



République Démocratique du Congo
Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de
Lutte contre le Sida
(PNMLS)



Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2014 – 2017

Juin 2014

Sommaire

Préface	6
Avant propos	7
Remerciements	8
Résumé exécutif.....	9
1 Processus de la révision du Plan Stratégique National 2010-2014	11
2 Contexte général	13
2.1 Contexte géographique et administratif	13
2.2 Contexte démographique	13
2.3 Contexte économique	14
2.4 Contexte social.....	14
2.5 Système de santé en RDC.....	15
3 Situation générale de l'épidémie du VIH.....	16
3.1 Situation générale de l'épidémie du VIH.....	16
3.2 Nouvelles infections	16
3.3 Etat de la réponse nationale	18
3.4 Résumé de l'analyse de la riposte au sida	21
3.5 Opportunités pour une riposte efficace	21
4 Orientations stratégiques de la réponse nationale au sida	22
4.1 Grandes options stratégiques.....	22
4.2 Priorités de la réponse nationale.....	22
4.3 Vision de la réponse nationale.....	24
4.4 Principes directeurs.....	24
4.5 But du PSN	24
4.6 Axes stratégiques du PSN	24
AXE 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST	25
AXE 2 : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	28
AXE 3 : Amélioration de l'accès aux soins et traitements.....	30
AXE 4 : Promotion d'un environnement favorable aux Personnes Vivant avec le VIH et PA	34
AXE 5 : Soutien à la mise en œuvre du PSN	36
5 Budget du PSN 2014 – 2017	39
6 Cadre de mise en œuvre du PSN.....	41
6.1 Cadre institutionnel.....	41
6.2 Cadre opérationnel	41
6.3 Procédures de Gestion	42
6.4 Cadrage sectoriel.....	42
6.5 Mécanismes de mise en œuvre	43
7 Suivi et évaluation	44
7.1 Cadre des performances	44
7.2 Dispositif de suivi et évaluation	44
7.3 Circuit de transmission des données.....	45
7.4 Mécanisme de suivi et évaluation	45
7.5 Renforcement du système de suivi et évaluation	46
Annexe 1 : Situation générale de l'épidémie de VIH.....	48
Annexe 2 : Cadre des performances.....	75
Annexe 3 : Principes directeurs.....	78
Annexe 4 : Cadrage sectoriel	80
Annexe 5 : Liste des participants à la reformulation du PSN 2014-2017 RDC.....	82

Figure 1 : Carte administrative de la RDC	13
Figure 2 : Modélisation de l'incidence et de la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans, de 1990 à 2015	49
Tableau 1 : Tableaux des indicateurs sur les connaissances et les comportements en rapport avec le VIH/sida	18
Tableau 2 : Budget du PSN 2014 – 2017 par axe stratégique	39
Tableau 3 : Principaux facteurs de risque par sous-groupes	50
Tableau 4 : Évolution de nombre de centres CD de 2009-2011	55
Tableau 5 : Évolution de nombre des sites et ZS de dépistage et traitement des IST en RDC de 2009-2012	56
Tableau 6 : Niveau de réalisation des dépenses prévues dans le PSN de la lutte contre le VIH/sida par axe stratégique	72
Schéma 1 : Circuit de collecte et de transmission des données	45
Schéma 2 : Système de suivi et évaluation	46

Acronymes et abréviations

AGR	Activités Génératrices des Revenus
ARV	Médicaments Anti Retro Viral
BBS	Board Behavioral Sciences
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD4	Cluster of Differentiation 4
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CNMLS	Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CPMLS	Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CPN	Consultations Périnatales
DCIP	Dépistage Conseil Initié par les Prestataires
DSCR	Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPSP	Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
eTME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
ESURS	Enseignement Supérieur, Universitaire et de la Recherche Scientifique
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Plan de Gestion des Achats et de Stock
GTT	Groupe de Travail Thématique
HSB	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
Kit DBS	Kit de Dry Blood Sample
Kit PEP	Kit de Prise en Charge Précoce
LCS	Lutte Contre le Sida
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MoT	Etude sur les modes de transmission
MSP	Ministère de la Santé Publique
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et Communication
OCC	Office Congolaise de Contrôle
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PA	Personne affectée
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDV	Perdu De Vu
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le sida
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNSA	Programme National de la Santé des Adolescents
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PODI	Points de Distribution des médicaments antirétroviraux
PRONANUT	Programme National de la Nutrition
PS	Professionnel de Sexe
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida
PVV	Personne Vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo

SADC	Southern African Development Community (Communauté de Développement des Pays de l'Afrique Australe)
SEL	Secrétaire Exécutif Local
SEN	Secrétaire Exécutif National
SENA	Secrétaire Exécutif National Adjoint
SEP	Secrétaire Exécutif Provincial
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle et Néo-Infantile
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TARV	Traitement antirétroviral
UDI	Usager des Drogues Injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violence Sexuelle Basée sur le Genre
ZS	Zone de Santé

Préface



La République Démocratique du Congo vient de sortir d'une guerre de plus d'une décennie. La pandémie du VIH se présente comme une autre guerre qui risque de ravager un grand nombre de nos compatriotes, hommes, femmes, jeunes et enfants.

J'ai pris, sous mon leadership, la commande de la riposte à cette pandémie avec la détermination de réaliser ma vision d'une génération sans Sida dans mon pays, la République Démocratique du Congo.

En tant que Nation, nous devons prendre conscience du danger du VIH/SIDA, mobiliser et affecter plus de ressources de notre budget national pour la lutte contre cette pandémie.

Ainsi, avec l'appui complémentaire que nous recevons de nos partenaires internationaux, nous pourrions être à même de bouter le VIH et le Sida hors de notre territoire national.

J'invite les acteurs de tous les secteurs de la vie nationale, sous la coordination du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida, à mettre en œuvre les stratégies efficaces contenues dans ce Plan stratégique de la riposte au VIH pour la période de 2014 à 2017.

La République Démocratique du Congo est située au centre de plusieurs sous-régions africaines, ayant des profils épidémiologiques différents du nôtre. Nous ambitionnons qu'elle joue un rôle important dans la coordination d'échanges d'expériences positives et innovantes, dans la réponse commune régionale ainsi que dans des projets de production des Anti Retro Viraux en vue d'une riposte efficace au VIH dans la région africaine, pour ainsi réduire la souffrance des personnes qui sont infectées ou affectées par cette pandémie dans notre continent.

Joseph KABILA KABANGE

Président de la République Démocratique du Congo
Président du Conseil National Multisectoriel de lutte
contre le Sida

Avant propos



Le sida continue à être une menace mondiale qui mobilise encore les énergies avec plus d'ardeur et de détermination. D'après l'ONUSIDA, les avancées scientifiques et les nombreuses mesures prises au niveau international permettent aujourd'hui d'envisager l'espoir de la fin de l'épidémie du sida.

En RDC, la situation reste encore très préoccupante en dépit de multiples efforts fournis. D'énormes défis demeurent toujours bien que des progrès ont été réalisés dans plusieurs

domaines notés dans la riposte nationale au sida. En effet, moins de 20% de malades ont accès aux antirétroviraux, l'offre de services pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste très limitée à quelques sites, la persistance des comportements marginalisant les personnes vivant avec le VIH, le financement de la riposte nationale dépend à 97% de ressources extérieures.

Il nous faut aborder la question du sida en RDC avec plus de courage et d'engagement au-delà de ce qui a été déjà fait pour matérialiser l'initiative « Génération sans sida » lancée par le Chef de l'Etat.

Ce plan est donc un puissant instrument de planification de toutes les interventions en matière du sida et sa mise en œuvre doit se faire avec « Plus d'engagement, plus de responsabilités pour un Congo sans sida » par un fort leadership national. Le Gouvernement de la République à travers les ministères sectoriels définis dans le cadrage sectoriel de ce plan va agir efficacement pour relever les défis que nous impose le sida.

Toutes les autorités et leaders nationaux doivent agir maintenant dans la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2014-2017. Il nous faut une mobilisation accrue des ressources domestiques pour une réponse robuste, appropriée et stratégique à la problématique du sida en RDC. Il nous faut des mécanismes innovants de financement durable dans un partenariat public-privé permettant d'assurer une efficacité dans la prise en charge des interventions de lutte contre le sida.

Si l'espoir est permis au niveau international, il l'est également pour la RDC.

MATATA PONYO Mapon

**Premier Ministre, Chef du Gouvernement
1^{er} Vice - Président du CNMLS**

Remerciements



Le présent Plan Stratégique National est le fruit d'un long processus qui a été rendu possible grâce à la participation de plusieurs experts et la contribution de plusieurs partenaires impliqués dans la riposte nationale au sida.

Aussi, au terme de ce processus, je tiens à exprimer ici, au nom du Chef de l'Etat, Son Excellence Joseph KABILA KABANGE, Président du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS), toute ma gratitude à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cet important ouvrage depuis la revue de performance du programme sida, la formulation du cadre d'investissement et la révision du Plan Stratégique National sida. Mes remerciements s'adressent particulièrement :

- au Gouvernement de la République pour sa contribution financière et son implication de haut-niveau dans la conduite de ce processus ;
- aux membres des institutions publiques provinciales pour leurs disponibilités et l'intérêt manifeste qu'ils ont démontré tout au long de ce processus ;
- à pour leurs assistance financière nécessaire à la mise en œuvre de la feuille de route du processus ;
- à tous les partenaires du Gouvernement qui ont apporté l'assistance technique et financière à ce processus, notamment l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, le PNUD, le PAM, le Fond Mondial sida – tuberculose – paludisme, l'USAID/PEPFAR ;
- aux personnes ressources représentant les populations clés pour leur disponibilité et participation au processus tant du niveau central que provincial; et
- à tous les experts nationaux qui ont donné le meilleur d'eux même pour produire un travail de si grande qualité.

Je reste convaincu que cet engagement va se poursuivre aux prochaines étapes de la planification afin de produire des outils opérationnels de mise en œuvre du PSN, notamment les plans provinciaux et sectoriels de lutte contre le Sida.

Enfin, fort de ces instruments, je formule anticipativement toute la reconnaissance du CNMLS aux différents partenaires au développement en vue de la mobilisation des ressources nécessaires et conséquentes, aux fins de permettre l'atteinte des objectifs et résultats du PSN.

Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA

**Ministre de la Santé Publique
2ème Vice – Président du CNMLS**

Résumé exécutif

Le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2014 – 2017 est élaboré dans un contexte international d'espoir de la fin de l'épidémie à l'horizon avec la réduction importante de nombre des nouvelles infections au VIH. La République Démocratique du Congo voudrait par ce plan renforcer les acquis de la réponse nationale et passer à l'échelle de ses interventions dans le cadre de sa vision vers un Congo sans sida. C'est dans ce cadre qu'un processus fortement participatif et inclusif a procédé à la revue de performance du Programme sida et qui a conduit à l'élaboration du nouveau Plan Stratégique prenant en compte l'orientation du cadre d'investissement.

De la revue de performance du Programme sida :

L'analyse du profil épidémiologique du sida en RDC a montré que l'épidémie est de type généralisé en décroissance avec une prévalence de 1,1% dans la population générale en 2013. Cette prévalence est de 3,5% chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN en 2011. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes ainsi que plus urbaine que rurale.

Les professionnels de sexe et les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes constituent les populations clés qui alimentent l'épidémie. Parmi les populations passerelles figurent les miniers, les camionneurs, les femmes en uniforme, les pêcheurs, les populations mobiles, les migrants, les femmes victimes des violences sexuelles, les enfants de la rue, etc. Plusieurs déterminants identifiés expliquent la propagation du VIH dans la population, notamment le faible niveau de connaissance sur la prévention, de l'utilisation de préservatifs, d'accès aux services de dépistage et de prise en charge.

En dépit de l'engagement politique au plus haut sommet de l'Etat et des partenaires d'appui, la revue a dégagé d'importants défis de la réponse nationale, à savoir la mise à l'échelle de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'accès des malades du sida aux ARV ainsi que la dépendance de la riposte nationale aux ressources extérieures.

Le Plan Stratégique National 2014 – 2017 est fondé sur l'approche de la planification axée sur les résultats déclinés dans cinq axes stratégiques en impact, effets et produits au regard des priorités orientées du cadre d'investissement pour une génération sans sida en RDC.

Des orientations stratégiques :

Le présent PSN a pour vision « une génération sans sida » en RDC. Cinq axes stratégiques déterminent les résultats d'impacts, des effets et des produits à atteindre avec les interventions stratégiques au cours de la période 2014 – 2017. Ces axes portent sur :

- *La prévention de la transmission du VIH et des IST :*

Cet axe vise la réduction de la proportion de nouvelles infections à VIH dans la population générale et les groupes cibles notamment, les populations clés (HSH, UDI, PS et clients) et populations passerelles (camionneurs, miniers, pêcheurs, population en milieu carcéral, femmes et hommes en uniformes, personnes en milieu de travail, personnes en situation humanitaire) ainsi que les jeunes, la proportion de la transmission du VIH par voie sanguine et des IST.

- *L'élimination de la transmission de VIH de la mère à l'enfant :*

Le deuxième axe vise la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants par les interventions ciblant les femmes en âge de procréer, la satisfaction des besoins en planification familiale, la réduction de la transmission verticale du VIH de la femme enceinte à l'enfant et la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans une approche impliquant le partenaire masculin.

- *L'amélioration de l'accès aux soins et traitement :*

Le troisième axe se traduit par la réduction de nombre de décès lié au VIH par la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, la prise en charge de la coinfection VIH-tuberculose et la mise sous traitement ARV des PVV retenues dans la file active.

- *La promotion d'un environnement favorable aux personnes vivant avec le VIH et personnes affectées :*

Cet axe décrit la réduction de l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVV et PA, des violences sexuelles et des inégalités liées au genre par le renforcement du pouvoir socioéconomique de femmes et filles (PVV, PA et PTA, Survivantes des violences sexuelles et OEV de plus ou moins 18 ans), l'accès de PVV, PA, femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG aux services de protection et promotion de leurs droits, la prise en charge des OEV et la réduction des aspects liés aux inégalités des sexes/genres.

- *Le soutien à la mise en œuvre du PSN :*

L'axe du soutien permet d'assurer une réponse efficace à l'épidémie du VIH par l'amélioration de la mobilisation et la gestion rationnelle des ressources financières nécessaire, l'intégration des interventions sida dans les systèmes de base des secteurs, la performance du fonctionnement du système national de suivi et d'évaluation pour disposer les informations stratégiques (recherche) et la coordination harmonieuse de la riposte nationale.

Du budget :

Le coût global de la mise en œuvre du PSN s'élève à 2 150 142 061 \$US repartit de la manière suivante :

- 699 045 646 \$US, soit 32% pour l'ensemble de la prévention ;
- 99 814 143 \$US, soit 5% pour l'eTME ;
- 641 940 688 \$US, soit 30% pour les soins et traitement ;
- 290 392 809 \$US, soit 14% pour l'assistance aux PvVIH et PA et
- 418 948 775 \$US, soit 19% pour le soutien à la coordination.

Du cadre de mise en œuvre du PSN :

L'Ordonnance présidentielle n° 11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le Décret présidentiel n° 04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du PNMLS oriente la politique nationale de lutte contre le VIH/sida et organise les structures de mise en œuvre du PSN tant au niveau central, sectoriel que décentralisé.

Un cadrage sectoriel définit les rôles et responsabilités de dix secteurs prioritaires d'exécution du PSN.

La mise en exécution du PSN sera traduite dans plusieurs instruments opérationnels, notamment le plan d'action opérationnel consolidé par de différents plans d'action opérationnel des provinces et des secteurs, le plan national de suivi et d'évaluation, le plan de gestion des achats et des stocks, etc.

Des annexes :

Pour des informations plus détaillées, quelques documents de base sont en annexe, notamment la situation de l'épidémie et de la réponse, le cadre de performance, etc.

1 Processus de la révision du Plan Stratégique National 2010-2014

1.1 Introduction

La République démocratique du Congo (RDC) connaît une épidémie à VIH généralisée avec 1,1% de prévalence auprès de la population générale. Parmi les premiers pays en Afrique sur le front de la lutte contre le sida, l'élan de la RDC a été freiné par deux décennies de troubles politico-militaires et sociaux. Comme tous les autres plans de développement national, la mise en œuvre de celui de la réponse au sida fait aujourd'hui face à de grands et nombreux défis.

Fort heureusement, les autorités nationales ont fait de la riposte au sida une priorité traduite dans le Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) avec déclinaison dans les politiques sectorielles. Ce qui justifie chaque fois l'attention particulière que le Chef de l'Etat accorde à cette question lors de ses différentes adresses à la Nation et à la Communauté internationale, notamment lors de la prestation de serment d'investiture, la présentation de l'état de la nation au Congrès, ainsi qu'au cours de sa participation à l'Assemblée Générale de l'ONU, aux Sommets de la francophonie, de la SADC, ...

Face à la nécessité de répondre aux besoins d'une riposte appropriée au regard des mutations prioritaires au niveau global, régional et national, la RDC s'est engagée dans un processus participatif et inclusif de la revue des performances du Programme sida sous le leadership du Président de la République, Président du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS) et la coordination du Secrétariat Exécutif National du PNMLS en collaboration avec ses partenaires dont l'aboutissement est la révision du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010 – 2014 en cours d'exécution et l'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le sida pour la période 2014-2017.

1.2 Revue des performances du Programme Sida

1.2.1 Phase préparatoire

La phase préparatoire a porté sur la mise sur pied d'un comité de pilotage inclusif en charge de la supervision du processus, l'élaboration des Termes de références (TDRs) sur les modalités du déroulement de la revue, le recrutement des consultants internationaux et nationaux ainsi que sur la mobilisation des ressources.

1.2.2 Phase de revue documentaire

Cette phase a porté essentiellement sur les points suivants :

- Analyse de la réponse des thématiques au niveau central et provincial selon les axes du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014, à savoir : (i) la réduction de la transmission des IST et du VIH ; (ii) l'amélioration de l'accès universel aux soins et traitement ; (iii) l'atténuation de l'impact socio-économique du VIH et du sida et (iv) le soutien à la mise en œuvre du PSN sur la base des outils de collecte des données.
- Analyse du profil épidémiologique du VIH ;
- Analyse des dépenses financières engagées et
- Mise en commun générale lors des ateliers de consensus sur les différents rapports de chaque province et du niveau central.

1.2.3 Phase de revue conjointe

Une revue externe fondée sur les résultats de l'analyse thématique a été réalisée au cours des missions conjointes des visites sur terrain au niveau central, provincial, dans les zones de santé et au niveau des communautés. Ainsi, toutes les provinces et les secteurs prioritaires ainsi que les organisations communautaires et groupes spécifiques ont-ils été explorés.

La synthèse des résultats avait fait l'objet d'un atelier national de restitution et de validation.

1.3 Elaboration du cadre d'investissement

Un processus d'élaboration du cadre d'investissement a été aussi initié pour orienter les priorités du Plan Stratégique National 2014 – 2017.

1.4 Révision du Plan stratégique 2010 – 2014

- Rédaction du projet du Plan Stratégique National révisé par un groupe restreint d'experts multisectoriels ;
- Consensus au niveau de chaque province sur le projet du Plan Stratégique National révisé ;
- Consensus au niveau national sur le projet du Plan Stratégique 2014 – 2017 prenant en compte les contributions des provinces, divers experts ainsi que des partenaires au développement.

1.5 Adoption et endossement du PSN

Le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2014 – 2017 est **adopté** par le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS) sous le leadership du Chef de l'Etat, Président du CNMLS.

Ce plan est **endossé** par le Gouvernement pour son appropriation, son financement et sa mise en œuvre.

Ce processus s'est déroulé du mois de mai au mois de novembre 2013.

1.6 Les prochaines étapes

Les étapes suivantes sont programmées pour la mise en œuvre du PSN 2014 – 2017 :

- Elaboration du Plan de suivi et évaluation ;
- Mobilisation des ressources ;
- Révision des Plans Sectoriels. Celui de la santé devra prendre en compte l'élaboration du Plan de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) ainsi que le Plan de renforcement du réseau de laboratoires.
- Elaboration des Plans provinciaux.

2 CONTEXTE GENERAL

2.1 Contexte géographique et administratif

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale. Elle partage 9 165 kilomètres des frontières avec neuf pays : à l'Est par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; à l'Ouest par la République du Congo ; au Nord par la République Centrafricaine et le Sud-Soudan et au Sud par la Zambie et l'Angola.

Avec une superficie de 2 345 409 Km², la RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend onze provinces (Bandundu, Bas-Congo, Equateur, Katanga, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Kinshasa, Maniema, Nord-Kivu, Province Orientale et Sud Kivu). Chaque province est divisée en districts, le district en territoires, le territoire en secteurs ou chefferies, le secteur ou chefferie en villages ou localités. La RDC compte 25 districts administratifs, 21 villes, 145 territoires administratifs et 77 communes.

La Constitution de la troisième République votée en 2006 prévoit le passage à 26 provinces et reconnaît aux entités territoriales décentralisées le droit d'une plus grande autonomie de gestion des affaires locales et provinciales avec un budget propre, d'organisation et de la gestion des soins de santé primaires.

Le pays connaît plusieurs climats à savoir le climat tropical et humide au nord et au Sud, le climat équatorial au centre et le climat tempéré en altitude à l'Est.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



2.2 Contexte démographique

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain¹, la population de la RDC était estimée en 2012 à 68 343 178 habitants (50,1% de femmes), dont 50% de la population est âgée de moins de 16 ans. Elle était à majorité rurale (65,2%) et avait un taux d'accroissement annuel estimé à 2,6% entre 2010 et 2015. L'espérance de vie à la

¹Rapport sur le développement humain. – L'essor du sud : le progrès humain dans un monde diversifié. PNUD ; mars 2013

naissance était de 48,2 ans. Le taux net de migrations² était de - 0,1 pour 1000 personnes dans la période comprise entre 2005 et 2010. L'émigration se fait souvent vers les pays limitrophes dont la prévalence à VIH est supérieure à celle de la RDC.

2.3 Contexte économique

Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant est de 276 \$US. La majorité de la population congolaise est pauvre : 71,3% de congolais vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Parmi eux, 77% de travailleurs indépendants et les apprentis sont parmi les plus pauvres, de même que 66% de manœuvres, d'employés, d'ouvriers semi-qualifiés et 40% de cadres de direction et de collaboration.

Cette pauvreté se caractérise par un faible revenu, une insécurité alimentaire, une réduction de l'accès aux soins de santé, à la scolarisation et à un logement décent. Selon le rapport de l'indice de développement humain³ de Mars 2013, la RDC est classée au 186^{ième} pays sur 186.

Au cours des dernières années, la situation économique de la RDC a connu des évolutions positives majeures en termes de croissance et d'amélioration des finances publiques grâce à des politiques macroéconomiques harmonieuses, un rythme soutenu de réformes, une conjoncture extérieure favorable, un allègement de la dette extérieure et un accroissement de l'aide consentie par la communauté internationale. En 2012, la croissance économique est demeurée forte et a connu une progression de 6.7% projeté à 7.2% contre 6.9% en 2011. Le condensé hebdomadaire des informations statistiques numéro 32 de la Banque Centrale du Congo indique que le taux de croissance du PIB en 2013 est de 7.9%.

Le taux d'investissement a connu un accroissement significatif essentiellement tiré par l'investissement privé, et le volume des investissements directs étrangers estimé à 15 milliards de dollars américains.

Le taux d'inflation se situait à 0,3% au terme de cinq premiers mois de l'année 2013, et si la tendance se maintient, la RDC enregistrera le plus bas niveau d'inflation jamais atteint inférieur à 1%. D'après le Gouvernement de la RDC « La mobilisation des recettes publiques a été spectaculaire, permettant au pays de financer actuellement des projets de développement sur ses ressources propres. Les recettes courantes qui ne représentaient que 7,9% du PIB en 2002 se chiffraient à 22% en 2012 ».⁴

2.4 Contexte social

1) Contexte alimentaire et nutritionnel

La situation de sécurité alimentaire en RDC est jugée « d'extrêmement alarmante » tenant compte de l'indice global de la faim⁵. Sur le plan nutritionnel, la situation demeure préoccupante malgré l'amélioration observée sur le niveau national de la malnutrition aigüe globale (passée de 13,4% en 2007 selon l'EDS à 10,7% en 2010 selon le MICS). Parmi les 2 500 000 enfants malnutris, plus de 800 000 enfants malnutris sévères et modérés demeurent sans assistance. Par ailleurs, 52% de personnes vivant avec le VIH sont malnutries⁶.

2) Contexte humanitaire et sécuritaire

Depuis plus d'une décennie, la RDC connaît une crise humanitaire se traduisant par un nombre important de déplacés internes, de réfugiés, de rapatriés et de refoulés notamment dans les Provinces du Nord Kivu, Sud Kivu, Equateur, Province Orientale et Katanga.

²Taux net de migrations : rapport de la différence entre le nombre d'immigrants et d'émigrants dans un pays pendant une période spécifique par rapport à la population moyenne pour cette même période exprimé pour 1 000 personnes.

³Rapport mars 2013, IDH

⁴Discours du Premier ministre devant l'assemblée Nationale, 2013

⁵IFPRI (2012) Global hunger index

⁶PNLS, Etat nutritionnel des PVV et bénéfice de leur prise en charge nutritionnelle dans 8 villes de la RDC, avril 2013

Selon le Rapport des progrès des OMDs 2010, les femmes et jeunes filles victimes de violences sexuelles et basées sur le genre représentent 35% de l'ensemble de femmes. Par ailleurs, selon le Rapport du Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, elles sont des personnes à haut risque d'être infectées par le VIH tandis que le Rapport d'activités sur la réponse au VIH, du mois de Mars 2012 du PNMLS renseigne que la prévalence du VIH chez les femmes victimes des viols sexuels est estimée à 20%.

2.5 Système de santé en RDC⁷

Le système de santé en RDC est de type pyramidal à trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 directions et 52 programmes spécialisés et les hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation des soins de santé tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire ou provincial compte actuellement 11 inspections provinciales de la santé, 65 districts sanitaires et les hôpitaux provinciaux. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, les stratégies, des politiques sous formes d'instructions et des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des zones de santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'hôpital provincial, les soins de santé de référence secondaire. La constitution de la troisième République prévoit le passage de 11 provinces à 26. Le niveau intermédiaire comptera ainsi 26 inspections provinciales dans les années qui suivent, 26 divisions provinciales étant déjà créées par arrêté du Ministre de la santé publique.

Le niveau périphérique comprend 516 zones de santé avec 393 hôpitaux généraux de référence et 8 504 aires de santé planifiées dont 8 266 disposant d'un centre de santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie de soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

⁷Plan National de développement des Ressources humaines pour la santé 2011-2015

3 SITUATION GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH

3.1 Situation générale de l'épidémie du VIH

3.1.1 Prévalence du VIH

1) Prévalence de l'infection à VIH

- ❖ Prévalence dans la population générale : En 2013, la prévalence de l'infection par le VIH en RDC est estimée à 1,1%⁸ dans la population générale. Chez la femme enceinte, cette prévalence est estimée également à 3,5%⁹ selon les données de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes ayant utilisé les services de CPN en 2011. C'est une épidémie du VIH de type généralisé.
- ❖ Prévalence selon l'âge et selon le sexe : Selon l'EDS-2007, la prévalence du VIH est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (1,9 % contre 0,8 %). Chez les jeunes de 15-24 ans, elle est estimée à 0,8 %. Dans cette tranche d'âge, elle est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,0 % contre 0,5 %).
- ❖ Disparités régionales : Selon la même source, la prévalence du VIH en milieu urbain est de 1,9% et en milieu rural 0,8%. La prévalence est plus élevée à Kinshasa, dans les provinces Orientale, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu (1,9%). Elle est de 0,7% dans l'ensemble des provinces du Bandundu, Bas-Congo et Equateur.

2) Prévalence du VIH dans les populations cibles

- ❖ Prévalence du VIH dans les populations clés : Elle est de 6,9% chez les professionnels de sexe, 31% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes¹⁰ et 11% chez les détenus, 12% chez les consommateurs de drogues intraveineuses (données régionales d'Afrique). Bien que la prévalence du VIH chez les professionnels de sexe soit passée de 16,9% en 2006 à 6,9% en 2012 pour l'ensemble du pays, on note encore de fortes disparités régionales allant de plus de 10% à moins de 5% (Mbuji Mayi : 14,2%, Lubumbashi : 10,2%, Kinshasa : 9,8%, Matadi : 2,4% et Bukavu : 3,2%).
- ❖ Populations passerelles : La prévalence chez les populations passerelles est passée de 6 % à 1,8% chez les miniers et de 5,3% à 1,2% chez les camionneurs de 2005 à 2012. Les sites de Lubumbashi (2% chez les camionneurs et 3,1% chez les miniers), Mbuji Mayi (2,3% chez les miniers et 2,1% chez les enfants de rue), Kananga (2,8% chez les miniers) et Goma (3% chez les enfants de rue) ont présenté des prévalences relativement élevées.
- ❖ Populations vulnérables : Les autres populations vulnérables présentent également des prévalences élevées. Il s'agit des femmes en uniformes : 7,8%, pêcheurs : 6,6%, populations mobiles : 5,9%, migrants : 5%, femmes victimes des viols : 20% et femmes déplacées : 7,6%. Cette prévalence est de 1,3% chez les enfants de rue¹¹.

