

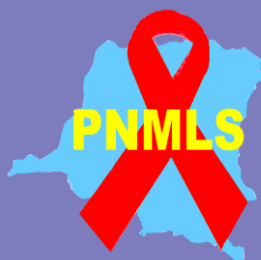
République Démocratique du Congo



Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida

Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement (UNGASS)

2010



Mars 2010

République Démocratique du Congo



Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida

Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement (UNGASS) 2010

Période considérée : janvier 2008 – décembre 2009

Date de soumission du rapport : 31 mars 2010

Avec l'appui de l'ONUSIDA, de la Banque Mondiale et de l'UNICEF



PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 31 mars 2010

© *Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA. Tous droits de reproduction réservés.*

Les publications produites par le PNMLS peuvent être obtenues sur Internet. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications du PNMLS – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être

adressées à la Coordination Nationale du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document peut être librement commenté, cité, reproduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source et d'envoyer un exemplaire de l'ouvrage où sera reproduit l'extrait cité à la Coordination Nationale du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document ne saurait être vendu ni utilisé à des fins commerciales

PNMLS, 16 Avenue Basoko,
Commune de la Gombe, Kinshasa,
République Démocratique du Congo
Tél : (+243) 81 247 8000 - 995643025 – 898268279 - Fax : (+243) 812618000
Courriel : info@pnmls.cd – Internet : <http://www.pnmls.cd>

Remerciements

Aux membres du groupe technique de travail :

Dédé Watchiba, Luc Kanyimbo, Bob Manwana, Jean-Paul Dzatsi (PNMLS), Pacifique Misingi (Ministère de la Santé/PNTS), Bijou Mankiandingi (Ministère de la Santé /PNLS), Leopoldine Mbula (Ministère de la Santé /PNLT), Christine NEPA NEPA (Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel), Kekoura Kourouma, Christian Mouala (ONUSIDA), Etienne Mpoyi (OMS), Youssouf Sawadogo (UNICEF), Ange Mavula (UCOP+), Didine Kaba (Ecole de Santé Publique/UNIKIN), Arlette Mavila (Ecole de Santé Publique/UNIKIN).

Aux enquêteurs pour l'Indice Composite des Politiques Nationales

Steve Bwira, Yannick Lwamba, Yves Mbale, Yves Obotela et Gianni Salakiaku.

Et à tous ceux dont la collaboration, les avis et commentaires ont contribué à la production de ce rapport.

Liste des acronymes

ARV	: Antirétrovirale
BCC/SIDA	: Bureau central de coordination de lutte contre le sida
BSS	: Behavior Surveillance Survey
CAF	: Country assistance framework
CDC	: Center for Disease and Control
CDI (UDI):	: Consommateurs de drogues injectables (Utilisateurs de drogues injectables)
CDV	: Conseil et dépistage volontaire
CNLS	: Comité national de lutte contre le VIH/sida
CNMLS	: Comité national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida
CPN	: Consultation prénatale
CRIS	: Système d'information sur la riposte des pays
CTA	: Centre de traitement ambulatoire
DSCR	: Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
EPSP	: Enseignement primaire, secondaire et professionnel
ESP	: Ecole de santé publique
FIKIN	: Foire Internationale de Kinshasa
GLIA	: Great Lakes Initiative on AIDS
HSH (MSM)	: Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAP	: Projet multisectoriel de lutte contre le Sida
OEI	: Orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PA	: Personnes affectées par le VIH/sida
PAP	: Programme d'actions prioritaires du gouvernement
PNLS	: Programme national de lutte contre le VIH/sida
PNMLS	: Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida
PSN	: Plan stratégique national
PNTS	: Programme national de transfusion sanguine
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s de sexe

PTME	: Prévention de la transmission mère – enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH/sida
RAAAP	: Rapid Assessment, Analysis and Action Planning
RDC	: République Démocratique du Congo
REDES	: Rapport d'estimations nationales des ressources et dépenses liées au sida
S&E	: Suivi et Evaluation
SADC	: Communauté pour le développement de l'Afrique australe
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS	: Système national d'informations sanitaires
TARV	: Thérapie antirétrovirale
TBC	: Tuberculose
UCOP+	: Union congolaise des organisations des personnes vivant avec le VIH/sida
UNGASS	: Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le sida
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

I. Table des matières

I. Table des matières	1
II. Aperçu de la situation	2
2.1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport	2
2.2. Situation actuelle de l'épidémie	3
2.3. Riposte au plan politique et programmatique	4
2.4. Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS	5
III. Aperçu de l'épidémie de sida	9
3.1. Prévalence de l'infection à VIH	9
3.2. Quelques estimations sur l'épidémie du VIH/sida	12
IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida	13
4.1. Indicateurs de l'engagement et des actions au plan national	14
4.2. Indicateurs programmatiques nationaux	17
4.3. Indicateurs des connaissances et des comportements	33
4.4. Indicateurs de l'impact	43
V. Meilleures pratiques	49
5.1. Processus participatif de la planification stratégique nationale 2010-2014	49
5.2. Effort de sensibilisation	50
5.4. Production et vulgarisation de la chanson STOP SIDA	51
VI. Principaux obstacles et mesures correctives	52
VII. Soutien des partenaires du développement	54
VIII. Suivi et évaluation	55
8.1. Aperçu actuel du système national de Suivi et Evaluation	55
8.2. Difficultés rencontrées	56
8.3. Mesures correctives	56
ANNEXES	57
Annexe 1 : Grille nationale de financement 2008	A-1
Annexe 2 : Rapport sur la collecte des données de l'indice composite des politiques nationales	A-9

II. Aperçu de la situation

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

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

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

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

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

Le groupe de travail a tenu plusieurs réunions dans le cadre de la préparation du processus et la production du rapport UNGASS-RDC 2010. Le présent rapport a été validé par la Task force nationale de S&E (17 mars 2010 : PNMLS, PNLS,

ONUSIDA, ESP, UCOP+, CIELS, PNUD-Fonds Mondial, UNICEF, PNLP, PEPFAR) et le Comité de pilotage (30 mars 2010).

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

2.2. Situation actuelle de l'épidémie

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

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

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

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

La transmission hétérosexuelle reste la principale voie par laquelle les personnes contractent le VIH. Elle est estimée à 83% selon les statistiques des services de Conseil et Dépistage du VIH disponibles auprès du PNLS⁷.

¹ PNLS, Rapport sérosurveillance 2008

² PNLS, Rapports annuels 2008 et 2009

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

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

⁵ PNLS, Rapport sérosurveillance 2008

⁶ idem

⁷ PNMLS, PSN 2010-2014

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

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

- Une augmentation des cas de décès dans la population des adultes de 15 à 49 ans constituant la main-d'œuvre dont le pays a besoin pour son développement ;
- Un nombre de plus en plus élevé de personnes vivant avec le VIH ainsi que d'orphelins et d'enfants vulnérables dont la prise en charge globale reste précaire.

2.3. Riposte au plan politique et programmatique

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

1983	Diagnostic des premiers cas de sida en RDC
1984	Reconnaissance de l'existence de l'épidémie par le Gouvernement et grâce au partenariat international, création d'un centre de recherche multidisciplinaire (Projet Sida) à la base des publications faisant le point sur l'épidémie du VIH et l'histoire naturelle de la maladie
1985	Création du comité national de lutte contre le Sida (CNLS) avec un caractère multisectoriel
1987	Création du Bureau central de coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (BCC/SIDA) piloté par le Ministère de la Santé Publique
1995	Redémarrage des activités de lutte contre le VIH/sida (suspendues lors des pillages de 1991 et 1993) à travers un projet financé par l'OMS et le PNUD
1998	Création du Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) et rédaction ainsi qu'adoption d'un document de stratégie nationale de lutte, globalisant et plus ou moins multisectoriel
1999	Elaboration de la politique nationale et du plan stratégique national (PSN) 1999-2008 de lutte contre le VIH/sida avec l'appui de l'OMS, du PNUD et

⁸ PNLS, rapport sérosurveillance 2008 : estimations et projections

	de l'ONUSIDA
2002	Signature du Protocole d'accord entre le Gouvernement et le secteur privé (GSS/CIPLA) pour l'introduction des médicaments antirétroviraux génériques
2004	Création par Décret présidentiel du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/sida et les IST (PNMLS)
2005	Elaboration et adoption du plan national d'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux en RDC 2005 – 2009 dans le cadre l'initiative 3 by 5 Elaboration du Plan harmonisé d'approvisionnement en ARVs et autres intrants VIH/sida
2006	Signature du Mémoire d'entente entre le Projet MAP et le Fonds Mondial en vue de l'harmonisation des interventions Adoption du document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) avec la lutte contre le VIH/sida comme pilier Elaboration et adoption d'une feuille de route pour l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH comme plan de mise en oeuvre du pilier "lutte contre le VIH/sida" du DSCR Elaboration des plans provinciaux pour l'accélération d'accès universel pour la prévention, les soins, le traitement et l'appui en matière de VIH Lancement de l'accélération des efforts pour la prévention dans les pays africains
2008	Promulgation de la loi n° 08/011 du 14 Juillet portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) et des personnes affectées (PA) et orientant la politique nationale de lutte contre le VIH/sida en RDC
2009	Elaboration du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2010 – 2014
2010	Revue du document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR)

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

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

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

Tableau 1. Récapitulatifs des indicateurs UNGASS de la RDC

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

Rapport national de suivi de la Déclaration
d'engagement (UNGASS) sur le VIH/sida,
2010

Indicateurs		Valeur	Période de collecte	Source des données
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	67,8	2009	Données d'une évaluation du Ministère de l'EPSP
Connaissances et comportements				
12	Ratio de scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	0,77	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	16,8	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	30,8	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	18,1	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	7,0	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	13,5	2007	Enquête de population : Ministère du plan, EDS+ 2007
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	62,0	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (HSH)		
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (CDI)		
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	Indicateur non mesuré : jusqu'à ce jour, aucune enquête n'a été menée en RDC dans ce groupe de population à risque (CDI)		

Rapport national de suivi de la Déclaration
d'engagement (UNGASS) sur le VIH/sida,
2010

Indicateurs		Valeur	Période de collecte	Source des données
Impact				
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	4,0	2008	Ministère de la Santé/PNLS, Rapport de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes 2008
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	15,3	2004 – 2006	Enquête comportementale : BSS 2006. Indicateur mesuré uniquement auprès des femmes PS
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	76,8	2008	Rapport Accès Universel 2008
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	23,2	2008	Ministère de la Santé/PNLS, Estimations et projections des données de la sérosurveillance 2008 sur base de SPECTRUM
		23,3	2009	

III. Aperçu de l'épidémie de sida

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

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

3.1. Prévalence de l'infection à VIH

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

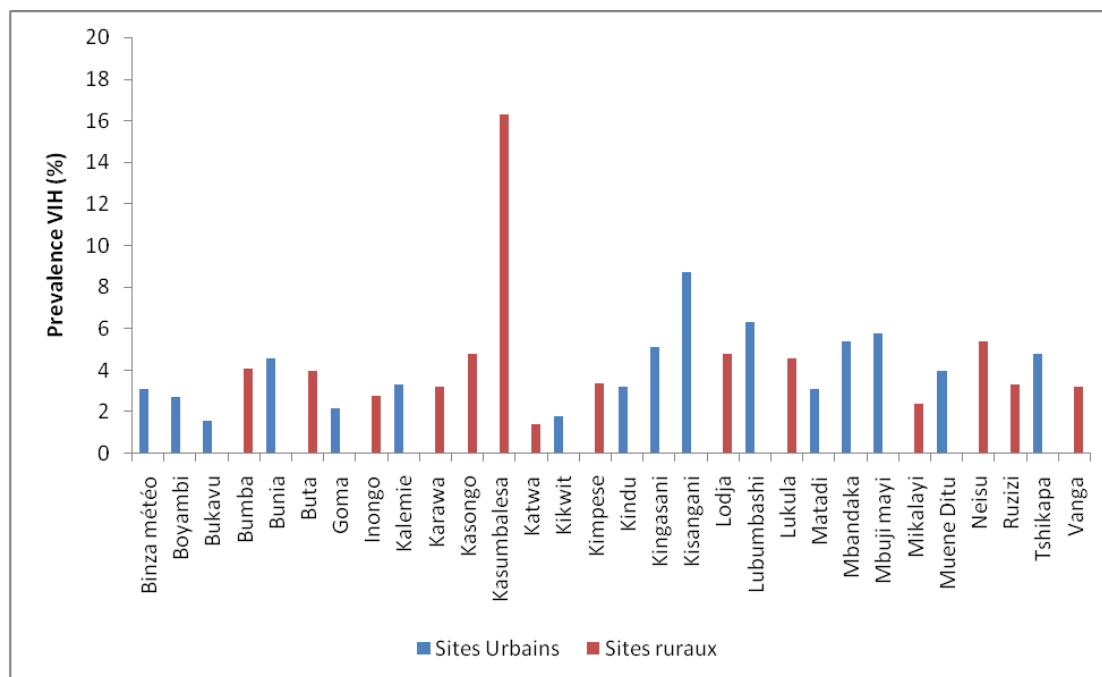
**Tableau 2. Prévalence du VIH par tranches d'âge et par milieu de résidence
chez les femmes enceintes fréquentant la CPN, 2008**

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

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

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

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

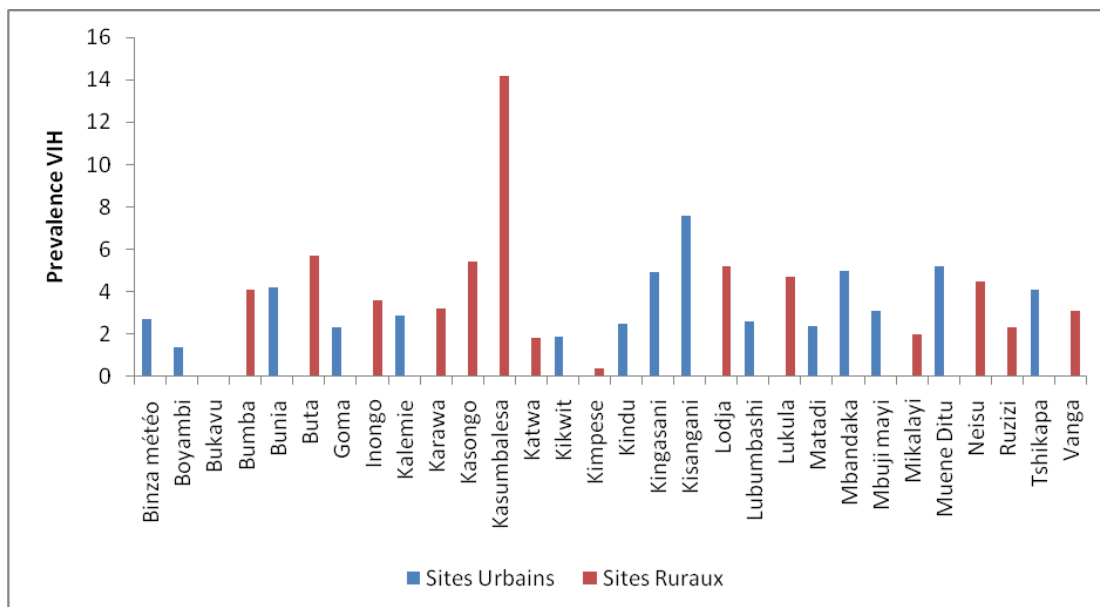


Source : PNLS/Ministère de la Santé, « Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2008 »

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

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

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

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

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

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

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

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

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

En 2008, les dépenses de lutte contre le sida en RDC ont été évaluées à 96.365.322 \$US. Globalement elles représentent 38% de l'estimation des besoins en ressources pour la lutte contre le sida. Par rapport aux années antérieures 2005 (52.766.298 \$US), 2006 (47.561.697 \$US) et 2007 (51.046.603,08 \$US), le volume des dépenses est plus élevé en 2008 mais néanmoins, reste encore insuffisant.

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

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

⁹ DSCR, Juin 2006

¹⁰ EDS-RDC 2007

¹¹ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2009

¹² Idem

recherche liée au VIH 2.379.510 \$US (2,5%) et la protection sociale 487.235 \$US (0,5%).

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

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

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

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

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

Indicateur 2 : Indice composite des politiques nationales

La République Démocratique du Congo est à sa 3^{ème} élaboration du rapport UNGASS et particulièrement pour l'indice composite des politiques nationales. Les principaux résultats obtenus depuis 2008 par domaine de l'indice composite sont repris ci-dessous.

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

Appui politique. Le pays a passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida (à l'occasion de l'élaboration de la loi portant protection des PVVIH et des PA et à l'occasion de l'élaboration du PSN 2010-2014).

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

Traitement, soins et soutien. Le pays dispose d'une politique de promotion du traitement, des soins et du soutien complet pour le VIH/sida et d'une politique qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH/sida des OEV. Il a aussi développé à l'issue d'une enquête nationale sur la situation des OEV (RAAAP) en RDC un plan quinquenal de prise en charge des OEV en Octobre 2009. Le recensement des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/sida a été mené. Cependant, le pays ne dispose pas d'une politique de développement ou d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH/sida.

