponse nationale du VIH et du SIDA																		
		II.1.1 Améliorer les systèmes de notification des cas de morbidité et de mortalité liés au VIH/SIDA (y compris les IST et IO)																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		II.1.2 Avoir établi un système de surveillance comportementale pérenne																		
		II.1.3 Améliorer la séro surveillance du VIH par la prise en compte d'autres maladies liées au VIH																		
		II.1.4 Améliorer la surveillance de la pharmacosensibilité pour une meilleure prise en charge																		
		II.1.5 Améliorer les compétences statistiques et analytiques des techniciens impliqués dans la collecte et l'analyse des résultats du système de surveillance																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		<b>II.2 Augmenter l'utilité des résultats de la recherche relative au VIH/SIDA par et autour des études/évaluations</b>																		
		II.2.1 Améliorer les compétences méthodologiques des chercheurs																		
		II.2.2 Améliorer les compétences statistiques et analytiques des chercheurs																		
		II.2.3 Impliquer les populations étudiées dans l'identification, l'élaboration et l'exécution des recherches																		
		<b>II.3 Faciliter l'interprétation et l'utilisation des résultats de la surveillance et des recherches pour et par les acteurs à tous les niveaux</b>																		
		II.3.1. Promouvoir et faciliter la disponibilité des résultats de la surveillance et des recherches régulièrement																		

AXE	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Responsable	Budget	Source de financement	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiaire
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		II.3.2. Améliorer la capacité analytique des décideurs à tous niveaux (dans tous les domaines)																		
		II.3.3. Renforcer la capacité des techniciens et acteurs à présenter les résultats sous des formats exploitables																		
AXE 3: AMELIORER LA PRISE EN CHARGE (PEC) DES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES PAR LE VIH/SIDA																				
	III.1. Augmenter l'accès aux soins et traitement de qualité dans les formations sanitaires																			
		III.1.1 Assurer une couverture équitable des services ARV avec un accent sur la PEC pédiatrique																		
		III.1.2 Améliorer le traitement des infections opportunistes selon le protocole national																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		III.1.3.Diminuer le coût réel d'accès au traitement des maladies liées au VIH/SIDA																		
		III.1.4 Promouvoir l'approche «Provider Initiated Diagnosis» (PID)																		
		III.1.5 Améliorer la collaboration et les services de référence entre les FOSA et communauté																		
		III.1.6. Améliorer la prise en charge nutritionnelle thérapeutique des personnes sous ARV																		
		III.1.8 Intégrer la prise en charge de toutes les IO sur la liste des maladies supportées par la mutuelle de santé.																		
		III.1.9 Renforcer les capacités des prestataires à offrir des soins de haute qualité																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		III.2 Augmenter l'accès aux soins et traitement de qualité au niveau communautaire																		
		III.2.1. Augmenter la couverture géographique des services de soins dans la communauté																		
		III.2.2. Améliorer la prise en charge médicale, psychosociale et spirituelle des PVVIH																		
		III.2. 3. Renforcer la capacité technique des personnes et organisations de soins et soutiens ( agents/organisations/leaders communautaires)																		
		III.2.4 Intégrer la prise en charge à domicile des PVVIH dans les services de santé communautaire																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		III.2.5. Développer et standardiser les services de traitement ambulatoires (STA)																		
		III.2.6 Améliorer l'état nutritionnel des personnes infectées et affectées par le VIH																		
	<b>III.3 Pérenniser la PEC globale</b>																			
		III.3.1 Améliorer les systèmes d'achat, de gestion et de distribution des médicaments et équipement dans un contexte de décentralisation.																		
		III.3.2 Augmenter les ressources humaines pour les soins et le traitement																		
		III.3.3 Etablir un système d'approvisionnement des communautés en matériels nécessaires																		

AXE	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicateurs	Période												Responsable	Budget	Source de financement	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiaire
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		III.3.4 Exécuter un plan de pérennisation de la prise en charge médicale globale de qualité																		
AXE IV : REDUIRE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DU AU VIH/SIDA																				
	IV.1 Améliorer les conditions socio – économiques																			
		IV.1.1. Créer des opportunités d'emploi ciblant particulièrement les groupes vulnérables																		
		IV.1.2. Assurer l'accès aux services de crédits des groupes vulnérables																		
		IV.1.3 Améliorer l'équité et l'égalité entre hommes et femmes dans le cadre des activités génératrices des revenus et de l'emploi																		



AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		IV.1.4 Améliorer l'accès à l'éducation formelle et informelle des groupes cibles particulièrement des OVC et des PVVIH																		
	IV.2. Défendre et promouvoir les droits humains																			
		IV.2.1 Améliorer l'environnement juridique des PVVIH et des OVC																		
		IV.2.2 Augmenter le nombre d'employeurs qui ont adopté une politique interne de lutte contre le SIDA sur le lieu de travail																		
		IV.2.3 Protéger la gent féminine contre les violences sexuelles et domestique et l'harcèlement sexuel.																		
		IV.2.4 Améliorer les politiques actuelles pour assurer un accès équitable des services aux PVVIH et aux OVC.																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		IV.3 Renforcer les organisations dans la prise de décision notamment par le concept «GIPA».																		
		IV.3.1 Renforcer la capacité managériale des associations																		
		IV.3.2 Equilibrer la composition des associations (augmenter le nombre des personnes de classe moyenne et personnes non VIH+)																		
		IV.3.3 Impliquer plus des PVVIH dans les processus de planification, mise en œuvre et de révision des programmes																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
AXE5 : COORDONNER LA REPONSE MULTISECTORIELLE POUR UN MEILLEUR COUT-EFFICACITE																				
	V.1. Améliorer les capacités des structures de coordination nationale																			
		V.1.1 Renforcer les capacités de leadership du personnel																		
		V.1.2. Renforcer les capacités administratives et managériales des institutions																		
		V.1.3. S'ssurer que les ressources nécessaires pour leur fonctionnement sont disponibles																		
		V.1.4 Harmoniser les directives et les communiqués dans tous les domaines d'intervention																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		V.2. S'assurer que les stratégies de lutte contre le VIH et le SIDA dans les Plans sectoriels nationaux sont mises en œuvre																		
		V.2.1. Elaborer et disséminer les méthodologies d'intégration des programmes de lutte contre le VIH dans les plans sectoriels nationaux																		
		V.2.2. S'assurer que les leaders font le plaidoyer pour l'intégration des programmes lutte contre le VIH dans chaque secteur																		
		V.2.3. Mettre en place un système de reconnaissance honorifique pour les meilleurs intervenants par secteur																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		V.3. Augmenter le nombre d'interventions ou actions régionales conjointement exécutées																		
		V.3.1. Harmoniser les documents cadre en matière de lutte contre le VIH et le SIDA																		
		V.3.2. Assurer la mise en œuvre des plans d'actions transfrontaliers conjointement développés																		
		V.3.3. Rendre disponibles les ressources nécessaires pour exécuter les interventions régionales																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		V.4. S'assurer que les intervenants profitent des processus de planification et de suivi nationaux autant que les organes de coordination																		
		V.4.1. Simplifier et harmoniser les outils de planification et de suivi																		
		V.4.2. Prioriser le niveau de détails pour le suivi des programmes																		
		V.4.3. Renforcer les capacités en matière de facilitation des séances de planification et de suivi																		
		V.4.4. S'assurer de l'utilisation du PSNM dans la planification et le suivi des interventions																		
		V.5. Evaluer conjointement la réponse multisectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA																		
		V.5.1. Harmoniser et rendre opérationnel les indicateurs nationaux																		

AX E	S/AXE	DOMAINES +Activités sous le domaine	Indicate urs	Période												Resp onsa ble	Budg et	Source de finance ment	Lieu de mise en œuvre de l'activité	Groupe Bénéficiair e
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		(en Frw)			
		V.5.2. Améliorer les capacités à chaque niveau d'interprétation des résultats d'évolution des indicateurs																		
		V.5.3. Développer et valider conjointement les résultats de l'évaluation nationale (rapports annuels, MTR, etc.)																		
		V.5.4. Rendre disponible les résultats des évaluations aux fournisseurs et aux demandeurs.																		
		V.5.5 Coordonner les recherches et les formations																		