3.2 Nouvelles infections

En 2012, le nombre de nouvelles infections par le VIH était estimé à 34.000. Les résultats de l'étude sur les modes de transmissions du VIH (MoT) réalisée en 2013 se présentent comme suit pour les années à venir :

⁸Prévalence obtenue à l'aide d'une projection réalisée avec l'outil Spectrum, utilisant les résultats de l'EDS 2007

⁹Rapport épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN 2011, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (PNLS). PNLS 2011

¹⁰H. Mbwolie, Rapport d'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée du VIH chez les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes à Kinshasa, 2011.

¹¹ BSS2 à 2013

- 63,3% de nouvelles infections surviendront dans les couples hétérosexuels stables du fait notamment de la fréquentation des populations à risque par au moins l'un des partenaires ;
- 15,55% de nouvelles infections interviendront chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- 5,88% de nouvelles infections interviendront chez les clients des professionnels du sexe ;
- 4,65% de nouvelles infections interviendront chez les personnes aux multiples partenaires sexuels occasionnels.

Bien que ne représentant que 5,9% de nouvelles infections à venir, le groupe de professionnels de sexe reste le noyau de diffusion de l'infection le plus important en RDC où la transmission hétérosexuelle du VIH demeure le mode le plus important.

En 2012, selon les estimations basées sur les données de sérosurveillance chez les femmes enceintes et celles de la population générale, 72% de nouvelles infections par le VIH devraient survenir chez les enfants et jeunes de 0 à 24 ans. Les nouvelles infections des enfants de 0 à 4 ans représenteraient 31,2% de toutes les nouvelles infections à survenir au cours de cette même année. Il a été constaté également que les femmes ont contribué pour près de 58% aux nouvelles infections survenues à cette période.

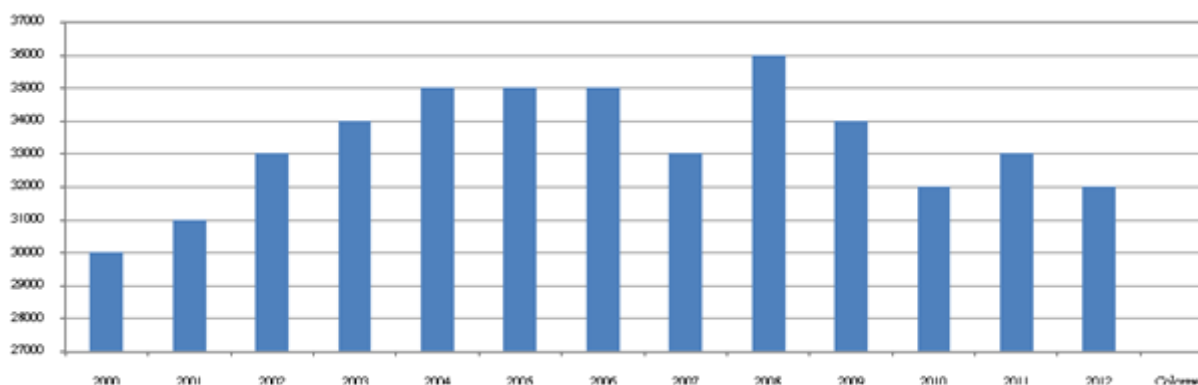
3.2.1 Nombre de personnes vivant avec le VIH et OEV

En 2013, on estime à 481 122 (441 233 – 526 464) le nombre de Personnes Vivant avec le VIH et à 391 053 (351 235 – 436 437) le nombre d'orphelins du sida.

3.2.2 Nombre de décès dus au sida en 2013

En 2013, le nombre de décès dus au sida est estimé à 31 835 (28 575 – 35 864).

Graphique 1 : Evolution du nombre de décès



Ce graphique montre que le nombre de décès liés au VIH/sida a connu un accroissement à partir de 2000 avec un pic en 2008. A partir de 2009, on observe une décroissance jusqu'en 2012 probablement liée à l'augmentation de l'accès à la thérapie ARV.

3.2.3 Connaissance et comportement en rapport avec le VIH/sida

Tableau 1 : Tableaux des indicateurs sur les connaissances et les comportements en rapport avec le VIH/sida

Indicateurs	Jeunes 15 à 24 ans	Adultes de 15 à 49 ans	Camionneurs	Miniers	Enfants de la rue	Professionnels de sexe
Connaissance des modes de prévention du VIH						
Citent spontanément les 3 modes de prévention du VIH			9,5%	8%	5,9%	21,3%
Pourcentage de personnes qui décrivent correctement les moyens de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission.	15,2%					
Comportement sexuel						
Ont eu des rapports sexuels avec un partenaire autre que le conjoint/partenaire sexuel régulier		5,7% (F)	59%	77,3%		
Ont utilisé un préservatif avec un partenaire payant lors du dernier rapport sexuel		14,9%	69,7%	52,2%	21,9%	69%
Age médian au premier rapport sexuel					14 ans	
Exposition aux activités de lutte contre le VIH et accès aux services						
Avoir fait le test VIH volontairement et avoir été notifié du résultat		13,2%	85,1%	81,5%	83,4%	96,7%

Certains phénomènes sociaux tels que « Tumpatu » (très jeunes filles qui s'adonnent à la prostitution dans les carrières minières et « Patron » (jeunes garçons qui ont des rapports sexuels monnayés avec des femmes plus âgées dans des carrières minières) témoignent de la précocité des rapports et de l'existence des rapports intergénérationnels qui sont des facteurs de risques importants pour la transmission du VIH chez les jeunes.

3.3 Etat de la réponse nationale

3.3.1 Prévention de la transmission des IST et du VIH

L'analyse des domaines d'actions prioritaires de l'axe stratégique prévention a montré la situation suivante :

- ❖ *Environnement politique, (Normes, Partenariat, Législation) pour la mise en œuvre des interventions de prévention de la transmission des IST et du VIH*

Existence de la Loi 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées et des lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles;

Plusieurs documents normatifs ont été élaborés.

- ❖ *Communication pour le changement de comportement : d'une manière générale :*
 - 16% de la population sexuellement active ont eu accès aux informations et parmi lesquelles seulement 4% ont été testés au VIH.
 - 34,8% de jeunes âgés de 15 à 24 ans ne possèdent ni les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH, ni n'en rejettent les principales idées erronées.
 - Plus de 10% de jeunes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.
 - Faible couverture géographique et des interventions pour les populations clés (PS, HSH), les prisonniers, les populations en situation humanitaire d'urgence, les enfants vivant dans la rue, ... ;

- ❖ *Populations clés (PS, HSH) :* Selon le rapport GARP 2013, 30,5 % de PS et 20,8% de HSH ont été touchés par les programmes de prévention (faible couverture des interventions). Parmi eux, 32 % de PS et 15,3% d'HSH ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client.
- ❖ *Conseil et dépistage du VIH :* Plus de 80% de besoins en Conseil et Dépistage Volontaire/DCIP ne sont pas couverts. Et on note une régression en nombre de sites de CDV communautaire en faveur de l'approche intégrée.
- ❖ *Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles :*
 - Plus de 60% d' ISTs restent non dépistées ;
 - 30% d'ISTs n'ont pas été soignées selon l'approche syndromique ;
 - Une faible couverture des besoins de prise en charge des IST (géographique et cibles), qui devrait être étendue à 8224 FOSA ;
 - Une faible capacité des prestataires dans l'application de l'approche syndromique pour la prise en charge des IST ;
 - Une rupture itérative de stocks en intrants pour la prise en charge des IST.
- ❖ *Prévention de la transmission par voie sexuelle (Promotion et distribution des préservatifs et gel lubrifiant aqueux) :*
 - 46% de la population sexuellement active n'utilisent pas de préservatifs lors des rapports occasionnels ;
 - Une régression dans l'utilisation de préservatifs de 27% en 2008 à 14,9% en 2012 ;
 - Plus de 92% de la population en âge de procréer n'ont pas d'accès aux préservatifs.
- ❖ *Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine :* en 2012, il y avait 680.509 sangs transfusés selon les normes sur 962.917, soit 71%.
- ❖ *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :* les résultats préliminaires dans la mise en œuvre du Plan National eTME 2012-2017 montrent que 13% de femmes enceintes VIH positif mises sous ARV, 11% de formations sanitaires (944) offrent au moins une intervention de PTME et 6% de FOSA assurent la TARV pour les femmes enceintes séropositives. Par ailleurs, on note une insuffisance d'intégration de l'ensemble des éléments du paquet de PTME dans les services de CPN.

Près de 94% d'enfants nés des mères séropositives n'ont pas bénéficié d'un diagnostic précoce de leur statut ; l'application de l'option B+ est en phase de démarrage au sein des structures de 6 zones de santé pilote de la province du Katanga.

3.3.2 Amélioration de l'accès aux soins et traitement

- ❖ *Soins et traitement :* En 2012, près de 29% (suivant les anciennes recommandations de l'OMS) de besoins nationaux en TARV étaient couverts, soit 64 219 malades dont 64,5% de femmes et 9% d'enfants;
- ❖ *Prise en charge des infections opportunistes :* En 2012 seules 280 sur 516 zones de santé ont assuré la prise en charge des infections opportunistes (soit 54,4%) .
- ❖ *Prise en charge de coinfection tuberculose-VIH :* En 2012, on note l'existence d'une politique nationale, avec des stratégies et outils pour la mise sous chimio prophylaxie à l'Isoniazide (INH) des Personnes Vivant avec le VIH, 70% de tuberculeux n'ont pas été testés pour le VIH et 60% de co-infectés TB/VIH n'ont pas été mis sous TARV.
- ❖ *Autres co-morbidités :* les connaissances et les données stratégiques sur les hépatites, les tumeurs néoplasiques, les méningites à cryptocoques ne sont pas encore suffisamment documentées.
- ❖ *Prise en charge nutritionnelle de personnes vivant avec le VIH :* 52% de Personnes vivant avec le VIH sont dénutries à l'admission pour l'initiation du traitement antirétroviral ; plus de la moitié de PVV n'ont pas eu accès à une alimentation adéquate et ont reçu en moyenne un repas par jour. Seulement 9,2% de PVV ont reçu une aide alimentaire.

- ❖ *Accompagnement psycho-social* : On note l'existence des normes et directives et que 29% de PVV ont bénéficié du soutien psychologique parmi celles qui sont suivies.
- ❖ *Système de laboratoire* : Faible niveau de fonctionnement du réseau de laboratoire mis en place en vue d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de laboratoire pour un meilleur suivi biologique des PVV et de l'efficacité des traitements ARV. Actuellement le réseau comprend :
 - 3 pools : Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi dont les deux derniers ne font pas de PCR ;
 - 377 structures sur 1032 ne disposent pas de laboratoire pour le dépistage et le suivi biologique des PVV. Il est prévu deux structures avec laboratoire par zone de santé.

3.3.3 Promotion d'un environnement favorable aux Personnes Vivant avec le VIH et PA

On note l'existence des cellules ministérielles de lutte contre le sida dans les ministères et plusieurs textes légaux ainsi que l'implication des organisations de la société civile.

Cependant, différents rapports dont celui de l'Index stigma montrent :

- Une grande vulnérabilité socioéconomique des personnes vivant avec le VIH (Plus de 85% de Personnes Vivant avec le VIH vivent en dessous du seuil de la pauvreté) ;
- L'existence des situations de stigmatisation et de discrimination ;
- L'absence de mesures d'application de la Loi portant protection des Personnes vivant avec le VIH et PA
- Un paquet minimum d'interventions en faveur des OEV non clairement défini au niveau national ;
- L'insuffisance de la mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre les inégalités liées au genre qui influent sur la féminisation de l'épidémie ;
- 35% de femmes sont victimes de VSBG (Rapport des progrès OMD 2010) ;
- 20% de femmes victimes de viol sont séropositives au VIH ;
- L'absence d'approche stratégique nationale pour la prise en compte de la prévention et de la prise en charge de l'infection à VIH dans les situations de crises et catastrophes humanitaires.

3.3.4 Soutien à la mise en œuvre du PSN 2010 – 2014

En dépit de l'ordonnance présidentielle n°11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le décret n°04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du PNMLS et du document qui décrit les rôles et responsabilités de chacun des 10 secteurs en matière de lutte contre le VIH, certaines faiblesses demeurent :

- Les mesures de mise en œuvre de l'ordonnance sur l'organisation du PNMLS ne sont pas suffisamment prises ;
- Le niveau d'accompagnement des secteurs dans la mise en place des organes de coordination et l'intégration de la lutte au sein de leurs systèmes de base respectif reste faible ;
- Les financements relatifs au VIH sont largement tributaires des sources extérieures qui représentaient 97,95% en 2012 ;
- Les données sur certaines populations cibles (utilisateurs de drogues injectables ; hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; professionnels de sexe ; populations en milieu carcéral) sont moins disponibles ;
- Le système de remontée de l'information (la nature des données à collecter par secteur, la périodicité et le circuit) au niveau multisectoriel n'est pas clairement défini.

L'implication des systèmes de base dans la mise en œuvre du PSN 2010 – 2014 a été déterminante dans la réalisation des résultats observés malgré les multiples faiblesses en terme des capacités et d'intégration des interventions.

3.4 Résumé de l'analyse de la riposte au sida

La RDC s'est alignée aux différents engagements internationaux relatifs à l'accès universel aux soins des Personnes Vivant avec le VIH, à la génération sans sida, à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et a développé des normes, directives et guides techniques en lien avec les recommandations et standards internationaux.

La réponse à l'épidémie de l'infection à VIH/sida a été conduite selon une approche multisectorielle et a impliqué les différents secteurs prioritaires. Les interventions menées ont mis à contribution les 3 composantes (publique, privée et communautaire) et toutes les parties prenantes y compris les partenaires, dans la démarche de la compréhension de l'épidémie, la conception des actions, leur mise en œuvre et leur pérennisation. Toutefois, les niveaux de performance de la lutte contre le VIH en RDC sont restés en-deçà des objectifs fixés par le PSN sous revue.

Un peu plus de la moitié de la population n'est pas couverte ou n'est pas atteinte par les interventions de lutte contre le VIH/sida. Et, là où les services sont organisés, très peu de personnes y ont accès parce que leur installation n'a pas tenu compte des besoins réels en termes de facteurs de vulnérabilité et prévalence de la population, des capacités financières et barrières socioculturelles.

La contribution financière de l'Etat reste trop faible et les décaissements trop lents¹². Cependant, il faut noter une volonté de développer des mécanismes de financements nationaux innovants indispensables pour accroître le niveau de contribution interne au financement de la lutte (taxe carburant, téléphonie, billets d'avion...).

3.5 Opportunités pour une riposte efficace

Plusieurs opportunités s'offrent à la RDC pour un passage à l'échelle des interventions nécessaires face aux énormes défis que pose le sida, notamment :

- L'engagement effectif du Gouvernement de la République de faire de la riposte au sida sa priorité ;
- L'appropriation de la lutte contre le sida par certaines grandes entreprises minières, brassicoles et de transport pouvant servir de base d'extension pour les autres entreprises ;
- L'allocation de 130 millions US\$ par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans le cadre du Nouveau Modèle de Financement ;
- L'attention favorable de la communauté internationale sur la situation du VIH en RDC ;
- L'engagement du PEPFAR dans l'appui à la mise en œuvre du PSN notamment en ce qui concerne l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Les efforts soutenus d'harmonisation qui ont démarré entre les partenaires pour plus de synergies, d'efficience et de coordination ;
- L'engagement des ONG/associations nationales et internationales sur la prévention du VIH, la prise en charge du sida et l'atténuation de l'impact ;
- La validation du Cadre d'Investissement, outil d'orientation des priorités du PSN et de mobilisation accrue des ressources domestique, qui renforce l'appropriation nationale de la riposte ;
- L'engagement de plusieurs partenaires techniques et financiers dans la gestion du volet de la co-infection TB/VIH ;
- La mise en œuvre des initiatives sous régionales de lutte contre le sida (SADC, GLIA) ;
- L'accompagnement remarquable du Programme sida de la RDC par les Agences du Système des Nations Unies et les partenaires bi et multilatéraux.

¹²L'Etat n'a pas été en mesure de décaisser les 5% conditionnels aux financements du Fonds Mondial des Round 7 et 8.

4 Orientations stratégiques de la réponse nationale au sida

4.1 Grandes options stratégiques

La riposte nationale au sida en RDC sera orientée vers l'atteinte des « trois zéros » (zéro nouvelle infection, zéro décès et zéro discrimination) liés au sida ainsi que le huit cibles sur dix jugées pertinentes pour le pays par la Déclaration politique sur le VIH et le sida faite lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2011. Il s'agit de réduire la transmission par voie sexuelle, *Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues*, éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement, éviter les décès liés à la tuberculose, parer à l'insuffisance des ressources, éliminer les inégalités entre les sexes, éliminer la stigmatisation et la discrimination, *déplacement et renforcer l'intégration de la riposte au VIH*. Ainsi, se fondant sur la bonne connaissance de l'épidémie du VIH et l'état de la réponse nationale, des populations et des zones géographiques cibles prioritaires seront identifiées.

A l'aide du Cadre d'investissement, les interventions prioritaires à haut impact à mettre en œuvre au bénéfice des populations prioritaires dans les zones géographiques prioritaires identifiées seront sélectionnées dans l'optique d'un meilleur impact de la riposte nationale, à moindre coût. Cet outil se fonde sur une stratégie d'intégration et de développement des passerelles avec les principaux secteurs. Cette démarche vise l'économie d'échelle, l'optimisation des ressources et des moyens, le renforcement des synergies et des complémentarités, l'amélioration du ciblage et la coordination des activités.

Pour ce faire, le système communautaire et le système de santé seront renforcés, leur collaboration améliorée, afin de garantir une demande, ainsi qu'une utilisation optimale de l'ensemble des services offerts.

Dans cette optique, les synergies seront créées entre les différents secteurs engagés dans la réponse nationale, afin d'utiliser au mieux leurs avantages comparatifs intrinsèques pouvant améliorer les résultats de la réponse nationale au VIH et au sida. Ceci se fera sous le leadership renforcé du Secrétariat Exécutif National du PNMLS qui veillera, d'une part, à l'organisation et la mise en œuvre des réponses sectorielles, et, d'autre part, à l'alignement, l'harmonisation, de même que la coordination des interventions des parties prenantes autour des priorités nationales.

Les provinces, sur base des orientations nationales, planifieront la riposte à leur niveau, en répondant au mieux, avec des ressources propres accrues, à leurs particularités. Au niveau national, également les contributions financières domestiques seront améliorées en sollicitant l'appui de l'Etat et le privé institutionnel que les ménages.

Les résultats de cette nouvelle dynamique seront mesurés par le biais d'un système de suivi et évaluation unique, fonctionnel et mieux coordonné, ainsi que des efforts de recherche mieux orientés et financés.

4.2 Priorités de la réponse nationale

4.2.1 Orientations du cadre d'investissement

Le cadre d'investissement a retenu un portefeuille d'intervention articulé autour des activités programmatiques de base, la synergie des interventions entre les secteurs et le retour sur investissement.

Activités programmatiques de base :

- changement de comportements,
- interventions ciblant les populations clés,
- PTME,
- préservatifs et
- soins et traitements.

Synergie des interventions entre les secteurs :

- Les programmes ciblant les populations clés se feront entre les secteurs de la santé (CDV, IST), du social (approche genre, mobilisation des femmes, lutte contre les violences sexuelles) et des finances (microcrédit) ;
- L'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants se fera dans une synergie entre les secteurs de la Santé, Education et Jeunesse ;
- Le traitement, soins et soutien aux Personnes Vivant avec le VIH vont se faire en synergie entre les secteurs de Santé et le monde du travail.

Retours sur investissement :

En appliquant le cadre d'investissement, l'augmentation progressive des dépenses permettra d'éviter 213 000 infections (-35%) dont 162 000 chez les adultes et 50 000 chez les enfants d'ici 2020.

Les décès liés au sida évités d'ici 2020 seront de 297 000 (-57%) dont 268 000 chez les adultes (-54%) et de 29 000 chez les enfants (-40%). Le coût – efficacité serait de 12.000 \$US par infection évitée et 8.800 \$US par décès évités. Pour les 213.000 infections évitées, le bénéfice serait de 2.556.000.000 \$US et pour 297.000 décès évités, le bénéfice serait de 2.613.600.000 \$US, soit un bénéfice de 5.169.600.000 \$US pour 2013 - 2020.

4.2.2 Principales cibles à atteindre

Dans ce PSN, les principales cibles suivantes ont été retenues :

- 16 600 253 femmes en âge de procréer (soit 80% du total) seront touchées par les interventions de communication pour le changement de comportement ;
- 1.141.058 PS (soit 75%) et 245.589 HSH (soit 26,6%) seront touchés par les programmes de prévention ;
- 12 662 614 adultes (soit 30% du nombre total d'adultes âgés de 15 – 49 ans) seront amenés à utiliser le service de conseil et dépistage du VIH ;
- 232.067 patients éligibles aux ARV y auront accès ;
- 26.108 femmes enceintes VIH+ (80% de l'effectif) recevront les ARV pour réduire la transmission du VIH à leur enfant ;
- Au moins 80% de jeunes de 15 à 24 ans auront des bonnes connaissances sur les modes de transmission du VIH et rejeteront les principales idées fausses ;
- Au moins 90% de jeunes de 15 à 24 ans reculeront le plus possible l'âge du premier rapport sexuel au-delà de 15 ans.

4.2.3 Priorités pour 2014-2017

Le présent PSN définit quatre principales priorités pour la période allant de 2014 à 2017 :

- Les interventions focalisées sur le changement de comportement couples hétérosexuels stables, les jeunes, les populations clés, essentiellement les PS et leurs clients, les HSH;
- Les interventions sur la PTME afin de réduire le risque de survenue de nouvelles infections chez les enfants et de maintenir les femmes séropositives en vie ;
- La continuité du TARV et l'inclusion de nouveaux patients éligibles au traitement au regard des recommandations de l'OMS de 2013;
- La promotion et la distribution des préservatifs pour réduire le risque de transmission par voie sexuelle.

4.2.4 Zones géographiques

Les provinces sont classées par ordre décroissant au regard de leurs besoins et sur les priorités du cadre d'investissement :

▪ **Besoins en soins, traitement et soutien** ¹³ :

Selon la couverture d'accès aux ARV et la densité de population les provinces sont classées comme suit : Kinshasa (36%), Katanga (17%), Province Orientale (13%), Bandundu, Kasaï Oriental, Kasaï Occidental, Equateur, Nord Kivu, Sud Kivu, Bas Congo et Maniema.

▪ **Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)**¹⁴ :

Selon la densité de la population et la prévalence du VIH, les provinces sont classées comme suit : Katanga, Province Orientale, Kasaï Oriental, Equateur, Bandundu, Kasaï Occidental, Nord Kivu, Sud Kivu, Kinshasa, Bas Congo, Maniema.

Par ailleurs, selon la performance, la classification est la suivante : Kinshasa, Katanga, Nord Kivu, Sud Kivu, Province Orientale.

▪ **Prévention ciblant les populations les plus exposées**¹⁵ :

Priorité dans les villes et selon l'importance du pourcentage de nouvelles infections : Province orientale suivie de Kinshasa avec 20%, Kasaï occidental et oriental (13%), Bandundu et Katanga (12%), Nord Kivu, Maniema, Bas Congo et Equateur.

4.3 Vision de la réponse nationale

« Partant de la situation actuelle, la RDC aspire à un pays avec zéro nouvelle infection, zéro décès liés au VIH, zéro discrimination et stigmatisation. Toutes les stratégies viseront à la concrétisation de l'engagement du Chef de l'Etat en faveur d'une génération sans sida dans un contexte d'équité, des droits humains pour tous, d'égalité entre genre et de bonne gouvernance ».

4.4 Principes directeurs

Les principes directeurs ci-après, dont détails en annexe, ont guidé l'élaboration et orienteront la mise en œuvre du Plan Stratégique National :

- Le caractère multisectoriel de la réponse ;
- L'intégration ;
- La décentralisation de la réponse ;
- La participation communautaire ;
- Le partenariat ;
- Le respect des droits de la personne humaine et genre ;
- La gratuité dans la prise en charge ;
- La coordination ;
- La bonne gouvernance.

4.5 But du PSN

Contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH par la réduction de l'impact de l'infection à VIH sur la population en RDC.

4.6 Axes stratégiques du PSN

Cinq axes stratégiques ont été retenus :

1. La prévention de la transmission du VIH et des IST ;
2. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
3. L'amélioration de l'accès aux soins et traitement ;
4. La promotion d'un environnement favorable à la riposte pour le VIH ;
5. Le soutien à la mise en œuvre.

¹³Rapport PNLS 2012

¹⁴Plan eTME 2012 - 2017

¹⁵Rapport BSS 2013

AXE 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST

La riposte nationale porte spécifiquement sur la communication pour le changement de comportement soutenue par l'offre de services de prévention. Il s'agit de services de conseil et dépistage volontaire et confidentiel, l'éducation reproductive et sexuelle scolaire et parascolaire, basés sur les données probantes et factuelles reflétant l'âge et le genre ; la promotion et la disponibilité ininterrompue de préservatifs et gel lubrifiant aqueux, la promotion de la prophylaxie post exposition (en cas viols aussi), y compris la prévention des violences, le diagnostic et la prise en charge des IST, la prise en compte des populations clés comme cibles de la prévention ainsi que le renforcement du système communautaire en synergies avec les secteurs de base, le renforcement des capacités de la société civile à fournir des services, les organiser et en faire le plaidoyer, ceci pour produire des effets attendus.

Les interventions portent aussi sur la collecte de sang auprès des donneurs bénévoles fidélisés ainsi que la disponibilité des produits sanguins de bonne qualité (testés aux quatre marqueurs) et en quantité suffisante.

Ces actions cibleront spécifiquement les jeunes femmes et hommes (15-24 ans) et couples stables (15-49 ans), les HSH ; les PS et leurs Clients ; les UDI ; les Populations passerelles ; les femmes enceintes et leurs partenaires ; les Enfants nés des mères VIH+ ; la cellule familiale, les enfants vivant dans la rue et les personnes vivant avec handicap.

Pour permettre une accessibilité aux services, des mesures d'accompagnement seront promues à travers la contribution des pairs éducateurs, des accompagnateurs et des médiateurs.