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

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

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

- Le renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales ;
- Le processus de planification et de budgétisation du PSN ;
- L'inclusion des services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ainsi que dans le budget national ;
- Les efforts de lutte contre le VIH/sida ;
- L'amélioration de l'accès à une aide financière suffisante et un soutien technique adéquat pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH.

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

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

4.2. Indicateurs programmatiques nationaux

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

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

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

qualifié, procédures de laboratoire normalisées, approvisionnement régulier et fiable à un prix abordable de kits de diagnostic et de réactifs, gestion efficace des stocks.

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

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

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

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

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

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

En 2008, seuls huit CPTS sur les onze ont rapporté sur le nombre des dons collectés au niveau des établissements de soins dans les provinces respectives et pour lesquelles les procédures nationales et les normes ont été respectées en matière de sécurité

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

transfusionnelle (modes opératoires normalisés et système externe d'assurance de la qualité).

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

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

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

La prévention de l'infection à VIH demeure une priorité. Cependant avec l'accumulation du nombre de personnes victimes de cette infection, le besoin de les soigner est aussi devenu une priorité. La mise sous traitement antirétroviral des PVVIH éligibles représente un maillon important dans le deuxième volet spécifique de la lutte contre le VIH/SIDA qu'est la prise en charge des cas. Malgré l'initiative « Three by five » lancée en décembre 2003 par l'OMS en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires en vue de mettre trois millions de personnes séropositives, dont deux millions en Afrique, sous traitement antirétroviral en fin 2005, le défi à relever est demeuré important jusqu'à ce jour.

En RDC où le traitement a été introduit en 2002, les besoins demeurent en grande partie insatisfaits. Il n'y a que 303 établissements de santé (soit 75,8% de l'ensemble des établissements de soins)¹⁵ à travers tout le pays qui dispensent des thérapies antirétrovirales (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique). De plus, l'approvisionnement des antirétroviraux est en grande partie financée par l'extérieur (Fonds Mondial, Banque Mondiale, Fondation Clinton, etc.). Cependant, cet approvisionnement ne comble toujours pas les besoins du pays par rapport au nombre de PVVIH éligibles.

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

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

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

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

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

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

La ventilation de ces données par sexe et par tranche d'âge n'a été disponible que pour 4 provinces du pays pour l'année 2008 (cf. tableau 6) et 7 provinces pour l'année 2009 (cf. tableau 7). Jusqu'en 2009, les canevas de collecte des données pour le rapport annuel du programme national de lutte contre le Sida (PNLS) du Ministère de la Santé n'étaient pas conçus pour répondre à cette information. L'exercice d'élaboration du rapport UNGASS 2007 avait permis aux provinces qui ont pu répondre à cet indicateur, à adapter leurs bases des données à ces exigences. Face à cette situation, le PNLS s'est senti dans l'obligation de reviser ces outils de collecte pour prendre en compte le besoin d'information par sexe et par tranche d'âge requis par l'ONUSIDA pour le Rapport UNGASS. De plus, le manque de complétude totale des données est également un problème qui a rendu difficile la collecte complète de l'information.

¹⁶ PNLS, rapports annuels 2008 et 2009

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

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

F = féminin ; M = masculin

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

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

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

F = féminin ; M = masculin

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷ Rapport accès universel 2008

¹⁸ PNLS, rapport annuel 2009

l'ensemble des établissements de soins dispensant des services de soins natals en RDC, moins de 10% offrent les services de PTME.

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

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

Paramètres	Valeur						
	Schémas thérapeutiques en 2008				Schémas thérapeutiques en 2009		
	Névirapine seule	Schéma complexe	Schéma non spécifique ¹⁹	Total	Névirapine seule	Schéma complexe	Total
Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère – enfant	1.263	7	506	1.776	1.765	467	2.232
Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois*				99.491			101.543
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère – enfant				1,8			2,2

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

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

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

¹⁹ En 2008, 1776 femmes enceintes séropositives ont bénéficié de la prophylaxie aux ARV, soit une proportion de 1,8%, avec l'introduction de la bi et trithérapie seulement dans quelques provinces. Toutefois, les outils de collecte de données n'ont pas repris la désagrégation par schéma thérapeutique pour toutes les femmes enceintes séropositives traitées. Elle n'a été possible que pour 1.270 femmes.

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

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

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

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

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

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

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

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

la coinfection VIH-tuberculose voudrait que le PNLT n'intervienne que dans les zones de santé où les activités du PNLS sont déjà opérationnelles ; ceci pour éviter le manque de kits (antirétroviraux) dans les zones où le PNLT effectuerait le dépistage du VIH.

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

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

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

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

En 2008, il y avait 315 établissements de santé sur les 9400²⁰ que compte le pays (soit 3%) où le dépistage du VIH et les services de conseils étaient disponibles. Le tableau 10 ci-dessous reprend le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. Les données de cet indicateur sont tirées de l'enquête démographique et sanitaire « EDS+-RDC » de 2007.

²⁰ Source: Ministère de la santé, 2008

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

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

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

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

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

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

En RDC, parmi les groupes cibles prioritaires à risque élevé identifiés dans le plan stratégique national (PSN) de lutte contre le Sida 2010-2014 figurent notamment les PS et leurs clients, CDI, les HSH, les femmes militaires, les camionneurs (populations mobiles) et les jeunes. Cependant concernant les populations les plus à risque identifiées par l'ONUSIDA, les études comportementales menées dans le pays n'ont

ciblé jusqu'à ce jour que les femmes PS. Il s'agit de l'enquête « BSS » qui s'est déroulée en 2 phases : de décembre 2004 à février 2005 et de janvier à mars 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depuis le lancement de l'enquête RAAAP en 2007, le pays a adopté une définition de l'orphelin et enfant vulnérable (OEV). Un OEV est « un enfant ayant perdu son père, sa mère ou ses deux parents ; ou vivant en dehors du cadre familial ; avec un tuteur malade chronique ou infecté par le VIH/SIDA ; ainsi qu'un enfant malade chronique et/ou infecté par le VIH/SIDA ».

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

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

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

1. Ce foyer a-t-il reçu une assistance médicale, y compris des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins au cours des 12 derniers mois ?
2. Ce foyer a-t-il reçu un soutien pour la scolarisation des enfants, notamment sous forme de frais d'écologie, au cours des 12 derniers mois ? (Cette question ne s'applique qu'aux enfants de 5 à 17 ans)

3. Ce foyer a-t-il reçu un soutien psychique/psychologique, y compris des conseils de la part d'un conseiller spécialement formé et/ou un soutien/un accompagnement psychique/ spirituel au cours des trois derniers mois ?
4. Ce foyer a-t-il reçu un soutien social, y compris un soutien socioéconomique (p. ex., vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, gîte) et/ou une aide au quotidien (p. ex., aide ménagère, formation pour les soignants, garde des enfants, services juridiques) au cours des trois derniers mois ?

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

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

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

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

Ce sont les foyers où vivent des OEV de 5 à 9 ans et ceux de 10 à 14 ans qui bénéficient d'un plus grand support que les foyers où vivent les OEV de moins de 5 ans et ceux de 15 à 17 ans. Ceci peut être probablement dû à l'accent mis sur

l'instruction de ces deux premières tranches d'âge. Et pourtant les OEV de moins de 5 ans sont plus à risque de ne pas satisfaire leurs besoins essentiels en matière de nutrition et de développer la malnutrition qui peut leur être mortelle. Quant aux OEV de 15-17 ans, dépourvus de protection familiale, ils sont plus exposés à des rencontres sexuelles à risque et donc de contracter le VIH.

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

Il est important de noter que depuis 2009, le pays à travers le Ministère des Affaires sociales a développé et adopté un plan national pour les OEV.

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Indicateurs des connaissances et des comportements

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

L'accès à l'instruction est un droit dont tous les enfants doivent bénéficier sans distinction. Il constitue un élément essentiel de l'action en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV) dans la lutte contre le VIH afin de garantir la non-stigmatisation et la non-discrimination que peuvent subir ces enfants par rapport aux non OEV. A cet effet, un ratio de scolarisation entre orphelins et enfants non orphelins a été calculé pour en mesurer les disparités. Les résultats de ce ratio sont présentés dans le tableau 15. Les données de cet indicateur ont été tirées de l'enquête démographique et sanitaire « EDS+-RDC» de 2007.

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

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

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

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

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

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

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

Afin de mesurer la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, cinq questions sont proposées²¹. Il s'agit de :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La connaissance du VIH/sida et des moyens de prévention par les populations les plus à risque est une étape indispensable dans le processus de lutte contre la propagation de ce virus. L'évaluation de cette connaissance se fait en posant une série de questions y relatives²² :

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

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

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

²² Selon les directives de l'ONUSIDA, les trois premières questions ne doivent pas être modifiées, seules les questions 4 et 5 qui s'enquerraient des idées fausses à l'échelon local peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans le pays.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le plan stratégique national 2010-2014 a identifié les professionnel(le)s du sexe et leurs clients parmi les groupes les plus à risque. Plusieurs interventions de lutte contre le VIH/sida ciblant les PS ont déjà été mises en œuvre, notamment l'accès aux préservatifs masculins et féminins.

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

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

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

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

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

4.4. Indicateurs de l'impact

Indicateur 22 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

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

Le tableau 23 reprend la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Les données de cet indicateur sont tirées de la surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale durant l'année 2008. Les données de 2009 sont en cours de traitement.

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicateur 23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque

Les populations les plus à risque présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les populations les plus à risque constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

En RDC, l'enquête comportementale organisée en 2004-2006 ciblant les populations les plus à risque avait fait le dépistage volontaire du VIH chez les femmes professionnelles de sexe à travers des sites dans chaque province. Les résultats du pourcentage des PS séropositives parmi toutes celles qui ont accepté de se faire dépister sont repris dans le tableau 25 ci-dessous.

Tableau 25. Répartition (%) selon les sites des personnes séropositives parmi les femmes PS

Site par province	Paramètres		
	Nombre de personnes parmi les femmes PS ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	Nombre de personnes parmi les femmes PS ayant subi un test de dépistage du VIH	Pourcentage de personnes séropositives parmi les femmes PS
Bukavu	23	191	11,9
Goma	31	195	15,8
Kananga	35	198	17,5
Kikwit	2	140	1,4
Kindu	10	125	8,0
Kinshasa	84	457	18,4
Kisangani	29	210	13,6
Lubumbashi	52	225	23,3
Matadi	19	124	15,3
Mbandaka	17	232	7,3
Mbuji-mayi	49	202	24,5
ENSEMBLE	351	2299	15,3

Il ressort de ce tableau que la prévalence du VIH chez les PS est élevée, la moyenne des sites enquêtés la situe à 15%, allant de 1,4% à Kikwit (province de Bandundu) à 24,5% à Mbuji-Mayi (province du Kasai Oriental). Ces prévalences élevées pourraient s'expliquer par le fait que toutes les PS n'utilisent pas les préservatifs avec leurs clients. L'indicateur 18 (tableau 22) nous montre que deux PS sur trois ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client lors des 7 derniers jours précédant l'étude BSS. Par exemple à Mbuji-Mayi où la prévalence est la plus élevée, il n'y avait que 54% des PS qui ont déclaré avoir utilisé les préservatifs avec leur dernier client. Or les PS restent encore l'une des principales voies par laquelle le VIH se propage dans la population générale.

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

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

Le tableau 26 reprend la proportion des personnes séropositives encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale durant l'année 2008. Les données²³ ont été tirées du rapport sur l'accès universel 2008. Elles n'ont cependant pas permis une ventilation par sexe et par tranche d'âges.

**Tableau 26. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont
toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci**

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

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

²³ Elles proviennent d'un centre de traitement ambulatoire (CTA-KABINDA géré par MSF-Belgique) de la capitale qui dispose d'une base électronique de suivi de cohorte.

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

La voie de contamination transversale de la mère à l'enfant est considérée comme celle par excellence par laquelle se transmet le VIH au nouveau né. Les données pour l'évaluation du pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH sont issues des estimations et projections des données de la sérosurveillance 2008 sur base du logiciel spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau 27 ci-dessous.

Tableau 27. Pourcentage de nourrissons²⁴ nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

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

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

²⁴ Est considéré comme nourrisson dans ces estimations, tout enfant de 0 à 11 mois.

V. Meilleures pratiques

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

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

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

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

5.2. Effort de sensibilisation

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. Production et vulgarisation de la chanson STOP SIDA

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

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

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

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

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

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

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

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

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

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

L'adoption du PSN de lutte contre le sida 2010-2014 par le CNMLS le 27 juillet 2009, a permis à la RDC de se doter d'un important outil de coordination

conformément aux 3 principes. Ce plan a été consacré par le CNMLS comme unique référentiel de toutes les interventions et devra faciliter l'alignement et l'harmonisation des partenaires.

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

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

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

VII. Soutien des partenaires du développement

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

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

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

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

VIII. Suivi et évaluation

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

Rendre compte de l'état de la réponse nationale à l'épidémie du SIDA est une des attributions dévolues à la Coordination Nationale du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida. Pour ce faire, beaucoup d'efforts ont été entrepris dans le domaine du S&E depuis 2005 permettant ainsi à la République Démocratique du Congo de se doter d'un cadre opérationnel pour le S&E de la riposte nationale au VIH/sida conformément aux trois principes de coordination de l'ONUSIDA (3 One's).

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

8.1. Aperçu du système national de Suivi et Evaluation

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

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

La culture du S&E a commencé à s'installer notamment avec l'utilisation des données produites par le système (EDS+ 2007, Enquête REDES, Rapports nationaux sur l'épidémie à VIH, les premiers comptes nationaux de santé en RDC en cours, etc.) pour la planification, la mobilisation des ressources et la communication. Plusieurs documents de S&E sont déjà accessibles à partir du site web du PNMLS.

Des réflexions ont été menées en vue de faciliter la remontée de l'information à différents niveaux. Le Ministère de la Santé a revu les outils produits en 2006 en vue

de faciliter davantage la collecte des données de routine en ce qui concerne l'utilisation des services de santé. Depuis 2003, le Ministère de la Santé organise chaque année une enquête de surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes. L'Agenda national de la recherche et des évaluations sur le VIH permettra de mieux coordonner la recherche et de compléter le plan de S&E en ce qui concerne la liste des enquêtes, études, évaluations à organiser pour suivre la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2010-2014.

8.2. Difficultés rencontrées

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

- Le non-alignement de certains partenaires ;
- Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- La faible motivation du personnel à différents niveaux ;
- Les ressources humaines insuffisantes ;
- Le faible niveau technique à certains niveaux ;
- La non-fonctionnalité d'une base de données nationale.

8.3. Mesures correctives

Des mesures correctives ont été apportées pour surmonter les difficultés rencontrées.

Il s'agit principalement de :

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

Il importe ici de relever l'importance de :

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

ANNEXES

Annexe 1 : Grille nationale de financement 2008

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

Dépenses des interventions réalisées par source de financement (UNGASS requirement)

	FS.01 Fonds publics						FS.02 Fonds privés			
	FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	Total FS.01 Fonds publics	FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	FS.02.02 Fonds des ménages	FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)	Total FS.02 Fonds privés		
ASC.01 Prévention	ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	40 000	40 000	15 500			10 502	26 002		
	ASC.01.02 Mobilisation communautaire				17 064			17 064		
	ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)				1 126 164			1 126 164		
	ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles									
	ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	20 000	20 000							
	ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés									
	ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)									
	ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	20 000	20 000			9 500		9 500		
	ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	3 000	3 000	51 509				51 509		
	ASC.01.12 Marketing social du préservatif									
	ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial				2 831 543			2 831 543		2 831 543

	FS.01 Fonds publics			FS.02 Fonds privés			
	FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	Total FS.01 Fonds publics	FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	FS.02.02 Fonds des ménages	FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial					364 226		364 226
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)					3 035 404		3 035 404
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	22 500		22 500	2 258			2 258
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	507 500		507 500		46 459		46 459
ASC.01.20 Injections médicamenteuses sûres							
ASC.01.21 Précautions universelles							
ASC.01.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)							
Total ASC.01 Prévention	613 000		613 000	69 267	7 420 860	9 500	7 510 129
ASC.02.01 Soins ambulatoires		24 000	24 000	35 610	2 686 230		2 721 840
ASC.02.02 Soins hospitaliers							
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence							
ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité							
Total ASC.02 Soins et traitement		24 000	24 000	35 610	2 686 230		2 721 840
ASC.03.01 Education des OEV					2 500		2 500
ASC.03.02 Soins de santé de base destinés aux OEV							
ASC.03.04 Appui communautaire aux OEV							
ASC.03.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité		1 440	1 440				
ASC.03.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)							
Total ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)		1 440	1 440		2 500		2 500

	FS.01 Fonds publics			FS.02 Fonds privés			
	FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	Total FS.01 Fonds publics	FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	FS.02.02 Fonds des ménages	FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.04 Gestion et administration de programmes	ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	92 645	94 345		72 000	92 006	164 006
	ASC.04.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds						
	ASC.04.03 Suivi et évaluation						
	ASC.04.04 Recherche opérationnelle						
	ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)						
	ASC.04.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH						
	ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments						
	ASC.04.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients						
	ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures						
	ASC.04.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)						
Total ASC.04 Gestion et administration de programmes		92 645	94 345		72 000	92 006	164 006
ASC.05 Ressources humaines	ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines						
	ASC.05.03 Formation						
Total ASC.05 Ressources humaines							
ASC.06 Protection sociale et services sociaux	ASC.06.03 Protection sociale sous forme de services sociaux						

