

2013

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

**RAPPORT SUR L'ETAT
D'AVANCEMENT DE LA REPONSE A
L'EPIDEMIE DU VIH/Sida**



Mars 2013

République Démocratique du Congo

Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

**RAPPORT SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DE LA
REPONSE A L'EPIDEMIE DU VIH/Sida**

Mars 2013

PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 31 mars 2013

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

Les publications produites par le PNMLS peuvent être obtenues sur Internet. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications du PNMLS – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées à la Coordination Nationale du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

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

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

PNMLS,

Croisement Boulevard Triomphal et Avenue de la Libération

Commune de Kasa-Vubu, Kinshasa,

République Démocratique du Congo

Tél : (+243) 81 247 8000 - 995643025 – 898268279 - Fax : (+243) 812618000

Courriel : pnmls@pnmls.cd

Cn_pnmls@yahoo.fr

Internet : <http://www.pnmls.cd>

REMERCIEMENTS

Aux membres du Groupe technique de travail :

Liévin KAPEND, Bernard BOSSIKY, Chriss TSHIBAKA, Yves OBOTELA, Serge NYUNDO (PNMLS), Bijou MANKIADING, Felly EKOFO, Gaëtan NSIKU (Ministère de la Santé Publique /PNLS), Fondacaro TETO (Ministère de la Santé Publique /PNLT), Pacifique MISINGI (Ministère de la Santé Publique /PNTS), Michel MINGIELE (Ministère de la Santé Publique /PNCNS), Christian MOUALA (ONUSIDA), Etienne MPOYI (OMS), Simon Pierre TEGANG (Fonds Mondial /Genève), Olivier KAKESA (SANRU), Bienvenu NGOMA (CORDAID), Ange MAVULA (UCOP+), Hilaire MBWOLIE (PSSP), Delphin ANTWISI (UNFPA), Denise NDAGANO (ProVIC).

Aux équipes des Secrétariats Exécutifs Provinciaux du PNMLS et des Coordinations Provinciales du PNLS (toutes) pour leur collaboration ;

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT.....	2
RECAPITULATIF DES INDICATEURS GARP.....	3
OBJECTIFS.....	3
OBJECTIF 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	3
Tableau I : présentation synthétique de différents indicateurs.....	3
CIBLE 1 : POPULATION GENERALE	3
CIBLE 2 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE :	4
CIBLE 3 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES.....	5
OBJECTIF 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	6
OBJECTIF 3 : D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida	6
OBJECTIF 4 : D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH.....	7
OBJECTIF 5 : D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.....	8
OBJECTIF 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire	8
OBJECTIF 7 : Eliminer les inégalités liées au genre	8
OBJECTIF 10 : Renforcer l'intégration du VIH	9
RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	10
REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015	10
ELIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA D'ICI 2015	19
ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	22
REDUIRE DE MOITIE LES DECES LIES A LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	23

ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DEPENSES ANNUELLES MONDIALES (ENTRE 22 ET 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMERICAINS) DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMEDIAIRE...	24
ELIMINER LES INEGALITES LIEES AU GENRE	25
RENFORCER L'INTEGRATION DU VIH	26
APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GARP 2013	29
a) Difficultés rencontrées	29
b) Mesures correctives	29
ANNEXES	31

INTRODUCTION

Conformément à la déclaration de l'Assemblée Spéciale de Nations Unies sur le VIH, en 2001, ayant refléter le consensus sur le cadre global visant à atteindre l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement (stopper la propagation du VIH et amorcer l'inversion de la tendance actuelle de l'épidémie d'ici 2015), les Etats membres ont pris l'engagement de rendre compte à échéance de deux ans sur l'état de la réponse dans leurs Pays respectifs. Cette assemblée a reconnu la nécessité d'adresser une réponse multisectorielle à l'épidémie du VIH, l'extension de service de soins et l'atténuation de l'impact de l'épidémie¹.

En 2006, la déclaration de politique sur le VIH et le sida a mis l'accent sur l'urgence d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien avec la vision pour les Gouvernements d'impliquer le secteur privé, les organisations confessionnelles, les organisations non gouvernementales, les autres entités de la société civile, incluant les personnes vivant avec le VIH².