Impact 1 : La proportion de nouvelles infections à VIH est réduite de 50% (34.000 à 17.000) dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2017

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 1.1 : 80 % de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017		
Prod. 1.1.1 : 90% de jeunes âgés de 15-24 ans identifient correctement les différents moyens de transmission sexuelle et rejettent les idées fausses.		
Strat. 1.1.1.1 : Développement de programme intégré de CCC de proximité et de masse ciblant les adolescents et les jeunes de 15 à 24 ans (espaces de jeunes)	Education et MINASAHSN	EPSP, ESU, MSP, OSC, MINASAHSN, communication & info, Privé
Strat. 1.1.1.2 : Intégration de connaissances générales sur le VIH et des moyens de précautions dans le cursus de formation des jeunes (EPSP, ESU, incluant les académies militaires et policières) scolarisés et non scolarisés	Education, Santé	EPSP, ESU, MSP, défense et intérieur, affaires sociales, OSC, Privé
Strat. 1.1.1.3 : Promotion des services de santé sexuelle et reproductives adaptés aux jeunes : accessible, abordable, confidentiel, pendant des heures d'ouverture commodes, avec un personnel compétent	Santé, Education	Jeunesse, MSP, SC, EPSP, ESU, Privé
Prod. 1.1.2 : 90% de la population âgée de 15-49 ans déclarent avoir utilisé le préservatif lors de dernier rapport sexuel à risque		
Strat. 1.1.2.1 : Renforcement et extension de programme de promotion et distribution des préservatifs masculins et féminins dans le système sanitaire et communautaire (marketing social, distribution commerciale, distribution par les services de santé, distribution à base communautaire, hôtels, bar,...)	Tous les secteurs	OSC, Privé
Strat. 1.1.2.2 : Renforcement du système de contrôle de qualité des préservatifs à différents niveaux (entrée, circuit de distribution, points de vente)	Santé	Ministère Economie et Commerce, OCC

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Prod. 1.1.3 : 80% de la population âgée de 15-49 ans sont testés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique		
Strat. 1.1.3.1 : Renforcement de l'intégration bidirectionnelle du conseil et dépistage/DCIP, CDV communautaires ciblés et SSR à tous les niveaux du système de santé	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.1.3.2 : Mise en place d'un mécanisme de gestion efficace (Approvisionnement régulier) en tests et réactifs de dépistage	Santé	MSP
Prod. 1.1.4 : 60 % de la population âgée de 15-49 ans utilisent au moins une méthode de prévention pour réduire le risque de transmission par voie sexuelle		
Strat. 1.1.4.1 : Développement d'initiatives basées sur l'analyse des iniquités du genre pour renforcer l'accès aux populations vulnérables aux condoms et aux services intégrés de SR/VIH	Justice et droits humains, santé	MiniGenre, justice, MSP, OSC, Privé
Strat. 1.1.4.2 : Développement d'un programme de CCC sur la promotion de l'abstinence sexuelle auprès des jeunes non mariés, la bonne fidélité de couple et l'utilisation correcte des préservatifs	Tous les secteurs	MSP, jeunesse, affaires sociales, OSC, Privé
Strat. 1.1.4.3 : Développement d'un programme média sur le VIH et le sida destiné aux milieux urbain et rural (média communautaire).	Culture et média	Tous les secteurs
Effet 1.2 : 80 % de Populations clés (383.838 PS, 190 172 HSH, UDI) et populations passerelles (camionneurs, miniers, pêcheurs, population en milieu carcéral, femmes et hommes en uniformes, personnes en milieu de travail, personnes en situation humanitaire) adoptent un comportement sexuel à moindre risque d'ici 2017		
Prod. 1.2.1 : 80 % de populations clés sont touchés par les programmes de prévention VIH.		
Strat. 1.2.1.1 : Promotion de l'utilisation correcte et distribution régulière des préservatifs masculins et féminins/gel lubrifiant aqueux dans les milieux des PS, HSH (boîtes de nuits, bars, hôtels, autres points de distributions,...)	Santé, Education	MiniGenre, EPSP, ESU, MSP, OSC, Privé
Strat. 1.2.1.2 : Promotion de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation à l'encontre de populations clés	Tous les secteurs	OSC, Privé
Strat. 1.2.1.3 : Promotion du Conseil et dépistage du VIH	Tous les secteurs	OSC, Privé
Strat. 1.2.1.4 : Développement de services de CDV en stratégie avancée et promotion de la prise en charge syndromique des IST adaptés aux besoins des populations clés (CDV mobile, DCIP)	Tous les secteurs	OSC, Privé
Prod. 1.2.2 : 80% de populations Passerelles (camionneurs, miniers, pêcheurs, population en milieu carcéral, femmes et hommes en uniformes, personnes en milieu de travail, personnes en situation humanitaire) sont touchés par les programmes de prévention VIH		
Strat. 1.2.2.1 : Développement de programme CCC de proximité et de masse ciblée et intégrée dans le milieu des populations passerelles	Tous les secteurs	OSC, Privé
Strat. 1.2.2.2 : Implantation de services de Conseil et dépistage du VIH, de distribution des préservatifs et de prise en charge syndromique des IST adaptés aux populations passerelles.	Tous les secteurs	OSC, Privé
Effet 1.3 : La transmission du VIH par voie sanguine est réduite de 1,6% à moins de 1% d'ici 2017		
Prod. 1.3.1 : Accroître de 32 à 52 % les dons de sang en provenance des donateurs bénévoles fidélisés d'ici 2017		
Strat. 1.3.1.1 : Renforcement de la mobilisation des communautés sur la fidélisation des donateurs bénévoles de sang à travers la CCC et la sensibilisation de masse	Santé	MSP, OSC, Privé

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 1.3.1.2 : Développement et optimisation de la collecte des dons partout où elle sera possible	Santé	OSC, Privé
Prod. 1.3.2 : 2.2750.012 (100%) poches de sang et dérivés sont sécurisées chaque année d'ici 2017		
Strat. 1.3.2.1 : Mise en place d'un système de gestion efficace pour l'approvisionnement régulier des structures de soins en réactifs et consommables de Sécurité transfusionnelle spécifiques leur permettant de répondre à la demande	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.3.2.2 : Développement du management qualité incluant le contrôle de qualité interne et externe ainsi que l'hémovigilance	Santé	MSP, FADOBES
Strat. 1.3.2.3 : Centralisation de la production des produits sanguins sur les plateaux techniques habilités (CNTS, CPTS et CHRTS associés)	Santé	MSP, FADOBES
Prod. 1.3.3 : 815 CHRYS sont intégrés dans le réseau transfusionnel et assurent la sécurité transfusionnelle conformément aux normes nationales, d'ici 2017		
Strat. 1.3.3.1 : Renforcement des capacités / la mise à niveau du CNTS, des CPTS, des PT et des CHRYS ciblés (institutionnelles, techniques, matérielles)	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.3.3.2 : Développement et extension du management de qualité y compris matériovigilance dans les FOSA	Santé	MSP, OSC, Privé
Prod. 1.3.4 : 100% de cas d'accidents d'exposition au sang notifiés en milieu de soins bénéficient d'une prise en charge holistique		
Strat. 1.3.4.1 : Mettre en place un dispositif permettant de déclarer, de prévenir, de diagnostiquer et de prendre en charge de manière holistique les cas notifiés des AES.	Santé	MSP, OSC, Privé
Effet 1.4 : La proportion des IST dans les consultations générales est passée de 7,4 % en 2011 à 4 % d'ici 2017.		
Prod. 1.4.1 : 100 % de cas IST diagnostiqués sont correctement traités.		
Strat. 1.4.1.1 : Renforcement de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique actualisée dans les FOSA	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.4.1.2 : Renforcement de la prise en charge des IST selon l'approche étiologique actualisée dans les formations sanitaires de référence	Santé	MSP, OSC, Privé
Prod. 1.4.2 : 70 % de cas IST diagnostiqués et traités sont conseillés et dépistés pour le VIH		
Strat. 1.4.2.1 : Promotion du DCIP dans les services de prise en charge des IST	Santé	MSP, OSC, Privé
Prod. 1.4.3 : 70 % de femmes enceintes fréquentant la CPN sont dépistées et traitées pour la syphilis		
Strat. 1.4.3.1 : Renforcement de la prise en charge des IST (syphilis et autres) chez les femmes enceintes fréquentant la CPN	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.4.3.2 : 50 % de cas IST diagnostiqués et traités sont conseillés et dépistés pour les hépatites B et C.		
Strat. 1.4.3.3 : Intégration du diagnostic des hépatites B et C dans les FOSA	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 1.4.3.4 : Approvisionnement des FOSA en intrants de dépistage des cas des hépatites B et C	Santé	MSP, OSC, Privé

AXE 2 : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La réponse nationale va reposer sur le renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre des services intégrés de SMNI/PTME, l'utilisation et la mise à l'échelle des protocoles prophylactiques ARV les plus efficaces de PTME(B+), l'approche basée sur l'équité pour la satisfaction des populations ayant les plus grands besoins non couverts et le renforcement de l'engagement communautaire.

Ces actions cibleront les jeunes en âge de procréer, les femmes enceintes et leurs partenaires, les enfants nés de ces mères VIH positives et la cellule familiale.

Impact 2 : Le nombre de nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans est réduit de 90% d'ici 2017

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 2.1 : Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer sont réduites de 50% (0,29 % à 0,15%) d'ici 2017		
Prod. 2.1.1 : Les connaissances complètes sur la prévention et la transmission du VIH sont possédées par 90% d'hommes et femmes de 15 ans et plus y compris les jeunes		
Strat. 2.1.1.1 : Mobilisation communautaire dans la prévention de la transmission du VIH	Santé	Social, Genre, Intérieur, Culture, Média, OSC, Privé
Strat. 2.1.1.2 : Promotion du dépistage volontaire auprès des jeunes, femmes, couples et communautés	Santé	Social, Genre, Intérieur, Culture, Média, OSC, Privé
Prod. 2.1.2 : Les préservatifs sont utilisés par 1 587 648 (50%) femmes enceintes et leurs partenaires		
Strat. 2.1.2.1 : Accroissement de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins	Santé	Tous les secteurs
Strat. 2.1.2.2 : Renforcement des capacités des intervenants communautaires axés sur les préservatifs/ SR/PTME	Santé	MSP, OSC, Privé
Effet 2.2 : Les besoins non satisfaits en planification familiale sont réduits de 24% à 0% (100%) d'ici 2017		
Prod. 2.2.1 : 100% de besoins non satisfaits en contraceptions chez les jeunes filles et femmes VIH+ en âge de procréer sont couverts		
Strat. 2.2.1.1 : Approvisionnement régulier des structures de soins de santé (sites PTME, sites de TARV, sites CPN) en contraceptifs et autres intrants adaptés	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.2.1.2 : Promotion du counseling et dépistage du VIH dans les services offrant la planification familiale	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.2.1.3 : Renforcement des liens opérationnels entre les différents points de prestations de services SMNI/PTME et de TARV/PECP	Santé	MSP, OSC, Privé
Effet 2.3 : La transmission verticale du VIH (de la mère à l'enfant) est réduite de 36,8 % à moins de 5% d'ici 2017		
Prod. 2.3.1 : 90% (2 857 766) de femmes enceintes connaissant leur statut sérologique ainsi que 50% (1 428 883) de leurs partenaires		
Strat. 2.3.1.1 : Renforcement et extension du paquet complet de prestations PTME dans les services de CPN.	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.3.1.2 : Renforcement des capacités des intervenants communautaires sur la promotion de la SMNI/PTME, distribution des condoms, et sur les techniques de renforcement de la rétention du couple mère - enfant dans la cascade PTME/PECP	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.3.1.3 : Implication de partenaires masculins des femmes enceintes	Santé	MSP, OSC, Privé

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 2.3.1.4 : Approvisionnement régulier en tests de dépistage rapide, kits DBS, réactifs de PCR et autres intrants pour améliorer la disponibilité de l'offre de services intégrés PTME/SMNI de qualité	Santé	MSP, OSC, Privé
Prod. 2.3.2 : 90% (26 108) de femmes enceintes séropositives reçoivent les ARV pour réduire la TME d'ici 2017		
Strat. 2.3.2.1 : Renforcement et extension des services de la PTME	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.3.2.2 : Disponibilité des ARV et autres commodités de prise en charge des femmes enceintes séropositives	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.3.2.3 : Mise en œuvre de l'option B+	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.3.2.4 : Amélioration de l'offre de counseling nutritionnel aux femmes enceintes VIH+	Santé	MSP, OSC, Privé
Effet 2.4 : La mortalité maternelle est réduite de 50% et la mortalité infantile liée au VIH est réduite de 90% d'ici 2017		
Prod. 2.4.1 : 90% (26.108) de femmes enceintes VIH + reçoivent les ARV pour leur propre santé		
Strat. 2.4.1.1 : Renforcement et extension de service de la prise en charge aux ARV chez les femmes enceintes, allaitantes et la cellule familiale	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.4.1.2 : Disponibilité des ARV et autres commodités de prise en charge des femmes enceintes séropositives	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.4.1.3 : Amélioration de l'offre de counseling nutritionnel aux femmes enceintes VIH+, allaitantes et la cellule familiale	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.4.1.4 : Renforcement des capacités de services pour les IO	Santé	MSP, OSC, Privé
Strat. 2.4.1.5 : Mise en place des mécanismes de recherche des Perdus de vue du couple mère-enfant	Santé	MSP, OSC, Privé
Prod. 2.4.2 : 100% (26.108) d'enfants nés des mères VIH+ sous ARV bénéficient du diagnostic précoce au PCR		
Strat. 2.4.2.1 : Extension des services de diagnostic précoce du VIH chez le nouveau-né	Santé	MSP,
Strat. 2.4.2.2 : Amélioration du système d'acheminement des échantillons de DBS et de rendu des résultats de PCR	Santé	MSP, ESU
Strat. 2.4.2.3 : Mise en place des mécanismes de suivi et de recherche des Perdus de vue du couple mère-enfant prenant en compte l'utilisation des technologies de la communication	Santé	MSP, Privé
Prod. 2.4.3 : 90 % d'enfants nés des mères VIH + reçoivent les ARV pour réduire la TME		
Strat. 2.4.3.1 : Renforcement des services SMNI pour l'offre appropriée de la prophylaxie ARV de l'enfant	Santé	MSP
Strat. 2.4.3.2 : Promotion de l'allaitement maternel exclusif / allaitement maternel protégé	Santé	MSP
Prod. 2.4.4 : 100% (26.108) d'enfants exposés sont mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois		
Strat. 2.4.4.1 : Intégration et extension de service d'appui nutritionnel dans les FOSA et au sein de la communauté	Santé	MSP
Strat. 2.4.4.2 : Mise en place des mécanismes de suivi et de recherche des PDV	Santé	MSP, OSC, Privé

AXE 3 : Amélioration de l'accès aux soins et traitements

L'efficacité de la prise en charge globale repose sur l'offre des TARV de qualité, le soutien nutritionnel et psychosocial appropriés, le suivi biologique répondant aux normes de qualification, la prise en charge de la coinfection VIH/TB et des infections opportunistes ainsi que d'autres co-morbidités dont l'hépatite. Cela nécessite l'intégration du paquet complet des activités VIH dans les FOSA et le milieu communautaire. La délégation des tâches auprès de personnel infirmier et les membres de la communauté sera encouragée pour une couverture satisfaisante des bénéficiaires.

La mise à la disposition des documents normatifs et éducatifs contribuera à une bonne appropriation par les prestataires, à la bonne harmonisation des activités dans l'ensemble du pays et au bon alignement des partenaires sans oublier l'implication communautaire pour un bon suivi des bénéficiaires.

Tous les partenaires publics, privés et communautaires de différents secteurs, selon leurs compétences et avantage comparatifs, seront mis à contribution pour impulser une dynamique efficace et durable de la prise en charge des PVV. Le TARV et le suivi biologique sont gratuits auprès de Personnes vivant avec le VIH. En l'absence des données factuelles, des recherches opérationnelles devront être diligentées en vue d'améliorer l'accès universel aux soins et traitement ARV (hépatites, cancer du col...).

Ce volet prend en compte l'accès des adultes et des enfants aux traitements ARV et au continuum de soins pour une prise en charge globale.

Impact 3 : Le nombre de décès liés au VIH est réduit de 50% parmi les Personnes Vivant avec le VIH (de 32000 à 16000) d'ici 2017

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 3.1 : 50% de Personnes Vivant avec le VIH (adultes et enfants) bénéficient d'une PEC globale		
Prod. 3.1.1 : 50% (232 067) de Personnes Vivant avec le VIH éligibles bénéficient du TARV de qualité		
Strat. 3.1.1.1 : Délégation des tâches (taskshifting, modèle infirmier, etc.) et décentralisation de la PEC	SANTE	MSP
Strat. 3.1.1.2 : Intégration des services Conseil et Dépistage et du bilan biologique d'initiation du TARV (numération des CD4, charge virale, bilan hépatique,...) dans les FOSA selon les directives actualisées de l'OMS et l'initiative de traitement 2015 de l'ONUSIDA pour le traitement et suivi des Personnes Vivant avec le VIH	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM...
Strat. 3.1.1.3 : Mise en place des mécanismes de suivi de directives en rapport avec la gratuité du dépistage, traitement et suivi des Personnes Vivant avec le VIH	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société civile...
Strat. 3.1.1.4 : Mise en place des mécanismes de continuité de la prise en charge aux ARV et du suivi des mères séropositives ayant bénéficié des services de PTME et de leurs conjoints séropositifs	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM...
Strat. 3.1.1.5 : Mise à l'échelle des prestations intégrées de TARV adultes et TARV pédiatriques dans les FOSA éligibles dans au moins 80% de 516 ZS	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM...
Strat. 3.1.1.6 : Développement de « traitements accompagnés par la formation » auprès des patients sous TARV, aux pairs éducateurs, aux prestataires de soins pour augmenter l'adhérence	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.1.7 : Renforcement de l'Assistance sociale dans les FOSA pour faire le pont avec les structures communautaires	SOCIAL et SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 3.1.1.8 : Intégration et renforcement des communautaires dans le dépistage, la dispensation d'ARV (PODI), le suivi, l'accompagnement (groupes de soutien entre pairs, Visites à domicile,...), la rétention des personnes vivant avec le VIH dans le programme des soins et appui aux professionnels de la santé avec des conseils aux patients pour améliorer l'observance au traitement	SANTE, Affaires Sociales	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.1.9 : Recherches sur la qualité de la PEC aux ARV.	SANTE et ESURS	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Prod. 3.1.2 : 35% (24591) d'enfants infectés bénéficient d'un TARV		
Strat. 3.1.2.1 : Renforcement du diagnostic précoce et dépistage des grands enfants (>1 an) à tous les niveaux de services de santé infantile	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.2.2 : Renforcement de l'intégration des services de PTME et services de PEC médicale par ARV dans la SMNI	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.2.3 : Renforcement de l'accès des enfants infectés au VIH au traitement par les ARV dans les trois premiers mois de vie	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Prod. 3.1.3 : 60% (72405) de PvVIH dénutries Sous TARV bénéficient d'un soutien nutritionnel		
Strat. 3.1.3.1 : Intégration du paquet nutrition dans les FOSA avec Paquet VIH et au niveau communautaire selon les directives nationales actualisées	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.3.2 : Renforcement de l'offre de soins et du soutien nutritionnels aux Personnes Vivant avec le VIH et personnes affectées (Réhabilitation & récupération nutritionnelle)	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.3.3 : Renforcement de l'implication des OAC dans l'assistance et le suivi des Personnes Vivant avec le VIH et personnes affectées en matière de soutien nutritionnel	SANTE et Affaires Sociales	MSP, MINI Affaires Sociales, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.3.4 : Réalisation de Recherches Action en matière de nutrition	SANTE, ESURS	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Prod. 3.1.4 : 100% de populations ayant besoin des services de laboratoire pour le VIH y ont accès		
Strat. 3.1.4.1 : Mise en place d'un système fonctionnel de réseautage de laboratoires	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.4.2 : Renforcement du système d'assurance qualité des tests de dépistage du VIH, des examens de bilan et suivi biologique des Personnes Vivant avec le VIH	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.4.3 : Renforcement des capacités des prestataires de santé sur les modes opératoires et techniques de laboratoire	SANTE	MSP
Strat. 3.1.4.4 : Renforcement du plateau technique des structures de santé pour le diagnostic et de suivi biologique de l'infection à VIH et autres IST	SANTE	MSP, PEPFAR, SNU, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.4.5 : Renforcement du système de Surveillance des résistances aux ARV (pharmacovigilance et laboratoire)	SANTE, ESURS	MSP, MINI ESURS, SNU, PEPFAR, FM
Strat. 3.1.4.6 : Maintenance préventive et curative des équipements de laboratoire (compteur CD4, ...)	SANTE	MSP, MINI ESURS, SNU, PEPFAR, FM
Strat. 3.1.4.7 : Recherche (validité de tests...)	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Prod. 3.1.5 : 50% (232 067) de Personnes Vivant avec le VIH bénéficiant de la PEC des IO et autres co-morbidités (VIH/VHB/VHC)		
Strat. 3.1.5.1 : Intégration et extension du paquet IO et autres co-morbidités dans les FOSA avec Paquet VIH, au niveau communautaire (PODI) et en intra zone selon les directives actualisées	SANTE	MSP ,SNU, PEPFAR, FM
Strat. 3.1.5.2 : Approvisionnement régulier en médicaments contre les IO bien définis par niveau (la liste des médicaments essentiels,) ;	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM
Strat. 3.1.5.3 : Implication communautaire dans le continuum de soins dans la prise en charge des IO et autres co-morbidités	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.5.4 : Intégration de la vaccination VHB, VHC dans le paquet prévention des IO	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.1.5.5 : Recherche sur le paquet IO et autres co-morbidités	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Effet 3.2 : 85 % (20051) de patients coinfectés VIH/TB sont pris en charge selon le protocole national		
Prod. 3.2.1 : 85 % (20051) de patients coinfectés VIH/TB bénéficiant du traitement de la coinfection selon le protocole national		
Strat. 3.2.1.1 : Renforcement des capacités techniques des prestataires et de toutes les parties prenantes dans la gestion des Personnes Vivant avec le VIH, la détection et la prise en charge de la TB	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.2.1.2 : Intégration du dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux dans tous les CSDT et HGR des 516 ZS et de la tuberculose chez les Personnes Vivant avec le VIH	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.2.1.3 : Mobilisation communautaire en faveur du dépistage du VIH et de la tuberculose ainsi que dans le suivi et l'accompagnement des PVV connectées à la TB	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.2.1.4 : Extension du paquet Coïnfection aux ZS non couvertes et en intra zone dans les ZS avec Paquet VIH	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.2.1.5 : Approvisionnement régulier en intrants dans les zones de santé couvertes	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Prod. 3.2.2 : 100% de patients VIH bénéficiant des mesures de précautions universelles		
Strat. 3.2.2.1 : Mise sous INH des patients éligibles	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.2.2.2 : Application des mesures de contrôle de l'infection	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Effet 3.3 : 90 % de Personnes Vivant avec le VIH (adultes et enfants) sous TAR sont retenues dans la file active à 12, 24 et 60 mois		
Prod. 3.3.1 : 90 % (208860) de Personnes Vivant avec le VIH (adultes et enfants) sous TAR reçoivent un APS (visite à domicile, groupe de support, recherche des perdus de vue)		
Strat. 3.3.1.1 : Actualisation et la vulgarisation des documents normatifs et éducatifs sur le VIH et PEC Psycho-sociale	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.2 : Renforcement des capacités des FOSA et des associations communautaires sur la PEC psycho-sociale	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 3.3.1.3 : Intégration du paquet des soins et soutien psychosociale (VAD, Recherche active des Perdus de vue, Soins Palliatifs, Soins à domicile,...) au niveau des FOSA avec Paquet VIH et au niveau communautaire	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.4 : Implication communautaire dans le suivi des Personnes Vivant avec le VIH pour l'APS avec la participation des associations des Personnes Vivant avec le VIH.	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.5 : Renforcement de la collaboration programmatique entre les associations communautaires et les FOSA	SANTE	MSP , SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.6 : Utilisation de nouvelles technologies de la communication pour le suivi et la limitation des perdus de vue parmi les personnes vivant avec le VIH sous traitement	SANTE	MSP, MINI NTIC, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.7 : Promotion de la mise en œuvre des groupes d'auto-support de patients, d'associations de patients, des PODI...	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...
Strat. 3.3.1.8 : Recherches sur l'APS	SANTE	MSP, SNU, PEPFAR, FM, Société Civile...

AXE 4 : Promotion d'un environnement favorable aux Personnes Vivant avec le VIH et PA

Cette promotion repose sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, la réduction des risques pour les personnes les plus exposées au VIH et la préservation de leurs droits. Ces interventions visent à garantir aux populations à la fois les droits nécessaires pour éviter l'infection à VIH (droits de prévention, c'est-à-dire droit à l'information, à la vie privée, à l'égalité de genre, à l'intégrité physique et morale, et à la non-discrimination) et les droits nécessaires pour vivre avec le VIH (droits de vie, d'égalité et de dignité, c'est-à-dire droit à la santé avec accès aux traitements, au soins et au soutien, à la vie privée, à l'égalité de genre, à l'intégrité physique et morale, et à la non-discrimination).

Le déséquilibre des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes ainsi que la recrudescence des violences sexuelles faites aux femmes et aux mineurs exacerbent la vulnérabilité des femmes et favorisent la transmission de l'infection à VIH dans la communauté.

Pour éliminer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, l'accent est mis sur la stratégie basée sur la « Santé positive, Dignité et Prévention » qui soulignent l'importance de la prise en charge simultanée et holistique de la prévention et du traitement ainsi que de rôles de leadership que doivent jouer les personnes vivant avec le VIH dans la levée des barrières politiques et juridiques.

Impact 4 : l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les Personnes Vivant avec le VIH et PA, des violences sexuelles et des inégalités genre par la promotion d'un environnement favorable, est réduit de 50% d'ici 2017

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 4.1 : 80% de Personnes Vivant avec le VIH (111 392 femmes et 74 261 hommes) ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation d'ici 2017		
Prod. 4.1.1 : Les Personnes Vivant avec le VIH ont accès aux services socio-économiques		
Strat. 4.1.1.1 : Renforcement de mécanismes de soutien socio-économique (Apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle, alphabétisation fonctionnelle, ...) aux PVV en partenariat avec les secteurs public et privé	Education	Economie, Budget, Finances, EPSP
Strat. 4.1.1.2 : Mise en place d'un programme d'assistance socioéconomique adapté aux conditions de vulnérabilité des bénéficiaires (AGR)	SOCIAL	Economie, Budget, Finances
Strat. 4.1.1.3 : Plaidoyer pour la prise en compte de la problématique socio-économique de Personnes Vivant avec le VIH dans les documents de politique et d'intervention	SOCIAL	Economie, Budget, Finances, Justice, OSC, SNU
Effet 4.2 : 100% de Personnes Vivant avec le VIH et PA bénéficient d'un environnement sans stigmatisation ni discrimination d'ici 2017,		
Prod. 4.2.1 : 100% de cas de victimes de discrimination et stigmatisation ont accès aux services juridiques		
Strat. 4.2.1.1 : Mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation	SOCIAL	OSC, SNU
Strat. 4.2.1.2 : Mise en place et renforcement des cliniques juridiques pour l'assistance judiciaire des victimes de stigmatisation	SOCIAL	Affaires sociales, Justice, OSC, SNU
Strat. 4.2.1.3 : Intégration des aspects Genre, droits humains, VIH et VSBG dans le cursus des formations (cycle primaire, secondaire et universitaire)	EDUCATION	EPSP, ESURS, Justice, Genre
Prod. 4.2.2 : 100% de Personnes Vivant avec le VIH et PA ont accès aux services de santé sans discrimination ni stigmatisation		

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 4.2.2.1 : Plaidoyer pour l'adoption des codes de conduite et d'éthique en milieu professionnel (personnel soignant, monde de l'enseignement)	Santé	MSP, Justice, SNU
Strat. 4.2.2.2 : Implication des PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH et PA dans la mise en œuvre effective de l'approche « santé positive, dignité et prévention »	Santé	MSP, Affaires sociales, Genre, OSC, SNU
Effet 4.3 : 100% de femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les CS bénéficient d'une prise en charge holistique d'ici 2017		
Prod. 4.3.1 : 100% de femmes et jeunes filles survivantes de VSBG ayant fréquentées les FOSA ont accès au PEP kit		
Strat. 4.3.1.1 : Mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre les VS	Justice	Justice, SNU, OSC, affaires sociales, MSP
Prod. 4.3.2 : Les OEV ont accès aux services sociaux de base		
Strat. 4.3.2.1 : Mise en application de la politique nationale en matière de protection sociale, notamment sur la question des OEV	Social	MINAS, UNICEF
Strat. 4.3.2.2 : Renforcement des mécanismes de soutien socio-économique (appui aux familles d'accueil pour la scolarisation, les soins de santé et la nutrition des OEV, apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle, ...)	Education	MINAS, MSP, Genre, EPSP, OSC, SNU, Economie, Petite et moyenne entreprises,
Strat. 4.3.2.3 : Plaidoyer à tous les niveaux pour la prise en charge communautaire des OEV	Social	MINAS, MSP, Genre, EPSP, OSC, SNU
Prod. 4.3.3 : 80% des OEV en déperdition scolaire âgés de plus de 18 ans bénéficient des formations des métiers		
Strat. 4.3.3.1 : Renforcement de capacités des structures d'encadrement des OEV non scolarisés	Education	MINAS, MSP, SNU, OSC
Strat. 4.3.3.2 : Renforcement du cadre de concertation des acteurs évoluant dans la prise en charge des OEV	Social	Education, MSP, SNU, OSC,
Effet 4.4 : Les aspects liés aux inégalités des sexes/genre sont réduits de 60%		
Prod. 4.4.1 : Au moins 30% de postes des instances de coordination de la lutte contre le sida en RDC sont occupées par les femmes dans le respect de la constitution		
Strat. 4.4.1.1 : Plaidoyer pour un accès accru aux instances de coordination de la lutte dans le respect de la Constitution	Justice et droit humains	Genre, SNU, OSC
Strat. 4.4.1.2 : Mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre des inégalités entre les sexes	Justice et droit humains	Genre, SNU, OSC, Assemblée nationale
Strat. 4.4.1.3 : Renforcement des capacités des femmes impliquées dans la réponse au VIH en matière de leadership et gouvernance	Justice et droit humains	Genre, SNU, OSC
Strat. 4.4.1.4 : Promotion de l'accès à l'information sur la SSR, le VIH et les droits humains dans la communauté	Justice et droit humains	Information, Genre, OSC, SNU
Prod. 4.4.2 : Les populations marginalisées et clés ont accès au service de promotion et de protection des droits humains		
Strat. 4.4.2.1 : Mobilisation et éducation des communautés (parlementaire, juristes, leaders, ...) en faveur de la promotion et de protection des droits humains	Justice et droit humains	MINAS, SNU, OSC
Strat. 4.4.2.2 : Mise en place des mesures administratives contraignantes contre les us et coutumes néfastes à la promotion et protection des droits de la jeune fille et de la femme	Justice et droit humains	Genre, Intérieur, OSC

AXE 5 : Soutien à la mise en œuvre du PSN

La mise en œuvre du présent Plan Stratégique National requiert l'implication de l'ensemble des secteurs à travers l'intégration de la lutte dans leurs systèmes de base incluant le public, privé et communautaire. Cette mise en œuvre passe par le renforcement des capacités de la coordination à tous les niveaux, avec un dispositif de suivi et évaluation efficace, un partenariat élargi et actif, un financement durable ainsi qu'une affectation rationnelle et une gestion transparente des ressources mobilisées.