	FS.01 Fonds publics			FS.02 Fonds privés			
	FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	Total FS.01 Fonds publics	FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	FS.02.02 Fonds des ménages	FS.02.03 Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)
ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH					2 500		2 500
ASC.06.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité							
Total ASC.06 Protection sociale et services sociaux					2 500		2 500
ASC.07.01 Sensibilisation							
ASC.07.02 Programmes de protection des droits de l'homme							
ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida							
ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes							
Total ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes							
ASC.07.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type d'activité							
Total ASC.07 Environnement favorable							
ASC.08.01 Recherche biomédicale							
ASC.08.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	2 341 862		2 341 862				
Total ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	2 341 862		2 341 862				
Total	3 047 507	27 140	3 074 647	104 877	10 184 090	101 506	10 502
							10 400 975

Dépenses des interventions réalisées par source de financement (UNGASS requirement) Suite

ASC. Catégories de dépenses sida	FS.03 Fonds internationaux				Total FS.03 Fonds internationaux	Total
	Total FS.03.01 Contributions bilatérales directes	Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	Total FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		
ASC.01 Prévention	ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	238 021,00	459 291,00	63 900,00	761 216,00	827 218,00
	ASC.01.02 Mobilisation communautaire	68 262,00	469 508,00	2 700,00	540 470,00	557 534,00
	ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	1 194 819,00	457 377,00	77 715,00	1 729 911,00	2 856 075,00
	ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	502 793,00	81 332,00	45 000,00	629 125,00	629 125,00
	ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	37 800,00	1 422 978,00	10 000,00	1 470 778,00	1 490 778,00
	ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés		608 165,00		608 165,00	608 165,00
	ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)	47 000,00	555 697,00		602 697,00	602 697,00
	ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	270 673,00	550,00		271 223,00	300 723,00
	ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	85 000,00	267 897,00		352 897,00	407 406,00
	ASC.01.12 Marketing social du préservatif	1 549 391,00	293 505,00		1 842 896,00	1 842 896,00
	ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial		1 134 736,00		1 134 736,00	3 966 279,00
	ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial					364 226,00

ASC. Catégories de dépenses sida	FS.03 Fonds internationaux				Total FS.03 Fonds internationaux	Total
	Total FS.03.01 Contributions bilatérales directes	Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	Total FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	49 999,00	1 187 164,00			1 237 163,00	4 272 567,00
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	486 977,00	1 017 093,00	200 000,00		1 704 070,00	1 728 828,00
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	64 170,00	4 421 711,00	78 190,00		4 564 071,00	5 118 030,00
ASC.01.20 Injections médicamenteuses sûres	10 225,00	31 328,00			41 553,00	41 553,00
ASC.01.21 Précautions universelles		4 062,00			4 062,00	4 062,00
ASC.01.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)		6 916,00			6 916,00	6 916,00
Total ASC.01 Prévention	4 605 130,00	12 419 310,00	477 505,00		17 501 949,00	25 625 074,00
ASC.02.01 Soins ambulatoires	1 479 700,00	18 760 261,00	2 379 110,00		22 619 071,00	25 364 911,00
ASC.02.02 Soins hospitaliers	137 570,00	782 484,00	405 328,00	960 000,00	2 285 382,00	2 285 382,00
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence		383 350,00			383 350,00	383 350,00
ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité		209 276,00			209 276,00	209 276,00
Total ASC.02 Soins et traitement	1 617 270,00	20 135 371,00	2 784 438,00	960 000,00	25 497 079,00	28 242 919,00
ASC.03.01 Education des OEV	183 351,00	2 006 364,00	52 543,00		2 242 258,00	2 244 758,00
ASC.03.02 Soins de santé de base destinés aux OEV	81 510,00		20 800,00		102 310,00	102 310,00
ASC.03.04 Appui communautaire aux OEV		220 455,00	6 750,00		227 205,00	227 205,00
ASC.03.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité	1 227 380,00	900 000,00			2 127 380,00	2 128 820,00
ASC.03.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		779,00	1 465,00		2 244,00	2 244,00
Total ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	1 492 241,00	3 127 598,00	81 558,00		4 701 397,00	4 705 337,00

ASC. Catégories de dépenses sida	FS.03 Fonds internationaux				Total FS.03 Fonds internationaux	Total
	Total FS.03.01 Contributions bilatérales directes	Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	Total FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		
ASC.04 Gestion et administration de programmes	ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	1 491 831,00	18 097 882,00	1 427 532,00	21 017 245,00	21 275 596,00
	ASC.04.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds	382 232,00	2 226 864,00		2 609 096,00	2 609 096,00
	ASC.04.03 Suivi et évaluation	379 555,00	1 085 696,00	134 640,00	1 599 891,00	1 599 891,00
	ASC.04.04 Recherche opérationnelle	214 107,00			214 107,00	214 107,00
	ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	317 604,00	1 183 367,00		1 500 971,00	1 500 971,00
	ASC.04.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH		44 586,00	145 000,00	189 586,00	189 586,00
	ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments		15 000,00		15 000,00	15 000,00
	ASC.04.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients	34 489,00	10 825,00		45 314,00	45 314,00
	ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	448 480,00	808 773,00		1 257 253,00	1 257 253,00
	ASC.04.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)		787,00		787,00	787,00
Total ASC.04 Gestion et administration de programmes		3 268 298,00	23 473 780,00	1 707 172,00	28 449 250,00	28 707 601,00
ASC.05 Ressources humaines	ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines	205 200,00	2 480,00		207 680,00	207 680,00
	ASC.05.03 Formation	243 586,00	2 099 673,00	101 421,00	2 444 680,00	2 444 680,00
Total ASC.05 Ressources humaines		448 786,00	2 102 153,00	101 421,00	2 652 360,00	2 652 360,00

ASC. Catégories de dépenses sida	FS.03 Fonds internationaux				Total FS.03 Fonds internationaux	Total
	Total FS.03.01 Contributions bilatérales directes	Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	Total FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		
ASC.06 Protection sociale et services sociaux	ASC.06.03 Protection sociale sous forme de services sociaux	4 000,00	4 000,00		8 000,00	8 000,00
	ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH	279 385,00	66 791,00	129 461,00	475 637,00	478 137,00
	ASC.06.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité		1 098,00		1 098,00	1 098,00
Total ASC.06 Protection sociale et services sociaux		283 385,00	67 889,00	133 461,00	484 735,00	487 235,00
	ASC.07.01 Sensibilisation	72 300,00	68 396,00	3 455,00	144 151,00	144 151,00
	ASC.07.02 Programmes de protection des droits de l'homme		150 128,00		150 128,00	150 128,00
	ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida	186 467,00	20 000,00		206 467,00	206 467,00
	ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes		3 062 040,00		3 062 040,00	3 062 040,00
Total ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes			3 062 040,00		3 062 040,00	3 062 040,00
	ASC.07.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type d'activité	2 500,00			2 500,00	2 500,00
		261 267,00	3 300 564,00	3 455,00	3 565 286,00	3 565 286,00
Total ASC.07 Environnement favorable			37 648,00		37 648,00	37 648,00
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	ASC.08.01 Recherche biomédicale					
	ASC.08.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)					2 341 862,00
Total ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)		37 648,00			37 648,00	2 379 510,00
Total	11 976 376,00	64 664 313,00	5 289 010,00	960 000,00	82 889 700,00	96 365 322,00

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

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA

L'INDICE COMPOSITE DES
POLITIQUES NATIONALES
DU RAPPORT UNGASS RDC
2009
RAPPORT SUR LA COLLECTE DES
DONNEES

Mars 2010



TABLE DES MATIERES

	Page
LISTE DES ACRONYMES	3
1. RESUME	5
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	7
2.1. OBJECTIF	7
2.2. METHODOLOGIE.....	7
2.2.1. Recrutement d'un consultant.....	8
2.2.2. Recrutement des enquêteurs.....	8
2.2.3. Formation des enquêteurs.....	8
2.2.4. Collecte proprement dite des données	9
2.2.5. L'organisation et le traitement des données	10
2.2.6. La synthèse et analyse des réponses des personnes interviewées	11
3. RESULTATS	11
3.1. COLLECTE AUPRES DES RESPONSABLES PUBLICS	11
3.1.1. Plan stratégique	12
3.1.2. Appui politique	17
3.1.3. Prévention	20
3.1.4. Traitement, soins et soutien.....	24
3.1.5. Suivi et évaluation	26
3.2. COLLECTE AUPRES DES REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES, DES ORGANISMES BILATERAUX ET DES ORGANISATIONS DU SYSTEME DES NATIONS UNIES	32
3.2.1. Droits de la personne	32
3.2.2. Participation de la société civile	39
3.2.3. Prévention.....	42
3.2.4. Traitement, soins et soutien	46
4. DIFFICULTES RENCONTREES.....	50
5. CONCLUSION.....	51
6. ANNEXES	54
6.1. RESUME DES QUESTIONS ET REPONSES (2003/2005/2007/2009).....	54
6.2. LISTE DES PERSONNES-RESSOURCES INTERVIEWEES.....	65

LISTE DES ACRONYMES

ACS/AMO-CONGO	: Actions Communautaires Sida / Avenir Meilleur pour les Orphelins au Congo
AES	: Accident exposant au sang
ANIC	: Association National des Infirmiers du Congo
ARV	: Antirétrovirale
ASADHO	: Association Africaine de Défense des Droits de l'Homme
CAF	: Country assistance framework
CDC	: Center for Disease and Control
CDI	: Consommateurs de Drogues Injectables
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CIC – Sida	: Conseil Interconfessionnel de lutte contre le Sida
CIELS	: Conseil Inter Entreprise de Lutte contre le VIH/Sida
CNOS	: Conseil National des ONGs de Santé
CNMLS	: Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
CCOJEC	: Cadre de Concertation des Jeunes Congolais
CRIS	: Système d'Information sur la Riposte des pays
CS	: Centre de Santé
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
DIFID	: Coopération Britannique
DSCR	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EPSP	: Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESP	: Ecole de Santé Publique
ESU	: Enseignement Supérieur et Universitaire
FFP	: Fondation Femme Plus
FOSI	: Forum Sida
GF	: Global Funds
GLIA	: Great Lakes Initiative on AIDS
GTZ	: Coopération allemande
HCDH	: Haut Commissariat des Droits de l'Homme
HSR	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	: Information – Education – Communication
IO	: Infection Opportuniste
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MAP	: Projet Multisectoriel de lutte contre le Sida
OEI	: Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH/Sida
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PA	: Personnes Affectées par le VIH/Sida
PAP	: Programme d'Actions Prioritaires du gouvernement
PARSS	: Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PMURR	: Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de

	Reconstruction
PNLS	: Programme National de Lutte contre le VIH/Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
PNTS	: Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s de Sexe
PTME	: Prévention de la Transmission Mère – Enfant
PVVS	: Personne Vivant avec le VIH/Sida
RAAAP-RDC	: Rapid Assessment Analysis Action Plan-République Démocratique du Congo
RACOF – SIDA	: Réseau des Associations Congolaises des Jeunes contre le VIH/Sida
RAF	: Réseau Action Femme
RAJECOPOD	: Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement
RDC	: République Démocratique du Congo
REDS	: Réseau national Ethique, Droit et VIH/Sida
RENADEF	: Réseau National pour le Développement des Femmes
RIGIAC – SIDA	: Réseau des Infirmiers Généralistes et des Infirmières Accoucheuses engagés dans la lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail
RNOAC – GS des PVV	: Réseau National des Organisations d’Assises Communautaires de Groupes de Support des Personnes Vivant avec le VIH/Sida
S&E	: Suivi et Evaluation
SADC	: Communauté pour le Développement de l’Afrique australe
SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d’Informations Sanitaires
SNU	: Système des Nations Unies
SR	: Santé de la Reproduction
TARV	: Thérapie Antirétrovirale
UCOP+	: Union Congolaise des Personnes Vivant avec le VIH/Sida
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: Session extraordinaire de l’Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
USAID	: United States Aid for development
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

1. RESUME

La République Démocratique du Congo est à sa 3^{ème} élaboration du rapport UNGASS et particulièrement sur l'indice composite des politiques nationales.

Les principaux résultats obtenus depuis 2008 par domaine de l'indice composite sont repris ci-dessous.

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

En rapport avec l'appui politique, le pays a passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida (à l'occasion de l'élaboration de la loi portant protection des PVVIH et des PA ainsi que de l'élaboration du PSN 2010-2014).

Pour ce qui est de la prévention, un recensement a été mené concernant les programmes de prévention du VIH pour lesquels la majorité des bénéficiaires qui en ont besoin y ont accès.

Concernant le traitement, soins et soutien, le Pays dispose d'une politique/stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complet pour le VIH/Sida et d'une politique/stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH/Sida des OEV. Le recensement des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/Sida a été mené.

Cependant, le Pays ne dispose pas d'une politique de développement/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH/Sida.

Pour ce qui est du Suivi et évaluation, le Pays est en train d'élaborer un plan national de S&E aligné au PSN 2010-2014 qui sera assorti d'un budget.

L'unité nationale de S&E est en train d'implémenter une base de données nationale centralisée.

Des formations en S&E ont été dispensées au cours de la période 2008 et 2009 dans différentes provinces du pays (Equateur, Bas Congo, Bandundu, Nord Kivu, ...). D'autres experts nationaux de différents programmes et organismes des nations unies ont bénéficié de renforcement des capacités à l'étranger.

En rapport avec les droits de la personne, le pays dispose à présent d'une loi qui protège les PVVIH et les PA. Cependant, on note une faible vulgarisation et une faible connaissance par les concernés de ladite loi. La RDC prône également une politique de services gratuits pour le traitement antirétroviral, les services de prévention du VIH et les interventions de soins et de soutien liés au VIH. Mais, certains aspects de ces services ne sont pas encore gratuits (notamment le suivi biologique, les soins infirmiers, la consultation médicale, ...).

Pour la participation de la société civile

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

- le renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales,
- le processus de planification et de budgétisation du PSN,
- l'inclusion des services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ainsi que dans le budget national,
- les efforts de lutte contre le VIH/Sida,
- l'amélioration de l'accès à une aide financière suffisante et un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH.

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

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'histoire de l'épidémie du VIH/SIDA a été marquée par un événement de portée mondiale, à savoir la décision des Chefs d'Etat et des représentants des gouvernements de soutenir la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Elle a lancé un signal clair de la part des gouvernements affirmant qu'il était urgent de s'attaquer aux dévastations provoquées par l'épidémie du VIH/SIDA avec leadership, transparence et détermination.

La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) de juin 2001 constitue une première rencontre de reconnaissance du VIH/SIDA comme crise mondiale exigeant une action mondiale appuyant ainsi les efforts déjà engagés dans chaque pays.

La déclaration a spécifié des engagements précis que les représentants de la communauté internationale devaient s'efforcer de réaliser, à savoir des campagnes de prévention, la réduction de la stigmatisation, le renforcement des structures sanitaires, l'apport des ressources nécessaires et l'assurance que les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA auraient accès aux traitements, à la prise en charge et seraient traités avec respect. Dans de nombreux cas, ces engagements s'accompagnaient de dates butoirs et des indicateurs de résultats précis, faisant de la déclaration un outil solide pour guider et assurer l'action, le soutien et les ressources à tous ceux qui combattent l'épidémie.

Pour le suivi de la mise en œuvre de ces engagements, chaque pays doit collecter les indicateurs UNGASS et soumettre, tous les deux ans, au Secrétaire Général des Nations Unies, un rapport suivant le format de l'ONUSIDA. Le présent rapport UNGASS devrait être envoyé à Genève au plus tard le 31 janvier 2010. Il présente les résultats de la collecte des données de l'indice composite des politiques nationales en matière de lutte contre le VIH/Sida.

2.1. OBJECTIF

L'objectif de cette collecte est de contribuer à la production du rapport UNGASS RDC 2010 en vue de disposer des informations pertinentes sur l'indice composite des politiques nationales à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet.

2.2. METHODOLOGIE

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

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

2.2.1. Recrutement d'un consultant

Dans le cadre de l'élaboration du rapport UNGASS 2009, le PNMLS a procédé au recrutement d'un consultant pour la collecte des informations sur l'indice composite des politiques nationales. Ce dernier, investigateur adjoint, avait pour tâche la collecte des données de l'indice composite des politiques nationales et l'assistance à l'investigateur principal dans la collecte des documents et informations sur les autres indicateurs. L'indice composite des politiques nationales est l'un des indicateurs de base de l'UNGASS conçu pour évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le SIDA.