Et la déclaration de politique sur le VIH de 2011, fondée sur les deux précitées, a mis l'accent sur la nécessité de mesurer les efforts de la réponse à l'épidémie en se focalisant sur les cibles connues et selon un chronogramme établi au préalable³.

Dans le souci de répondre à l'exigence de la revue à mi parcours qui s'impose pour les programmes de lutte contre le VIH et le sida, les pays membres sont ainsi appelés à renseigner sur l'état de la réponse à l'épidémie une année après le GARP 2012. Cet exercice se veut d'aider les pays membres, les organisations régionales et sous régionales ainsi que le niveau global non seulement d'évaluer les chances d'atteindre les objectifs fixés pour l'échéance 2015, mais aussi d'identifier des stratégies adaptées en faveur d'une réponse efficace et efficiente pour la lutte contre le VIH et maximiser le degré de contribution significative, pour chaque Etat membre, à l'atteinte des OMD.

¹ ONUSIDA et al, Global Aids Response Progress Reporting, guideline 2013

² Idem

³ Idem

PARTICULARITES

Pour le présent round du GARP, sur un total de 10 objectifs, chaque Etat membre se doit de rapporter 8 et les deux autres sont renvoyés au round prochain. Les huit objectifs visent (i) la réduction de la transmission sexuelle au sein de la population générale, chez les professionnelles de sexe, les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes ; (ii) la réduction de la transmission parmi les consommateurs des drogues injectables ; (iii) l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants et la réduction de la mortalité maternelle liée au VIH ; (iv) l'atteinte de 15 millions de personnes vivant avec le VIH qui ont accès aux ARV, (v) la mortalité liée à la tuberculose chez les PvVIH, (vi) Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire ; (vii) l'élimination des inégalités entre les genres et (viii) le renforcement de l'intégration du VIH.

NB : Le problème lié à la fonctionnalité du système national du suivi et de l'évaluation fait que, pour certaines cibles, pourtant identifiées comme population clés dans le plan stratégique 2010-2014, il se pose un sérieux problème du captage de l'information au niveau national. Ce phénomène est dû au fait soit de l'obsolescence de la source, comme c'est le cas avec les professionnelles de sexe, soit d'un déficit national dans la remontée de l'information, comme c'est le cas avec les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes.

C'est ainsi que dans le présent rapport, les données concernant les professionnelles de sexe et les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes sont collectées auprès des organisations qui mènent les activités qui touchent à ces cibles de manière très variable tenant compte de la stratégie mobile qu'ils utilisent pour les atteindre. Ces données ne peuvent en aucun cas être considérées comme représentatives, elles sont données juste pour refléter une situation spécifique à un groupe de populations dans les sites concernés. Par conséquent, ces données ne peuvent servir pour la comparaison, l'extrapolation ou la généralisation de la situation en RDC, encore moins servir pour générer les tendances.

MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT

Pour répondre aux besoins de l'implication de l'ensemble des secteurs dans la réponse à l'épidémie du VIH et sida, le processus d'élaboration du rapport GARP-RDC 2013 s'est déroulé sous la coordination du Secrétariat Exécutif National du Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida (SEN-PNMLS) avec la participation de l'ensemble des parties prenantes dans la lutte contre le VIH/sida et s'inscrit dans la continuité d'un exercice effectif depuis 2005.

Le processus a obéi aux orientations de la taskforce suivi et évaluation qui a mis en place un groupe de travail dont les modalités d'exercice ont été guidées par les termes de référence et composé des délégués des différents secteurs, des organisations du système des Nations Unies, des agences de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que de la société civile, incluant les organisations de personnes vivant avec le VIH, sous le leadership de l'Unité de Suivi et Evaluation (S&E) du PNMLS.

Le groupe de travail mis en place par la taskforce suivi et évaluation était appuyé par un consultant national ayant pour tâche de superviser la collecte des données pour le calcul des indicateurs GARP et de produire le rapport final.

Les différents programmes spécialisés du Ministère de la Santé ainsi que d'autres Ministères ont contribué de manière significative à fournir les informations nécessaires pour le calcul de la majeure partie des indicateurs.