Les actions prioritaires suivantes seront menées :

- Financement durable ;
- Renforcement des systèmes de base (tous les secteurs de développement) pour la lutte contre le sida ;
- Mise en place d'un système efficace de suivi et évaluation du plan stratégique national.
- Renforcement des structures de coordination et du partenariat ;
- Soutien aux associations des Personnes vivant avec le VIH et leur implication à tous les niveaux de la lutte contre le VIH et le sida ;
- Décentralisation et la délégation des responsabilités et le pouvoir de décision ;

Impact 5 : Une réponse efficace à l'épidémie du VIH est assurée d'ici 2017

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 5.1 : La mobilisation et la gestion rationnelle des ressources financières pour accompagner la riposte au VIH sont améliorées		
Prod. 5.1.1 : 50% de financements de la lutte sont des ressources domestiques ou internes		
Strat. 5.1.1.1 : Allocation minimale du budget de l'Etat à la santé à 15%	Finances et Budget	Finances, Budget, MSP, Parlement
Strat. 5.1.1.2 : Plaidoyer pour un accroissement substantiel (20 à 60%), et une mobilisation effective de la part du budget national de l'Etat (2 à 35%), des provinces, des territoires et des collectivités locales, et du secteur privé pour la riposte au VIH	Tous les secteurs	Finances, Budget, MSP, Parlement, Société civile
Strat. 5.1.1.3 : Amélioration du taux de décaissement à 100% de financements de l'Etat alloués à la riposte au sida	Finances et Budget	Finances, Budget MSP, Assemblée nationale,
Strat. 5.1.1.4 : Renforcement du partenariat public-privé pour une augmentation du budget des entreprises afin de prendre en compte les communautés environnantes dans leurs interventions sur le sida	Finances et Budget	Economie, Petite et moyenne entreprises, IAN, Industrie, Mines
Strat. 5.1.1.5 : Mise en place et fonctionnement des mécanismes innovants pour le financement durable de la riposte nationale (création des fonds de solidarités pour la lutte contre le VIH)	Finances et Budget	Gouvernement, Parlement, Société civile, Privé,
Prod. 5.1.2 : Les fonds additionnels sont mobilisés auprès des bailleurs, des communautés économiques régionales et autres intervenants		
Strat. 5.1.2.1 : Mise en œuvre d'un plan de mobilisation des ressources	Tous les secteurs	Tous les secteurs
Prod. 5.1.3 : 100% de financements mobilisés sont utilisés pour la lutte		
Strat. 5.1.3.1 : Renforcement des capacités garantissant la bonne gouvernance dans la gestion des financements alloués à la lutte contre le VIH/Sida (normes, procédures et capacitation)	Finances et Budget	Tous les secteurs et partenaires

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 5.2 : Les interventions de la lutte sont intégrées dans les secteurs prioritaires		
Prod. 5.2.1 : 10 secteurs prioritaires (Santé ; Education ; Défense et sécurité ; Justice et Droits humains ; Social et actions humanitaires ; Transport et voies de communication ; Agriculture et développement rural ; Finances et Budget ; Mines et Energie ; Culture, Médias et Nouvelles technologies de communication) ont implémentés les interventions de lutte contre le sida conformément à leur mandat		
Strat. 5.2.1.1 : Mise en application des dispositifs opérationnels (rôles et responsabilités actualisés) relatifs au cadrage sectoriel dans la mise en œuvre du PSN	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs
Strat. 5.2.1.2 : Intégration du paquet d'activités dans les différentes structures de base de chaque secteur	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs
Prod. 5.2.2 : Le système communautaire dispose d'un cadre structurel et organisationnel		
Strat. 5.2.2.1 : Promotion du réseautage et appui au fonctionnement des réseaux des organisations de la société civile	Secrétariat Exécutif	Société civile, partenaires
Strat. 5.2.2.2 : Renforcement de synergie dans la collaboration entre les acteurs & organisations communautaires et les acteurs & organisations des institutions de la lutte	Secrétariat Exécutif	Société civile partenaires
Prod. 5.2.3 : Les acteurs des organisations du système communautaire disposent des capacités requises dans la mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte		
Strat. 5.2.3.1 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH	Secrétariat Exécutif	Société civile et partenaires
Strat. 5.2.3.2 : Mise en œuvre des sites sentinelles d'observations et de suivi de la riposte contre le VIH/Sida par les organisations de la société civile	Tous les secteurs	Société civile et partenaires
Prod. 5.2.4 : Les organisations du système communautaire ont accès au financement pour la lutte		
Strat. 5.2.4.1 : Mise en place d'un dispositif garantissant aux organisations communautaires l'accès au financement mobilisé pour la lutte	Secrétariat Exécutif, Finances et Budget	Tous les secteurs, Parlement
Effet 5.3 : Le Système national de suivi et évaluation est fonctionnel (l'information stratégique)		
Prod. 5.3.1 : Les interventions du Plan Stratégique National sont suivies et évaluées		
Strat. 5.3.1.1 : Mise en place d'un système de suivi et d'évaluation en réseau de différents secteurs convergeant vers le PNMLS	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs
Strat. 5.3.1.2 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation des projets et programmes de lutte contre le VIH/sida	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs
Strat. 5.3.1.3 : Extension du nombre des sites de sérosurveillance dans les provinces	Santé	Tous les secteurs
Strat. 5.3.1.4 : Actualisation de l'agenda de la recherche en tenant compte de nouvelles préoccupations	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs
Prod. 5.3.2 : Les informations stratégiques sur les questions du sida en RDC sont disponibles		
Strat. 5.3.2.1 : Recherche sur la vulnérabilité et l'exposition au risque au VIH chez les personnes vivant avec handicap	Santé, Education,	MSP, MINAS, Partenaires, OSC, ESU, Recherche scientifique
Strat. 5.3.2.2 : Recherche sur les UDI et HSH	Santé, Education	Genre, EPSP, ESU, MSP, OSC
Strat. 5.3.2.3 : Réalisation des études sur les facteurs de vulnérabilité en relation avec les phénomènes sociaux spécifiques aux provinces	Social, Education	MINAS, SNU, ESU, Recherche scientifique

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 5.4 : La Coordination est performante		
Prod. 5.4.1 : 100% d'organes de coordination et de pilotage de la mise en œuvre du PSN sont fonctionnels à tous les niveaux		
Strat. 5.4.1.1 : Redynamisation des organes de coordination de la lutte à tous les niveaux (CNMLS, CPMLS, CLMLS)	Présidence de la République, Gouvernorats,	Administration du Territoire
Prod. 5.4.2 : La gouvernance dans la gestion de la riposte à l'épidémie du VIH est améliorée et performante à tous les niveaux		
Strat. 5.4.2.1 : Amélioration du cadre légal de la lutte permettant un encrage institutionnel pour une coordination efficace de la lutte	CNMLS	Tous les secteurs et partenaires
Strat. 5.4.2.2 : Renforcement de mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux	CNMLS/ Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs et partenaires
Prod. 5.4.3 : Le forum des partenaires est opérationnel		
Strat. 5.4.3.1 : Redynamisation du forum des partenaires de lutte contre le VIH/SIDA	Secrétariat Exécutif	Tous les secteurs et partenaires
Strat. 5.4.3.2 : Renforcement des capacités institutionnelles des structures gouvernementales et des intervenants communautaires et de la société civile	Tous les secteurs	Ministères et partenaires
Prod. 5.4.4 : Les comités sectoriels sont mis en place et fonctionnels dans 10 secteurs		
Strat. 5.4.4.1 : Mise en place des comités sectoriels		
Strat. 5.4.4.2 : Renforcement des capacités des comités sectoriels dans la planification, mise œuvre et suivi- évaluation des activités de la lutte contre le VIH/sida	Tous les secteurs	Secrétariat Exécutif PNMLS, Ministères, SNU
Strat. 5.4.4.3 : Renforcement des mesures visant la stabilisation des ressources humaines	Tous les secteurs	Secrétariat Exécutif PNMLS, Ministères, SNU
Prod. 5.4.5 : Le système de gestion des achats et des stocks en matière de lutte est coordonné efficacement à tous les niveaux		
Strat. 5.4.5.1 : Mise en place d'un système GAS fonctionnel à tous les niveaux pour la sécurisation des médicaments, réactifs et autres intrants	Santé	MSP, SNU et autres partenaires
Strat. 5.4.5.2 : Mise en place d'un système fonctionnel de pharmacovigilance des ARV et des produits sanguins	Santé	MSP, Centre National de Pharmacovigilance, Partenaires

5 Budget du PSN 2014 – 2017

Le budget du PSN 2014 – 2017 est de l'ordre de 2 150 142 061 \$US dont détails dans le tableau ci – dessous :

Tableau 2 : Budget du PSN 2014 – 2017 par axe stratégique

	2014	2015	2016	2017	2014-2017	%
Axe Stratégique 1: Prévention de la transmission VIH et des IST	109 158 869	154 225 689	192 470 143	243 190 946	699 045 646	32%
Populations prioritaires						
Interventions centrées sur les jeunes	15 592 243	27 022 858	30 595 080	46 517 498	119 727 679	5,57%
Travailleurs de l'industrie du sexe et clients	5 823 788	11 076 222	17 371 315	24 248 719	58 520 045	2,72%
Population en milieu de travail	3 595 956	4 980 823	6 465 735	8 056 939	23 099 452	1,07%
Consommateurs de drogues injectables	75 696	108 546	146 610	221 265	552 117	0,03%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	1 730 572	6 281 423	11 133 465	16 271 169	35 416 629	1,65%
Victimes de crise et de situations d'urgence	111 972	179 481	250 994	326 695	869 143	0,04%
Hommes en uniformes (militaires, et policiers) et leurs dépendances	1 740 000	2 390 613	3 079 218	3 807 526	11 017 356	0,51%
Population en milieu carcéral	611 390	839 998	649 173	1 337 864	3 438 425	0,16%
Professionnels mobiles (camionneurs, routiers, piroguiers, pêcheurs, miniers)	651 587	895 225	604 236	591 796	2 742 843	0,13%
IEC/CCC	120 000	164 870	212 360	262 588	759 818	0,04%
Prestation de services						
Fourniture de préservatifs	12 635 609	20 290 767	28 786 758	38 154 163	99 867 297	4,64%
Traitement des IST	676 047	572 153	2 286 050	5 905 190	9 439 441	0,44%
Conseil Dépistage	49 276 934	57 979 370	62 596 929	65 574 759	235 427 991	10,95%
Média de masse	800 000	802 400	804 807	807 222	3 214 429	0,15%
Soins de santé						
Sécurité du sang	7 123 981	9 795 314	12 622 819	15 610 733	45 152 847	2,10%
Prophylaxie post exposition	3 422 511	4 799 119	8 069 721	8 132 904	24 424 254	1,14%
Injection sans risque	2 602 039	3 331 673	3 963 342	4 438 002	14 335 057	0,67%
Précautions universelles	2 568 544	2 714 834	2 831 531	2 925 914	11 040 823	0,51%

	2014	2015	2016	2017	2014-2017	%
Axe Stratégique 2: Elimination de la transmission de VIH de la mère à l'enfant	15 541 476	20 362 834	29 579 474	34 330 360	99 814 143	5%
Axe Stratégique 3: Amélioration de l'accès aux soins et traitement	74 395 295	124 810 178	176 070 119	266 665 095	641 940 688	30%
Thérapie ARV	36 624 175	59 590 480	86 789 600	143 680 206	326 684 461	15%
Soin et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	11 255 992	15 453 558	15 556 071	13 010 873	55 276 493	3%
Examen diagnostique	3 923 520	5 247 054	5 262 795	5 278 584	19 711 953	1%
Soins à domicile	11 588 760	22 752 554	35 648 724	58 946 713	128 936 750	6%
Formation aux soins ARV	4 500	4 500	4 500	4 500	18 000	0%
Soutien nutritionnel	1 258 600	6 105 623	10 462 386	17 727 842	35 554 451	2%
Tuberculose	9 739 748	15 656 410	22 346 044	28 016 377	75 758 579	4%
Axe Stratégique 4:Promotion d'un environnement favorable aux PVV et PA	22 872 536	42 271 272	70 532 689	154 716 312	290 392 809	14%
Éducation	8 101 534	10 904 229	17 403 106	40 422 045	76 830 914	4%
Soutien sanitaire	6 025 571	10 353 059	10 131 798	18 977 151	45 487 578	2%
Soutien familial/domestique	5 885 456	14 143 316	30 492 963	72 462 324	122 984 058	6%
Soutien communautaire	1 770 808	4 857 750	9 146 123	15 487 348	31 262 030	1%
Coûts d'organisation	1 089 168	2 012 918	3 358 699	7 367 443	13 828 229	1%
Axe Stratégique 5: Soutien à la mise en œuvre du PSN	53 716 299	82 684 134	113 413 887	169 134 456	418 948 775	19%
Total Unité d'USD	275 684 475	424 354 107	582 066 312	868 037 168	2 150 142 061	100%

6 Cadre de mise en œuvre du PSN

6.1 Cadre institutionnel

L'ordonnance présidentielle n° 11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le décret n° 04/029 du 17 mars 2004 portant création du PNMLS qui oriente la politique nationale de lutte contre le VIH/sida définit le cadre institutionnel de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2014 – 2017.

6.1.1 Mandat du PNMLS

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

- Définir les orientations nationales de la lutte contre le sida ;
- Mobiliser les ressources financières nationales et internationales pour la mise en œuvre des programmes et contrôler leur gestion ;
- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la lutte contre le sida ;
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le sida ;
- Veillez au respect de la multisectorialité et à l'effectivité » de la décentralisation de la lutte contre le sida ;
- Veiller au suivi et au respect des engagements internationaux de la République Démocratique du Congo en matière de lutte contre le sida

6.1.2 Organes et structures du PNMLS

Les organes du PNMLS sont :

- **Organes d'orientations et de décisions** assurés par le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CNMLS », le Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le sida en sigle « CPMLS » et le Conseil Local Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CLMLS ».
- **Organes de coordination et suivi** : Secrétariat Exécutif National (SEN), Secrétariat Exécutif Provincial (SEP), Secrétariat Exécutif Local (SEL) et Comités sectoriels de lutte contre le sida de ministères en charge de secteurs.
- **Structures de mise en œuvre des plans opérationnels** : structures publiques et privées des secteurs, services de référence et organismes spécialisés, organisations de la société civile et confessionnelles, associations des personnes vivant avec le VIH.

6.2 Cadre opérationnel

L'opérationnalisation du Plan Stratégique National se fait à travers les documents ci-après :

- ✚ **Plan de suivi et évaluation** : fourni les données nécessaires à l'orientation de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH dans l'optique de la multisectorialité. Ce plan détermine les différents indicateurs et cibles de chaque secteur sur la base des résultats attendus et fourni les outils spécifiques de collecte des données périodiques.
- ✚ **Plan de mobilisation des ressources** : reprend les ressources disponibles et les gaps par rubriques budgétaires. Les mécanismes et les sources de financement du PSN y sont clairement définis.
- ✚ **Plan provincial sida** : sera la déclinaison du PSN 2014 – 2017 en plan provincial adapté aux contextes, besoins et priorités de la province. La formulation de ce Plan sera guidée par un cadre d'investissement provincial.
- ✚ **Plan sectoriel** : sera élaboré par chaque secteur retenu dans le cadrage sectoriel selon des orientations du PSN 2014 2017 tenant compte de ses spécificités et ses déterminants. Les différentes parties prenantes de la composante publique, privée et communautaire, partenaires des ministères concernés seront mis en contribution.

- ✚ **Plan opérationnel** : sera une consolidation des plans provinciaux et sectoriels.
- ✚ **Plan d'action** : sera rédigé chaque année par les différents secteurs concernés.
- ✚ **Plan de gestion des achats et stocks (GAS)** : détermine tous les besoins en intrants spécifiques de la réponse (médicaments, réactifs et autres consommables nécessaires) ainsi que les mécanismes d'acquisition, de stockage et de distribution de ces intrants y compris les procédures de passation des marchés et les coûts y afférant.
- ✚ **Plan de renforcement du laboratoire** : définit les faiblesses du réseau de laboratoire lié à la lutte contre le VIH. Ces faiblesses concerneront entre autre les ressources humaines, la logistique, procédurales, les aspects financières et techniques. De ces faiblesses seront élaborées les approches et moyens de résolution.

6.3 Procédures de Gestion

6.3.1 Gestion de passation des marchés et des ressources financières

Les procédures de passation des marchés et de gestion des ressources financières sont celles définies dans la loi n° 10/010 du 27 avril 2010 relative aux marchés publics et les décrets d'application y relatifs ainsi que la loi n° 11/011 du 13 juillet 2011 relative aux finances publiques du pays.

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

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

6.3.2 Gestion des ressources humaines

En RDC, le développement des ressources humaines est réglementé par le Statuts du personnel de carrière des services publics de l'Etat et le Code du travail pour le secteur privé.

La gestion de ces ressources a pour finalité de produire et de garantir la disponibilité d'un personnel compétent et en quantité suffisante dans tous les secteurs de la vie nationale et à travers tout le pays. Une politique nationale privilégiant le renforcement des capacités et la motivation des prestataires et autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions reprises dans ce Plan Stratégique National devra être élaborée.

6.3.3 Gestion des ressources matérielles

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

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

6.4 Cadrage sectoriel

Dans de la mise en œuvre de ce Plan, le secteur est défini comme l'ensemble des acteurs publics, des organisations non gouvernementales, des mouvements associatifs, des associations professionnelles et communautaires ainsi que d'autres institutions et opérateurs qui interviennent dans un même domaine spécifique de la vie.

6.4.1 Classification des secteurs clés du PSN

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce document, l'interaction de ces trois dimensions détermine les secteurs prioritaires suivants : Santé, Défense – sécurité, Social – action humanitaire, Transport – communication, Agriculture – Développement rural, Education, Finances – Budget, Mines – Energies, Justice – droits humains et Culture – Média – Poste.

Les rôles et responsabilités de chaque secteur sont définis dans un document intitulé « **Rôles et responsabilités de secteurs dans la mise en œuvre du PSN** ».

6.5 Mécanismes de mise en œuvre

La mise en œuvre harmonieuse et efficace du Plan Stratégique National 2014-2017 requière de la part des acteurs le développement d'un leadership fort et d'une appropriation de la lutte, la mise en place et le développement des organes et structures, l'intégration de la lutte dans les systèmes de base sectoriel, provinciaux et locaux, le développement de la coordination et synergie intra et intersectorielle, l'implication du système communautaire dans les secteurs spécifiques et la collaboration avec les partenaires au développement.

Le **leadership national** fort se traduit par l'engagement au plus haut sommet de l'Etat, des secteurs, des provinces et entités locales, des Institutions publiques et privées, des Organisations communautaires et de la Société civile pour une forte mobilisation de différentes communautés et ressources nécessaires ainsi que le développement d'une bonne gouvernance de riposte nationale au sida en RDC. Ce leadership national se fonde aussi sur le partenariat public-privé.

La mise en place et le développement des organes et structures de lutte tels que décrit dans l'ordonnance portant création du PNMLS est un impératif pour mieux orienter, coordonner, mettre en œuvre et suivre les interventions dans la réalisation des résultats du PSN à tous les niveaux.

L'intégration des interventions spécifiques de lutte dans les systèmes de base sectoriel, provincial et local ainsi que dans leurs structures organiques et projets existants selon leurs compétences spécifiques dans un domaine d'intervention ou d'intérêt garantie la mise en œuvre harmonieuse et efficace du PSN. Ceci implique aussi l'intégration des rubriques sur les besoins de la lutte dans les budgets des Ministères sectoriels différents niveaux.

Le développement de la coordination et synergie intra et intersectorielle mettra l'accent sur le caractère multisectoriel de la riposte conformément aux dispositions de l'ordonnance portant création du PNMLS et sur les rôles et responsabilités des différents secteurs retenus dans le cadrage sectoriel du PSN.

L'implication du système communautaire dans les secteurs spécifiques se fonde sur le partage des responsabilités et la complémentarité des acteurs dans la mise en œuvre des interventions thématiques autour du plan sectoriel.

La collaboration avec les partenaires au développement dans le cadre de l'appui technique et de l'assistance financière garantit la conformité des interventions aux recommandations internationales, permet le renforcement des acteurs nationaux, ainsi que la mobilisation des ressources complémentaires.

7 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PSN 2014-2017 est décrit dans le plan de suivi et d'évaluation qui détaille les indicateurs d'impacts, d'effets et de produits conformément aux exigences de la planification axée sur les résultats. Dans l'annexe de ce PSN, le Cadre de performance se limite à la présentation des indicateurs d'impacts et d'effets pour une meilleure compréhension de la programmation des interventions.

7.1 Cadre des performances

Le cadre des performances détermine les cibles des indicateurs (impacts et effets) de la mise en œuvre du PSN 2014 – 2017. Les données sont collectées dans les différents secteurs impliqués à travers les sources suivantes :

- Rapports de routine (GARP, Rapports annuels, ...);
- Enquête des indicateurs sida;
- Enquêtes spécifiques (BSS);
- Enquête de sérosurveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles;
- Estimations Spectrum;
- Enquête démographique santé (EDS).

7.2 Dispositif de suivi et évaluation

Le dispositif de suivi-évaluation du PSN requiert un engagement multisectoriel à travers un processus participatif mobilisant plusieurs intervenants à des niveaux différents. Aussi, la construction du dispositif institutionnel de suivi-évaluation se résume comme suit :

- les structures d'exécution;
- les structures décentralisées ou déconcentrées de coordination;
- les structures de coordination nationale;
- les partenaires techniques et financiers (les projets et programmes, ONG nationales et internationales, etc.).

Cette organisation permet d'identifier quatre principaux niveaux d'intervention pour le suivi-évaluation avec des responsabilités diverses en matière de collecte, de traitement, d'analyse et de transmission des données issues de la mise œuvre des plans opérationnels :

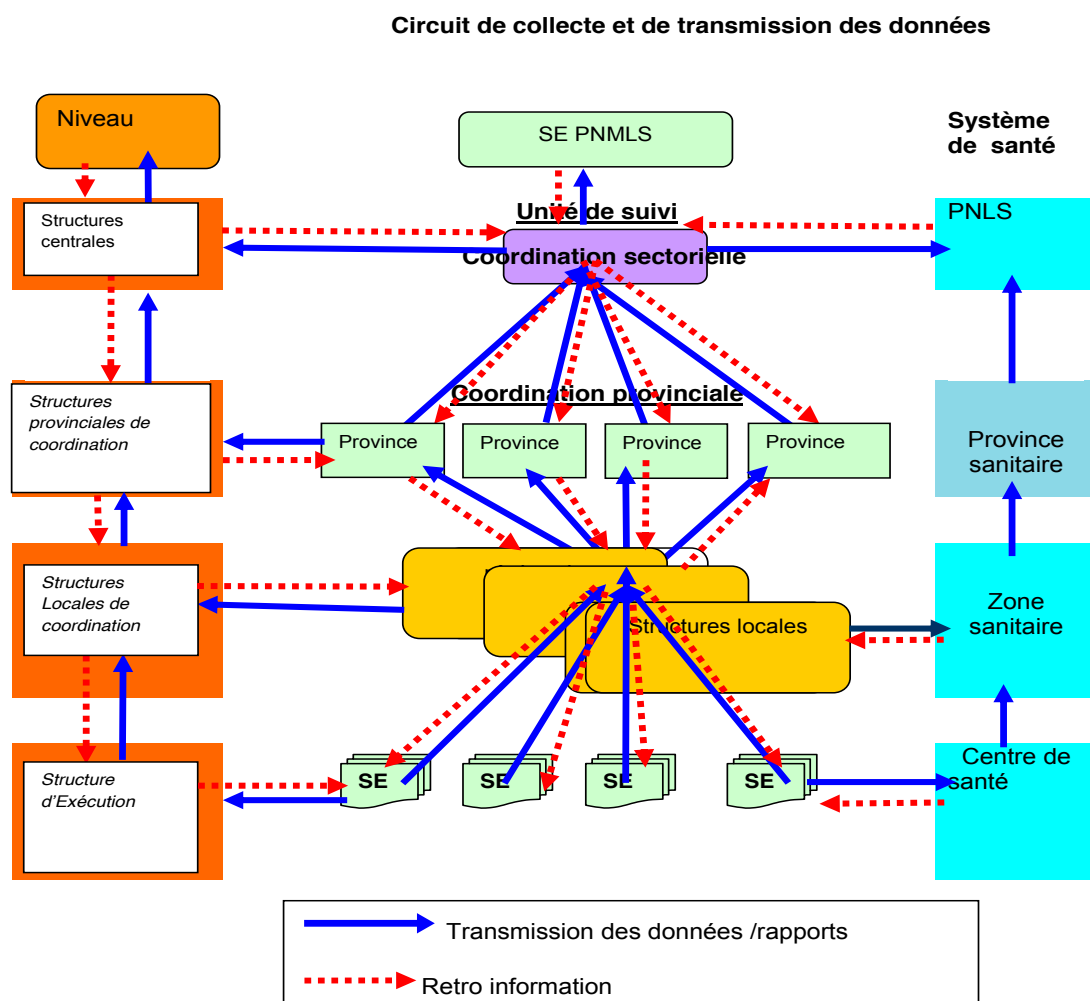
- 1°. le premier niveau est représenté par les structures d'exécution sectorielles (ministérielle, privée, communautaire et locale, structures de santé). A ce niveau, il s'agit essentiellement de l'exécution des activités programmées et de la collecte quotidienne des données issues de différentes réalisations par chaque structure. La collecte est qualifiée à ce stade de primaire et est compilée dans les rapports mensuels pour transmission à la coordination provinciale. Les outils utilisés sont des registres/cahiers, rapports mensuels, et tout autre outil de collecte des données sur les différents indicateurs du PSN.
- 2°. le deuxième niveau est celui des structures locales de coordination (SEL). A ce stade, leur rôle est de centraliser les données et d'élaborer des synthèses trimestrielles par domaine et acteur de mise en œuvre au niveau local.
- 3°. le troisième niveau est celui des structures de coordination provinciale qui sont chargées également de centraliser, valider et transmettre les données à l'échelon supérieur. A ce niveau, s'opère la synthèse des données du niveau précédent. Les données sectorielles consolidées résultant de ces synthèses sont transmises aux coordinations du niveau central.
- 4°. le quatrième niveau est celui de la coordination nationale qui est chargée de centraliser, valider et transmettre les données au Gouvernement et aux partenaires. C'est à cette étape que les données sectorielles et les résultats des études/enquêtes sont traités par l'Unité centrale de planification et de suivi et évaluation en collaboration avec les

secteurs pour permettre l'élaboration du rapport global du plan national multisectoriel. La coordination au niveau national se fait par l'unité suivi et évaluation du PNMLS.

7.3 Circuit de transmission des données

Les sources de données du PNMLS sont multiples, étant donné l'organisation de la riposte. Il y a lieu de différencier, les producteurs de l'information, les structures habilitées à analyser et traiter les données au niveau des secteurs au regard de leurs documents de politique et de stratégies sectorielles/ministérielles incluant la lutte contre le sida ; la compilation, validation, et analyse multisectorielle se menant au niveau de Secrétariats exécutifs du PNMLS dans des cadres de la task force, avant que les données ne soient transmises officiellement aux organes de décision (CNMLS, CPMLS, CLMLS).

Schéma 1 : Circuit de collecte et de transmission des données



7.4 Mécanisme de suivi et évaluation

Le suivi-évaluation du plan sera réalisé à travers le rapport semestriel de suivi-évaluation, le rapport annuel d'exécution, l'évaluation intermédiaire et l'évaluation finale.

Les coordinations provinciales du PSN tiendront des réunions trimestrielles de suivi afin de faire le point sur l'état de mise en œuvre du plan stratégique et les résultats atteints.

Des réunions semestrielles, regroupant l'ensemble des coordinations du niveau provincial seront organisées. Au cours de ces rencontres, toutes les parties prenantes sont amenées à

- apprécier l'état de la mise en œuvre du plan stratégique ;
- faire des propositions/suggestions d'amélioration de la mise en œuvre ;
- programmer les prochaines étapes.