2.2.2. Recrutement des enquêteurs

Cinq enquêteurs ont été recrutés sur base des critères suivants :

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

2.2.3. Formation des enquêteurs

La formation s'est déroulée en 3 jours du 19 au 22 décembre 2009 dans la salle des réunions du projet CDC/PEPFAR/CISSIDA. Elle a été organisée par l'unité S&E du PNMLS avec la collaboration des investigateurs principal et adjoint du rapport UNGASS 2010. A la fin de cette formation, chaque enquêteur devait être capable de comprendre les différents domaines constituant l'indice composite des politiques nationales pour la lutte contre le VIH/SIDA et d'utiliser correctement le questionnaire conçu pour la collecte des données de cet indice pour le round 2010. La formation s'était déroulée suivant le programme ci-après :

Jour 1 : Samedi, 19 décembre 2009

De 09h00 à 12h00

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

De 14h00 à 17h00

- Présentation de l'outil de collecte des données : Partie A, appui politique
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A, Suivi et Evaluation

Jour 2 : Lundi, 21 décembre 2009

De 08h30 à 12h30

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

De 14h00 à 17h00

- Présentation de l'outil de collecte des données Partie A, Traitement, Soins et Soutien (suite et fin)
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B, Droits de la personne

Jour 3 : Mardi, 22 décembre 2009

De 08h30 à 12h30

- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B, Participation de la société civile
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B, Prévention
- Présentation de l'outil de collecte des données Partie B, Traitement, Soins et Soutien

De 14h00 à 18h00

- Simulations et Jeu de rôle ;
- Présentation sur les éléments du cadre de suivi et évaluation ;
- Directives et remises des questionnaires d'enquête .

2.2.4. Collecte proprement dite des données

Une collecte des données a été menée auprès des personnes-ressources et institutions sélectionnées par le comité de pilotage de l'élaboration du rapport UNGASS.

Les enquêteurs avaient pour tâche durant la collecte des données, de recueillir les informations sur l'indice composite des politiques nationales pour la lutte contre le VIH/SIDA auprès des différents responsables publics et des différents représentants des organisations non gouvernementales, des organismes bilatéraux et des organismes du système des Nations Unies sélectionnés par le comité de pilotage de l'élaboration du rapport UNGASS 2010.

La collecte proprement dite des données s'est déroulée du 24 décembre 2009 au 17 janvier 2010 sous la supervision directe de l'investigateur adjoint.

Trois cibles n'ont pas pu être interviewées suite au retard dans la transmission de la lettre officielle de demande d'interview pour les uns, et aux multiples occupations et voyages à l'extérieur du pays pour les autres. Il s'agit des personnalités ci-après:

1. Le Président de l'assemblée nationale,
2. Le Ministre de la justice,
3. Le point focal VIH de la coopération britannique.

Une autre cible n'a pas pu être interviewée étant donné le fait que la structure n'est plus opérationnelle. Il s'agit du responsable de l'organisation regroupant les confessions religieuses.

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

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

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

1. La partie A est adressée aux responsables publics et couvre 5 domaines:
 - Plan stratégique (A.I)
 - Appui politique (A.II)
 - Prévention (A.III)
 - Traitement, soins et soutien (A.IV)
 - Suivi et évaluation (A.V)
2. La partie B, concerne les représentants des organisations non gouvernementales, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies. Et il couvre 4 domaines:
 - Droits de la personne (B.I)
 - Participation de la société civile (B.II)
 - Prévention (B.III)
 - Traitement, soins et soutien (B.IV)

2.2.5. L'organisation et le traitement des données

Le contrôle des questionnaires était effectué à deux niveaux. Premièrement par les enquêteurs sur terrain à la fin de l'interview avec la personne-ressource afin de s'assurer que les données sont complètes et correctement enregistrées. Et deuxièmement le l'investigateur adjoint vérifie les questionnaires avant le traitement des données pour s'assurer qu'elles sont complètes, correctement enregistrées et cohérentes.

2.2.6. La synthèse et analyse des réponses des personnes interviewées

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

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

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

Durant la synthèse et l'analyse des informations, on a recouru à l'examen des documents suivants :

- Le plan stratégique du PNMLS,
- Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA du secteur de la santé,
- Le Cadre stratégique de suivi-évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA en RDC,
- Le manuel de suivi et évaluation du programme national de lutte contre le VIH/SIDA,
- Le guide de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux chez l'adolescent et l'adulte du programme national de lutte contre le VIH/SIDA,
- la loi n° 08/11 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées.

3. RESULTATS

Les résultats de la collecte des données sont présentés compte tenu des deux parties du questionnaire de collecte de l'indice composite. Chaque partie reprend la synthèse des informations collectées sur les différents domaines qu'elle couvre.

3.1. Collecte auprès des responsables publics

Les données présentées dans cette première partie concernant les interviews des responsables publics, collectées principalement au niveau :

- du PNMLS (Coordinations nationale et provinciale de Kinshasa),
- du PNLS,
- du PNTS,
- de l'ONU SIDA
- et des ministères de la Santé, de la défense, de l'intérieur, du genre, famille et enfant, des affaires sociales, de l'enseignement supérieur et universitaire, de

l'enseignement primaire, secondaire et professionnel, du transport et voies de communication, de la jeunesse et sport ainsi que de la culture et des arts.

3.1.1. Plan stratégique

1. Le pays a élaboré une stratégie multisectorielle pour lutter contre le VIH depuis 1999, voilà donc 10 ans révolus. Il s'agit du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida. Le plan actuel a été élaboré en 2009 et couvre la période allant de 2010 à 2014.

Une stratégie/un cadre d'action multisectoriel(le) a été mise au point depuis 10 ans révolus.

Cependant certains responsables publics ignorent exactement à partir de quel moment le pays s'est doté de cette stratégie multisectorielle de lutte.

Plusieurs secteurs sont inclus dans ce plan stratégique à savoir :

- La santé,
- L'éducation,
- l'emploi,
- le transport,
- L'armée/police,
- les femmes,
- les jeunes.

Un budget est affecté aux activités de lutte de ces différents secteurs. Toutefois la majorité des responsables publics ignorent que les autres secteurs en dehors de la Santé ont un budget affecté par le gouvernement pour leurs activités et que de ce fait c'est seulement grâce au financement des bailleurs de fonds que les activités sont mises en œuvre.

Le plan tient compte :

- des populations cibles (femmes et filles, jeunes femmes/jeunes hommes, les consommateurs de drogues injectables les professionnels de sexe et les orphelins et autres enfants vulnérables) ainsi que d'autres sous populations vulnérables, à savoir : la population générale, les prisonniers, les routiers, les hommes en uniformes) ;
- des milieux (lieu de travail, écoles, prisons) ;
- et des questions transversales (VIH/Sida et pauvreté, protections des droits de la personne, participation des PVVS, lutte contre la stigmatisation et la discrimination, autonomisation des femmes et/ou égalité des sexes).

Le recensement des populations cibles s'est fait par un processus d'évaluation ou d'analyse des besoins menée en 2008.

Les populations cibles du pays sont :

- La population générale car toute personne est une cible et tout le monde est vulnérable ;
- Les groupes spécifiques ou populations à risque suivants nécessitent une attention particulière : les professionnel(le)s de sexe, les personnes vivant avec le VIH, les adolescents et jeunes, le monde du travail, les hommes et femmes en uniforme, les populations affectées par la crise et les urgences humanitaires, les populations mobiles (routiers, camionneurs, piroguiers, pêcheurs, miniers) ;
- Les autres groupes cibles exposés sont constitués par la population faisant usage des drogues injectables, les sportifs et musiciens, les prisonniers, populations vivant avec handicap et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (la liste n'étant pas exhaustive). Le PSN n'a pas formellement identifié ces groupes comme des groupes les plus vulnérables faute d'évidences (voir analyse de la situation PSN), ces groupes doivent faire l'objet de recherche spécifique.

Le plan stratégique national n'inclut pas un plan opérationnel faute de plan de mobilisation de ressources. Ce dernier est en cours d'élaboration.

Le plan stratégique inclut des objectifs programmatiques officiels, des objectifs et/ou des jalons précis, le détail des coûts pour chaque domaine programmatique et un cadre de suivi et d'évaluation. Cependant, bien que certains responsables l'affirment, il n'inclut pas des indications sur les sources de financement à l'appui de la mise en œuvre des programmes.

Le pays s'est assuré de « l'implication et la participation pleines et entières » de la société civile dans l'élaboration du plan stratégique national. Cette participation a été active. En effet, la société civile, présente au sein du CNMLS a participé à toutes les étapes de l'élaboration de la stratégie multisectorielle (atelier de rédaction du projet du plan stratégique national, membre du comité des lecteurs du projet, atelier de consensus et atelier national de validation du projet).

Le plan stratégique a été avalisé par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux et multilatéraux). Ils ont même participé à sa rédaction.

Seulement certains partenaires du développement externe (bilatéraux et multilatéraux) ont aligné et harmonisé leurs programmes de lutte contre le VIH et le Sida sur le plan stratégique national. Ils ont pris l'engagement de s'aligner et harmoniser leurs programmes relatifs au VIH avec la stratégie. Néanmoins, le

gouvernement par le Ministère de la Santé s'emploie à mettre en place une gestion de toutes les interventions extérieures.

2. Le pays a intégré la lutte contre le VIH et le Sida dans ses plans généraux de développement, à savoir :
 - Le DSCRП qui couvre la période 2006 – 2025;
 - Le CAF qui couvre la période 2007 – 2010 ;
 - Le PAP qui couvre la période 2007 – 2008.

Différentes politiques sont mentionnées dans ces plans de développement, notamment:

- Prévention du VIH,
 - Traitement des infections opportunistes,
 - Traitement antirétroviral,
 - Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance),
 - Atténuation de l'impact du Sida,
 - Réduction des inégalités entre les sexes en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH,
 - Réduction des inégalités de revenu en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH,
 - Réduction de la stigmatisation et de la discrimination,
 - Autonomisation économique des femmes (notamment l'accès au crédit, à la terre et à la formation professionnelle).
3. Le pays a évalué l'impact du VIH et du Sida sur son développement socioéconomique à des fins de planification. Ceci vient d'être reprise dans le cadre de l'évaluation du DSCRП₁ pour notamment écrire le DSCRП₂. Toutefois, cette évaluation n'a pas du tout influencé les décisions concernant les allocations de ressources. Cependant, la majorité (75%) des responsables publics n'ont pas d'informations sur la réalisation de cette évaluation socio-économique.
 4. Au sein des services nationaux de personnels en uniforme, des forces armées, des forces de maintien de la paix, de la police et du personnel carcéral, les questions relatives au VIH et au Sida sont abordées dans le cadre stratégique national.
 - Différents programmes ont été mis en œuvre au-delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme dans un ou plusieurs services. Il s'agit de la communication pour les changements de comportement, fourniture de

préservatifs, conseil et test VIH, services IST, traitement antirétroviral, soins et soutien).

- Le CDV est volontaire et obéit aux normes nationales en matière de dépistage du VIH.

5. Le pays a des lois ou règlement non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables particulièrement pour les PVV et les personnes affectées.

Les mécanismes de mise en œuvre pour l'application de ces lois sont :

- La mise en œuvre de mesures réglementaires,
- La création des structures jouant le rôle de protection des droits de ces personnes (permettant à ces personnes de jouir de leurs droits).

Ceux-ci ne sont pas encore constitués. Mais il existe des initiatives communautaires comme les cliniques juridiques et quelques ONGDH qui fournissent rarement et épisodiquement ces services faute de ressources.

Il reste également à passer à la vulgarisation de ces lois, ignorées encore par la plupart des concernés et à leur application ainsi qu'à la promotion et à la protection des droits des PVV y compris la révision des articles 45 et 41 ainsi que la prise en compte de la féminisation et de la juvénalisation de l'épidémie.

6. Il n'existe pas de lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables. Cependant, les données des 2 enquêtes faites par la MONUC/BNUDH dans les provinces du Bas Congo et du Katanga suggèrent que des lois et règlements favorisent la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. L'avis du Groupe Droits et VIH sur les forces et les faiblesses de cette précieuse loi le suggère aussi.

7. Le pays a donné suite à son engagement par rapport à l'accès universel souscrit en juin 2006 lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/Sida qui s'est tenue à Genève.

En effet, en 2009 la stratégie multisectorielle de lutte a été révisée au travers du plan stratégique national couvrant la période 2010-2014.

Des estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont été actualisées. C'est un travail qui se fait périodiquement.

Il existe des estimations et projections du nombre d'adultes et d'enfants justifiables de la thérapie antirétrovirale et de leurs besoins futurs. Cependant, pour certains responsables, il n'y a que des estimations des besoins actuels. En effet, la dernière révision des normes sur la prise en charge par les ARV et la PTME nous indique que les estimations actuelles sont déjà dépassées.

La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le Sida fait l'objet d'un suivi. Elle est évaluée par sexe (hommes, femmes), par sous-groupes de population (PVVIH, femmes, enfants et jeunes, hommes en uniforme, etc.). L'information est d'abord analysée puis divulguée et mise à la disposition des décideurs à des fins de planification et des fins stratégiques.

La couverture fait également l'objet d'un suivi par zone géographique (province, district et même zone de santé). La zone de santé envoie au niveau du district qui analyse et consolide les informations puis les envoie au niveau provincial qui à son tour après analyse et consolidation les envoie au niveau national. L'information est utilisée pour la planification de la couverture programmatique.

Le pays a élaboré une stratégie de renforcement des systèmes de santé. Il y a des programmes/projets spéciaux qui s'occupent de la réhabilitation du système sanitaire, y compris les infrastructures. Il s'agit de PMURR, du PARSS, de GAVI et de PEPFAR. Pour ce qui est des systèmes logistiques d'approvisionnement en médicaments, le plan est en cours d'élaboration. Un plan A et un plan B ont été élaborés notamment par la pharmacienne Tshitende Thérèse dans le cadre d'une consultation pour le Ministère de la santé. Il faut aujourd'hui réactualiser ce plan notamment à cause des nouvelles normes sur la prise en charge et la PTME et la promulguer.

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de planification stratégique des programmes de lutte contre le VIH et le Sida est de :

1. En 2005 = 4 (4 ; 6)
2. En 2007 = 6 (4 ; 8)
3. En 2009 = 8 (7 ; 9)

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2007

Pour tous les répondants, l'élaboration du plan stratégique national a doté le pays d'une stratégie de lutte contre le VIH/Sida.

Pour certains, les problèmes qui restent à surmonter dans ce domaine sont l'appropriation du processus de planification stratégique par la sphère nationale et les efforts devant être faits portent sur :

- la mobilisation des ressources,
 1. pour élaborer des plans opérationnels à tous les niveaux
 2. pour élaborer un plan de suivi et d'évaluation
 3. ainsi que pour aligner tous les partenaires
- L'affinement des estimations,
- L'augmentation de l'enveloppe budgétaire des activités par l'Etat congolais.

3.1.2. Appui politique

1. Devant les plus grandes instances nationales, le chef de l'Etat, le chef du gouvernement et les autres hauts fonctionnaires parlent publiquement et positivement des efforts de lutte contre le Sida et ce au moins deux fois l'an. Cependant, un répondant estime que le chef de l'Etat ne parle pas suffisamment publiquement et positivement des efforts de lutte contre le VIH devant les grandes instances nationales.
2. Le pays dispose d'un organe national de coordination/gestion multisectoriel relatif au VIH/Sida et d'un conseil national de lutte contre le Sida, reconnus par la loi. Il s'agit respectivement de la Coordination Nationale (CN) et du Comité National Multisectoriel (CNMLS) du PNMLS.
 - Il a été créé en 2004 par décret présidentiel n°04/029 du 17 mars 2004 ;
 - La moitié des responsables publics affirment que selon les textes, c'est le Ministre de la Santé Publique, qui préside le CNMLS. L'autre moitié estime que c'est le Président de la République qui préside cet organe. Le Coordonnateur national se charge de la gestion au quotidien, c'est-à-dire la coordination, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le Sida. Un des responsables publics a ajouté que par rapport à la structure juridique du pays, de nouveaux textes sont en cours d'élaboration où ça sera le Chef du gouvernement, donc le premier ministre qui va présider le CNMLS. (commission de la Primature présidée par la Fondation Mzee Laurent Kabila) ;
 - Le PNMLS dispose d'un mandat et peut compter sur la participation et la direction active du gouvernement. Mais c'est uniquement le bureau du CNMLS ;
 - Il a une composition prédéfinie de 33 membres selon certains et 45 membres selon un des répondants. Le nombre exact des membres ne ressort pas ;
 - Il inclut des représentants de la société civile à savoir 17 membres selon un des répondants et des personnes vivant avec le VIH, 3 selon un des répondants et le secteur privé ;
 - Il a un plan d'action et dispose d'un secrétariat opérationnel (la coordination nationale du PNMLS) ;

- Il ne se réunit pas au moins une fois tous les trois mois. Cet organe est en pleine restructuration. Il examine périodiquement les décisions stratégiques qui ont été prises et promet activement leur mise en œuvre et donne l'occasion à la société civile d'influer sur la prise de décisions. Il renforce la coordination des actions des donateurs pour éviter les financements parallèles et le chevauchement des efforts de programmation et d'établissement des rapports.
3. Un mécanisme encourageant une interaction entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé est établi pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH.

Les réalisations sont :

- La création du conseil national de lutte contre le Sida. Il s'agit du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida, en sigle « CNMLS ». Ce dernier est un organe du PNMLS ;
- Le forum des partenaires ;
- La mise en place des task forces ;
- Les réunions des groupes de travail thématiques ;
- La réalisation des actions communes entre les Ministères, le CIELS, le FOSI, l'UCOP+ (sensibilisation, le renforcement des capacités) ;
- La création du CCM-RDC.