Le groupe de travail a tenu plusieurs réunions à échéance hebdomadaire dans le souci d'évaluer le degré d'avancement du processus et garantir ainsi son aboutissement qui est sanctionné par la production de ce rapport GARP-RDC 2013.

Le présent processus s'est déroulé grâce au financement de l'ONUSIDA.

RECAPITULATIF DES INDICATEURS GARP

Le tableau 1 présente les indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, tels que repris dans le document des directives pour l'élaboration d'indicateurs de base 2013.

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

Tableau I : Récapitulatifs des indicateurs GARP de la RDC

OBJECTIFS

OBJECTIF 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Tableau I : présentation synthétique de différents indicateurs.

CIBLE 1 : POPULATION GENERALE

Les données sur la population générale ne concernent que les femmes car tirées du rapport MICS3. Il n'existe pas une source plus récente qui prend en compte les femmes et les hommes.

<i>1.1. Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission*</i>	Sexes	Pourcentage	Année de collecte	Sources
	F	15,2	2010	MICS 3
<i>1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans*</i>	F	21,4	2010	MICS 3

1.3. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois*	F	5,7	2010	MICS 3
---	---	-----	------	--------

1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	F	14,9	2010	MICS 3
---	---	------	------	--------

1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*	F	13,2	2010	MICS 3
---	---	------	------	--------

* **Commentaires** : Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente source renseignant cet indicateur (2010). Malheureusement cette source ne prend en compte que les femmes

	Sexes	Pourcentage	Année de collecte	Sources
1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH**	F	2,8	2011	Rapport de surveillance au près de femmes enceintes de 2011

** **Commentaires** : Les données fournies ne concernent que les femmes car résultant du rapport sur la surveillance sentinelle de 2011

CIBLE 2 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE :

Les données portant sur les PS et les MSM ne concernent que quelques sites d'intervention de PROVIC et par conséquent ne peuvent servir ni pour la comparabilité avec les autres données antérieures, ni l'extrapolation et/ou la généralisation, encore moins pour générer les tendances du fait de la limitation en termes de la couverture de cibles et le problème de représentativité.

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.7. Pourcentage de PS touchées par les programmes de prévention**	< 25 ans	35,1	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	26,1		
	Total	30,5		

** **Commentaires** : Les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.8. Pourcentage de PS qui déclare avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client**	< 25 ans	40,5	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	26,7		
	Total	32,0		

** **Commentaires** : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.9. Pourcentage de PS qui déclarent avoir été testés au VIH et qui connaissent le résultat**	< 25 ans	84,9	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	88,9		
	Total	86,6		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.10. Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH**	< 25 ans	4,4	2012	Rapport de mise en œuvre 2012 de PROVIC et centre IST/Matonge
	25 ans et plus	7,1		
	Total	5,8		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Américaine Projet Intégré du VIH au Congo (ProVIC) portant sur ses interventions dans 4 villes du pays (Kinshasa, Matadi, Kisangani et Bukavu) en 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

CIBLE 3 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.11. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes touchés par les programmes de prévention**	< 25 ans	25,2	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	17,0		
	Total	20,8		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.12. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes ayant déclaré avoir eu des relations avec un partenaire masculin et avoir utilisé le préservatif**	< 25 ans	16,3	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	14,5		
	Total	15,3		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.13. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes qui déclarent s'être fait dépister et avoir connaissance de résultats**	< 25 ans	5,5	2012	Base de données PSSP
	25 ans et plus	10,1		
	Total	7,8		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.14. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes qui vivent avec le VIH**	< 25 ans	5,5	2012	Rapport de mise en œuvre 2012 de PROVIC
	25 ans et plus	10,1		
	Total	7,8		
** Commentaires : les données ont été tirées de la base de données de l'ONG Américaine Projet Intégré du VIH au Congo (PROVIC) portant sur ses interventions dans 4 villes du pays (Kinshasa, Matadi, Kisangani et Bukavu) en 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

OBJECTIF 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

Cet objectif cible une population considérée comme prioritaire dans le plan stratégique national. Malheureusement, il n'existe pas jusqu'à présent des interventions menées de manière structurée en termes d'une riposte au problème du VIH par rapport à cette population.