Ce dispositif est complété par les revues annuelles, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

Les revues annuelles du plan opérationnel : elles se font au quatrième trimestre et coïncident avec la tenue du conseil provincial ou national multisectoriel de lutte contre le sida. Ces revues sont destinées à faire le point sur l'état de mise en œuvre du plan

L'évaluation à mi-parcours : l'évaluation à mi-parcours permet de s'assurer de l'adéquation entre les résultats poursuivis et les résultats atteints dans une perspective d'amélioration de la performance dans la mise en œuvre du PSN. L'évaluation à mi-parcours permettra de :

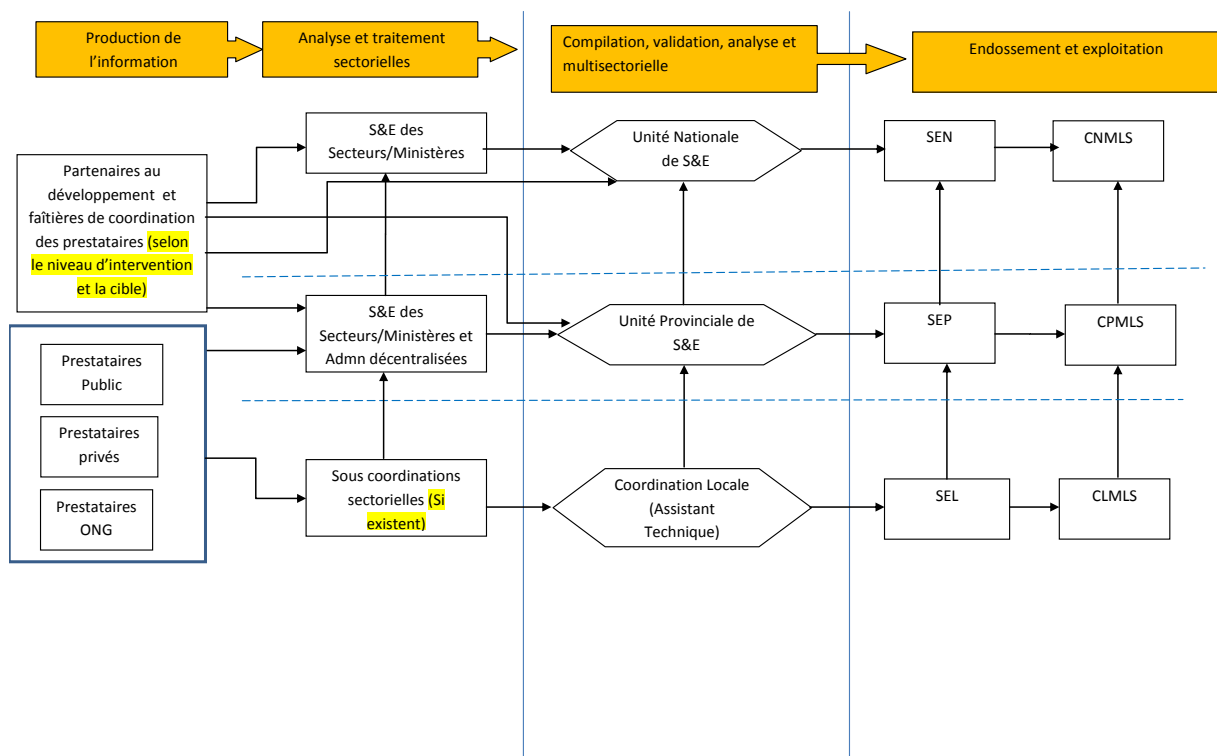
- faire le point sur l'état de mise en œuvre du plan stratégique à mi-parcours ;
- mettre en adéquation les intrants et les extrants du plan.

L'évaluation finale du plan stratégique : elle interviendra à la fin de la mise en œuvre du plan stratégique. Elle permettra d'apprécier entre autres, le degré d'atteinte des objectifs, la pérennité et la durabilité des acquis. Des recommandations seront formulées en vue de l'élaboration du nouveau plan stratégique.

7.5 Renforcement du système de suivi et évaluation

Dans le but de rendre efficace le suivi, des mesures de renforcement seront planifiées. Pour ce faire, un plan de suivi évaluation budgétisé sera élaboré.

Schéma 2 : Système de suivi et évaluation



ANNEXES

Annexe 1 : Situation générale de l'épidémie de VIH

1 Ampleur de l'épidémie

La RDC a donc une épidémie du VIH de type généralisé. Cela est conforme à la dynamique de l'infection par le VIH observée au sein de la population générale, telle que rapportée par l'étude sur les modes de transmission du VIH en RDC

En 2013, La prévalence de l'infection par le VIH en RDC est estimée dans la population générale, à 1,1%¹⁶. Chez la femme enceinte, cette prévalence sur le plan national est estimée à 3,5%¹⁷ selon les données de la surveillance sentinelle auprès de femmes enceintes ayant utilisé les services de CPN en 2011.

Selon les résultats de l'EDS 2007, le sex-ratio de l'infection par le VIH, au plan national, était de 1,78. La prévalence du VIH atteignait 4,4% chez les femmes d'âge compris entre 40 et 44 ans et 1,8% chez les hommes d'âge compris entre 35 et 39 ans. Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente en fonction du niveau d'instruction et du niveau du bien-être socioéconomique. Les femmes qui ont été testées et ayant reçu les résultats sont plus nombreuses en milieu urbain (26%) qu'en milieu rural (7%). Selon le quintile de bien être socioéconomique, l'écart dans la connaissance de son statut sérologique est plus important chez les femmes les plus riches (32%) que celles des ménages les plus pauvres (Voir Rapport MICS 2010).

Il est à signaler que toutes les couches de la population sont touchées par le VIH.

Chez les jeunes d'âge compris entre 15 et 24 ans, les deux sexes confondus, la prévalence du VIH était estimée à 2,8% (GARP 2013). Au sein de cette tranche d'âge, la prévalence estimée chez les filles (1%) était le double de celle des garçons (0,5%). Cependant, le pic de prévalence était observé chez les garçons d'âge compris entre 15 et 17 ans (2,4%).

Les résultats de l'EDS 2007 rapportaient aussi que la prévalence du VIH en milieu urbain (1,9%) était le double de celle du milieu rural (0,8%).

Certains groupes de la population seraient frappés de manière plus importante que la population générale :

- ✓ Populations passerelles : La prévalence chez les populations passerelles est passée de 6,04% à 1,8% chez les miniers et de 5,3% à 1,2% chez les camionneurs de 2005 à 2012. Les sites de Lubumbashi (2% chez les camionneurs et 3,1% chez les miniers), Mbuji Mayi (2,3% chez les miniers et 2,1% chez les enfants de rue), Kananga (2,8% chez les miniers) et Goma (3% chez les enfants de la rue) ont présenté des prévalences relativement élevées.
- ✓ Populations vulnérables : Les autres populations vulnérables présentent également des prévalences élevées, il s'agit des femmes en uniformes (7,8%), pêcheurs (6,6%), populations mobiles (5,9%), migrants (5%), femmes victimes des viols (20%) et femmes déplacées (7,6%). Cette prévalence est de 1,3% chez les enfants de rue¹⁸.

L'outil Spectrum a permis, en 2013 d'estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH à 481 122 (441 233 – 526 464); le nombre de décès dû au sida à 31 835 (28 575 – 35 864) et les orphelins du sida à 391 053 (351 235 – 436 437).

L'étude menée par le PNLS avec l'appui financier du PAM fait état de près de 52% de Personne Vivant avec le VIH sous TAR qui sont dénutries à l'initiation du traitement.

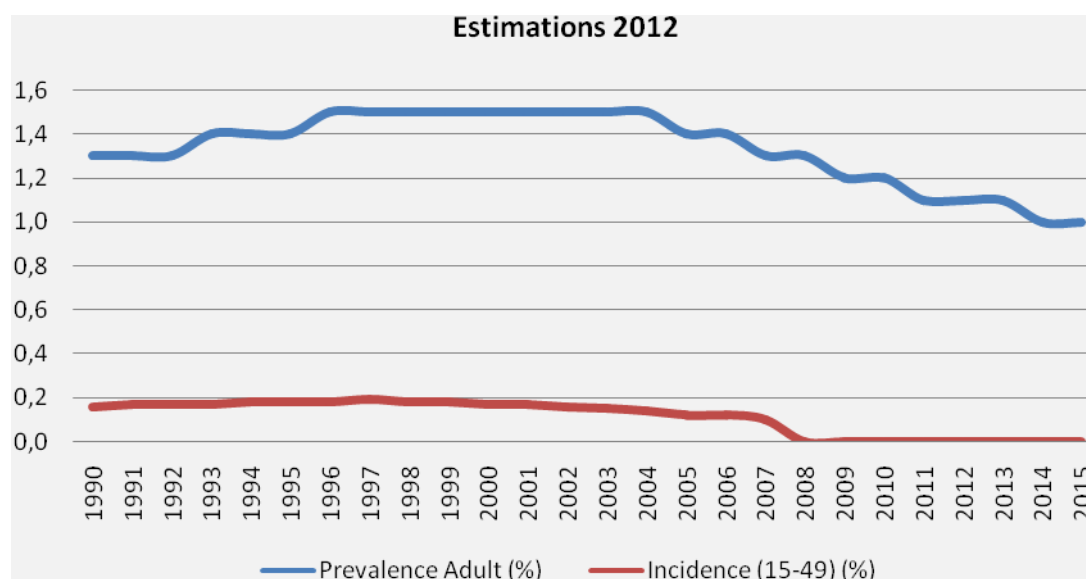
¹⁶Prévalence obtenue à l'aide d'une projection réalisée avec l'outil Spectrum, utilisant les résultats de l'EDS 2007

¹⁷Rapport épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN 2011, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (PNLS). PNLS 2011

¹⁸ BSS2 de 2013

La tendance de l'épidémie, évaluée en 2012 sur base des projections des données issues de l'EDS 2007, montre une prévalence et une incidence en décroissance au regard de la figure 2.

Figure 2 : Modélisation de l'incidence et de la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans, de 1990 à 2015



La figure de modélisation ci-haut montre une décroissance de la prévalence et de l'incidence au sein de la population adulte de 15-49 ans dont plusieurs facteurs à la base peuvent être mentionnés, notamment : (i) le cours naturel de l'épidémie ou évolution régressive actuelle, (ii) la mortalité liée aux problèmes d'accès aux ARV, (iii) Enfin, le taux élevé de la circoncision masculine (facteur de protection contre le VIH) estimé à plus de 90% dans la population générale en RDC.

1.1 Situation de l'épidémie au sein des sous-groupes des populations

Au regard des résultats de l'étude sur les modes de transmission (MoT) réalisée en 2013, il ressort que les interventions pour prévenir les 1000 prochaines nouvelles infections en RDC doivent prendre en compte la contribution d'alimentation de l'épidémie par les différents sous-groupes. Selon les MoT, la distribution dans les sous-groupes se présente de la manière suivante :

- = Couples hétérosexuels stables : 63,63%
- = Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : 15,55%
- = Clients des professionnels du sexe : 5,88%
- = Personnes avec multiples partenaires sexuels occasionnels : 4,65%
- = Partenaires des personnes avec multiples partenaires sexuels occasionnels : 2,43%
- = Professionnels du sexe : 1,15%
- = Partenaires féminins des professionnels du sexe : 0,82%

En RDC, le nombre de nouvelles infections par le VIH était estimé en 2012 à 34 169 (avec 18 803 femmes, soit 55%).

Il apparaît, au regard des résultats de cette étude qu'en RDC, les nouvelles infections à VIH, en 2012, sont susceptibles de survenir donc principalement au sein des couples hétérosexuels stables. Parmi ceux-ci, les estimations ont montré que dans 59% des couples séro-différents, les femmes seraient les plus infectées. La prévention de la transmission au sein des couple séro-différents doit être une des nouvelle problématique à inclure dans la prévention /PEC.

Il faut noter que l'étude MoT ne détermine pas la répartition contributive des sous-groupes au niveau provincial.

En revanche, les données de l'EDS 2007 ont montré pour Kinshasa et la « région » Est du pays (comprenant les provinces Orientale, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu) une prévalence du VIH de 1,9%, pour la « région » Centre-Sud (comprenant les provinces du Katanga, Kasai occidental, Kasai oriental) une prévalence de 1,2% et pour la « région » Ouest (comprenant les provinces du Bandundu, Bas-Congo et Equateur) une prévalence du VIH de 0,7%). Se basant sur les données de l'EDS 2007, Kinshasa et la « région » Est, suivi de la région Centre-Sud, semblent être les zones de prépondérance pour la survenue des nouvelles infections à VIH.

Cela est corroboré par les derniers résultats de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes. Ils montrent que la prévalence du VIH dans les sites sentinelles urbains des provinces du Katanga, Kasai occidental, Kasai oriental et Province Orientale va au-delà de 5%.

Les principaux déterminants ¹⁹de l'infection par le VIH en RDC en fonction des sous groupes sont les suivants.

Tableau 3 : Principaux facteurs de risque par sous-groupes

Sous-groupes	Déterminants ou facteurs de risque
Couples hétérosexuels stables	<ul style="list-style-type: none"> – Faible utilisation du préservatif – Prévalence élevée des IST – Faible disponibilité des services de prévention du VIH – Inégalités liées au genre – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	<ul style="list-style-type: none"> – Pratiques sexuelles à risque – Faible accès au préservatif et au gel lubrifiant – Prévalence élevée des IST – Non disponibilité de service de prévention adapté – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Professionnels de sexe	<ul style="list-style-type: none"> – Partenaires sexuels multiples – Pratiques sexuelles à risque – Faible accès au préservatif – Discrimination – Stigmatisation – Inégalité liée au genre – Faible mise sous ARV précoce – Non disponibilité de service de prévention adapté
Populations mobiles (routiers, camionneurs, piroguiers, pêcheurs, commerçants itinérants, miniers)	<ul style="list-style-type: none"> – Séjour prolongé hors du foyer – rapports non protégés avec les professionnels de sexe – Faible utilisation du préservatif – Promiscuité sexuelle – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Personnels en uniforme (hommes et femmes)	<ul style="list-style-type: none"> – Connaissance insuffisante des modes de transmission du VIH et autres IST ; – Faible accès au préservatif – Mauvaise utilisation du préservatif – Violences basées sur le genre

¹⁹Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010 – 2014, Programme National Multisectoriel de lutte contre le sida. République Démocratique du Congo, 2009.

Sous-groupes	Déterminants ou facteurs de risque
	<ul style="list-style-type: none"> – Partenaires sexuels multiples – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Populations en situation humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> – Violences sexuelles – Faible accès aux services et autres moyens de prévention – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> – Ignorance de moyens de prévention de surinfection et du rôle moteur dans la propagation du VIH – Discrimination et stigmatisation dans divers milieux, notamment la santé et le monde religieux. – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce – Vulnérabilité économique
Population carcérale	<ul style="list-style-type: none"> – Violences sexuelles – Pratiques sexuelles à risque – Faible accès aux services et autres moyens de protection – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce
Enfants vivant dans la rue	<ul style="list-style-type: none"> – Connaissance insuffisante des modes de transmission du VIH et autre IST ; – Consommation de la drogue – Faible accès et utilisation du préservatif – Violences sexuelles – Pratiques sexuelles à risque – Faible accès au dépistage VIH – Faible mise sous ARV précoce

Résumé sur le profil épidémiologique du VIH/sida en RDC

En RDC sévit une épidémie généralisée s’approchant d’une épidémie mixte avec une prévalence autour de 1,1%. La prévalence dans les groupes de populations clés majeures est supérieure à 5% (PS : 6,9%, HSH 31%) et chez les femmes enceintes 3,5%. L’épidémie touche de plus en plus le milieu rural. Les femmes infectées représentent plus de 60%. Les jeunes sont plus exposés que l’ensemble de la population.

Certaines pratiques socioculturelles exposant au VIH/sida, susceptibles d’alimenter l’épidémie dans certaines provinces, prennent de plus en plus de l’ampleur : “Tumpatu”, “patron”, “roulage”, lévirat, sororat, déplacement de la population, violence sexuelle, commerce transfrontalier...

Les estimations SPECTRUM de 2013 prévoient 34993 nouvelles infections en 2013 dont près de 25500 proviendraient des couples stables et des personnes contractant des rapports sexuels occasionnels, 5661 des populations clés (HSH, PS) et moins de 340 de la transfusion sanguine lorsqu’on considère la répartition selon le MoT 2013.

Les résultats de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes ayant fréquenté les services de la CPN en 2011, nous montrent les tendances sur la prédominance régionale de la prévalence à l’Est et au Centre du pays. En effet, ces provinces regorgent le plus grand nombre des sites ayant un taux de séroprévalence supérieur à 5%. La revue a relevé aussi le fait que la répartition et le nombre insuffisant des sites de sérosurveillance n’ont pas permis de capter la situation de l’épidémie dans plusieurs zones chaudes.

1.2 Etat de la réponse nationale au VIH/sida, gaps programmatiques et solutions

Elle est issue des résultats de la revue de la lutte contre le VIH/sida portant sur une période d'au moins dix ans à savoir de 2001-2012. L'analyse de la réponse se fera selon les axes stratégiques ci-dessous :

- = La prévention de la transmission des IST et du VIH (ou PREVENTION)
- = L'amélioration de l'accès universel aux soins et traitement
- = La réduction de l'impact socio-économique du VIH et du Sida
- = Le soutien à la mise en œuvre du PSN

1.2.1 Analyse de la réponse en matière de prévention

Elle repose sur l'environnement politique de la lutte (normes, lois, partenariat et coordination), la communication pour le changement de comportement, le Conseil et Dépistage du VIH, le dépistage et traitement des cas d'IST, la promotion des moyens de prévention axés sur les trois modes de contamination (sexuelle, sanguine, verticale).

1°. *Environnement politique, (Normes, Partenariat, Législation) pour la mise en œuvre des interventions de prévention de la transmission des IST et du VIH*

La lutte contre l'épidémie du VIH et du sida en RDC s'inscrit dans un cadre de riposte multisectoriel et multidisciplinaire. En effet, il existe des documents normatifs pour le conseil dépistage du VIH/sida, des algorithmes nationaux pour le dépistage et la prise en charge des IST, des directives nationales sur la PTME ainsi que la sécurité transfusionnelle. Des lois existent pour la protection des personnes vivant avec le VIH, la promotion de la santé sexuelle et reproductive....

L'encadré ci-dessous fait le point des documents de politique et normes, des lois qui existent en matière de renforcement de la prévention de la lutte contre le VIH/sida :

- La loi 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées
- Des lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles;
- Un tissu communautaire très riche de ses multiples et variés acteurs, dont les confessionnels et les privés lucratifs tous aidant à l'amélioration de la couverture géographique et l'utilisation des services ;
- Une stratégie écrite de renforcement du système communautaire (SRSC) ;
- Des normes sur la prévention de la transmission du VIH et des IST ;
- Un Plan national stratégique eTME 2012-2017 validé
- Le Guide national sur le conseil dépistage du VIH
- La stratégie nationale de sécurité transfusionnelle révisée en 2008 ;
- Un programme national de transfusion sanguine ;
- Un plan stratégique national 2011 à 2015 ;
- Documents de protocoles et normes en matière de SSR

2°. *Communication pour le changement de comportement*

Etat de la réponse :

De façon générale, la population sexuellement active n'a pas accès aux informations sur le VIH/sida, et une très faible proportion connaît leur statut sérologique. La province du Katanga fait l'exception avec plus de 50% de sa population sensibilisée. Toutes les autres provinces sont en deçà de 1%.

Le rapport du PNLIS 2012 montre que sur 30 249 087 personnes sexuellement actives qui devaient avoir accès à l'information, 4 919 627 (16%) ont eu accès et 220 771 ont été testés au VIH (4%) des personnes ayant accédé aux informations.

Aussi il ressort que :

- Une régression de 16,8% en 2009 (PSN 2010-2014), de 15, 2% en 2012 (Rapport GARP 2013) des jeunes âgés de 15 à 49 ans possédaient tout à la fois les

connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et en rejettent les principales idées fausses (MICS 2010, 2012) ;

- Une proportion importante de jeunes de 15-24 ans, soit 21,4%, ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (MICS 2010) ;
- 57% des professionnels du sexe ont été touchés par des programmes de prévention (MICS 2010) ;
- 20,8% des personnes sur le lieu de travail ont été touchés par des programmes de prévention (MICS 2010);
- L'existence très récente du service de soutien psychosocial aux personnes infectées par le VIH qui est très récente (2011) et aussi l'approche « santé positive, dignité et prévention » est très peu étendue car couvre seulement 3 provinces sur les 11 que compte le pays;
- Émergence de certains phénomènes socioculturels à impact négatif sur l'évolution de l'épidémie de VIH d'appellations diverses selon les provinces (Tumpatu, Roulage, Patron...).

GAPS

- 34,8% de jeunes âgés de 15 à 24 ans sur les 50% attendus en 2014 (PSN 2010-2014) ne possèdent pas tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH ni n'en rejettent les principales idées fausses ;
- Plus de 10% de jeunes de 15-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (PSN 2010-2014) ;
- 33 % de professionnels du sexe sur 90% attendus en 2014 (PSN 2010-2014) n'ont pas été touchés par des programmes de prévention.

Principales causes

- Insuffisance des activités de communications sur la prévention du VIH/sida à l'endroit de la population notamment vis-à-vis des familles;
- Faible couverture (géographique, des besoins) des interventions pour les populations clés (PS, HSH, prisonniers...), population en situation humanitaire d'urgence, les enfants vivant dans la rue) ;
- Méconnaissance de certaines populations aux pratiques assimilables à celles des PS dans certaines provinces (« Tumpatu »; « Roulage »; « Patron ») ;
- Insuffisance de stratégies spécifiques pour les jeunes (faible implication des jeunes ainsi que leur organisation) ;
- Insuffisance des liens avec les services de santé pour le continuum de soins (population mobile et réfugiés) ;
- Régression du nombre de CDV communautaire (de 86 en 2009 à 59 en 2012).

Recommandations :

- Renforcer les activités de communication intégrée sur la prévention du VIH /IST à l'endroit des jeunes, populations clés (PS, HSH) et des familles ;
- Offrir le paquet VIH adapté selon les circonstances et les besoins de la population bénéficiaire : kit PEP, Préservatif, Appui Nutritionnel, eTME, TARV ;...
- Catégoriser les interventions en fonction des différents groupes des jeunes (Age, milieu de vie, niveau de scolarisation, genre), les populations clés, les femmes enceintes ;...
- Créer les centres de convivialité des jeunes ;
- Augmenter les CDV communautaires ciblés et DCIP systématiques ;
- Promouvoir le dépistage volontaire dans la population générale
- Renforcer les mesures de prévention en faveur des populations déplacées, handicapés et des couples séro différents

3°. Populations clés (PS, HSH)

Etat de la réponse :

Au stade actuel, il existe très peu d'interventions ciblant les professionnelles de sexe et HSH à travers le pays à l'instar de quelques activités menées à Kinshasa par le Centre Matonge/PNLS et l'ONG PSSP.

L'enquête faite dans 4 provinces (Bas Congo, Province Orientale, Katanga et Kinshasa) montre que 19 876 professionnels de sexe identifiés parmi lesquels 1 707 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et 18 169 femmes devraient avoir accès aux services de prévention.

Les estimations partant de ces résultats montrent que 56.254 PS devraient avoir accès aux services de préventions dont 35.625 PS affichées et 20.629 PS non affichées tandis que 14.030 HSH (les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes) devraient avoir accès aux services de prévention dont 7892 HSH affichés et 6138 HSH non affichés.

L'enquête sur l'estimation de la taille réalisée dans 6 provinces identifie 479.798 PS et 237.716 HSH.

Selon le Rapport GARP 2013 : 5,8% PS vivent avec le VIH, 7,8 % le sont pour les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes.

Le rapport GARP 2013 ressort que :

Pour les PS :

- 30,5 % de PS sont touchés par les programmes de prévention
- 32.0 % de PS déclare avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client
- 86.6 % de PS déclarent avoir été testés au VIH et qui connaissent le résultat

Pour les HSH :

- 20,8% d'HSH touchés par les programmes de prévention ;
- 15,3% d'HSH déclarent avoir utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels avec leurs derniers clients ;
- 7,8 % de PS déclarent avoir été testés au VIH et connaissent le résultat

Gaps :

- 30 % de PS ne sont pas touchés par les programmes de prévention
- 58 % de PS déclarent n'avoir pas utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client
- 86.6 % de PS déclarent n'avoir pas été testés au VIH
- 70% d'HSH ne sont pas touchés par les programmes de prévention ;
- 75 % d'HSH déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client
- 82 % de PS déclarent n'avoir pas été testés au VIH.

Principales causes :

- Réticence des décideurs à répondre aux besoins des PS, HSH...
- Faible couverture des interventions pour les populations clés (PS, HSH...)
- Faible accès aux services de santé
- Méconnaissance de certaines populations aux pratiques assimilables à celles des PS dans certaines provinces (« Tumpatu »; « Roulage »; « Patron ») ;
- Discrimination, la stigmatisation,
- Faible statut social et économique,
- Violence (viol, vols d'argent, arrestation arbitraire, proxénétisme)

Recommandations :

- Offrir les services de prévention dès l'entrée aux commerces de sexes ;
- assurer la protection des professionnels du sexe et leurs partenaires ;

- assurer l'assistance des professionnels de sexes pour l'offre des alternatives professionnelles au commerce de sexe ;
- Renforcer la prévention des IST et du VIH sida, le renforcement des soins, traitement et soutien ;
- Étendre l'intégration de leur prise en charge dans les structures existantes ou création de centres spécialisés ;
- Renforcer les capacités des centres spécialisés existants (Centre Matonge et PSSP) ;
- Renforcer le partenariat avec les forces de l'ordre et les autorités politico-administratives ;
- Appuyer l'autonomisation des PS ;
- Faire un plaidoyer pour la réglementation du commerce de sexe.

4°. Conseil et dépistage du VIH

Tableau 4 : Évolution de nombre de centres CD de 2009-2011

Variables	2009 (Baseline)	2010	2011	2012
Nombre de sites communautaires pour dépistage VIH	86	77	59	ND
Nombre de structures sanitaires/hospitalières pour dépistage VIH	309	655	859	1264
Nombre de Personnes dépistées ayant retirées leurs résultats	174680	29471	301061	187881
HSH®	ND	365	1081	757
PS®	ND	450	6760	ND
Personnel féminin en uniforme	ND	7802	15270	13506

@Sources : Rapports annuels PROVIC (2010/2011) et Base des données ASF/PSI 2009,2010 & 2011

- Disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH avec prédominance de plus en plus de l'approche intégrée;
- 72,9 % de Personnes Vivant avec le VIH font les tests volontairement;
- 5,4 % de Personnes Vivant avec le VIH ont été forcés de faire le test;
- 6,3 % de Personnes Vivant avec le VIH ont subi le test sans avoir été conseillé.....
- Le conseil avant et après le test est régulier (77 % de testés), bien qu'une frange de testés (2,3 %) n'aient reçu ni le conseil pré-test, ni le post test
- La politique nationale en faveur de la promotion des CDIP et non sur les CDV communautaire associée à l'insuffisance des financements expliquent cette régression de CDV communautaire
- Les services de conseil et dépistage ne sont pas adaptés à l'âge : seulement 5% des jeunes de 15 à 19 ans connaissent leur statut sérologique
- La distribution par province du nombre total (2 116 815) de dépistage du VIH effectués de 2004 à 2012 n'était pas tout à fait superposable à l'ampleur de l'infection par le VIH par province (telle que rapportée par les résultats de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes) : Bandundu (5,40%) ; Bas-Congo (15,78%) ; Equateur (1,64%) ; Katanga (4,85%) ; Kasai Occidental (5,10%) ; Kasai Oriental (9,36%) ; Kinshasa (31,05%) ; Maniema (1,78%) ; Nord Kivu (6,32%) ; Province Orientale (6,82%) ; Sud Kivu (11,89%).

GAP :

- Près de 87% de personnes âgées de 15-49 ans ayant déclarées avoir été testées au VIH ne connaissent pas leur état sérologique (GARP 2013),
- Plus de 80% de besoins en Conseil et Dépistage VIH/DCIP ne sont pas couverts
- Régression de la couverture pour l'offre des services de CDV par les structures communautaires (de 86 structures en 2009 à 59 structures en 2012) au bénéfice de l'approche intégrée ;

Principales causes :

- Insuffisance des activités de communications sur la prévention du VIH/sida à l'endroit des populations spécifiques et les familles
- Faible couverture (géographique, des besoins) des interventions pour les populations clés (PS, HSH, prisonniers),
- Mauvaise gestion du système d'approvisionnement et de stock, caractérisée par des ruptures intempestives des stocks au niveau des points de prestation de services consécutifs à une mauvaise quantification et à la centralisation des allocations au niveau national ;
- Faible application de la gratuité du dépistage du VIH dans les services de santé
- Insuffisance de ressources pour organiser des activités en stratégie avancée en dehors de l'approche événementielle caractérisant l'implication des structures du système communautaire.
- Grand nombre de personnes testées ne connaissant pas leurs résultats

Recommandations :

- Développer et promouvoir les sites conviviaux de dépistage en ce qui concerne les jeunes, les populations clés (PS, HSH, UDI), les femmes en âge de procréer et leurs partenaires masculins,
- Passer à une planification décentralisée qui rendrait responsable, l'équipe cadre de la zone de santé dans l'opérationnalisation du plan stratégique (planification opérationnelle et mise en œuvre),
- Renforcer la couverture géographique du CDIP dans les FOSA
- Promouvoir les CDV en stratégie mobile/ avancée
- Renforcer les capacités des structures (dotation et équipements en fonction des besoins réels exprimés par le niveau décentralisé) et du personnel en conseil et dépistage du VIH,
- Promouvoir le dépistage à travers une communication de proximité et de masse (Nouvelles technologies de l'information et radio communautaire)
- Mobiliser les ressources financières pour l'appui aux activités en stratégie avancée
- Renforcer les capacités de prestataires sur le CDIP
- Sécuriser l'approvisionnement des réactifs de dépistage du VIH et autres consommables et ARV

5°. Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Etat de la réponse :

L'offre de dépistage et de traitement des cas d'IST n'existe pas dans certaines structures des soins ni dans certaines zones de santé et cela malgré l'augmentation de la couverture géographique des services de dépistage et de traitement des IST comme nous montre le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Évolution de nombre des sites et ZS de dépistage et traitement des IST en RDC de 2009-2012

	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
Zones de santé de PEC des IST	241	279	297	301
Centres de santé de PEC des IST	848	1266	1665	982
Nombre total centres de santé en RDC				8622

Le pays dispose de deux centres spécialisés de référence pour la prise en charge gratuite des IST. Bien que le nombre de ZS qui disposent des sites de PEC des IST augmente, il y a une baisse du nombre de sites de PEC des IST en 2012. Cela peut s'expliquer par le faible

financement de cette activité par un grand nombre d'intervenants et aussi par la sous notification des cas par les prestataires/le non rapportage des données par certaines structures et l'approvisionnement en intrants IST.