Les principales difficultés sont :

- L'installation du bureau du CNMLS sans l'existence juridique de ce bureau avec comme conséquence la tenue peu fréquente des réunions,
 - Le faible accès aux ressources pour le secteur privé et la société civile,
 - Le problème de coordination des organisations de la société civile dont les ONGs trop nombreuses, ne rapportant pas suffisamment les données et informations,
 - Le problème d'harmonisation et d'alignement des actions des partenaires,
 - La faiblesse du système de santé,
 - La monopolisation des activités d'interventions des structures de santé par la lutte contre le VIH.
4. Le pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH/Sida consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée est de 0 %. Ce dernier a baissé jusqu'à se négativer alors qu'en 2007 il était de 5,45% La majorité des responsables publics affirment ne pas connaître ce pourcentage car cette information n'est pas mise à leur disposition.

5. Le CNMLS/PNMLS procure différents types d'appui aux partenaires mettant en œuvre le programme national, en particulier aux organisations de la société civile, à savoir :
- L'information sur les besoins prioritaires,
 - Des orientations et matériels techniques,
 - Les achats et distribution des médicaments et autres fournitures,
 - La coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre,
 - Le renforcement des capacités,
 - L'appui financier.

Cependant, tout cet appui demeure encore faible.

6. Le pays a passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida (à l'occasion de l'élaboration de la loi portant protection des PVVIH et des PA et à l'occasion de l'élaboration du PSN 2010-2014).

Des politiques et des lois ont été modifiées afin de correspondre aux politiques nationales de lutte contre le sida.

En effet, la loi visant la protection des PVVs tient compte de la stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH. Cette loi a déjà été promulguée et publiée dans le journal officiel.

Cependant la majorité des responsables publics interviewés n'ont pas cette information à leur disposition. Ceci est un réconfort pour certains répondants car ils souhaitent ardemment la révision la dite loi avant d'assurer une large vulgarisation de la loi révisée. Ils ont ajouté qu'un plaidoyer avait été fait par le président national d'UCOP+ lors de la Journée Mondiale Sida 2009 au Parlement. Le Président de l'Assemblée nationale s'est dit favorable à la révision et attend des propositions. Les Parlementaires de la SADC ont abondé dans le même sens en proposant un modèle de loi type sans pénalisation de la transmission volontaire du VIH contrairement à la loi de la RDC qui s'inspire du modèle de Bangui (1^{ère} génération des lois antidiscriminatoires inspirées du modèle anglo-saxon qui ne sont pas des modèles favorables aux droits de l'homme).

- ✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts d'appui politique dans les programmes de lutte contre le VIH et le Sida est de :

1. En 2005 = 3,5 (2 ; 5)
2. En 2007 = 6 (5 ; 7)
3. En 2009 = 8 (7 ; 9)

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2007 :

Pour tous, c'est principalement l'élaboration du plan stratégique national

Et pour certains, les problèmes qui restent à surmonter dans ce domaine sont :

- L'appropriation du processus de planification stratégique par la sphère nationale ;
- Des efforts doivent être faits pour élaborer des plans opérationnels à tous les niveaux et un plan de suivi et d'évaluation ainsi que pour aligner tous les partenaires ;
- L'affinement et la réévaluation des estimations ;
- Le co-financement des activités par l'Etat congolais.

3.1.3. Prévention

1. Le pays a mis au point une politique/stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population.
 - Les messages les plus diffusés faisant l'objet d'une promotion explicite sont : pratiquer l'abstinence sexuelle, reporter à plus tard la première expérience sexuelle, être fidèle, limiter le nombre de partenaires sexuels, utiliser régulièrement des préservatifs, adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, éviter le commerce du sexe, s'abstenir de consommer des drogues injectables, utiliser des aiguilles et des seringues propres, combattre la violence faite aux femmes, mieux accepter les PVVS et inviter leur participation, encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive, encourager les hommes à se faire circoncire sous supervision médicale, connaître son état sérologique VIH, prévenir la transmission mère-enfant du VIH ainsi que la prévention et le traitement des IST.
 - Au cours de l'année dernière, le pays a mis en œuvre une activité/programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias.
2. Le pays dispose d'une politique/stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes.
 - L'enseignement relatif au VIH fait partie du programme d'études dans les écoles primaires, secondaires et dans la formation des enseignants. Cependant la plupart des répondants ignorent les informations en rapport avec les programmes d'études.

- Le programme d'études prévoit le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes filles. Cependant, il y a des spécificités : les questions liées au genre, aux violences sexuelles, etc.
 - Le pays dispose d'une stratégie d'instruction relative au VIH à l'intention des jeunes non scolarisés.
3. Le pays a mis au point une politique/stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous populations vulnérables et les plus à risque.
- Les sous populations ciblées sont les suivantes : PS et leurs clients, prisonniers, hommes en uniforme, miniers, camionneurs, voyageurs, déplacés/réfugiés/migrants. Toutefois, en dehors des PS, des jeunes, des femmes dont les femmes en uniforme, l'analyse de la situation du PSN n'a pas d'évidences pour identifier ces groupes comme les plus vulnérables en RDC. Il faut pour ces prétendus groupes à haut risque des recherches spécifiques.
 - Les éléments suivants de prévention du VIH leur sont dispensés dans cette politique : information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH, réduction de la stigmatisation et de la discrimination, promotion des préservatifs, conseil et test VIH, santé reproductive, y compris la prévention et le traitement des IST et la réduction de la vulnérabilité.
- ✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des politiques de prévention du VIH est de :
1. En 2005 = 6 (6 ; 7)
 2. En 2007 = 6 (6 ; 7)
 3. En 2009 = 6 (6 ; 7)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- L'élaboration des documents normatifs pour différents domaines de lutte,
- La révision de certaines normes et directives, exemple : le guide du conseil et dépistage, la PTME,
- L'élaboration des programmes intégrés VIH et l'harmonisation de ces derniers au niveau sous régional,
- L'augmentation de la population des donateurs bénévoles et des donateurs fidélisés,
- L'augmentation du nombre des Centres Provinciaux de Transfusion Sanguine CPTS fonctionnels,

- La tenue de plusieurs formations en sécurité transfusionnelle.

Les problèmes qui restent à surmonter dans ce domaine sont :

- L'augmentation des kits pour couvrir toutes les zones de santé,
- La production des documents normatifs,
- La couverture de 100 % des demandes en sang de qualité,
- La mobilisation des fonds supplémentaires,
- La récolte des données,
- Une prévention axée sur les groupes les plus vulnérables,
- Des interventions dont l'efficacité n'est pas évidente,
- Une prévention sur les groupes les plus vulnérables qui soit à l'échelle nationale.

4. Le pays a recensé les besoins particuliers des programmes de prévention du VIH.

Ces besoins ont été déterminés de diverses manières à savoir :

- L'utilisation des services (consommation mensuelle par les provinces),
- L'estimation des besoins en sang selon les recommandations de l'OMS,
- L'exploitation des revues réalisées,
- L'estimation sur base des études de séroprévalence,
- L'exploitation des résultats de l'état des lieux et des enquêtes réalisées par les ONGs nationales et internationales.

Un seul répondant est d'accord que pour les composantes suivantes de prévention du VIH qui sont menées, la majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès :

- l'IEC sur la réduction des risques dont la couverture est relativement élevée ;
- l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Toutefois, il a relevé l'absence des évidences sur l'efficacité de cette approche avec notamment la formation des pairs-éducateurs pas très engagés dans l'activité à cause du bénévolat notamment.

Tous les répondants ne sont pas d'accord que la majorité des personnes qui ont besoin des composantes suivantes de prévention du VIH y ont accès :

- La sécurité transfusionnelle,
- Les précautions universelles en milieu sanitaire,
- La prévention de la transmission mère-enfant du VIH qui a une couverture encore assez faible,

- La promotion des préservatifs qui est souvent entachée par des ruptures des stocks,
- Le conseil et test du VIH,
- la réduction des risques pour les professionnels du sexe, les PVVIH,
- les services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles avec les fréquentes ruptures de stocks,
- l'enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes,
- la prévention du VIH sur le lieu de travail, car le CIELS n'est pas suffisamment implanté à l'intérieur du Pays,
- La prévention par les PVV (Positive Health, Dignity, Prevention selon GNP+ ou « Prévention Positive.

Les répondants estiment que certaines composantes de la prévention du VIH ne sont pas menées à savoir :

- La réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables,
- Et la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,
- La réduction des risques pour les PVV et particulièrement chez les jeunes et les femmes.

 La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH :

1. En 2005 = 5 (5 ; 6)
2. En 2007 = 6 (6 ; 6)
3. En 2009 = 5 (4, 7)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- La détermination des besoins sur base des estimations et des projections faite à partir de la prévalence,
- La disponibilité des outils de travail,
- L'augmentation de la couverture et la qualité des prestations,
- La tenue des formations,
- La production des documents, normes et politiques.

Les problèmes à surmonter dans ce domaine sont :

- La faible couverture par différents programmes de prévention,
- Le financement insuffisant pour couvrir toutes les écoles de la RDC,
- L'approvisionnement en intrants.

3.1.4. Traitement, soins et soutien

1. Le pays dispose d'une politique/stratégie de promotion de services complets de traitement, soins et soutien du VIH. Le PNLS a élaboré beaucoup de documents traitant de cet aspect: Politique nationale PNLS, Plan stratégique PNLS, Plan national d'extension des ARV.

Cette politique/stratégie prend suffisamment en compte les difficultés que rencontrent les femmes et les populations les plus à risque. Il existe des enquêtes qui ont été menées et des missions de S&E qui intègrent ces aspects. Une loi a été élaborée au parlement avec le ministère des affaires sociales.

2. Le pays a recensé les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH déterminés sur base :
 - des enquêtes du PNLS,
 - des estimations de la couverture actuelle et des projections,
 - des informations par rapport aux provinces lors de la tenue des revues.

Tous les répondants ne sont pas d'accord que la majorité des personnes qui ont besoin des services de traitement, soins et soutien du VIH suivants y ont accès:

- Le traitement antirétroviral,
- Les soins nutritionnels,
- Le traitement pédiatrique du Sida, soins à domicile,
- Le traitement des IST,
- Le soutien psychosocial pour les PVVS et leurs proches,
- Les soins à domicile,
- les conseils et test VIH pour les patients atteints de tuberculose,
- le dépistage de la tuberculose chez les PVVS,
- la prophylaxie antituberculeuse chez les PVVS,
- la lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH,
- la prophylaxie par cotrimoxazole parmi les PVVS,
- la prophylaxie post-exposition,
- les services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou système d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail,
- les soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail.

Un des répondants a même ajouté que la prophylaxie antituberculeuse chez les PVVS ne se fait pas. Et cette dernière ne fait pas partie de la stratégie nationale de lutte contre le VIH ou de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose.

3. Le pays dispose d'une politique de mise au point/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH. Il y a eu des ateliers qui ont abouti à des résolutions.

4. Le pays n'a pas accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux et les préservatifs et les médicaments de substitution.

Il s'agit des produits tels que les antirétroviraux, les médicaments de la tuberculose et les préservatifs.

Cependant ces mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux et les préservatifs et les médicaments de substitution dans le cadre de la SADC sont encore au stade de réflexions. Et dans ce cadre, un répondant a signalé, qu'il y a eu une harmonisation des protocoles de prise en charge pour tous les pays membres de la SADC. Et il existe une capacité nationale à produire des ARV génériques mais qui n'est pas utilisée.

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien du VIH en 2009 est = 5 (4 ; 6).

Les principales réalisations dans ce domaine sont :

- L'augmentation des personnes vivant avec le VIH sous ARV,
- L'élaboration du guide de traitement aux ARV (adulte et pédiatrique),
- La disponibilité du document normatif pour dépister la population,
- L'élaboration de la check list par rapport à la détection de la tuberculose,
- L'outil de prise en charge psychosociale (Normes et Directives, Guide et module de formation,
- Guide pour la prise en charge nutritionnelle des PVV avec la contribution de ACF/USA.

Les problèmes qui restent à surmonter sont :

- L'atteinte d'au moins 30% des PVV sous ARV (norme sous-régionale),
- La faible couverture estimée à 50% des 515 zones de santé.

5. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables. Le plan stratégique national traite de cette matière. La gestion est confiée aux associations des OEV.

Il utilise une définition opérationnelle des OEV (définie au ministère des affaires sociales).

Il a mis au point un plan d'action national destiné expressément aux OEV.

Il a estimé le nombre d'OEV qui bénéficient des interventions en place.

Cependant aucun répondant n'a pu dire quel est le pourcentage d'OEV ayant actuellement accès à ces interventions car il faut consulter des documents ou se référer au Fond Mondial. Cependant, ces données se trouvent dans le plan stratégique OEV du Ministère des Affaires Sociales.

✚ Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des OEV :

1. En 2005 = 3 (3 ; 4)
2. En 2007 = 5 (3 ; 5)
3. En 2009 = 4 (3 ; 6)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 sont :

- La prise en charge des OEV (payement des frais scolaires dans certaines écoles, les soins médicaux et l'hébergement),
- L'enquête RAAAP-RDC,
- L'élaboration du document des normes et politiques.

Pour d'autres, il y a des problèmes qui restent encore à surmonter à savoir :

- La gratuite de la scolarisation des OEV au niveau de l'EPSP,
- La mise en place d'un programme de réinsertion des OEV dans la société car les aides ne sont pas illimitées.

3.1.5. Suivi et évaluation

1. Un plan national unique de S&E est en cours d'élaboration qui va couvrir les années 2010-2014. Cependant, il existe plusieurs éléments du plan contenus dans le cadre stratégique national de S&E et dans le guide des indicateurs.

Ces documents ont été avalisés par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation et ont été élaborés en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH.

La plupart des partenaires ont aligné et harmonisé leurs critères en matière de S&E (y compris leurs indicateurs) avec le plan national.

2. Le plan national de suivi et d'évaluation inclut certains éléments du S&E, notamment :
 - une stratégie de collecte et d'analyse des données qui couvre le suivi régulier des programmes, les études de comportement, la surveillance du VIH et l'évaluation/ la recherche ;
 - un ensemble normalisé défini d'indicateurs ;
 - des directives sur les instruments de collecte des données ;
 - une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitude des données (ex : validité, fiabilité) ;
 - une stratégie d'analyse des données ;
 - une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.
3. Le plan de S&E n'est pas assorti d'un budget. Le plan qui sera élaboré devra être assorti d'un budget qui couvre la période du PSN (2010-2014).
Cependant la plupart des répondants ont affirmé que le plan est assorti d'un budget et/ou a un budget en cours d'élaboration dont il est difficile d'estimer le pourcentage du financement total du programme VIH qui est alloué aux activités de suivi et évaluation.
4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont déterminées par un système national de suivi et évaluation.
Le suivi et évaluation est menée une fois l'an et comporte :
 - Le passage en revue de l'organisation du système par rapport aux 12 composantes du S/E ;
 - L'établissement du niveau de performance du système ;
 - La précision des priorités du plan d'action de S&E ;
 - L'évaluation des activités menées, des résultats à atteindre et du financement.
 D'autres répondants affirment que le suivi et évaluation est menée trois fois l'an. Elle porte sur l'analyse des indicateurs de suivi et évaluation, des performances et des écarts constatés.
5. Il existe une unité opérationnelle nationale de S&E

Cette unité est rattachée au CNMLS(ou son équivalent PNMLS).

Il n'existe pas d'unité de S&E sectorielle dans les différents ministères. Cependant, un répondant affirme qu'il existe une unité sectorielle de suivi et évaluation au Ministère de la Santé.

Un autre répondant ignore même l'existence de l'unité nationale de S&E.

Il y a dans cette unité 5 employés permanents à plein temps dont :

- 1 responsable national (depuis 2004),
- 4 assistants nationaux chargés des questions spécifiques (depuis 2005): surveillance épidémiologique et recherche, ingénierie et informatique, suivi financier et programmation, communication et stratégies.

Il existe des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs données/rapports relatifs au S&E à l'unité de S&E pour examen et inclusion dans le système national de S&E. Le mécanisme de partage des données s'effectue par envoi des rapports d'activités auprès de l'unité nationale de S&E du PNMLS.

Les principales difficultés du mécanisme de partage des données sont :

- La non complétude des informations,
- La manipulation difficile du logiciel SPAS mis en place exigeant un renforcement des capacités au niveau de la base,
- Le manque de feed back sur les rapports transmis à l'unité de S&E,
- La confusion existant entre les attributions du PNMLS et du PNLS,
- La séquestration des données par ceux qui les collectent au niveau de la base par manque de motivation.

6. Il existe un groupe de travail qui se réunit de manière irrégulière pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation. Il s'agit de la TASK Force. Néanmoins, certains répondants estiment que la TASK force se réunit régulièrement.

Ce groupe de travail comprend des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH, les représentants des organisations confessionnelles, non confessionnelles et du monde des entreprises travaillant dans la lutte contre le VIH. Ces représentants sont des membres effectifs qui ont une voix délibérative équitable pendant les réunions et sont impliqués dans les prises de décisions comme tout autre membre de la TASK Force. Certains d'entre eux jouent le rôle de relais avec les bénéficiaires et contribuent en matière de suivi et évaluation.

7. Il existe une base de données nationale centralisée gérée par l'unité de S&E du PNMLS.

Il s'agit d'une banque informatisée de données stratégiques par rapport aux sites sentinelles, sur les CDV, sur les ARV et des données financières. Les logiciels Word et Excel sont utilisés.