En fin 2012, 338 626 cas d'IST (36%) avaient été diagnostiqués et traités alors que la cible visée pour 2012 était de 915300 cas d'IST. Selon le rapport 2012 du PNLS, 235863 ont été pris en charge correctement selon l'approche syndromique soit 70%. Il y a une faible capacité des structures à dépister les cas d'IST et une insuffisance qualitative de la prise en charge des cas dépistés. Les circonstances de dépistage (exemple au cours de la CPN), ne sont pas connues. Le renforcement du plateau technique et des compétences des prestataires en CPN sous-tend cette réflexion!! Seulement 8,4% des patients atteints d'IST en 2012 ont été testés au VIH (28421/338626).

Gaps :

- Plus de 60% d'IST non dépistées
- 30% d'IST non soignées selon l'approche syndromique

Principales causes :

- Faible couverture des besoins de prise en charge des IST (géographique et cibles), qui devrait être étendue à 8224 FOSA
- Faible capacité des prestataires dans l'approche syndromique
- Rupture en intrant pour la prise en charge des IST ;
- Non effectivité de la gratuité du dépistage et traitement pour PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH Implication insuffisante des acteurs communautaires dans la sensibilisation et l'accompagnement des patients.

Recommandations :

- Etendre et intégrer la PEC des IST dans les 8 224 formations sanitaires, notamment dans les prestations de la CPN
- Renforcer des compétences des prestataires de soins sur la PEC syndromique des IST
- Approvisionner les structures de santé en kits de dépistage de la syphilis, autres intrants et médicaments de PEC adaptés
- Subventionner les médicaments de PEC des IST
- Renforcer l'implication des acteurs communautaires pour la sensibilisation et l'accompagnement
- Renforcer le dépistage systématique intégré de la syphilis et du VIH chez les FE dans les services de santé

6°. Prévention de la transmission par voie sexuelle (Promotion et distribution du préservatif et gel lubrifiant aqueux)

État de la réponse :

De 2010 à 2012, 341 500 127 préservatifs ont été distribués dans tout le pays (dont 3,7% de préservatifs féminins). Cette quantité distribuée sur 3 années représente 82,55% de la totalité des préservatifs distribués dans le pays entre 2004 et 2012, ce qui est un effort considérable en matière de promotion de prévention.

Plusieurs approches ont été utilisées pour assurer la distribution au niveau des cibles, à savoir : le marketing social ; la distribution par les paires, les « capotiers » et points de distribution ; la distribution à travers les structures de soins ainsi que la distribution commerciale à travers les pharmacies

La proportion d'adultes de 15 à 45 ans ayant eu des rapports sexuels à risque et qui déclarent avoir utilisé le préservatif a connu une régression chez les femmes : 27,6% en 2006 contre 14,9% en 2012 ; quant aux hommes , la situation actuelle sur l'évolution du risque ne peut être appréciée faute de données récentes (26,2% en 2007) ; Au sein des populations clés et populations vulnérables , la proportion n'ayant pas utilisé de condoms

lors d'un rapport sexuel à risque est de 32% chez les professionnels du sexe en 2012 ; 15,3% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2012 ;

Cette proportion, en 2006 (seules données disponibles), chez les femmes en uniforme, les populations mobiles et les jeunes de 15 - 24 ans était respectivement de 46,6%, 37,9% et 27,6 %.

De toute évidence, il y a une persistance importante de comportement sexuel à risque chez les personnes actives sexuellement mais aussi l'émergence des phénomènes socioculturels à impact négatif sur l'évolution de VIH dans les provinces.

Les données sur le gel lubrifiant ne sont pas rapportées à ce jour. Ce produit ne figure pas parmi les médicaments essentiels

Gaps :

- 46% de la population sexuellement active n'utilise pas les préservatifs lors des rapports occasionnels
- Régression dans l'utilisation de préservatifs de 27% en 2008 à 14,9% en 2012
- Plus de 92% de la population en âge de procréer n'ont pas accès aux préservatifs

Principales Causes :

- Existence de barrières liées au genre (socioculturelles) dans l'utilisation des préservatifs
- Disponibilité limitée des préservatifs féminins (3,7% du total de préservatifs en 2012)
- Faible acceptation des préservatifs féminins
- Ruptures fréquentes du stock des préservatifs
- Mobilisation difficile des ressources pour la distribution du stock disponible
- Non disponibilité des gels lubrifiants et ou méconnaissance de point de distribution ou vente

Recommandations :

- Renforcer la communication et mobilisation sociale
- Sécuriser la disponibilité des préservatifs (marketing social, distribution communautaire, point de distribution dans les entreprises et secteurs)
- Mobiliser les ressources gouvernementales pour la distribution des préservatifs

7°. Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine

Etat de la réponse

En 2012, il y avait 1993 structures transfusionnelles sur 2575 prévues qui pratiquaient les activités de transfusion sanguine. Soit une couverture géographique de 77% ;

32% de dons de sang provenaient des donateurs de sang bénévoles.

De 2010 à 2012, il y a eu 962.917 transfusions de sang rapportées dont 680.509 d'entre elles ont été réalisées conformément aux normes nationales (71%). Il faut cependant noter que sur les 962.917 transfusions rapportées, 99% en moyenne ont été préalablement testées négatives au VIH avant usage. Le rapport PNTS de 2012 révèle que des progrès en matière de sécurité transfusionnelle ont été observés pendant la période sous examen puisque le risque de transmission du VIH a baissé de 2% à 1,6% alors que le risque toléré est de moins de 1%.

Depuis 2010, le Gouvernement a contribué à hauteur de 1 à 3% au financement de la transfusion sanguine.

Gaps :

- 23% de la population n'ont pas accès au sang sécurisé du point de vue accès géographique,
- 98% de la population ne bénéficient pas de la prophylaxie post exposition(AES),
- Persistance d'une transmission résiduelle (1,6%) du VIH par voie sanguine.

Principales Causes

- Absence de mécanisme pérenne de fidélisation des donneurs de sang ou faible proportion de donneurs bénévoles ((baisse de donneur bénévole de 34% en 2011 à 32% en 2012)
- Insuffisance et faiblesse dans la gestion et la structuration des collectes mobiles de sang
- Manque d'optimisation des efforts des collectes de sang par la préparation à grande échelle des unités de sang pédiatriques
- Insuffisance de réactifs de dépistage pour la sécurité transfusionnelle
- Faible accès au sang de qualité (coût, rupture de test pour certains marqueurs, démarche qualité insuffisante)
- Insuffisances des mesures de précautions universelles dans les FOSA

Recommandations :

- Renforcer la fidélisation des donneurs de sang par :
 - Dotation des kits de fidélisation au DBS ayant fait plus de 3 dons bénévoles de sang
 - Création de club de 25 pour la fidélisation des donneurs bénévoles (donneurs âgés de 25 ans à garder pendant 25 ans pour don de sang)
- Mettre à la disposition les réactifs pour la sécurité transfusionnelle
- Accroître la couverture géographique des laboratoires et structures pratiquant la sécurité transfusionnelle de qualité et surtout la disponibilité des tests requis.
- Accroître la production systématique des unités de sang à doses thérapeutiques pédiatriques (prélèvement sur poches triples et /ou quadruples)
- Renforcer les capacités institutionnelles en matière de collecte mobile de sang.
- Mettre en place un dispositif permettant de déclarer, prévenir et prendre en charge de manière holistique tous cas d'AES notifié.

8°. Prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant

Etat de la réponse

Il existe un environnement politique national très favorable à l'élimination de nouvelles infections pédiatriques. Cela s'est traduit par l'élaboration et le lancement du Plan Stratégique national eTME 2012-2017 de la RDC et la prise en compte de la PTME dans le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2011-2015 (DSCR), le Plan National de Développement Sanitaire 2011- 2015 (PNDS), le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014 (PSN), la feuille de route 2011-2015 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en RDC.

Des instances nationales de coordination existent comme le Comité National de Pilotage (CNP) et le Groupe Technique de Travail (GTT) mis en place pour le suivi des activités de PTME.

La disponibilité et accessibilité des services de PTME sont insuffisantes en RDC alors que 91%(soit 7520/8226) des formations sanitaires sont dotées de capacités matérielles et humaines pour l'offre des CPN.

En effet, seulement 944 formations sanitaires, soit 11%, offrent au moins une intervention de PTME et 6% des FOSA assurent le TARV pour les Femmes enceintes éligibles. En outre, la cartographie de la PTME a montré que²⁰ :

- 44% seulement de ces structures étaient capables d'offrir les services en 2011 à la suite des problèmes d'approvisionnement en intrants et ARV;
- 344/851 centres de santé, soit 40% des sites PTME, pratiquent le Conseil Dépistage au cours de la CPN;
- 698 formations sanitaires offrent à la fois la PF et la PTME;
- 1,6% de CS débutent l'AZT à la 14ème semaine de la grossesse selon les normes de l'option A;

²⁰ Cartographie PTME, PNLS, 2011

- 3% de sites PTME offrent le dépistage précoce chez l'enfant exposé (la DBS) mais à peine 1% disposait des kits DBS²¹.

L'utilisation et la continuité des services de la PTME :

- 11% de femmes enceintes attendues, soit 303143 femmes enceintes sur 2733720 ont été conseillées et testées au VIH en 2012. Parmi elles, 272 935 (soit 10%) ont pris connaissance de leur résultat ;
- 8210 partenaires masculins des femmes enceintes testées, soit 3%, ont également fait leur test du VIH ;
- 4 599 soit 6,5% de femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié des ARV prophylactiques, en 2012 et 2367, soit 3,4% d'enfants exposés, ont bénéficié de la couverture en ARV prophylactique. 3% des enfants nés des mères séropositives bénéficient des tests virologiques dans les deux mois suivant leur naissance.

La faible qualité des services de PTME se caractérise par une insuffisance d'intégration de l'ensemble des éléments du paquet de PTME dans les services de CPN. Et très peu de femmes enceintes et d'enfants exposés sont couverts comme il se doit par les interventions de PTME.

Gaps :

- 89% de FOSA n'offrent pas le paquet de PTME dans leur activité
- 90% de femmes enceintes ne connaissent pas leur statut sérologique
- 97% de partenaires des femmes enceintes testées ne sont pas testés au VIH
- 86,9% de femmes enceintes VIH positive n'ont pas eu accès au TARV en 2012 pour réduire le risque de la transmission du VIH à leurs enfants ;
- Près de 94% d'enfants nés de mères séropositives n'ont pas bénéficié d'un diagnostic précoce de leur statut ;
- La couverture en option B+ reste limitée à un faible nombre de structures et dans une province et dans 6 zones de santé pilote

Principales causes

Pour l'insuffisance de l'offre intégrée de services de PTME :

- Faible disponibilité des intrants pour le dépistage du VIH (test rapide et kits DBS, réactifs de PCR),
- Nombre insuffisant de laboratoire de biologie moléculaire (PCR)
- Insuffisance dans le système réseautage pour le transport des échantillons (DBS) et « rendu des résultats »
- Faible intégration de la PTME dans les FOSA offrant la CPN,
- Insuffisance de prestataires formés en PTME/CPN (1% de des sites CPN dispose de compétences en PTME/CPN r).

Pour la faible demande et la qualité insuffisante des services,

- Insuffisance de l'offre de PTME, paquet complet de services intégrés PTME/SMNI non disponible dans l'ensemble des sites PTME,
- Faible rétention du couple mère enfant dans la cascade PTME (Déperdition importante de femmes dépistées positives) ;
- Faible implication communautaire dans la promotion et le suivi des couples mères enfants en SMNI/PTME,
- Faible implication des partenaires hommes dans la promotion et la gestion de la SSR en contexte de VIH ,
- Absence des supports / outils de Counseling nutritionnel pour la PTME,
- Insuffisance du monitoring intégré des activités de SMNI/PTME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

21

Pour la faible couverture des besoins en TARV pédiatriques :

- Insuffisance de dépistage du VIH des enfants (précoce et même chez le grand enfant),
- Liens opérationnels peu fonctionnels entre services de CPN/PTME et services de TARV,
- Insuffisance de compétences sur la PEC pédiatrique au niveau des CS périphériques,
- Faible disponibilité des kits de DBS et aussi des ARV pour le traitement pédiatrique.

Recommandations :

- Intégrer le paquet complet de PTME dans les FOSA qui offrent déjà la CPN.
- Rendre fonctionnels les laboratoires de Lubumbashi et Kisangani
- Renforcer le système de transport d'échantillons(DBS) et « rendu des résultats »
- Renforcer les compétences des prestataires sur l'offre de services intégrés de SMNI/PTME /PF/,
- Sécuriser les approvisionnements en ARV et intrants spécifiques de SMNI/PTME/diagnostic précoce,
- Appliquer le protocole PTME efficace (option B+) (L'accroissement de l'accès des enfants exposés aux services de diagnostic précoce et de PECP par les ARV,
- Renforcer le système de supervision /monitorage intégré des activités de SMNI/PTME/PECP

1.2.2 L'amélioration de l'accès aux soins et traitement

1°. *La prise en charge (PEC) des personnes vivant avec le VIH en principe se veut être globale. Elle concerne l'adulte et l'enfant infectés et ou affectés.*

Selon l'OMS, la prise en charge consiste à fournir des soins de santé complets aux personnes vivant avec le VIH. En conséquence, elle suppose l'extension de l'accès au traitement et de proposer aux personnes vivant avec le VIH un traitement adapté incluant les ARV pour celles dont l'état de santé le nécessite, un suivi de la tuberculose et des autres infections opportunistes liées au VIH, des soins infirmiers incluant l'hygiène, la nutrition, les soins palliatifs, l'aide à l'observance au traitement et des soins à domicile. Cette prise en charge a les implications suivantes :

- une continuité de la prise en charge entre le système de santé et la communauté (familles, associations, OBC, secteurs traditionnel et confessionnel) ;
- un renforcement des capacités des services de santé ;
- une prise en compte des dimensions socioéconomiques de la prise en charge ;
- une décentralisation des activités et une extension de l'accès au traitement ;
- une approche interdisciplinaire de la prise en charge(TARV, PEC nutritionnelle, TB/VIH, APS, autres co-morbidités) ;
- une meilleure implication des PVVIH dans la prise en charge ;
- une dissémination des bonnes pratiques de prise en charge.
- La prise en charge des PVVIH est reconnue pour être à la fois une mesure de réduction de l'impact négatif du VIH et du Sida, et une mesure de prévention

2°. *Soins et traitements*

Etat de la réponse

Selon le rapport du PNLS de 2012, la situation en matière de prise en charge des patients par ARV était la suivante :

- 280 sur 515 zones de santé offraient le traitement ARV (soit 54,4%). Il existe 573 structures agréées de TARV (PNLS 2012)
- 64 219 malades (enfants et adultes) étaient sous traitement antirétroviral (dont 64,5% de femmes) représentant 29% de besoins nationaux dont 4751 enfants, soit 9% de besoins couverts la couverture des besoins de TARV spécifiquement chez les adultes est de 35%, soit 59468 sur 170000.

- La prise en charge globale des enfants vivant avec le VIH repose sur une prise en charge intégrée de l'infection à VIH mais aussi sur les principales causes de mortalité infantile. En plus du traitement par les ARV, il y a aussi la mise en œuvre de la PCIME (bonne approche recommandée par l'UNICEF et l'OMS) ;
- 4 751 enfants sur 53972 ont été mis sous traitement antirétroviral en 2012 soit 9% des besoins pédiatriques de TARV couverts ;
- seulement 4% de FOSA offrent le TARV pédiatrique à l'échelle nationale parmi lesquelles 6% disposent de prestataires formés à cet effet. Les enfants infectés ont un accès faible aux services dont ils ont besoin pour leur survie. Cette couverture géographique se superpose avec celle de la PEC médicale de l'adulte par les ARV.

Les décès chez les patients sous traitement antirétroviral sont passés de 4,4% en 2008 à 2,8% en 2012.

Il y a une application tacite de la délégation des tâches en matière d'administration de TARV par les infirmiers (consigné dans les algorithmes et guide de management des PVVIH dans la zone de santé).

En 2012 les résultats de l'enquête sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH aux ARV ont montré que 100% de sites de prise en charge enquêtés avaient des pratiques de prescriptions de traitement ARV satisfaisantes ou conformes aux directives nationales ; 53,57 % des sites avaient des taux de perdus de vue acceptables (moins de 20%) ; la survie des patients après 12 mois de traitement ARV est de 78% (selon l'enquête des médecins de PVVIH 12 mois sous TARV en 2010).

3,5% de centres de TARV n'avaient atteint le seuil exigé de 90% pour le « retrait des médicaments ARV dans les délais

Principales causes :

La faible couverture géographique et l'offre insuffisante de services de PEC médicale par les ARV :

- Insuffisance de FOSA (6,8%) disposant de prestataires formés sur l'offre de TARV ;
- faible disponibilité en médicaments ARV ;
- chevauchement des interventions des partenaires sur les mêmes zones de santé ;
- Faible disponibilité des réactifs et intrants pour examens de bilan biologique par les PVVIH.

Les mécanismes de références et de contre référence doivent être renforcés dans un contexte de mise en réseaux des FOSA autour des sites PECP satellitaires tout en développant la Formation Monitoring/ supervision, et le renforcement de l'approche PCIME.

Intégration systématique de l'offre de TARV pédiatrique dans toutes les structures de PEC médicale par ARV.

Gaps :

- 71% de PVV éligible ne bénéficient pas de TARV y compris les enfants
- 91% de PVVIH n'ont pas un appui nutritionnel
- 25% de PVVIH ne suivent pas le traitement après 12 mois (insuffisance d'adhérence, risque de survenue de la résistance)
- Faible couverture géographique de la disponibilité du TARV ou non prise en compte des besoins des populations vivant dans 287 ZS (46%) dans la riposte nationale contre le VIH ;
- Faible suivi de cohorte des patients sous ARV ;
- Insuffisance d'implication des acteurs communautaires dans le suivi des personnes vivant avec le VIH en cours de traitement ;
- Nombre des populations clés mis sous ARV n'est pas connu par manque d'outils spécifiques et l'impossibilité de collecter cette information dans les outils actuels ;
- Dysfonctionnement du système de gestion des approvisionnements et des stocks (Rupture de stocks, sur stockage et péremption des intrants/ARV) et existence de multiples systèmes parallèles qui gagneraient à être intégrés dans le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME).

Recommandations :

- Etendre la couverture de la prise en charge des ZS et des formations sanitaires : FM, gouvernement RDC/PNLS, Compagnies privés...
- Renforcer les capacités (formations spécifiques TB-VIH, Pharmacovigilance, nutrition, gestion des médicaments) par le tutorat et le stage dans le centre d'excellence
- Améliorer la planification de l'intégration des activités VIH dans la ZS en tenant compte de la couverture de la population clés/vulnérables (stratégie fixe et avance)
- Initier le TARV précoce auprès populations clés VIH+
- Promouvoir et mettre en œuvre les modèles communautaires de soutien à l'observance ARV : groupe d'auto-soutien de patients, associations, distribution ARV communautaire...
- Renforcer la décentralisation de la prise en charge à travers le modèle communautaire.
- Vulgariser et suivre l'application de la loi sur la gratuité des traitements pour les Personnes Vivant avec le VIH et sur la discrimination.
- Renforcer le réseautage
- Mettre en place un système de monitoring de la gratuité du dépistage et traitement pour les Personnes Vivant avec le VIH
- Intégrer tous les circuits parallèles dans le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME)
- Renforcer le réseautage entre secteur publique et privé dans les soins et traitement du VIH : appui du secteur privé au ZS pour la prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH
- Renforcer les mécanismes de références et de contre référence dans un contexte de mise en réseaux des FOSA autour des sites PECP satellitaires
- Assurer la formation /coaching et Monitoring, supervision intégrée des prestataires sur la PEC globale des Personnes Vivant avec le VIH,

3°. La prise en charge des Infections Opportunistes

Les infections opportunistes augmentent la morbidité et la mortalité des personnes vivant avec le VIH. Un diagnostic précoce et un traitement correcte des IO améliorent qualitativement la vie des Personnes Vivant avec le VIH et retarde significativement la phase sida.

La prophylaxie à l'échelle des PVIH au cotrimoxazole prévient la survenue des IO. En 2012 il y avait 33 511 personnes vivant avec le VIH qui ont bénéficié de la prophylaxie par le cotrimoxazole. Seulement 280/515 zones de santé assurent la prise en charge des infections opportunistes (soit 54,4%) en 2012

La tuberculose(TB) est l'infection opportuniste la plus fréquente ainsi que la principale cause de décès. Aussi la prise en charge de la coinfection VIH/TB demeure une intervention prioritaire en matière de PEC des Personnes Vivant avec le VIH. La prophylaxie à l'INH bien qu'adopté en 2012 n'est pas encore effective.

4°. . Prise en charge de coinfection tuberculose-VIH

Etat de la réponse

- Existence d'un engagement du Ministère de la santé à gérer la coinfection tuberculose –VIH à travers un arrêté ministériel conférant la coordination de deux programmes VIH et Tuberculose à la direction de lutte contre la maladie en 2011;
- Politique nationale adoptée en Aout 2012 pour la mise des personnes vivant avec le VIH sous chimio prophylaxie à l'Isoniazide (INH) ;
- Existence d'un groupe de travail national tuberculose-VIH, créé par arrêté ministériel en 2010 ;
- Existence d'un guide national de prise en charge et d'outils de collecte d'information sur la coinfection tuberculose-VIH en Aout 2012;
- Prise en charge de la coinfection tuberculose-VIH dans 45% de CSDT (687 sur 1545) depuis 2012 ;
- Recherche systématique de la tuberculose auprès des PVV qui est toujours très faible

- Disponibilité de 26 GenXpert pour le dépistage des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH répartie dans 3 provinces (Sud Kivu, Kinshasa et Nord Kivu);
- La proportion de patients enregistrés tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH est connue est décroissante : passée de 19% en 2009 à 18% en 2010, puis 16% en 2011 et 2012 ;
- Proportion de patients coinfectés bénéficiant de traitement ARV est croissante : 10% en 2010, puis 40% en 2012 ;
- Insuffisance des données relatives à la prise en charge de la coinfection tuberculose-VIH au sein des populations à risque élevé pour le VIH (enfants, femmes enceintes, prisonniers, camionneurs, miniers, professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

GAP :

- 93% de personnes vivant avec le VIH ne bénéficient pas des examens de la recherche de la tuberculose ;
- 70% de tuberculeux ne sont pas testés pour le VIH ;
- 60% de coinfectés TBVIH ne sont pas mis sous TARV;

Principales causes :

- Non appropriation des activités TBVIH par les acteurs de la ZS (perception de l'activité comme un projet permanent)
- Fourniture non assurée de service TB auprès des PVV dans les formations sanitaires avec paquet VIH
- Absence de subvention de la gratuité des interventions TB ou VIH dans les formations sanitaires
- Insuffisance ou manque d'outils de diagnostic appropriés pour la recherche de la tuberculose chez les Personnes Vivant avec le VIH
- Indisponibilité des tests VIH dans les CSST
- Indisponibilité du cotrimoxazole dans les CSST et des ARV dans les formations sanitaires
- Pas d'offre de la TPI, traitement prophylactique à l'isoniazide aux PVVIH (peu de formations des prestataires et indisponibilité du médicament INH)

Recommandations :

- Intégrer le diagnostic et le traitement du VIH dans tous les CSST, le diagnostic de la TB dans les structures publiques et privées avec activités VIH (Promouvoir les outils de diagnostic approprié de la TB chez les Personnes Vivant avec le VIH)
- Faire le suivi régulier chez les personnes infectées et sous ARV pour la détection de la TB
- Initier les ARV précoce aux coinfectés TB/VIH dans les centres de prise en charge VIH
- Mettre en place des équipes TB/VIH dans les structures sanitaires ainsi qu'au niveau intermédiaire provincial et national
- Introduire les mesures de contrôle de la transmission de la TB (contrôle de l'infection dans les services de Santé) dans les centres de traitement ARV

5°. *Autres co-morbidités :*

Il s'agit des Hépatites, tumeurs néoplasiques, méningites à cryptocoques,

La connaissance de toutes ces co-morbidités n'est pas encore suffisamment capitalisée. De ce fait, elles feront l'objet de recherche en vue d'adapter des stratégies (réponse) selon le contexte de notre pays.

6°. La prise en charge nutritionnelle de personnes vivant avec le VIH

Etat de la réponse :

Toute personne vivant avec le VIH doit bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle (conseils, évaluation de l'état nutritionnel, assistance alimentaire si besoin, réhabilitation /récupération nutritionnelle).

52% de Personnes Vivant avec le VIH étaient dénutries à l'admission pour l'initiation du traitement antirétroviral ; Plus de la moitié des Personnes Vivant avec le VIH n'avaient pas de quoi manger et étaient assistés avec en moyenne 1 repas par jour. Seulement 9,2% de Personnes Vivant avec le VIH ont reçu une aide alimentaire.

La proportion des personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié de l'assistance nutritionnelle a baissé entre 2008 et 2012, passant de près de 70% à environ 55% (PAM, rapports consolidés de distribution, 2012)

GAP :

- 91% de Personnes Vivant avec le VIH ne bénéficient pas d'une assistance alimentaire.

Principales causes :

- Niveau élevé d'insécurité alimentaire dans la plupart des ménages
- Nutrition élevée au rang de priorité par les acteurs de la lutte contre le VIH
- Insuffisance de financement des interventions d'appui nutritionnel,
- Intégration insuffisante des activités de nutrition dans le paquet de soins offerts dans les FOSA
- Insuffisance d'équipements de structures existantes en matériels anthropométriques, pour la mise en œuvre de l'évaluation de l'état nutritionnel.
- Absence des programmes des filets de sécurité en faveur des Personnes Vivant avec le VIH

Recommandations :

- Intégrer effectivement de la prise en charge nutritionnelle dans le paquet de soins offerts dans les FOSA et dans les communautés.
- Renforcer les capacités des prestataires et des communautaires en matière de nutrition
- Plaidoyer pour la mobilisation accrue de ressources financières allouées aux activités d'appui nutritionnel
- Mener une étude sur la vulnérabilité des Personnes Vivant avec le VIH à l'insécurité alimentaire
- Renforcer les filets de sécurité (cash, bons, food for work, etc.)

7°. L'accompagnement psycho-social

Le soutien psychosocial est un élément important de la PEC globale des Personnes Vivant avec le VIH. Cependant il n'est pas une pratique courante dans les FOSA (3% Les données bien qu'existantes sont parcellaires). Il est davantage mis en œuvre par le niveau communautaire et les organisations de la société civile. (Données insuffisamment captées par la zone de santé) Aussi en vue d'une meilleure coordination, un document des normes et directives nationales pour l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH a été élaboré.

Etat de la réponse :

Il existe des documents de normes et directives nationales pour l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH.

29% des personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants) qui ont bénéficié du soutien psychologique parmi celles qui sont suivies.

Gaps :

- 91% de Personnes Vivant avec le VIH n'ont pas bénéficié de soutien psychosocial,
- plus de la moitié des FOSA n'assure pas l'accompagnement psychosocial (APS)

Recommandations :

- Redynamiser les OAC et ONG de lutte contre le VIH/sida dans l'APS
- Etendre la couverture des FOSA offrant l'APS
- Renforcer les capacités des prestataires de soins et communautaires en APS

8°. Le système de laboratoire

Etat de la réponse

Le laboratoire est un volet important de la lutte contre l'infection à VIH à travers le dépistage du VIH, des IST, le bilan initial et de suivi biologique des patients sous traitement

En 2010, il y avait 3 laboratoires provinciaux de références et 655 services de laboratoire sur l'ensemble du pays répartis dans 280 de zones de santé (au moins 2 laboratoires par zone de santé); La technique de la réaction de polymérisation en chaîne (PCR/c DNA) pour le diagnostic précoce de l'infection est fonctionnelle seulement dans la ville de Kinshasa

Des équipements de laboratoires suivants sont disponibles :

- Pour la numération des lymphocytes CD4 : 160 appareils de 4 firmes différentes ; est-ce que les 140 sites de TARV disposent chacun d'un compteur CD4 fonctionnel. L'accès au bilan CD4 coûte en moyenne 5\$ (barrières financières). L'accès limité au comptage CD4 par les PVVIH nécessite l'acquisition d'appareils portatifs pour la réalisation du bilan CD4 aux points de prestations (ex : appareils PIMA).
- Pour la détermination de la charge virale : 03 appareils fonctionnels de deux firmes différentes au LNR et localisé dans les provinces de Kinshasa, de l'Équateur, du Katanga, Province orientale. Le coût moyen de l'examen est de 150\$
- Pour l'étude génotypique de la résistance du VIH aux ARV : 02 analyseurs disponibles et fonctionnels au Laboratoire national de référence à Kinshasa;
- Faible fonctionnalité du réseau de laboratoire mis en place

Principales causes :

Le réseau de laboratoire mis en place en vue d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de labo pour un meilleur suivi des Personnes Vivant avec le VIH et de l'efficacité des traitements ARV fonctionne peu à cause de :

- Faible remontée des données du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire, puis vers le niveau central ;
- Procédures opératoires standardisées non vulgarisées ;
- Gestion de l'approvisionnement en réactif et autres intrants de laboratoire peu structurée ;
- Désarticulation de fonctionnement entre le laboratoire national de référence et le laboratoire national de référence de santé publique
- Certains équipements de laboratoire envoyés dans les provinces ne sont pas encore installés ou sont en panne
- Collaboration entre le laboratoire national de référence et le laboratoire national de référence de santé publique effective.
- Ressources humaines non équitablement réparties

Gaps

- Deux pools (Kisangani et Lubumbashi) sur trois ne font pas la PCR
- 377 structures sur 1032 (à raison de 2 laboratoires par zone de santé) ne disposent pas de laboratoire pour le dépistage et le suivi biologique des PVVIH

Recommandations :

- Opérationnaliser et étendre le réseau des laboratoires VIH en s'appuyant sur les structures existantes avec au moins deux services de laboratoire VIH par zone de santé
- Renforcer la capacité des réseaux de laboratoires en équipements et matériel de charge virale, PCR et comptage CD4,
- Renforcer les compétences des prestataires de laboratoire et des FOSA,
- Améliorer le contrôle de qualité des examens de laboratoire
- Renforcer la maintenance préventive et curative des équipements et matériels de laboratoire
- Rationnaliser la mise en place des équipements de laboratoire en fonction de la structure, des ressources humaines et surtout de la file active des Personnes Vivant avec le VIH
- Standardiser les équipements et matériels de laboratoire à acquérir
- Améliorer le système d'approvisionnement et de gestion des réactifs, matériels biomédicaux et intrants de laboratoire
- Subventionner tous les paquets de suivi biologique pour une meilleure PEC des Personnes Vivant avec le VIH

1.2.3 Promotion d'un environnement favorable aux Personnes Vivant avec le VIH et PA

Dans cet axe, il sera question de faire un état de la réponse sur les points suivants : (1) la réduction de l'impact socioéconomique, la promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et PA (2), la prise en charge des OEV (3) et les aspects liés aux inégalités des sexes/genre (4).

1°. Au niveau de l'environnement

Etat de la réponse

Existence des cellules sectorielles dans les ministères en charge des questions de genre, des affaires sociales, de la justice et droits humains, de l'intérieur, décentralisation et anciens combattants, de transport, de développement rural et agriculture, de l'EPSP, de jeunesse sport et loisir, de la défense et du travail.

Existence des organisations de la société civile militant en faveur des Personnes Vivant avec le VIH, Femmes et Jeunes aussi des populations marginalisées et populations clés.

- Existence :
 - des lois 018 et 019 du 2006 sur les violences sexuelles
 - d'une politique nationale relative aux questions de genre
 - d'un plan stratégique sur la question des violences basées sur le genre
 - du rapport d'intégration des aspects genre dans le plan stratégique national
 - Reconnaissance de la parité par la Constitution (30%).
 - Art 49 de la Constitution (février 2011) relatif à la promotion de la personne de 3ème Age « La personne du troisième âge et la personne avec handicap ont droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques, intellectuels et moraux. L'Etat a le devoir de promouvoir la présence de la personne avec handicap au sein des institutions nationales, provinciales et locales » ;
 - Du livre bleu sur la protection sociale des groupes vulnérables en RDC ;
 - Plan stratégique ONUSIDA 2011-2015 ;
 - Enquête index stigma
- Existence de la loi 09/001 du 10 Janvier 2009 portant protection de l'Enfant
- Existence d'un plan national OEV, de la stratégie sur l'éducation non formelle, et des standards/ normes sur la PEC des OEV
- Existence de la loi portant protection des PVVIH et PA du 14 juillet 2008 (1) et du rapport de l'index stigma(2).
- Existence du code de la famille et du code du travail ;
- Existence de la convention nationale pour les personnes vivant avec un handicap

- Adoption par la RDC de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies de 1945 adopté le 31 Octobre 2000,
- Existence de la convention sur l'élimination de toutes les formes des violences à l'égard de la femme (CEDEF)
- Existence de l'agenda de la femme, de la jeune fille et de l'égalité des sexes

2°. Existence d'un rapport d'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au VIH en République Démocratique du Congo qui a été utilisé pour ce nouveau PSN

La réduction de l'impact socio-économique :

- Grande vulnérabilité socioéconomique des personnes vivant avec le VIH (Plus de 85% de PVV vivent en dessous du seuil de la pauvreté Absence d'un Plan d'action opérationnel issu de PSN pour le secteur des affaires sociales et Genre ;
- Insuffisance de fonds de démarrage pour l'apprentissage des métiers en faveur des Personnes Vivant avec le VIH et PA,
- Absence d'une discrimination positive en faveur des Personnes Vivant avec le VIH en rapport avec l'offre de l'emploi
- Dysfonctionnement du système de suivi et d'évaluation des progrès accomplis sur terrain par le secteur public privé et communautaire ;
- Faible prise en compte de la sécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH dans la réponse nationale au VIH.
- Absence de filets de sécurité en faveur des Personnes Vivant avec le VIH et des PA,
- Non gratuité effective du dépistage, du traitement et du suivi biologique en faveur des Personnes Vivant avec le VIH, créant/renforçant la pauvreté par le paiement demandé aux patients
- Absence de la cartographie des Personnes Vivant avec le VIH sur l'ensemble du pays,
- Faible pouvoir économique de la famille Personnes Vivant avec le VIH et PA dont personnes de troisième âge,
- Programmes d'assistance socioéconomique non adaptés aux conditions de vulnérabilité des bénéficiaires.

Recommandations :

- Mettre en place des programmes d'assistance sociaux économiques adaptés aux besoins du marché
- Mener une étude de vulnérabilité des Personnes Vivant avec le VIH à l'insécurité alimentaire,
- Elaborer les plans opérationnels par secteur
- Créer et protéger les emplois en partenariat avec le secteur public, privé
- Renforcer les capacités des bénéficiaires par l'Apprentissage des métiers
- Elaborer la cartographie des Personnes Vivant avec le VIH dans les 11 provinces de la RDC
- Mettre en place un système de monitoring de la gratuité du dépistage et traitement pour les Personnes Vivant avec le VIH
- Mettre en place un programme d'assistance socio-économique et financier en faveur des Personnes Vivant avec le VIH et PA dont les personnes de 3^{ème} âge

3°. Aspects stigmatisation et discrimination

- Insuffisance de la stratégie GIPA (implication accrue des personnes vivant avec le VIH) mise en œuvre à des niveaux élevés de responsabilité) ;
- Absence de mesures d'application de la loi portant protection de Personnes Vivant avec le VIH et PA
- Faible vulgarisation de la loi portant protection des Personnes Vivant avec le VIH et PA dont la gratuité de l'assistance judiciaire procédure sur la gratuité de l'assistance judiciaire
- Faible implication des acteurs judiciaires dans les questions liées au VIH et violences sexuelles basées sur le genre ;

- Auto stigmatisation et craintes des Personnes Vivant avec le VIH et PA (52% des PVVIH ont honte d'elles-mêmes, 18% ont envie de se suicider) (Rapport Index Stigma, 2012)
- Difficulté à collecter les données stratégiques sur les activités en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination et violences sexuelles et basées sur le genre ;
- Non-respect de la déontologie (code) régissant les corporations professionnelles en matière de droits humains face au VIH
- Impunité à l'égard des auteurs de la stigmatisation et discrimination
- Non dénonciation par les victimes et la communauté des faits de discrimination et de stigmatisation.

GAPS

- Législation non conforme aux recommandations universelles en droits et VIH
- Manque d'appui juridique
- Non implication des Personnes Vivant avec le VIH aux instances de décision (elles sont considérées comme de simples bénéficiaires), insuffisance de l'application de principe GIPA
- Absence de directive pour la PEC de survivant des violences sexuelles et basées sur le genre

Recommandations :

- Renforcer la mise en place de la stratégie GIPA (Implication des Personnes Vivant avec le VIH et PA dans la mise en œuvre effective de la santé positive, dignité et prévention).
- Mettre en place des mesures d'accompagnement relatives aux lois portant protection des PVVIH, PA et de l'enfant
- Réviser et vulgariser la loi portant protection des Personnes Vivant avec le VIH et PA, du code de travail et de la famille
- Plaidoyer auprès des décideurs pour la promotion et la protection des droits humains
- Mettre en place des cliniques juridiques pour l'assistance judiciaires des victimes de stigmatisation, discrimination et violences sexuelles basées sur le genre ;
- Impliquer les secteurs public et privé pour la promotion de l'assistance juridique et la protection des droits humains aux Personnes Vivant avec le VIH et PA.
- Intégrer les aspects Genre, droits humains, VIH et VSBG dans le cursus de formations (cycle primaire, secondaire et universitaire) et dans l'éducation non formelle ;
- Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la prise en charge des victimes de discrimination et stigmatisation et VSBG

4°. Prise en charge des OEV

- Existence d'un Plan d'action national OEV 2010-2014 ;
- 25% d'enfants sont des OEV (EDS, 2007) ;
- Absence d'une politique nationale devant définir le paquet complet et le rôle des acteurs dans la prise en charge des OEV ;
- Paquet minimum des interventions en faveur des OEV insuffisant et non clairement défini au niveau national ;
- Faible couverture et faible qualité des services sociaux de base ;
- Faible encadrement des mineurs par les parents ;
- Existence de la délinquance juvénile et l'usage des drogues ;
- 50% de Personnes Vivant avec le VIH interrogées et 20,6% de leurs enfants ont fait l'expérience de renvoi, de suspension ou d'interdiction d'accès dans une institution d'enseignement à cause du statut sérologique(Rapport Index stigma 2012)
- Faible autonomisation des OEV approchant la majorité

Recommandations :

- Elaborer une politique nationale définissant le paquet complet et le rôle des acteurs dans la prise en charge des OEV
- Offrir un paquet minimum des services suffisant en faveur des OEV

- Mettre en place des mesures d'accompagnement relatives à la gratuité de l'éducation telle que définis dans la constitution
- Renforcer les structures d'encadrement des jeunes et adolescents déscolarisés et non scolarisés ;
- Renforcer l'autonomisation des OEV approchant la majorité (foyers autonomes)

5°. Les aspects liés aux inégalités des sexes/genre

- Absence d'actions de mobilisation communautaire contre les inégalités liées au genre et leur impact sur la féminisation de l'épidémie,
- Faible intégration des aspects genre dans le précédent PSN
- Grande vulnérabilité de la femme et de l'enfant face aux conflits armés, aux catastrophes et calamités naturelles et des expulsions des pays voisins (les déplacés internes, les réfugiés, rapatriés, retournés et refoulés)
- Faible implication des femmes dans la sphère de coordination et de prise de décision dans la lutte contre le sida
- Prévalence VIH : sex-ratio homme/femme élevé à 1,78%
- 35% de femmes sont victimes de VSBG (Rapport des progrès OMD 2010)
- 20% de femmes victimes de viol sont séropositives au VIH (même si la relation de cause à effet reste à établir, ces chiffres sont alarmants étant donné que la séroprévalence chez les femmes en CPN est de 3,5%)
- Seulement 25% de victimes de violences sexuelles vues dans les 72 heures ont bénéficié d'une prise en charge adaptée (Rapport UNFPA, 2012).
- Les pesanteurs des us et coutumes néfastes favorisant la vulnérabilité de la femme face au VIH/Sida et aux violences sexuelles et basées sur le genre (35% de VSBG)
- Insuffisance des actions de la promotion sociale des droits humains et mobilisation communautaire contre les inégalités liées au genre dans le contexte du VIH;
- Absence des données sur la séropositivité au VIH des personnes vivant avec un handicap, des personnes en milieu carcéral et les femmes dans les couples stables,
- insuffisance d'action punitive des actes des violences sexuelles conformément aux textes légaux existants

Recommandations :

- Assurer la prise en charge globale du VIH des victimes des conflits armés (femmes et jeunes filles), des catastrophes et calamités naturelles et des expulsions des pays voisins selon le contexte VIH ;
- Renforcer le leadership de la femme à tous les niveaux de la lutte contre le VIH ;
- Mettre en place des mesures administratives contraignantes contre les us et coutumes néfastes à la promotion et protection des droits de la jeune fille et de la femme ;
- Promouvoir l'accès à l'information sur la SSR, le VIH et les droits humains dans la communauté ;
- Mobiliser les communautés pour la promotion de la protection des femmes et jeunes filles contre les violences sexuelles et basées sur le genre ;
- Mobiliser les hommes modèles pour la promotion de la protection des femmes et jeunes filles contre les violences sexuelles et basées sur le genre ;
- Mener des enquêtes afin de déterminer et d'accompagner les groupes les plus vulnérables ;
- Mettre en place les maisons d'écoutes pour la prise en charge globale des survivantes de SGBV ;
- Plaidoyer pour l'alphabétisation fonctionnelle en faveur des femmes et des filles analphabètes ;
- Redynamiser les thématique Genre et VIH.

6°. La réponse humanitaire et sécuritaire

- Absence d'approche stratégique nationale, intégrée au PSN, et provinciale pour la prise en compte de la prévention et de la prise en charge de l'infection à VIH dans les plans de préparation et de riposte face aux crises et catastrophes humanitaires ;

- Faible prise en compte du VIH dans les plans de ripostes aux crises et catastrophes élaborés par les partenaires techniques et financiers.

1.2.4 Soutien à la mise en œuvre

Les différentes composantes ci-dessous sont analysées...

- La coordination et gouvernance
- L'appui à la fonctionnalité des secteurs
- le financement de la lutte
- les différents systèmes de base
- le renforcement de partenariat
- Mécanismes de suivi /évaluation : fonctionnalité et outils, outils de monitoring sont ils intégrés
- Recherche opérationnelle / action

Etat de la réponse :

1°. Environnement favorable à l'appui de la mise en œuvre

- Existence du document qui décrit les rôles et responsabilités de chacun de 10 secteurs en matière de lutte contre le VIH et le sida ;
- L'ordonnance N°11/023 du 18 mars 2011, modifiant et complétant le décret N°04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du PNMLS, défini les structures de coordination de la riposte nationale au VIH.

2°. Analyse de la réponse en matière d'appui à la gestion de la lutte

1) La coordination et gouvernance

- = Prise en compte de différents systèmes de base spécifique à chaque secteur dans la réponse à l'épidémie du VIH sur base d'un cadrage sectoriel;
- = Mise en place des 17 cellules ministérielles pour coordonner la lutte au niveau des différents ministères ;
- = Alignement des interventions de la lutte au niveau multisectoriel dans le budget du gouvernement depuis 2012 ;
- = Faible qualité de l'information stratégique générée ne facilitant pas une meilleure prise de décision en faveur de la lutte à différents niveaux ;

Gaps :

- Les différents organes de pilotage de la lutte multisectorielle (CNMLS, CPMLS et CLMLS) n'ont pas été fonctionnels à tous les niveaux mettant ainsi en péril la fonctionnalité des instances de coordination (SEN, SEP, SEL et Comités sectoriels) ;
- Le cadre légal de mise en œuvre des interventions de la lutte (ordonnance présidentielle du 18 Mars 2011) ne dispose pas des documents pour sa mise en application ;
- La coordination multisectorielle des interventions est encore faible malgré le principe de « Three ones » (un seul cadre de coordination, un seul plan, un seul cadre de suivi et évaluation). Il faut noter l'existence d'autres mécanismes de coordination comme le CCM

2) Appuis à la fonctionnalité des secteurs :

- = Le Secrétariat Exécutif à différents niveau n'a pas joué son rôle si pas à peine pour accompagner les différents secteurs dans la mise en place des organes de coordination et l'intégration de la lutte au sein de leurs systèmes de base respectif ;

3) Financement de la lutte :

- = Faible contribution du gouvernement à la lutte contre le VIH : les dépenses globales pour la riposte nationale au VIH en RDC, de 2010 à 2012 (source : REDES 2011 et 2012), s'élevaient à 615 633 064 USD avec comme niveaux de contribution :
 - Fonds internationaux : 55,8%

- Fonds privés : 43,02% (ménages : 99,7%)
 - Fonds publics : 1,18%
- = Le financement de la lutte n'a pas été à la hauteur des besoins exprimés dans le PSN 2010-2014. Soit 80% des financements de la lutte n'ont pas été mobilisés. Le taux de réalisation du budget du PSN (Rapport REDES 2011 et 2012) est en decrescendo à partir de 2010 à 2012 :
- En 2010, il était de 46% (195 554 363 USD dépensés sur 422 441 138 USD attendus) ;
 - En 2011, il a chuté à 30% (190 800 215 USD dépensés contre 644 928 382 USD attendus) ;
 - En 2012, le taux de réalisation du budget a à nouveau baissé pour atteindre 25% (229 278 486 USD dépensés contre 927 106 828 USD attendus).

Tableau 6 : Niveau de réalisation des dépenses prévues dans le PSN de la lutte contre le VIH/sida par axe stratégique

	2010	2011	2012
Prévention	33%	14%	16%
Prise en charge	81%	60%	45%
Atténuation de l'impact	36%	14%	6%
Soutien a la lutte	39%	20%	18%

4) *La production et la gestion de l'information stratégique*

- = Système de remontée de l'information (la nature des données à collecter par secteur, la périodicité et le circuit) au niveau multisectoriel non clairement défini ;
- = Faible disponibilité des données sur certaines populations cibles (utilisateurs de drogues injectables ; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; professionnels du sexe ; populations en milieu carcéral) ;
- = Les instances de validation et de concertation sans rythme de fonctionnement régulier
- = Inadaptation des outils de collecte des données liés au contexte de la multisectorialité.

5) *Les différents systèmes de base :*

Le système sanitaire est basé sur la stratégie des soins de santé primaires à travers un système pyramidal à trois niveaux : périphériques (opérationnels), intermédiaire (appui technique) et central (stratégique). Cependant, quelques faiblesses sont à prendre en compte, il s'agit notamment : (i) la faible couverture nationale des services de qualité, (ii) l'insuffisance en capacités techniques des prestataires pour offrir les soins VIH globaux, (iii) l'insuffisance en équipements de base et l'absence de système de maintien des équipements, (iv) la faible appropriation et responsabilisation de Programmes existants intervenant dans la lutte contre le sida en dehors du PNLS et PNTS, l'insuffisance des ressources financières exacerbée par la faiblesse de priorisation des interventions et par celle du système de supervision, de tutorat et d'accréditation des structures pour la qualité de l'offre des services.

Le système éducatif qui a pour vocation la dotation du pays en cadres et ressources humaines qualifiés par la formation basée sur l'objectif. Cependant, l'intégration des aspects de la lutte contre le VIH/sida dans le cursus de formation et d'encadrement des jeunes de sorte à favoriser leur familiarisation à la lutte, leur prise de conscience, l'amélioration des prestations au sortir de la formation, reste faible . Le présent plan s'attèle sur la nécessité de

garantir l'appropriation et de responsabilisation des programmes de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel, de l'enseignement supérieur et universitaire, de la recherche scientifique, de la jeunesse et des sports, des affaires sociales, de la santé et du travail.

Le système de la justice se veut être le fondement de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et PA ainsi que celle contre les violences basées sur le genre, dans le contexte du respect et de la promotion des droits humains, en complément aux efforts communautaire et sociétal d'harmonisation et d'amélioration des statuts, spécialement en faveur des personnes vulnérables dont la femme. Cette amélioration de l'environnement juridique passe aussi par l'élaboration et la mise en œuvre des mesures d'application de la loi portant protection des personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées.

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

Le monde du travail, notamment le secteur privé et informel, revêtent une certaine

spécificité dans la riposte au VIH/sida en ce qu'ils sont très peu touchés par les efforts de sensibilisation menés jusqu'ici de façon non différenciée. Une stratégie adaptée à cette cible basée sur l'application de la recommandation 200 de l'OIT permettrait de l'ériger en cadre propice pour une action efficace contre le VIH/sida non seulement en faveur des travailleurs eux-mêmes, mais aussi de leurs familles et les communautés environnantes.

Le monde de culture, communication, médias et nouvelles technologies de la communication a pour rôle d'informer et d'éduquer la population, de sensibiliser les décideurs politiques, scientifiques et communautaires sur les principaux problèmes de société dont le VIH et le sida. Ainsi, sa contribution s'avère indispensable pour l'amélioration du niveau des connaissances en matière du VIH/sida, la promotion des comportements à moindre risque, de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ainsi que de la prise de conscience par décideurs à tous les niveaux.

Le système communautaire est une composante essentielle et déterminante pour la riposte au sida au niveau de la base. Son rôle consiste à établir des relations avec les communautés concernées, à réagir rapidement aux besoins et aux problèmes de la communauté et à susciter l'intérêt des groupes affectés et vulnérables. Ils proposent des services directs aux communautés et plaident pour une amélioration de la planification et des environnements politiques, ce qui leur permet d'apporter leur contribution à la santé et d'influencer le développement, la portée, la mise en œuvre et la supervision des systèmes publics et des politiques.

Toutefois, afin d'avoir un impact réel sur les résultats dans le domaine de la santé, les organisations et intervenants communautaires doivent disposer de systèmes structurée et efficaces pour soutenir leurs activités et leurs services. Pour ce faire, ils doivent notamment axer leurs efforts sur le renforcement des capacités et sur les ressources humaines et financières, l'objectif étant de permettre aux intervenants communautaires de jouer pleinement et efficacement leur rôle aux côtés des systèmes de base existants pour assurer la plus grande présence, l'efficacité et la durabilité des interventions, créant un environnement favorable pour l'efficacité des interventions.

Son rôle opérationnel (dépistage communautaire sur populations ciblées, dispensions d'ARV), communication & sensibilisation et organisation et activités de services des bases, appuyer la structuration des collectifs et coordinations des OSC et OAC

6) *Renforcement du partenariat*

- = Faible leadership de l'instance de coordination ;
- = Insuffisance d'alignement par les partenaires aux priorités et directives nationales ;
- = Faible harmonisation et coordination de leurs interventions.
- = Faible fonctionnalité des cadres de concertation
- = Faible décentralisation des structures de coordination et de gestion

GAPS

- = 80% de financements de la lutte non mobilisés
- = Non accompagnement des secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan opérationnel sectoriel : 80% de secteurs n'ont pas de plan opérationnel sectoriel
- = La faible fonctionnalité des organes de pilotages à tous les niveaux
- = Dysfonctionnement de système communautaire
- = Méconnaissance des facteurs de vulnérabilité auprès de certains phénomènes sociaux : Tumpatu, patron, roulage bayanda...
- = Grande dépendance vis-à-vis des financements extérieurs
- = Absence des données sur les populations clés et phénomènes socioculturels à impact négatif sur l'épidémie à VIH

Annexe 2 : Cadre des performances

INDICATEURS	Données de base	Source	2014	2015	2016	2017
Impact 1 : La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% (34.000 à 17.000) dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2017						
1. Prévalence VIH chez les adultes de 15-49 ans (%).	1,1%	Spectrum (2013)	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%
2. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	3,5%	PNLS 2011	3,4%	3,2%	3,1%	3,0%
3. Prévalence VIH chez les professionnelles du sexe	6,9%	BSS 2	5,0%	3,0%	1,0%	1,0%
4. Prévalence du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	31%	GARP	30,8%	29%	28%	27%
5. Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	0,05%	Spectrum (2013)	NP	NP	NP	NP
6. Nouvelles infections dans la population générale	34000	Spectrum (2013)	32298	15277	14243	13423
7. Nouvelles infections chez les adultes de 15-49 ans	20008	Spectrum (2013)	22574	14530	14053	10122
8. Nouvelles infections chez les adultes de 15-24 ans	13992	Spectrum (2013)	13568	13059	6295	6023
Effets I.180 % de la population âgée de 15 à 49 ans adoptent un comportement à moindre risque d'ici 2017						
1.1. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	15%	2013 GARP	20%	40%	60%	80%
1.2. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	21%	2013 GARP	18%	15%	12%	moins 10%
1.3. Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 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	ND	—	30%	40%	50%	60%
1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	5,70%	2013 GARP	4,70%	3,70%	2,70%	2%
1.5. Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	15%	2013 GARP	20%	40%	50%	60%
1.6. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	13,2%	2013 GARP	30%	40%	60%	80%
1.7. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint par les programmes de prévention du VIH	31%	2013 GARP	50%	70%	75%	80%
1.8. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	32%	2013 GARP	60%	80%	90%	100%
1.9. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers	87%	2013 GARP	89%	92%	95%	100%

INDICATEURS	Données de base	Source	2014	2015	2016	2017
mois et qui en connaissent le résultat						
1.10. Pourcentage' d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	21%	2013 GARP	15%	20%	25%	30%
1.11. Pourcentage' d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	15,3%	2013 GARP	20%	30%	40%	60%
1.12. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	7,8%	2013 GARP	20%	40%	60%	80%
1.13. Pourcentage PP qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	ND	2013 GARP	60%	60%	60%	60%
1.14. Pourcentage PP qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	2013 GARP	60%	60%	60%	60%
1.15. Proportion des IST est passée de 7,4% à 2%	7,40%		6%	4,5%	3%	2%
Impact 2 : le nombre de nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans est réduit de 90% d'ici 2017.						
1. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	36,8%	GARP 2013	20%	10%	8%	4%
Effets I.2: les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer sont réduites de 50% (0,29 % à 0,15%) d'ici 2017						
2.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	(4176) 13,1%	Rapport GARP 2013	(11433) 37%	(15132) 50%	(22232) 75%	(26108) 90%
2.2. Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un diagnostic précoce pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	6 %	GARP 2013	(11433) 37%	(15132) 50%	(22232) 75%	(26108) 90%
Impact 3 : La mortalité liée au VIH est réduite de 50% parmi les Personnes Vivant avec le VIH d'ici 2017						
1. Pourcentage d'adultes et d'enfants affectés par le VIH dont on sait qu'ils ont été traités pendant 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	78%	Rapport d'Etude Août 2010	80	85	90	>90%
Effets I.3 50% de Personnes Vivant avec le VIH (adultes et des enfants) bénéficient d'une PEC globale						
3.1. Nombre de patients sous TARV (adultes et enfants)	64 219 (28%)	Rapport PNLs 2012	(14956 1) 35%	175445 (40%)	202977) 45%(232067 (50%)
3.2. Nombre d'enfant des moins de 15 ans sous TARV	4741 (9%)	Rapport PNLs 2012	20%	25%	30%	35%
3.3. Nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement prophylactique au cotrimoxazole	33 511	Rapport PNLs 2012	74469 (20%)	130320 (35%)	223460 (60%)	297875 (80%)
3.4. Nombre de personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants) qui ont bénéficié du soutien psychologique parmi celles qui sont suivies.	156152 (29%)	Rapport PNLs 2012	170926 (40%)	219307 (50%)	270637 (60%)	324637 (70%)
3.5. Nombre de personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants) qui ont bénéficié du soutien Nutritionnel parmi celles qui sont suivies.	9%	Rapport PNLs 2012	11666 (15%)	31931(35%)	52774(50%)	72405 (60%)

INDICATEURS	Données de base	Source	2014	2015	2016	2017
3.6. Pourcentage de patients coinfectés qui bénéficient du traitement à la fois TB et HIV conformément au protocole national	2296/18453 (12,44%)	GARP 2013 PNMLS	4615 (20%)	9474 (40%)	15832 (65%)	20051 (85%)
Impact 4 : L'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVV et PA, des violences sexuelles et des inégalités genre par la promotion d'un environnement favorable, est réduit de 50% d'ici fin 2017						
Effets I.4 80% de femmes et filles (Personnes Vivant avec le VIH, PA et PTA, Survivantes des violences sexuelles et OEV de plus ou moins 18 ans) ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation						
4.1. Nombre de Personnes Vivant avec le VIH (adultes et enfants) ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND		10%	10%	10%	10%
4.2. Nombre de personnes vivant dans un ménage de Personnes Vivant avec le VIH sensibilisées sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de Personnes Vivant avec le VIH.	ND (10%)		20%	43%	67%	90%
4.3. Nombre d'enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ayant reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base	ND (10%)		(104 229)2%	(211187)4%	(356809)7%	(540937)10%
Impact 5 : Une réponse efficace à l'épidémie de VIH est assurée d'ici 2017						
Effets I.5 la mobilisation et la gestion rationnelle des ressources financières pour accompagner la riposte au VIH sont améliorées						
5.1. Taux de mobilisation des ressources	ND (10%)		40%	43%	67%	90%
5.2. Taux de décaissement du budget alloué par le gouvernement (central)	ND		50%	70%	80%	90%
5.3. Pourcentage de systèmes de base mettant en œuvre la lutte de façon efficace	ND		50%	70%	90%	100%
5.4. Nombre d'organisations du système communautaire disposant des acteurs dont les capacités sont renforcées	ND		60%	70%	80%	90%
5.5. Nombre d'organisations du système communautaire ayant reçu un financement au courant de l'année pour mener les interventions de lutte			50%	60%	70%	80%

Annexe 3 : Principes directeurs

Les principes directeurs suivants guideront l'élaboration puis la mise en œuvre du Plan Stratégique National :

1°. La Multisectorialité

C'est la mise en commun des contributions de différentes parties prenantes ayant un impact sur la réduction des nouvelles infections et la transmission du VIH comme l'Education, l'armée, les entreprises, les communautés religieuses, les ONG/OAC, les services de santé, les médias reliées dans un plan conjoint à tous les niveaux.