Un répondant affirme que c'est le PNLS qui gère la base des données et un autre encore ignore même l'existence de cette dernière.

Cette base inclut des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des activités du programme ainsi que sur les organisations d'exécution.

Il existe un système opérationnel d'information sur la santé.

- A l'échelon national : Il s'agit du SNIS ;
- Au niveau infranational : essentiellement au niveau des provinces et au niveau des zones de santé.

8. Le pays publie (au travers du PNMLS) au moins une fois par an un rapport de S&E sur le VIH, y compris des rapports de surveillance du VIH. Cependant, un répondant a affirmé le contraire et un autre déclare ne pas être informé sur cette question.

9. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) d'utilisation des données de S&E pour:

- l'élaboration /révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida = 3 (2 ; 4)

Exemples de données utilisées :

1. les données PTME ont permis de revoir la stratégie relative à la PTME ;
2. les données de la sérosurveillance permettent de faire des projections ou estimations de la prévalence du VIH/SIDA ;
3. les données sur les faibles ressources affectées aux interventions ciblant les jeunes couplées aux données de S&E sur l'épidémie VIH à tendance juvénile a permis une réallocation des ressources importantes ;
4. la révision du plan sectoriel en recours aux données de S&E ;
5. l'élaboration du plan stratégique national grâce aux données de S&E.

Les principaux obstacles sont :

1. La fiabilité des données ;
2. Le manque de financement ;
3. Le manque de ressources humaines et de logistique nécessaires ;
4. La sous notification ne permet pas d'avoir une idée claire de ce qui se passe réellement dans le pays ;
5. Le manque de culture de rendre compte ;
6. Le problème de vulgarisation des documents.

- L'allocation des ressources = 3 (1 ; 4)

Exemples de données utilisées :

1. les données de S&E ont montré que peu de PVV sont sous ARV. D'où la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires ;
2. les données sur les faibles ressources affectées aux interventions ciblant les jeunes couplées aux données de S&E sur l'épidémie VIH à tendance juvénile a permis une réallocation des ressources importantes ;
3. les données de S&E ont montré un besoin crucial en renforcement des capacités ; D'où l'allocation des ressources pour la formation ;
4. les données de S&E ont permis de voir dans quelles mesures les ressources pouvaient être réallouées ;

5. les résultats d'évaluation de l'UNFPA ont permis de modifier l'approche pays de travailler directement avec les structures de la base et non avec les programmes.

Les principaux obstacles sont :

- La fiabilité des données,
- Le manque de financement,
- La démotivation du personnel,
- Le manque de volonté politique,
- Le manque de ressources humaines et de logistique nécessaires.

L'amélioration des programmes = 3 (2 ; 4)

Exemples de données utilisées :

1. L'approche paquet des interventions de lutte contre le VIH en RDC consiste à regrouper tous les services ensemble pour faciliter la tâche au malade ;
2. L'élaboration du plan stratégique national.

⇒ Principaux obstacles à l'utilisation des données :

- La faible fiabilité des données ;
- L'insuffisance de ressources financières ;
- La logistique est insuffisante ;
- La sous utilisation des données ;
- La non prise de décision par les décideurs.

10. Le renforcement des capacités humaines en S&E est prévu à tous les niveaux. Cependant, la plupart des répondants estiment que le renforcement des capacités est prévu seulement pour certains niveaux à savoir le niveau national et le niveau provincial. Il y a deux répondants qui ont déclaré qu'aucun développement des capacités humaines n'est prévu à aucun niveau.

Des sessions de formation en S&E ont été dispensées au cours de l'année écoulée :

1. au niveau national, 9 personnes (PNLS, PNMLS, PNUD/FOND MONDIAL) ont été formées à l'étranger avec le financement de l'USAID, du Fond Mondial et du MAP en 2008;
2. Au niveau infranational. Au total, 275 personnes ont été formées entre 2008 et 2009.

D'autres activités de renforcement des capacités ont été menées à savoir :

- La gestion des bases des données,
- La formation en CRIS III,

- L'utilisation des logiciels de suivi,
- La formation en Bio statistiques et en SPSS,
- La formation sur le REDES,
- la gestion axée sur les résultats.

Cependant, il n'y a presque pas eu de formation organisée au niveau de la prestation des services. Toutefois, la société civile du moins, UCOP+ a bénéficié d'une formation sur le S & E, le logiciel Cris 3.

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de S&E des programmes de riposte au VIH réalisés en 2009 est de :

1. En 2005 = 3,5 (2,5 ; 5)
2. En 2007 = 6 (2 ; 6)
3. En 2009 = 6 (4 ; 7)

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2007 :

- la formation des cadres et partenaires en suivi et évaluation,
- le suivi et évaluation des finances utilisées dans la lutte contre le VIH (REDES),
- la mise en place d'une base des données nationale centralisée en rapport avec le VIH,
- La création de la task force de S&E,
- Les enquêtes dans les sites sentinelles et la production des rapports de sérosurveillance chaque année,
- l'élaboration du plan stratégique national 2010-2014,
- la validation du plan de S&E,
- l'état d'évaluation de la prise en charge aux ARV,
- l'évaluation du système de S&E,
- le développement des modules de formation en S&E,
- la diffusion de différents rapports pays sur l'épidémie,
- la formation d'un pool des formateurs en S&E,
- la disponibilité des documents de formation.

Les problèmes qui restent à surmonter dans ce domaine sont :

- La non association de certaines cellules des ministères impliquées dans la lutte aux activités menées,
- La faible implication des cellules sectorielles de lutte dans la task force de S&E,
- L'allocation des ressources au S&E,

- La faible culture du S&E (rendre compte),
- La faible dissémination des informations et des résultats,
- Le déficit de ressources humaines commises en S&E ainsi que leurs faibles capacités,
- La faible vulgarisation des œuvres produites,
- le retard de partage des données collectées avec la base,
- La coordination problématique du plan de S&E,
- L'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières,
- La participation aux formations en S&E à l'étranger,
- La dissémination des outils de collecte,
- La mise en place d'un circuit de circulation ou de transmission des informations.

3.2. Collecte auprès des représentants des organisations non gouvernementales, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies

Les données présentées dans cette deuxième partie ont été collectées principalement au niveau :

- du parlement,
- du comité d'éthique de l'ESP,
- des organismes bilatéraux (CDC, USAID, GTZ),
- des organisations du SNU (PNUD, HCDH, OMS, UNICEF, UNFPA),
- du CTA/Kabinda,
- des ONGs (projet SARA/UNC, fondation Clinton, FFP, Amo-Congo, RIGIAC, ASADHO, CSC, RACOF, RAF, UCOP+, RNOAC-GS, clinique juridique des femmes).

3.2.1. Droits de la personne

1. Le pays dispose de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination. Cela est expressément cité dans la loi n° 08/11 du 14/07/2008 portant protection des PVV et des PA.
2. Le pays dispose de lois/règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous populations vulnérables.

Ces lois/règlements s'adressent spécifiquement aux femmes, aux jeunes, aux personnes incarcérées ainsi qu'aux PVVIH.

Pour les femmes, il y a la loi sur les violences sexuelles du 20/07/2006 et pour les jeunes, il y a la loi du 10/01/2009 sur la protection de l'enfant.

Notons qu'il y a un projet de loi dans la base des propositions de lois de l'assemblée nationale sur les consommateurs de drogues injectables.

Tous les répondants déclarent qu'il n'existe pas encore de mécanismes mis en place pour assurer l'application de ces lois.

Pour le contenu de ces lois :

- Concernant les PVV et PA, il y a l'accès universel au traitement, au conseil et dépistage volontaire, le droit au mariage et à la procréation, les sanctions à la discrimination et à la transmission volontaire du VIH. L'Etat est le premier responsable de la lutte contre le SIDA dans le pays, et met les moyens nécessaires pour que cette lutte soit menée à bien.
- Concernant la loi sur les violences sexuelles spécifiquement pour le VIH/SIDA, cette loi stipule, la condamnation à perpétuité pour la transmission volontaire du VIH, le droit à l'information et aux soins ainsi que les sanctions de SPP < 18 ans.

Actuellement, ces lois sont appliquées dans une certaine mesure à savoir :

- Le traitement des malades (10%),
- La connaissance du statut sérologique,
- Au parlement, la discrimination a presque disparue et il y a une cellule de lutte contre le SIDA représentée au niveau du forum des Parlements de la SADC.

Notons que les répondants estiment que les lois ne sont pas encore suffisamment vulgarisées d'où leur faible application.

3. Il n'existe pas dans le pays des lois/règlements/politiques qui font obstacle à la prévention et au traitement, à des soins et à un soutien efficaces liés au VIH pour les sous populations vulnérables. Toutefois certains répondants ont souligné que certains articles de la loi n° 08/11 du 14/07/2008 portant protection des PVV et des PA précisement les articles 45 et 41 sont contraires à l'accès universel. Il y a une criminalisation de la transmission, une violation du droit à la vie privée par l'obligation de révéler son état sérologique avec une loi difficile à appliquer et une absence de droits des enfants et des femmes alors qu'on est dans un pays où l'épidémie tend à se juvéniliser et à se féminiser.

La pénalisation fait obstacle à la lutte. La discrimination est punie d'une petite peine, alors que la transmission volontaire du VIH est punie d'une peine de prison à perpétuité.

Et les enfants ne peuvent aller au CDV qu'avec leurs parents. Ils n'ont pas accès aux préservatifs jusqu'à la maturité alors que l'âge du premier rapport sexuel décroît.

D'autres répondants ont estimé que le problème réside dans l'insuffisance de motivation des acteurs et d'application des textes par les autorités politiques alors qu'il y a eu des mesures d'applications prise notamment au niveau du 1^{er} Ministre et des principaux ministères concernés comme la sante ou la Justice.

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH/Sida. La loi fait mention de la protection contre le VIH, la lutte contre la discrimination et l'appui au gouvernement. Dans le PSN 2010-2014, il est prévu un seul indicateur, celui sur la prise en charge de 50% des personnes vivant avec le VIH dans leurs actions en justice. Sur ce point précis, certains répondants ont regretté la non prise en compte dans le PSN 2010-2014 des 5 éléments définis par le groupe Droits et VIH du Forum des partenaires qui permettront une lutte efficace contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA. Il s'agit de :
- La réforme des lois dont la loi portant protection des droits des PVV et PA,
 - La vulgarisation de la loi révisée,
 - Les enquêtes sur les discriminations,
 - La mise en place des conditions d'assistance légale et juridique aux PVV,
 - La création d'un observatoire sur la stigmatisation et la discrimination.
5. La majorité des répondants affirme qu'il n'existe pas de mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables.
- Toutefois, on peut recourir à certains moyens comme :
- L'utilisation du travail des ONGs. Ces dernières ont mis en place des stratégies pour traiter ces cas. certains répondants ont ajouté que bientôt, l'ONG OJVC va commencer à enregistrer les récits de faits discriminatoires et à les lancer sur le net ;
 - La saisie des cours et tribunaux par les personnes victimes de la discrimination ;
 - Le mécanisme le plus efficace serait la mise en place d'un observatoire devant enregistrer et documenter les cas de discrimination à l'encontre des PVVIHs.
6. Une moitié des répondants estiment que le gouvernement n'a pas favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH (en particulier les femmes, les jeunes et les PS). Cependant une autre moitié des répondants déclarent que le gouvernement, par le biais d'un appui politique et financier, a favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH.

Quelques exemples :

- Le PNMLS a appuyé et financé la création de UCOP⁺ en 2007 et la mise à sa disposition des moyens d'action ;
 - Le PNMLS appuie techniquement et financièrement UCOP⁺ ;
 - L'implication de UCOP⁺ dans l'élaboration du plan stratégique national 2010-2014 participation active des regroupements, organisations et associations des populations les plus à risque dans les activités du PNMLS ;
 - L'implication de UCOP⁺ et des autres ONGs en lobby dans l'élaboration des lois avec la société civile, les bailleurs de fonds et le PNMLS (loi portant protection des PVV et PA) ;
 - Le vote du budget chaque année par le parlement reprenant le VIH ;
 - Le VIH repris comme 4^{ème} pilier du DSCR.
- Cependant, ceci est vrai pour les PVV mais peu de choses ont été faites pour les groupes comme les tuberculeux, les femmes et les jeunes.

7. Le gouvernement mène une politique de services gratuits pour les services de prévention du VIH, le traitement antirétroviral et les interventions de soins et de soutien liés au VIH. Cependant, certains aspects de ces services ne sont pas gratuits (la consultation médicale, les soins infirmiers, le suivi biologique, ...).

Pour ce qui est des mesures pour la mise en œuvre de ces politiques, bien que la volonté politique soit là, les ressources font défaut. Il n'y a pas d'efficience dans la gestion des ressources comme le Fonds Mondial, le MAP, le PEPFAR ou le GAVI. Le système de santé malade est en pleine restructuration.

8. Le pays dispose d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien mais celle particulière à l'accès des femmes en dehors de la grossesse et l'accouchement n'existe pas.
9. Le pays ne dispose pas d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Cependant, cet aspect est repris dans le PNS 2010-2014 et dans la loi portant protection des droits des PVV et PA.
10. En fait, les articles 11 et 12 de la Constitution de la RD Congo consacrent déjà l'égalité homme-femme. Mais dans la pratique, cette égalité des sexes est relativisée par le contexte socioculturel du pays.
11. Le pays dispose d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi. Ceci est repris dans les articles 19 à 27 de la loi du 14/07/2008.

12. Le pays dispose d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH/Sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national. Ceci est repris dans l'article 14 de la loi du 14/07/2008.

- Le comité d'éthique national inclut des représentants de la société civile et mais pas des personnes vivant avec le VIH.
- Ce comité d'éthique préserve la protection des droits des personnes particulièrement à la recherche : liberté d'engagement, liberté de réponse, l'acceptation du risque, le traitement, la liberté de la confidentialité. Il vise à ériger des mesures d'encadrement par des visites et par le monitoring. Ce dernier fait souvent défaut à cause des moyens.

13. Le pays ne dispose pas de mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne comme les institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH et au Sida dans le cadre de leur fonction.

Le pays ne dispose pas également des éléments suivants :

- Des points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l'emploi. Ce sont les ONG qui travaillent beaucoup dans la protection et la défense des PVVS, le gouvernement ne fait que suivre ou avaliser le travail des ONG ;
- Des indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.

14. Les membres du système juridique ont été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH, le Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions.

En effet, grâce à l'appui de l'UNICEF, le service de documentation et d'études du ministère de la justice a formé les magistrats sur toute l'étendue de la RDC durant l'année 2009.

15. Concernant les services d'appui juridique :

- Le système d'assistance juridique pour la prise en charge des PVVS existe dans le pays. Il y a un groupe de juriste qui se réunit à UCOP+ ;
- Les cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux PVV existent dans le pays ;
- Des programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux PVVS au sujet de leurs droits existent dans le pays.

16. Il existe des programmes dont le but est d'amener le public à accepter et à comprendre les personnes touchées par le VIH et le Sida plutôt que de les stigmatiser. Ces programmes sont véhiculés par :

- les médias,
- l'enseignement scolaire,
- des personnalités s'exprimant régulièrement à ce sujet,
- les sensibilisations auprès de toute la population, le lobbying, le plaidoyer et l'assistance juridique,
- les communications interpersonnelles de masse,
- le message des églises,
- un atelier national de formation sur les droits et devoirs des PVVS,
- Les sketches et théâtres.

 La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion de l'homme eu égard au VIH/Sida en vigueur :

1. En 2005 = 1 (1 ; 2)
2. En 2007 = 2 (1 ; 4)
3. En 2009 = 6 (6 ; 6)

Les réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- La création et le soutien à la coordination nationale des PVV (UCOP+),
- L'adoption et la promulgation de la loi n°08/11 du 14/07/2008 portant protection des PVV et PA,
- L'élaboration du plan stratégique national 2010-2014,
- L'adoption et la promulgation de la loi sur la protection de l'enfant,
- La loi sur les violences sexuelles
- Le vote du budget 2009-2010,
- La prise en compte de la lutte contre le VIH/SIDA comme 4^{ème} pilier du DSCR.

Les problèmes qui restent à formuler sont :

- La vulgarisation et la mise en application de la loi ;
- Le financement de la lutte ;
- L'implication des politiciens tels que les députés ;
- Les mécanismes d'assistance aux PVVIH et à leurs organisations ;
- L'absence d'un observatoire ;
- La faiblesse de la loi en ses articles 41 et 45. Il y a trop d'articles taillés sur mesure dans la loi ;
- La non prise en compte du contexte du VIH (juvénilisation et féminisation) ;
- La révision du budget VIH à la hausse ;
- La formation.

✚ Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements relatifs au VIH/Sida en vigueur :

1. En 2005 = 1 (0 ; 4)
2. En 2007 = 2 (1 ; 5)
3. En 2009 = 2 (1 ; 6)

Les réalisations dans ce domaine depuis 2007 :

- L'accès gratuit des PVV au traitement ARV,
- L'installation du PNMLS dans toute la république (70% de la lutte contre le SIDA en RDC),
- La prime reçue par le projet SACROI par la SADC,
- Le groupe Droit et VIH,
- Le comité national de plaidoyer (CHRISTIAN AIDS),
- L'engagement au plus haut niveau des autorités politico administratives et juridiques, mais cependant beaucoup reste à faire,
- La diminution de la discrimination grâce à la loi portant protection des PVV et PA,
- La tenue de plusieurs activités de sensibilisation,
- les interventions dans les médias,
- les actions du PNMLS.

Les problèmes qui restent à surmonter dans ce domaine sont :

- le réseautage des acteurs,
- l'implication du chef de l'état pour la pour l'institution d'une journée de lutte contre la discrimination,
- l'implication des religieux,

- le clientélisme,
- L'imposition de la multisectorialité partout : CCM, ... ,
- L'éducation et la sensibilisation par rapport aux lois,
- Le développement des services créés par les lois,
- La vulgarisation de la loi pour permettre son application et/ou suivi à la lettre,
- Les moyens financiers.

3.2.2. Participation de la société civile

1. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) de contribution de la société civile au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales = 3 (3 ; 4).
Commentaire : la société civile y contribue par des plaidoyers, des campagnes de sensibilisation et de conscientisation, la mobilisation au sein des CDV.
2. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) de participation des représentants de la société civile au processus de planification et de budgétisation du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou au plan d'action actuel = 3 (2 ; 3).
Commentaire : les représentants de la société civile ont été associés à toutes les étapes possibles.
3. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) d'inclusion des services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH :
 - a. Dans la stratégie nationale de lutte contre le sida = 3 (3 ; 4) ;
 - b. Dans le budget national = 1 (1 ; 3) ;
 - c. Dans les rapports nationaux de lutte contre le sida = 3 (2 ; 4).

Le gouvernement ne facilite pas la tâche à différentes plates formes et les ONGs rendent plus compte aux bailleurs de fonds.

Les rapports d'activités ne sont pas pris en compte dans l'élaboration des stratégies.

Les détails du budget ne sont pas connus et sur les 6,6% consacré au secteur de la santé, il n'y a que 1% qui est rendu disponible.

L'application des textes est faible.

Dans la prévention et la prise en charge, les organisations syndicales sont sujettes au saupoudrage parce que tout se passe en dehors d'elles et elles ne sont associées que pour des raisons de cause.

4. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) d'invitation de la société civile dans le cadre du suivi et de l'évaluation de la riposte VIH :
 - a. A l'élaboration du plan national S/E 2(1 ; 4) ;
 - b. A participer au comité/groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E 2 (1 ; 3) ;
 - c. Aux efforts S/E au niveau local 2 (1 ; 3).

Commentaire :

- Faible participation de la société civile au processus de S/E ;
 - les efforts au niveau local sont concrets avec AMO-CONGO qui est un grand acteur au niveau de la prise en charge ;
 - Participation à la TASK force suivi et évaluation ;
 - Renforcement des capacités des ONGs sur le S/E ;
 - La sensibilisation et les plaidoyers sont maximaux.
5. Le degré (sur une échelle de 0 à 5) de diversité de la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida = 3 (2 ; 4)

Les types d'organisations de la société civile représentés dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida sont :

- les organisations des femmes (RAF, FFP, RENADEF) ;
- le secteur privé (CIELS) ;
- les organisations des droits des enfants ;
- les organisations communautaires de base (OCB) ;
- les organisations de défense des droits de l'homme (ASADHO) ;
- les organisations des personnes vivant avec le VIH (UCOP+) ;
- les organisations des services (AMO-CONGO, RIGIAC) ;
- les organisations des jeunes (RACOF, RAJECOPD, CCOJEC) ;
- les organisations des travailleurs (CSC, UNTC, SYNKAS, CDT) ;
- les ONG de lutte contre le sida (FOSI, CNOS, ANIC, EVREJ) ;
- les organisations religieuses : BDOM, ECC/IMA, Armée du Salut, les Kimbanguistes.

Commentaires :

- la représentation doit devenir plus importante et plus participative et non figurative ;
- la diversité est vraiment prise en compte, toutes les catégories sont représentées surtout les réseaux des PVV ;
- il y a une faible représentation des jeunes et des femmes et des PS, dans tous les milieux et à tous les niveaux en milieu rural et provincial.

6. Degré (sur une échelle de 0 à 5) de possibilité de la société civile d'accéder à :
- a. une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH = 2 (1 ; 4) ;
 - b. un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH = 2 (2 ; 4).

Commentaires :

- Le MAP met son financement entier pour les communautaires mais les procédures sont difficiles pour accéder à ce financement ;
- Nécessité d'un renforcement des capacités pour l'élaboration des projets bancables et le rapportage des données ;
- Le gros du financement va aux médicaments, au paiement du personnel ; il y a peu de fonds pour le soutien psychosocial, le renforcement des capacités les activités des femmes et la lutte contre les discriminations ;
- Seules les ONGs internationales ont un accès facile aux financements MAP.

7. Pourcentage des programmes/services VIH assumé par la société civile, selon les estimations :

- i. Prévention pour les jeunes : 51 – 75%
- ii. Prévention pour les populations les plus à risque
 1. CDI : < 25%
 2. HSH : 25 – 50%
 3. Professionnels de sexe : 51 – 75%
- iii. Dépistage et Conseil: 51 – 75%
- iv. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination : 51 – 75%
- v. Services cliniques (IO/ART) : > 75%
- vi. Soins à domicile : 51 – 75%
- vii. Programmes en faveur des OEV : 51 – 75%

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts visant à accroître la participation de la société civile est de:

- En 2005 = 4 (3 ; 5,5)
- En 2007 = 5 (4 ; 6)
- En 2009 = 6 (3 ; 7)

Les réalisations dans ce domaine en 2009 sont :

- La formation des pairs éducateurs (personnels syndicaux = 20 formés) ;
- La création du centre de coordination des PVV (UCOP+) ;

- Création d'une direction de processus de planification nationale plus avec UCOP+ et à bon nombre d'autres activités ;
- Le plaidoyer visant à protéger les PVV ;
- La corrélation possible entre les personnes vivant avec le VIH et les violences sexuelles ;
- La disponibilité des supports de la sensibilisation;
- La revitalisation du plan national ;
- La mise en place du plan national des OEV avec UNICEF ;
- La gratuité du traitement ARV.

Les problèmes à surmonter sont :

- L'appui solide et conséquent aux différents projets des syndicats dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Le renforcement du lien entre la société civile et la coordination d'organisations communautaires à la base ;
- La faible capacité gestionnaire des OAC ;
- La non politisation de la coordination de base des interventions qui doit garder sa liberté ;
- L'accessibilité des CDV à tous ;
- La faible mobilisation des ressources;
- Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles, financières et des compétences techniques a tous les niveaux des organisations de la société civile ;
- La prise en charge des femmes victimes des violences sexuelles ;
- La vulgarisation et le maitrise des lois portant protection des PVV pour ceux qui doivent dire la loi à savoir le secteur judiciaire ;
- Le plaidoyer pour une participation active lors de l'élaboration du budget ;
- La gratuité de la scolarisation pour tous les OEV ;
- L'identification des CDI et des HSH ;
- Les stratégies de sensibilisation et de distribution des préservatifs dans les prisons ainsi que de la prise en charge par les ARV.

3.2.3. Prévention

1. Le pays a recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH grâce :
 - Aux enquêtes de prévention pour l'accessibilité des préservatifs par le PNMLS ;
 - aux indicateurs sur l'offre des services et la situation épidémiologique par le PNMLS ;

- au plan stratégique national ;
- aux données préexistantes dans 38 maternités appuyées par l'ESP-UNC/DRC ;
- aux rapports d'enquêtes démographiques (EDS, BSS) ;
- aux rapports d'activité des programmes ;
- au programme RNM (ressource need management) ;
- à la surveillance sentinelle ;
- aux études du Fond Mondial ;
- aux visites sur terrain et aux évaluations ;
- aux différents états des lieux ;
- à l'analyse de la situation ;
- à l'expertise des consultants ;
- aux revues documentaires.

Cependant certains répondants estiment que le pays n'a pas recensé les besoins particuliers en programme de prévention du VIH.

La mise en œuvre se fait :

- à travers les partenaires et ONG (RACOF, CARITAS) ;
- par l'EPSP et le Ministère de la santé ;
- sur base d'un document de collaboration de l'UNICEF et du gouvernement de la RDC ;
- grâce aux formations, aux séances de mobilisation sociale et de sensibilisation organisées.

⇒ La majorité des répondants ne sont pas d'accord que la majorité des personnes qui ont besoin des programmes de prévention du VIH suivants y ont accès :

- La sécurité transfusionnelle,
- Les précautions universelles en milieu sanitaire,
- La prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- L'IEC sur la réduction des risques
- L'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination,
- Les conseils et test VIH,
- la réduction des risques chez les professionnels de sexe,
- les services de SR, y compris services de prévention et traitement des IST,
- l'enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes,
- les programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes non scolarisés,
- la prévention du VIH sur le lieu de travail,
- la prévention positive (c'est-à-dire les PVV sensibilisant d'autres PVV),
- la sensibilisation des partenaires.

La plupart des répondants sont d'accord que la majorité des personnes qui ont besoin de la promotion des préservatifs y ont accès.

La majorité des répondants estime que les programmes de prévention du VIH suivants ne sont pas menés pour la majorité des personnes qui ont besoin:

1. réduction des risques chez les CDI,
2. réduction des risques chez les HSH,
3. réduction des risques chez les PVV.

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH est de:

1. En 2005 = 4 (3 ; 5)
2. En 2007 = 5 (4,5 ; 6)
3. En 2009 = 5 (4 ; 7)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

Pour certains :

- Transfusion sanguine par du sang prétesté HIV négatif (une amélioration de la couverture) ;
- La modification du protocole de la monothérapie à la trithérapie ;
- L'approche de la PTME globale (c'est-à-dire en plus des ARV, on ajoute le traitement des infections opportunistes) ;
- La ligne verte pour les conseils et orientation ;
- le dépistage initié par le prestataire contrairement au dépistage volontaire ;
- la mobilisation sociale (IEC et CCC : communication pour le changement de comportement) dans les populations cibles comme les PS et les hommes en uniformes ;
- la prévention à grande échelle, c'est-à-dire tout le monde et dans tous les secteurs ;
- la formation des pairs éducateurs en matière du VIH ;
- la réactualisation et l'effort de mise en place de mesure de précautions universelles ;
- Le suivi du protocole de traitement ARV et l'approche syndromique pour le traitement des ISTs ;
- La prise en charge des soins secondaires (hospitaliers et soins spécialisés) des PVV ;
- le renforcement des capacités des prestataires et institutionnelles, créant l'accroissement du nombre de personnes qualifiées oeuvrant dans le domaine ;

- L'expansion des centres de dépistage VIH/SIDA (volontaire, gratuit et anonyme) ;
- L'élaboration du plan stratégique national ;
- L'élaboration du plan sectoriel PTME ;
- L'approvisionnement en intrants ;
- La surveillance de la maladie ;
- La mise en place de bureau de coordination automobile ;
- La délégation de certaines tâches dont la prescription des ARV.

Des problèmes restent à résoudre à savoir :

- L'approvisionnement et la disponibilité en médicaments et réactifs ;
- Le renforcement des capacités des prestataires pour le passage à l'échelle très rapidement (c'est-à-dire ça demande la formation de beaucoup de ressources humaines, la motivation et le soutien) ;
- La stabilisation du personnel formé ;
- Le suivi et la gestion de l'information sur le VIH ; Le système en place n'est pas efficace pour produire l'information de qualité ;
- La difficulté de coordination des interventions c'est-à-dire il faut un renforcement de structures de coordination au niveau sectoriel et multisectoriel ;
- La présence des ressources humaines en quantité suffisante et de qualité à tous les niveaux ;
- La mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes à la dimension du pays ;
- Le renforcement du suivi et évaluation correcte de tous les indicateurs de santé en matière du SIDA ;
- La création d'un environnement favorable à la bonne gouvernance dans la gestion des programmes SIDA (gestion financière, coordination des activités et des partenaires) ;
- La vulgarisation de l'information en rapport avec la PTME, la transfusion sanguine par les médias, journaux ;
- Le palliement à l'insuffisance des intrants de la PTME surtout qu'on veut passer actuellement à la trithérapie chez les enfants ;
- L'insuffisance de test pour les examens de suivi ou de contrôle ;
- L'insuffisance des ARV dans la prise en charge surtout pour le régime combiné ;
- La mise en place des programmes de prévention adaptés dans notre pays en commençant par la base c'est-à-dire au niveau des communautaires :

chefs coutumiers, chefs de quartier et chefs religieux et aller vers les mouvements des jeunes ;

- L'accentuation de la prévention dans tous les domaines ;
- L'amélioration du conseil-dépistage dans les structures de façon systématique ;
- L'augmentation de la couverture par rapport à la PTME ;
- L'intensification de l'information chez les miniers et les camionneurs ;
- La large diffusion et l'approvisionnement en préservatifs ;
- L'augmentation dans l'accès aux CDV.

3.2.4. Traitement, soins et soutien

1. Le pays a recensé les besoins concrets en services de traitement, de soins et de soutien du VIH par :

- L'analyse de la situation ;
- Le rapport des enquêtes EDS, BSS et de recensement des structures sanitaires ;
- Le rapport annuel des programmes ;
- Le programme RNM pour quantifier les besoins ;
- Les différents Etat de lieux ;
- Les indicateurs d'offre des services ;
- L'examen de la situation épidémiologique ;
- L'utilisation des logiciels SPECTRUM ;
- Elaboration du plan stratégique du secteur de la santé et du plan stratégique multisectoriel ;
- La surveillance sentinelle ;
- Les réunions de concertation ou la mise en commun des différents rapports au niveau des programmes pour uniformiser l'expression en besoin des services de traitement, soins et soutien.

La majorité des répondants ne sont pas d'accord que pour les services de traitement et soutien suivants, la majorité des personnes qui ont besoin y ont accès :

- La thérapie antirétrovirale,
- Les soins nutritionnels,
- Le traitement pédiatrique du Sida,
- Le traitement des IST,
- Le soutien psychosocial des PVVS et de leurs proches,

- Les soins à domicile,
- Les soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH,
- Les conseils et test VIH pour les patients atteints de tuberculose,
- Le dépistage de la tuberculose chez les PVVS,
- La prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH,
- La prophylaxie post exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol),
- Les services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou système d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail,
- Les soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des horaires),
- Ainsi que le suivi biologique des PVV.

La majorité des répondants sont d'accord que pour les services de traitement et soutien suivants sont menés chez la majorité des personnes qui en ont besoin et qui y ont accès :

- La lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH,
- La prophylaxie par cotrimoxazole parmi les PVV.

 La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés de mise en œuvre des programmes de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le Sida est de :

1. En 2005 = 3 (2 ; 3)
2. En 2007 = 3 (2 ; 5)
3. En 2009 = 5 (4 ; 7)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2009 sont :

- La mobilisation des ressources ;
- La décentralisation : le gouvernement ne s'est pas engagé totalement dans les programmes de traitement du VIH/Sida. Ce sont les ONG et la communauté internationale qui s'occupent le plus de la prise en charge et du traitement ;
- La mise sous traitement d'un certain nombre de malades ;
- La vulgarisation et le traitement de la co-infection TBC-VIH en utilisant comme porte d'entrée les cliniques (d'où le dépistage est systématique) ;
- L'expansion du traitement par les ARV dans toutes les provinces du pays même si la couverture est encore faible (gratuité et disponibilité des ARV) ;

- L'appui nutritionnel ;
- L'intégration de la planification familiale dans la prise en charge ;
- L'accroissement de la sécurité transfusionnelle ;
- Le renforcement des capacités des prestataires ;
- L'approvisionnement en intrants ;
- La surveillance de la maladie ;
- L'enquête EDS qui a fourni certains indicateurs de prévention ;
- Le démarrage du projet PEPFAR ;
- la prise en charge pédiatrique ;
- la capacité de prendre en charge de tous les PVV avec le paquet global (traitement, psychosocial, juridique et nutritionnel).

Les problèmes qui restent à surmonter sont :

- l'approvisionnement et la distribution en médicaments ARV et intrants stratégiques ;
- le suivi biologique insuffisant de tous les malades (matériels de laboratoire, réactifs) ;
- La faiblesse de disponibilité des médicaments par rapport aux ISTs ;
- La faible absence de dépistage précoce chez les nouveaux nés ;
- Le faible suivi des cohortes des malades mis sous ARV ;
- le suivi et évaluation insuffisant des indicateurs de santé ;
- le manque d'un environnement propice à la bonne gouvernance dans la gestion des programmes SIDA ;
- Le ralentissement par insuffisance de fonds pour augmenter la couverture en thérapie ARV ;
- L'obligation de la divulgation du statut sérologique (pour une meilleure adhérence) ;
- La discrimination et le rejet des PVV qui freine l'accès aux ARV ;
- L'insuffisance des ressources humaines, financières, matérielles à accroître par rapport à la dimension du pays.

4. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/Sida des OEV.

Le pays utilise une définition opérationnelle des OEV et dispose d'un plan d'action national destiné expressément aux OEV qui est en cours

Le pays a estimé le nombre d'enfants qui bénéficient des interventions en place : un intervenant estime que ce pourcentage environne 8%. Cependant la majorité

des répondants n'ont aucune information sur le paquet d'intervention pour les OEV et le pourcentage d'OEV qui y ont accès.