2°. L'Intégration

Il s'agirait d'intégrer les activités du VIH/sida au sein des secteurs existants (services, structures, programmes) pour éviter la création de nouvelles structures ou de programmes verticaux d'une part et d'autre part, de mettre à contribution les structures existantes, et par voie de conséquence de développer ou d'améliorer leurs capacités d'offre des services VIH/sida.

Ainsi, de nombreux acteurs peuvent aider à lever à terme les obstacles à l'accès universel, en permettant à la RDC d'intensifier la prévention, les soins, le soutien et le traitement et d'assurer un accès équitable à tous dans un ensemble cohérent et de façon convergente.

3°. La Décentralisation de la réponse

La décentralisation de la réponse implique le transfert des responsabilités et des compétences aux niveaux périphériques, laisse aux structures intermédiaires un rôle d'appui technique et aux structures centrales, celui d'appui stratégique et normatif. A cet effet, les unités décentralisées et déconcentrées de la réponse doivent être dotées des moyens nécessaires à la mise en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux

4°. La Participation communautaire

Ce principe implique que les individus, les familles, les communautés, les associations, les ONG doivent être organisés pour créer une dynamique communautaire en participant à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des résultats de la réponse contre le VIH/sida. Aussi, étant donné que les PVVIH sont membres de la communauté, elles devraient activement être impliquées dans cette dynamique à travers leurs associations afin de s'approprier de la lutte.

En effet, le renforcement des capacités communautaires permet l'appropriation, la durabilité et à terme, la pérennité des interventions de lutte contre le VIH/sida. Les interventions communautaires doivent être convergentes, complémentaires et synergiques avec celles menées par les autres secteurs afin d'optimiser la réponse nationale contre le VIH/sida.

D'où la nécessité de la participation de l'ensemble des acteurs aux prises de décisions y compris les personnes vivant avec le VIH.

5°. Le Partenariat

Le partenariat est le mécanisme par lequel les interventions de tous ceux qui sont impliqués dans la réalisation d'un objectif commun sont orientées de manière à produire les effets synergiques attendus. Dans le cadre de la réponse nationale contre le VIH/SIDA, ce partenariat doit nécessiter à ce que toutes les activités inter sectorielles de lutte contre le VIH/Sida puissent fonctionner sans heurts, sans conflit, avec synergie.

6°. Respect des Droits de la personne humaine et Genre.

- Les bénéficiaires doivent être au centre des préoccupations de la stratégie nationale qui se base sur une approche d'équité et de droits humains et sur le souci d'aller à la rencontre des populations clés présentant un risque élevé d'exposition au VIH

- Assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel à la prévention, aux soins , au traitement, et à l'appui en matière de VIH et de lutter contre toutes les barrières liées aux inégalités de genre, à la discrimination et stigmatisation ou au non-respect des droits humains qui pourraient limiter l'accès universel à la prévention, aux soins , au traitement, et à l'appui en matière de VIH, à tous ceux qui en ont besoin
- Allouer des ressources reflète les priorités, la contribution croissante des ressources du gouvernement vers l'atteinte des résultats et un mécanisme adapté aux différents contextes pour rendre compte.
- Prendre en compte des aspects liés au genre, aux spécificités des populations hautement vulnérables et aux questions environnementales de PVVIH

7°. La Gratuité dans la prise en charge

La loi portant protection des Personnes Vivant avec le VIH, en son article 11, stipule que l'Etat assure gratuitement l'accès aux soins de prévention, aux traitements et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les établissements sanitaires publics et privés intégrés dans la stratégie de soins de santé primaires dans le but de faciliter un accès aux service de toutes les personnes qui en ont besoins

Ce principe suppose la gratuité dans les soins, soutien et traitement des Personnes Vivant avec le VIH. En effet, ce principe sous-entend que de l'enrôlement aux services de soins, du suivi clinique et biologique, du soutien nutritionnel et psychosocial, que toutes ces étapes soient assouplies et allégées pour les Personnes Vivant avec le VIH afin d'améliorer leurs conditions de vie.

8°. La Coordination

Ce principe suppose que tous les efforts des parties prenantes soient harmonisés et alignés par rapport au Plan Stratégique National autour d'objectifs communs. Ceci implique un cadre de concertation entre partenaires en vue d'un échange d'informations, une définition des normes et directives à suivre, une clarification des rôles et attributions des différents partenaires aux niveaux central, intermédiaire et local, et la mise sur pied d'un cadre unique de suivi-évaluation. La coordination sous-entend également que les interventions de différents secteurs sont convergentes et complémentaires. Afin d'éviter de duplication des interventions aux mêmes endroits En particulier, les interventions en matière de prévention du VIH et de promotion doivent être liées au traitement (prise en charge) pour optimiser les résultats de la réponse nationale.

9°. La Bonne gouvernance

Ce principe implique principalement un leadership fort, une gestion transparente des ressources à tous les niveaux et l'obligation de rendre compte de leur usage aux communautés et aux parties prenantes avec lesquelles l'on travaille. Il sous-entend que les capacités organisationnelles soient mises en place et maintenues pour mener une réponse efficace qui s'attaquera aux causes de vulnérabilité et à leurs conséquences.

Annexe 4 : Cadrage sectoriel

Dans de la mise en œuvre de ce Plan, le secteur est défini comme l'ensemble des acteurs publics, des organisations non gouvernementales, des mouvements associatifs, des associations professionnelles et communautaires ainsi que d'autres institutions et opérateurs qui interviennent dans un même domaine spécifique de la vie.

1°. Classification des secteurs clés

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

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

De cette catégorisation, le pays retient 10 secteurs clés dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSN :

1. Santé,
2. Défense et sécurité,
3. Social et action humanitaire,
4. Transport et communication
5. Agriculture et Développement rural,
6. Education,
7. Finance et Budget,
8. Mines et énergies,
9. Justice et droits humains,
10. Culture et Média

2°. Classifications des acteurs sectoriels :

Les acteurs qui interviennent dans un secteur donné sont regroupés en trois catégories, à savoir :

- Les acteurs publics : ce sont les services et structures des ministères (secrétariats généraux, directions, programmes, services spécialisés, cellules sectorielles de lutte contre le VIH/sida...), les institutions scientifiques et de recherche
- Les acteurs privés : ils comprennent les lucratifs formels et informels ;
- Les acteurs communautaires et associatifs : ils regroupent les ONG nationales, internationales et confessionnelles, les OAC....

3°. Classification des domaines d'action prioritaires

a) Les domaines spécifiques aux secteurs :

- = la réduction de la transmission du VIH par voie sexuelle
- = la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- = la réduction de la transmission biomédicale
- = l'amélioration de l'accès aux soins et traitement
- = La prise en charge nutritionnelle
- = la prise en charge psychosociale et soins à domicile
- = la prise en charge des OEV
- = le Financement durable

b) les domaines transversaux

- = La réduction de l'impact économique du VIH

- = La réduction du comportement sexuel à risque
- = Le renforcement de l'accès aux services de prévention pour les populations clés
- = La promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination
- = Le renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le sida
- = Le renforcement des structures de coordination
- = L'amélioration de la gestion des ressources
- = La production et la gestion de l'information stratégique
- = Le renforcement du partenariat

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce document, l'interaction de ces trois dimensions détermine les secteurs prioritaires suivants : Santé, Défense et sécurité, Social et action humanitaire, Transport et communication Agriculture et Développement rural, Education, Finance et Budget, Mines et énergies, Justice et droits humains, Culture et Média

Annexe 5 : Liste des participants à la reformulation du PSN 2014-2017 RDC

1°. Comité de pilotage du processus

	Noms et post nom	Institution/organisation	Fonction	téléphone	adresse e-mail
1	Alphonse Matondo	UNFPA	NPO/VIH	812686317	matondo@unfpa.org
2	Ange Mavula	UCOP+	S&E	81089831	ange.mavula@gmail.com
3	Anicet Khonde	UNICEF	PTME	820708717	akonde@unicef.org
4	Assani Salubezya	PNLS	Directeur Adjoint	997757616	drtheodorreassani@yyahoo.fr
5	Bernard Bossiky	PNMLS	SENA	998236098	bernardbossiky@yahoo0.fr
6	Bula Bula Joseph	MINI/GENRE/F.&E	Coordonnateur	972100247	Jbula_bula@yahoo.fr
7	Pierre Campaoré	OMS	PFATM	817150020	-
8	Casimir Manzengo	OMS	NPO/HIV	817006415	mangengo@who.int
9	Chriss Tshibaka	PNMLS	Directeur	815075950	tshibakachriss@yahoo.fr
10	Christian Mouala	ONUSIDA	Conseiller	999308305	moualac@unaids.org
11	Delphin Antwisi	UNFPA	AssTch. Nat/PNMLS	817100339	antwisi@unfpfa.org
12	Delphin Diasolwa Ngudi	PAM	Consultant	810315186	ddiasolwa@gmail.com
13	Erick Ngoie	PNUD	Chargé Program.	819012479	Erick.ngoie@undp.org
14	Eteni Longondo	USAID		817006174	leteni@usaid.gov
15	Franck Fuamba	PNLS	MD	818001360	franckfuamba@yahoo.fr
16	Freddy Salumu	PNLS	Consultant	810612216	Freddysalumu@yahoo.fr
17	Fuka Julie	CLC/GENRE	S&E	898956703	-
18	Gaspard Matamba	ACS/AMO CONGO	Chargé. PROG	999307461	Gaspardmatamba1@yahoo.fr
19	Kabuayi Nyengele	PNMLS	Consultant	813515737	jpkabuayi@yahoo.fr
20	Kapend Liévin	PNMLS	SEN	994001111	kapendlievin@yahoo.fr
21	Kassim Sidibe	CDC	Directeur	971012010	Kus5@cdc.gov
22	Kivuendi Mampuya Armand	UNIKIN/FASEG	Chef de Travaux CLT	810981207	arkivuendi@gmail.com
23	Laurent Kambale Kapund	UNICEF	HIV/ADS-Officer	995901088	lkapund@unicef.org
24	Laurent Mangala	CNOS/GETS-CONGO	S.G.A	816040114	laurentmangala@gmail.com
25	Léon Motingia	CDC/PEPFAR	Program. Manager	817006686	nmotingia@cdc.gov
26	Léopold Misoko	MAM/France	Plaidoyer/VIH	817156131	nivadrocally.mdm.drc@gmail.com
27	Lolem Ngong	PEPFAR	Coordonnatrice	817106353	ngongl@state.gov
28	Mamadou Sakho	ONUSIDA	Coordonnateur	999308300	sakhom@unaids.org
29	Marie Nyombo Zaina	RENADEF	Coord. National	813128239	nyombozaina@gmail.com
30	Ngwasi Pépé	PNMLS	SEP/KIN	998611174	pepefatou@yahoo.fr
31	Nkiesolo Luaka Max.	CIELS	Secrétaire Général	816868227	Maximilien.nkiesolo@yahoo.fr
32	Nsimba Malanda	MINI. Agriculture	Evaluateur National	815317010	gregoiremalanda@yahoo.fr
33	Nduwimana Jean	PEPFAR	Consultant	996546292	Jean.nduwimana@gmail.com
34	Olivier Kalombo	PEPFAR/DOD	Program Manager	817006241	kalomboO@state.gov
35	Pascale Barnich. Mungwa	MDMF	Coord. Général	813132676	Genco.drc@medecindumonde.net
36	Patrice Badibanga	PAM	HIV Nutrit. Officer	817006787	Patrice.badibanga@wfp.org

	Noms et post nom	Institution/ organisation	Fonction	téléphone	adresse e-mail
37	Paul Chick	MSM-BELGIQUE	Plaidoyer	817106116	Msfocb.rdc.plaidoyer@brussels.msf.org
38	Melia Bossiky	PNMLS	CC	999944405	meliabossiky@yahoo.fr
39	Prudence Kiyayu	MIN.TRANS.V &COM	PF/VIH	994365864	prudencemukadi@fr
40	Sylvain Yuma	PNTS/MSP	Directeur	81886624	sylvainyuma@hotmail.fr
41	Symphonie Dimfumu	PNUD/FM	Specialist/HIV	813679517	Symphonie.dimfumu@wolps.org
42	Thérèse Omari	FF PLUS	Div .Provinciale	999913257	Omari111@yahoo.com
43	Vital Pene Risasi	UCOP+	Consultant	810083085	vitalpene@hotmail.com

2°. Liste des participants à la validation du PSN 2014-2017

N°	Nom et post nom	Institution/struc.	Fonction	Téléphone	Adesse e-mail
1	Gaspard MATAMBA	ACS/AMO CONGO	Chargé. PROG	999307461	Gaspardmatamba1@yahoo.fr
2	MOHELE MANDA Mike	ADEOJID/CONGO	Coordonnateur	998044770	mikkemohele@gmail.com
3	Frederick M. ALONE	ASF/PSI	Coord. Senior	995902085	fmwnu@psicongo.org
4	Diane MOLE	ASSEMBLEE NAT.	Coord. Adjointe	821211154	moledianemak@yahoo.fr
5	Laurent ENGYAM	CCM	Per. Resource	998183433	engymlaurent@yahoo.fr
6	Didienne BUNSGA	CEFAE Bas Congo	Chef	998249244	didimayala@yahoo.fr
7	KILENDO NGIMBI	CENTRE BOMOTO	Directeur	998240986	Kilendo.ngimbi@yahoo.fr
8	Blandine NGANGI LOKULI	CETRE IST MATONGE	PS	998095018	-
9	KULAPA Fabienne	CIELS	PEC	998108770	kulapafabienne@gmail.com
10	LUMPUNGU TSHALA Floribert	CIELS	S & E	815029050	floribertlupungu@gmail.com
11	NKESOLO LUAKA	CIELS	Secrétaire Général	816868227	Maximilien.nkiesolo@yahoo.fr
12	Pierre Prinel LUNJWIRE	CIELS PHARKINA Bukavu	Médecin	998668981	Vih.sida@pharmakina.com
13	TSHILUMBA Charles	CNOS	Chargé/ VIH	816311117	tshilumbacoulor@yahoo.fr
14	Laurent MANGALA	CNOS/GETS	Chef projet VIH/SGA	816040114	laurentmangala@yahoo.fr
15	Dr. LULA Yves	CNPV	S&E	991801433	yves.lula@unikin.ac.cd
16	MOMBUNZA César	CONERELA	Coordonnateur	812727731	cesarmombunza@yahoo.fr
17	Etienne TSHIMANGA	CONSORTIUM	Secrétaire	997136182	tshimanga510@gmail.com
18	Dr. YOKA EBENGO	DIM	DIM	817045236	Deniyoka2@yahoo.fr
19	Dr. Vicky ILUNGA	EGPAF	Program Manager	816074690	vkilunga@pedaids.org
20	John DITEKKEMEN	EGPAF	DP	820500418	-
21	Charles MUKANDA	ELIKIA	Président Nat.	998246176	kebanasida@yahoo.fr
22	Dr. B. NGUETE UMBA	ESP/CISSIDA	Point Focal	815496510	Beata_pamela@yahoo.fr
23	Therese OMARI	FF PLUS	Div .Provinciale	999913257	Omari111@yahoo.com
24	Elie ALIMASI	FHI360	HIV/TO	810325134	ealimasi@fhi360.org
25	MUDUGURI Joseph	Fondation Mzee Laurent Désiré KABILA	Chef /Centre /VIH	998330544	Mudugurij2000@yahoo.fr
26	Georges ENGWANDA	FOSI	Coordonnateur Nat.	998244608	Georgesengwanda2@gmail.com
27	Vincent LATE	FOSI	S&E	815081083	Latevincent@gmail.com
28	Bernard MIJANU	FOSI Kasai Occidental	Coordonnateur	811464149	bernabijanu@yahoo.fr
29	Theodor KASEYA	FOSI Kasai Oriental	Coordonnateur	997463030	Fosiko11@yahoo.fr
30	Olivier OKAKESSEMA	GROUP.DROIT.VIH	Secrétaire	814526922	Olivier_okaks@yahoo.fr
31	LUKUSA Michel	HUMAINE PEOPLE	Chargé Plaidoyer	998793890	lukusahpp@gmail.com
32	Léopold MISOKO	MAM/FRANCE	Plaidoyer/VIH	817156131	nivadrocally.mdm.drc@gmail.com
33	PHOLO FUTU Honorine	Min. Aff. Soc CL/SIDA	Coord. Adjoint	814047604	Hpholo10@yahoo.fr
34	NDALA KUTSHIPU	MIN. Aff. Sociales CL/SIDA	Coord. Cellule	812781970	ndalamarth@gmail.com
35	Prudence KIYAYU	MIN.TRANS.V &COM	PF/VIH	994365864	prudencemukadi@.fr
36	NSIMBA MALANDA	MINI. Agriculture	Evaluateur National	815317010	gregoiremalanda@yahoo.fr
37	BULA BULA Joseph	MINI. GENRE	Coordonnateur	972800247	Jbula_bula@yahoo.fr
38	Paulin PANGU	Ministère EPSP	S&E	811360940	paulpangu@yahoo.fr

N°	Nom et post nom	Institution/struc.	Fonction	Téléphone	Adesse e-mail
39	Bomard KIIALA	MSF PROJET/SIDA	Chef de Projet AS.	819501781	Msfocb.kinshasasida.coord@brussels.msf.org
40	Paul CHICK	MSM-BELGIQUE	Plaidoyer	817106116	
41	Dr. Bruno BINDAMBA	MSP D5	SG/Santé	818200009	-
42	Dr. FARAY ASSEMANY	MSP D5	DIR & Expert	819930536	faraydany277@yahoo.fr
43	Freddy SALUMU	MSP PNLS	Consultant	810612216	Freddysalumu@yahoo.fr
44	MINGINA Constantin	MSP PNLS	C & IST	998599983	
45	Dr. TETO Fondacaro	MSP PNLT	CS TBVIH	998408725	drteto_mamona@yahoo.fr
46	Dr. TSHITENGE Valentine	MSP PNRBC	C.D	998158542	vtshitenge@yahoo.fr
47	Dr. Makumyaviri Ngeve	MSP PNSR	CS/MMR	811705527	matmarcel@yahoo.fr
48	Pacifique MISINGI AYE	MSP PNTS	Coord. Technique	815048357	Missingi882@yahoo.fr
49	AUDRY Loïc	OMS	Expert Pharmacien	821741276	Loic_aubry@hotmail.com
50	Dr. CASIMIR MANZENGO	OMS	NPO/HIV	817006415	mangengo@who.int
51	Etienne MPOYI	OMS	HIV/M&E	817151755	mpoyi@who.net
52	Dr. Christian MOUALA	ONUSIDA	conseiller /VIH	999308305	-
53	Delphin DIASOLWA	PAM	Consultant	81315186	ddiasolwa@gmail.com
54	Dr. NDUWIMANA Jean	PEPFAR	Consultant	996546292	Jean.nduwimana@gmail.com
55	LOLEM NGONG	PEPFAR	Coordonnatrice	817106353	ngonggl@state.gov
56	Nicole SHABANI	PEPFAR	Cordon. Adjoint	817006247	shabanins@slalo.gov
57	Dr. Olivier KALOMBO	PEPFAR/DOD	Program Manager	817006241	kalomboO@state.gov
58	Dr. Pierre Prince LUNJWIRE	PHARMAKINA/CIELS	SG/Médecin	998668981	Vih.sida@pharmakina.com
59	Dr. MATALA Jonathan	PNLS	Point Focal/VIH	814225360	drjomak@yahoo.fr
60	Emmanuel EANGA	PNLS	CS	999910160	-
61	Guillaume UVOYA	PNLS	BIOL. MED.	998278141	guillatidv@yahoo.fr
62	Benjamin BOLA	PNMLS	Expert	812003068	Ben.bola2009@gmail.com
63	Dr. Bernard BOSSIKY	PNMLS	Coord /SENA	998236098	bernardbossiky@yahoo0.fr
64	Dr. KABUAYI NYENGELE	PNMLS	Consultant	813515737	jpkabuayi@yahoo.fr
65	Dr. KAWUNDA K. Jonathan	PNMLS	Dir. CH. DPT/CSCP	998330544	Jkah17@yahoo.fr
66	Dr. Chriss TSHIBAKA	PNMLS	Directeur	815075950	tshibakachriss@yahoo.fr
67	Félix NDIBU	PNMLS Kikwit	SEL	815040360	ndibufelix@yahoo.fr
68	Melia Bossiky	PNMLS	CC	999944405	meliabossiky@yahoo.fr
69	IKOBIA Yves	PNMLS	Ass. Doc/S&E	818211939	yvesmushi@yahoo.fr
70	ILUNGA INNA MUTOMBO	PNMLS Katanga	SEP	821374427	anamutombo@yahoo.fr
71	Jean KABWAU	PNMLS	CSAS	994780343	jeankabwau@yahoo.fr
72	Liévin KAPEND	PNMLS	SEN	994001111	kapendlievin@yahoo.fr
73	Mathieu ZAMBE	PNMLS	S&E	999912494	zambemathieu@yahoo.fr
74	Serge INONGO	PNMLS	ASS. DM	810352661	sergeinongo@gmail.com
75	Yves OBOTELA	PNMLS	S&E	998537715	Yvonsa03@yahoo.fr
76	Bijou MOTALIMBO	PNMLS	C. Communication	818131801	bijoumotalimbo@yahoo.fr
77	Benjamin KASUAMA	PNMLS Bandundu	SEP	999938611	kasuama@yahoo.fr
78	Isidore MABIALA NK.	PNMLS Bas Congo	SEP	813011971	zidolobiala@yahoo.fr
79	Marcel EKE	PNMLS Equateur	SEP	997847666	Marceleke1952@yahoo.fr
80	Jean Carré MASHALA	PNMLS Kasai Occ.	SEP	812570540	jcmaushind@yahoo.fr

N°	Nom et post nom	Institution/struc.	Fonction	Téléphone	Adesse e-mail
81	Julie BALUTA	PNMLS Kasai Oriental.	SEP	994622318	Jbaluta1970@yahoo.fr
82	NDIBU Félix	PNMLS Kikwit	SEL/KIKWIT	815040360	ndibufelix@yahoo.fr
83	Dr. KWINGOMBA Samantha	PNMLS Kinshasa	RPPAS	990141337	Kwigombasamantha@yahoo.fr
84	Dr NGWASI Pépé	PNMLS Kinshasa	SEP/KIN	998611174	pepefatou@yahoo.fr
85	Dr. Patrick PHANZU KANGA	PNMLS Kinshasa	Chargé de S&E	998447469	docpat@yahoo.fr
86	MBUYI BUILLA José	PNMLS Kinshasa	CCAF	974061060	jbuila@gmail.com
87	Jack KWEME	PNMLS KOLWEZI	SEL	814001374	Kwele_jack@yahoo.fr
88	Félicien UTSHINGA LUTULA	PNMLS MANIEMA	S&E	810661500	Felicien.utshinga@yahoo.fr
89	Dr. Augustin MBULA	PNMLS Nord Kivu	SEP	997550624	augymbulla@yahoo.fr
90	Rufin BOKELO	PNMLS Prov. Orientale	SEP	812008147	rufinbokelo@yahoo.fr
91	Freud MUCIZA BAY	PNMLS Sud Kivu	SEP	998675474	beyunvanyef@gmail.com
92	Jean GYMBALU	PNMLS/SEP Kin	Chargé de Program.	818224659	jeangymbalu@yahoo.fr
93	Dr. Erick NGOIE	PNUD	Chargé Program.	819012479	Erick.ngoie@undp.org
94	Dr. Elysé ZABITE	PROVIC	Renf.des Capacités	993004321	ezamite@provic.com
95	Dr. Sava MULONGO	PROVIC	MOB.COMM.	893004338	smulongo@provic.org
96	TRAD HATTON	PROVIC	Directeur	992000609	thatton@provic.org
97	Dr. Hilaire MBWOLIE	PSSP	Coord. National	817300725	psspong@yahoo.fr
98	Steve YOKA	RACQJ/SIDA	Chargé de l'Emploi	820300487	steve.yoja@yahoo.fr
99	Dr. SELEMANI Michel	RENADEF	Point Focal/VIH	994248608	selemanimike@yahoo.fr
100	Marie NYOMBO ZAINA	RENADEF	Coord. National	813128239	nyombozaina@gmail.com
101	MPUTU NGONGO Deo	RIGIAC	S&E	810853611	Deomputu2000@yahoo.fr
102	Papy MULAMBA	SANTE POUS TOUS	Président	995345464	Papymulamba2013@yahoo.fr
103	PASI VALU Suzy	SENAT	Point Focal/VIH	999927315	pavndo@yahoo.fr
104	Belly NGIMBI	SSOLA	Coordonnateur	999382855	bellyngimbi@yahoo.fr
105	Orphée MUBAKE	SSOLA	Chargé de Com.	813828720	moreelco@gmmail.com
106	Ange MAVULA	UCOP+	S&E	81089831	ange.mavula@gmail.com
107	Vital PENE RISASI	UCOP+	Consultant	810083085	vitalpene@homail.com
108	Christian MASSAMBBA	UCOP+ Prov. Orientale	Président	997725608	ucopplusorientale@yahoo.fr
109	Alphonse MATONDO	UNFPA	NPO/VIH	812686317	matondo@unfpa.org
110	Delphin ANTWISI	UNFPA	AssTch. Nat /PNMLS	817100339	antwisi@unpfpa.org
111	Anicet KONDE	UNICEF	Health Specialist	820708717	akonde@unicef.org
112	Dr. Laurent KAMBALE KAPUND	UNICEF	Program Officer	995901988	lkapund@unicef.org
113	Dieudonné KAYUMBA	UNIGOM /AUSE	Sensibilisateur	-	-
114	Neil MBUSONGE	VORSI-CONGO	Dir. PROG	816595670	neilndonzi@yahoo.fr

3°. Equipe de finalisation du PSN

Dr Beranrd BOSSIKY : PNMLS

Dr Bathé Ndjoloko Tambwe : Ministère de la santé publique

AG Henry BOTUKU du Secrétariat général santé publique

Dr Jean Pierre Kabuayi du PNMLS

Dr Christian Mouala : ONUSIDA

Dr Casimir MANZENGO : OMS

4°. Liste de consultants internationaux à la révision du PSN

Dr Hugues Lago Consultant ONUSIDA

Dr Jean Nduwimana Consultant MSH (USAID)

Mr Delphin DIASOLUA, Consultant PAM

Dr Francine OUEDRAOGO, Consultante UNICEF

Dr Françoise NDAYISHIMIYE, Consultante ONUSIDA

Mr Mamadou KONE, Consultant ONUSIDA

Mr Landry BOUSSARI, Consultant ONUSIDA

5°. Liste de consultants nationaux à la révision du PSN

Dr Jean Pierre KABUAYI, Direction de Lutte contre la Maladie (Ministère de la santé)

Dr Freddy SALUMU, PNL (MSP)

Dr Symphonie DIMFUMU, (PNUD)

Dr Baudouin MATELA (MSP)

Mr David NDAHALLA, (MSP)

Mr Gaspard MATAMBA, (AMOONGO)

Mme Marie NYOMBO Zaina, (RENADEF)

6°. Secrétariat Technique du processus

- Superviseur : Prof. Liévin KAPEND
- Coordonnateur : Dr Bernard BOSSIKY
- Secrétariat : - Dr Pépé KILIMALIMA
- Dr Christian TSHIBAKA
- Mlle Angela TSENTERY