✚ La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des OEV en matière de services VIH est de :

1. En 2005 = 2 (2 ; 3)
2. En 2007 = 3 (2,5 ; 4,5)
3. En 2009 = 3,5 (2 ; 4)

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 :

- le financement MAP a appuyé la scolarisation des orphelins et la mise en formation professionnelle de ces OEV ;
- l'existence d'une politique du gouvernement pour les orphelins ;
- les activités génératrices de revenu qui ont été financées pour la scolarisation et les activités de prévention chez les enfants ;
- le regroupement des OEV dans certains centres d'hébergement ou dans des espaces des enfants orphelins Faible progression due à AMO-CONGO pas d'implication du gouvernement ;
- l'élaboration du plan stratégique national ;
- la mise en place du plan national des OEV.

Des problèmes sont encore à surmonter notamment :

- la description du paquet d'intervention (élaborer le document de normes et directives des OEV) ;
- la définition du rôle des autres secteurs par le ministère des affaires sociales comme les secteurs de l'EPSP, de la santé et du travail. Chacun doit être impliqué car les enfants travaillent dans l'informel ;
- l'accroissement du financement ;
- la faible couverture par rapport aux besoins réels, pas de progrès notables ;
- la préparation de la réinsertion des OEV dans la société ;
- L'information sur le plan stratégique OEV.

4. DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés suivantes ont été rencontrées lors de la collecte des données sur terrain. Il s'agit de :

1. L'indisponibilité de certaines personnes-ressources identifiées dans les institutions sélectionnées suite à :
 - a. D'autres occupations,
 - b. Des congés pendant la période de collecte,
 - c. Des voyages en province ou à l'étranger.

Ce qui a obligé les enquêteurs à effectuer plusieurs passages et plusieurs appels téléphoniques afin d'obtenir un rendez-vous et parfois sans succès. Cette difficulté a pu être également contournée par le dépôt au préalable du questionnaire auprès des personnes-ressources afin que ces dernières le remplissent. Ainsi, les enquêteurs repassaient un autre jour sur rendez-vous pour le retrait du questionnaire et un court entretien au besoin pour clarifier certains points/questions.

2. La non réception par certaines cibles de la lettre circulaire annonçant le passage des enquêteurs pour les interviews dans le cadre de la collecte des informations sur l'ICPN. En effet, il a fallu envoyer la lettre circulaire parfois deux ou trois fois au même bureau car la première était égarée et/ou non transmise à la personnalité à interviewer.
3. L'insuffisance de maîtrise de la matière par certaines cibles. En effet, certaines cibles n'avaient pas de réponses à certaines questions étant donné que ce sont des aspects du domaine qui sont éloignés de ce qu'ils font au niveau de leur institution. Soit la cible n'est pas suffisamment informée sur ces aspects.
4. La non disponibilité de la majeure partie de la documentation nécessaire à l'argumentation des réponses aux questions posées lors des interviews/entretiens avec les personnes-ressources. En effet, en dehors du PNMLS, de la clinique juridique des femmes et du bureau conjoint des Nations Unies pour les droits de l'homme, peu d'institution/personne-ressource n'ont pu fournir des documents clairs permettant d'argumenter les réponses aux questions posées.

5. CONCLUSION

La RDC est engagée dans la mise en œuvre de la déclaration de l'UNGASS. Durant ces dernières années, et en particulier durant la période 2008 – 2009, des progrès ont été réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le SIDA.

En effet, le pays a donné suite à ses engagements eus égard à l'accès universel souscrits lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/Sida en 2005 à Genève.

Les politiques et les lois nationales ont été passées en revue pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida.

L'impact du VIH/Sida sur son développement socioéconomique a été évalué à l'échelon national.

Il y a des lois/règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH/Sida contre la discrimination et celles non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous populations vulnérables.

Le pays dispose d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi.

La lutte contre le VIH et le Sida a été intégré dans les plans généraux de développement.

Le pays a mis en place et soutenu une coordination nationale des PVV pour une plus grande implication dans tous les domaines de la gestion de la lutte contre le sida et dans la mobilisation de la société civile de lutte contre le sida autour des droits des PVV notamment à la santé y compris les ARV.

Un plan stratégique national couvrant la période 201-2014 a été élaboré avec la participation de la société civile et ce à toutes les étapes.

Les programmes de prévention et des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le Sida qui sont nécessaires ont été recensé.

Une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous populations vulnérables a été mise au point ainsi qu'une politique de services gratuits pour les services de prévention, de traitement antirétroviral et interventions de soins et de soutien liés au VIH. Mais, certains aspects de ces services ne sont pas gratuits ; notamment le suivi biologique, les soins infirmiers, la consultation médicale, ...

Le pays dispose d'une politique/stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/Sida des OEV et de services d'appui juridique.

L'unité de S&E est en train d'élaborer un plan national de S&E qui sera aligné au plan stratégique national et assorti d'un budget. Des formations en S&E ont été dispensées au cours de l'année écoulée dans certaines provinces du pays et même à l'extérieur du pays.

Dans l'ensemble, des efforts ont été notés dans la planification stratégique (avec l'élaboration du PSN) et l'appui politique des programmes de lutte contre le VIH/Sida, la mise en œuvre des programmes de prévention, les services de traitement, de soins et de soutien, les besoins des OEV, le suivi et l'évaluation des programmes de riposte au Sida, l'élaboration et la promulgation de la loi portant sur la protection des PVVIH ainsi que l'accroissement de la participation de la société civile.

Cependant, malgré ces améliorations observées, il reste des problèmes à résoudre et des difficultés à surmonter dans cette élaboration et cette mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH/Sida. L'application des politiques, directives et lois/règlements en vigueur relatifs au VIH/Sida est encore faible.

Certains aspects des domaines de lutte contre le VIH/Sida sont encore à améliorer.

En effet, aucun plan de mobilisation de ressources n'accompagne encore le PSN et le plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) devant être aligné au PSN est encore en élaboration.

Le pays ne dispose pas d'une politique de développement/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH/Sida. Il n'a pas accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution. Le pays dispose de la capacité de produire les ARV génériques avec la Pharmakina au Sud Kivu, mais il n'existe aucune politique de soutien à la production locale d'ARV.

Aucune politique n'est vulgarisée garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. Néanmoins, le Plan Stratégique National 2010-2014 et la loi portant protection des droits des PVV et PA a prévu ces dispositions.

Il n'y a pas de mécanismes permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque.

Le pays ne dispose pas de mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne comme les institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH et au Sida dans le cadre de leur fonction. . Dans le cadre du Forum des partenaires/PNMLS, il existe un groupe de travail « Droits et VIH » qui dispose d'un plan de 5 ans pour la protection et la promotion des droits des PVV qui comprend les éléments suivants ci-dessus décrits (la révision de la loi portant protection des droits des PVV et PA, la vulgarisation de la loi révisée, l'assistance légale aux PVV et PA, l'observatoire des discriminations).

Le Groupe Droits et VIH comprend des organisations des PVV, des ONGDH, des organisations de lutte contre le sida tant nationales qu'internationales, les coparrains d'ONUSIDA notamment.

Il n'y a pas encore un cadre organique et stable de formation/sensibilisation des membres de son système judiciaire aux questions touchant le VIH/Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions.

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

6. ANNEXES

6.1. Résumé des questions et réponses (2003/2005/2007/2009)

Partie A

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs			
	2003	2005	2007	2009
A.I. Plan stratégique				
1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie/un cadre d'action multisectoriel (le) pour lutter contre le Sida ?	--	Oui	Oui	Oui
	--	Oui	Oui	Oui
2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH et le Sida dans ses plans généraux de développement ?	--	Non	Non	Oui
3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH et du Sida sur son développement socio-économique à des fins de planification ?	--	Oui	Oui	Oui
4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie/d'un cadre d'action permettant d'aborder les questions relatives au VIH et au Sida au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme, ses forces armées, ses forces de maintien de la paix, sa police et son personnel carcéral, etc. ?				Oui
5. Votre pays a-t-il des lois et règlements non discriminatoires qui stipulent la protection pour les populations les plus à risque et les autres sous populations	--	--	Oui	Non
				Oui
6. Votre pays a-t-il des lois, règlements ou politiques qui font obstacles à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables.	3	4	6	8
7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eus égard à l'accès universel souscrits lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/Sida qui s'est tenue en juin 2006 ?				

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

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs			
	2003	2005	2007	2009
A.III. Prévention				
1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?	--	Oui	Oui	Oui
	--	Oui	Oui	Oui
2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?	--	Non	Oui	Oui
	4	6	6	6
3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous populations vulnérables ?	--	--	Oui	Oui
	4	5	6	5
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des politiques de prévention du VIH				
4. Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ?				
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH				
A.IV. Traitement, soins et soutien				
1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complets pour le VIH ?	--	Oui	Oui	Oui
	--	--	Oui	Oui
2. Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) qui nécessitent des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le Sida ?	--	--	Non	Oui

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de développement/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?	--	--	Oui	Oui
	--	Oui	Oui	Oui
4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?	2	3	5	4
5. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH ou au Sida des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ?	2	4	5	
Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables				
Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des services de traitement, soins et soutien pour le VIH et le Sida				

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

b. Pour l'allocation des ressources	--	Non	Oui	Oui
c. Pour l'amélioration du programme	2	3,5	6	6
10. Le développement des capacités humaines en S/E est est-t-il prévu aux niveaux national, infranational et de la prestation des services				
11. Une formation en S/E a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée				
a. Au niveau national				
b. Au niveau sous national				
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de S/E des programmes de riposte au Sida				

Partie B

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs			
	2003	2005	2007	2009
B.I. Droits de la personne				
1. Votre pays dispose-t-il de lois et règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ?	--	Non	Non	Oui
	--	Non	Oui	Oui
2. Votre pays dispose-t-il de lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous populations vulnérables ?	--	Non	Oui	Oui
3. Y a-t-il dans votre pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à la prévention et au traitement, à des soins et à un soutien efficaces liés au VIH pour les sous populations vulnérables ?	--	Oui	Oui	Oui
	--	--	Oui	Non
4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?	--	Oui	Oui	Oui
5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque ?	--	--	Oui	Oui
6. Votre gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?	--	Oui	Non	Non
	--	Non	Non	Oui
7. Votre gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour les services de prévention, de traitement antirétroviral et interventions de soins et de soutien liés au VIH ?	--	Oui	Non	Oui
	--	Oui	Oui	Oui
8. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ? En particulier, l'accès des femmes à ces services en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?	--	Oui	Oui, certains	Oui, certains

9. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ?	--	Non	Non	Oui
10. Votre pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?				
11. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH/Sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?				
12. Votre pays dispose-t-il des mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne ?				
13. Les membres du système judiciaire ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH, le Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?				

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs			
	2003	2005	2007	2009
14. Les services d'appui juridique existent-ils dans le pays ?	--	Non	Oui, certains	Oui, certains
15. Existe-t-il des programmes dont le but est d'amener le public à accepter et à comprendre les personnes touchées par le VIH et le Sida plutôt que de les stigmatiser ?	--	Oui	Oui	Oui
	1	1	2	6
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux politiques, lois et règlements en vigueur relatifs au VIH/Sida	1	1	2	2
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur relatifs au VIH/Sida				
B.II. Participation de la société civile				
1. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales ?	--	2	2	3
	--	3	3	3
2. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou au plan d'action actuel (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?	--	2,5	3	3
	--	--	1	1
3. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus :	--	Non	Oui	3
a. Dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ?				
b. Dans le budget national ?				2
c. Dans les rapports nationaux de lutte contre le sida				2
				2

Votre pays a-t-il fait participer la société civile à l'examen national du plan stratégique national ?	--	--	3	3
4. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile est-elle conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH :				
a. à l'élaboration du plan national de S/E	--	--	2	2
b. à participer à un groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E	--	--	2	2
c. Aux efforts S/E au niveau local	--	--	51 – 75%	51-75%
5. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida reflète-t-elle sa diversité ?	--	--	< 25%	<25%
	--	--	25 – 50%	25-50%
	--	--	25 – 50%	51-75%
	--	--	25 – 50%	51-75%
6. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5) la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :	--	--	< 25%	>75%
a. Une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?	--	--	25 – 50%	51-75%
b. Un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?	4	4	51 – 75%	51-75%
7. Quel pourcentage de programmes et services pour le VIH est-il, selon les estimations, assumé par la société civile ?				
a. Prévention des jeunes :				
b. Prévention des populations les plus à risque				
- CDI :				
- HSH :				
- PS :				
c. Dépistage et Conseil :				
d. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination				
e. Services cliniques (IO/ART) :				
f. Soins à domicile :				
g. Programmes en faveur des OEV :				
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts visant à accroître la participation de la société civile ?				

Questions/Indicateurs	Réponses/Valeurs			
	2003	2005	2007	
B.III. Prévention				
Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ?	--	--	Oui	
1. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH				Oui
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH	4	4	5	5
B.IV. Traitement, soins et soutien				
1. Le pays a-t-il identifié les besoins concrets en service de traitement, de soins et de soutien du VIH				Oui
Votre pays a-t-il identifié les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) où des services de traitement, de soins et de soutien sont nécessaires ?	--	--	Oui	
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés par les programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH et du Sida	2	3	3	5
	--	Non	Oui	Oui
2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/Sida des orphelins et des autres enfants vulnérables (OEV) ?	1	2	3	3,5
• Note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts engagés pour répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables				

6.2. Liste des personnes-ressources interviewées

Partie A

Organisation	Nom / Fonction	Parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
PNMLS	Dédé WATCHIBA / Coordonnateur national ai	x	x			
	Ambroise MUSUET / Chargé de la programmation du PNMLS provincial Kinshasa MATONDO / Coordination provinciale Kinshasa : chargé du S&E	x	x			
	Bob MANWANA / Unité S&E chargé du suivi financier et programmation					x
ONUSIDA	OUATTARA YAFFLO / Conseiller en mobilisation des ressources et en Développement	x	x			
PNLS	Bijou BAFI MANKIADING Membre Unité S&E					x
	SALUMU / Chef Division Prise en charge			x	x	
	MINGINA / Chef Division Prévention			x	x	
PNTS	Pacifique MISINGI/ Chargé de suivi et évaluation			x	x	
Ministère de la santé	MOPIPI MUKULUMANIA Ministre	x	x			
Ministère de la défense	Colonel TSHALA / Point focal VIH					x
Ministère de l'intérieur	Colonel KAMANGA / Point focal VIH					x
Ministère du genre, famille et enfant	Joseph BULA BULA / Point focal VIH					x
Ministère des affaires sociales	MAKWELI / Point focal VIH					x
Ministère de l'ESU	Timothée MAKELA / Point focal VIH					x
Ministère de l'EPSP	Paulin / Point focal VIH			x	x	x
Ministère de la jeunesse et sport	JP BEMANGA / Point focal VIH					x
Ministère de la culture et des arts	Gilbert HONCKAN / Point focal VIH					x
Ministère des transports et communication	MAKULU / Point focal					x

Partie B

Organisation	Nom / Fonction	Parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé			
		B.I	B.II	B.III	B.IV

Assemblée nationale (Parlement)	MUSSA / Point focal VIH	x			
Comité d’Ethique de l’ESP	KIYOMBO Mbela / Président	x			
Clinique juridique des femmes	Mme NDALA MUSUAMBA / Responsable	x			
Réseau des personnes vivant avec le VIH/SIDA (UCOP+)	Fidel BENDA / Responsable	x	x		
	Maguy MFUMU / Membre	x			
HCDH	Mayal Alexis TSHIBUILA / Assistant	x			
UNHCR	Robert ANUNU		x		
Organisation consacrée aux droits humains (ASADHO)	Felly DIENGO NZUZI / Président	x	x		
Organisation féminine (RAF)	Joséphine NGALULA / Responsable		x		
Organisation des jeunes (RACOF)	Princesse ETHAN / Coordinatrice adjointe nationale		x		
PNUD	SOHANGY MAMISOA RANGERS / Point focal VIH		x		
Organisation des travailleurs (CSC)	José SINGI / Responsable		x		
Organisation des services relatifs au SIDA (RIGIAC-SIDA)	Annie LUTETE / Responsable et Vice-présidente de la société civile		x		
Organisation communautaire (ACS/AMO-CONGO)	Henri MUKUMBI / Responsable		x	x	x
FFP	Mme Tété OMARI / Responsable provincial Kinshasa			x	x
Fondation Clinton	Dr ESTHER / Responsable			x	x
CTA/KABINDA	EDO ATE / Médecin consultant			x	x
RNOAC – GS des PVV	Jean LUKELA / Président			x	x
UNICEF	YOUSSOUF / Point focal			x	x
UNFPA	Alphonse MATONDO / Chargé de la prévention			x	x
OMS	COMPAORE ISSAKA / Point focal VIH			x	x
PNMLS/MAP/Banque mondiale	KAUMBA / Responsable Prévention et traitement			x	x
GTZ/SANTE	Mme TANIA			x	x
CDC	LUCAS			x	x
USAID	Laurent KAPESA / HIV Program Manager			x	x
PROJET SARA/UNC	KASHAMUKA Program Manager			x	x