Néanmoins, il y a quelques interventions qui sont menées par les organisations de la société civile, mais dont le système de suivi et évaluation ne capte pas la teneur pour le moment.

OBJECTIF 3 : D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des ARV pour leur traitement**	13,1	2012	Rapport 2012 du LNR pour le numérateur et estimations SPECTRUM pour le dénominateur
** Commentaires : le numérateur provient du rapport du laboratoire national en matière de lutte contre le VIH et sida 2012 qui dispose d'un équipement PCR et qui reçoit les prélèvements sur papier buvard en provenance de l'ensemble du pays pour analyse et le dénominateur des estimations SPECTRUM 2013.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.2. Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie **	6,0	2011	Rapport 2012 du LNR pour le numérateur et estimations SPECTRUM pour le dénominateur
** Commentaires : le numérateur provient du rapport du laboratoire national en matière de lutte contre le VIH et sida 2012 qui dispose d'un équipement PCR et qui reçoit les prélèvements sur papier buvard en provenance de l'ensemble du pays pour analyse et le dénominateur des estimations SPECTRUM 2013.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.3. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (Modélisation)**	34,4	2011	Estimations SPECTRUM 2011
** Commentaires : les données sont tirées des estimations SPECTRUM 2013.			

OBJECTIF 4 : D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

	Sexes	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte
4.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès **	M	<15 ans	7,9	2012
		15 ans et Plus	30,0	
	F	<15 ans	9,7	
		15 ans et Plus	40,1	
	Total	<15 ans	8,8	
		15 ans et Plus	35,9	
	Total Général		29,2	
** Commentaires : les données sont tirées du rapport d'activités du Programme National de lutte contre les IST et VIH/sida de l'année 2012 avec comme critère d'éligibilité le taux de CD4 < 350/mm ³ et inclusion systématique de malades présentant une tuberculose.				

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
4.2. Pourcentage d'adultes séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale **	36,8	2011	Estimations SPECTRUM 2013
** Commentaires : les données sont tirées de la base de données du centre de prise en charge MSF/Kabinda pour les années 2006, 2010 et 2011.			

OBJECTIF 5 : D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
5.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH **	12,4	2012	Rapport de mise en œuvre 2012 du PNLT
** Commentaires Le dénominateur est tiré des estimations du rapport de l'OMS sur le contrôle de la tuberculose pour l'année 2011 faisant état de 27 personnes qui présentent une coïnfection VIH/TB sur 100000 habitants.			

OBJECTIF 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Indicateur	Valeur	Période de collecte	Source
Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement**	\$ 105 365 890,00	2010	Rapport REDES 2010
** Commentaires : Ce montant ne prend pas en compte les dépenses des ménages			

OBJECTIF 7 : Eliminer les inégalités liées au genre

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
	7.1. Proportion des femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois **	15-19 ans	55,8	
	20-24 ans	64,4		
	25-49 ans	64,9		
	15-49 ans	64,1		
** Commentaires : les données ont été tirées du rapport de l'enquête démographique et santé effectuée en 2007 qui est la seule source la plus récente qui fournit cette information				

OBJECTIF 10 : Renforcer l'intégration du VIH

Indicateur	Paramètres	Sexes	Valeurs	Année de collecte	Source
10.1. Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans **	Taux de fréquentation orphelins	M	69,7	2010	MICS3
		F	57,9		
	Global		63,3		
	Taux de fréquentation non orphelins	M	87,6		
		F	82,5		
	Global		85,1		
	Ratio orphelin-non orphelin	M	0,8		
		F	0,7		
Global ratio		0,7			
<p>** Commentaires : les données ont été tirées du rapport de l'enquête démographique et santé effectuée en 2007 qui est la seule source la plus récente qui fournit cette information</p>					

Indicateur	Paramètres	Proportions	Année de collecte	Source
10.2. Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois **	soutien médical au cours de 12 derniers mois	0,7	2007	EDS+ 2007
	soutien moral au cours de 3 derniers mois	0,6		
	soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois	0,1		
	assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois	0,9		
	Au moins un type de soutien	2,1		
<p>** Commentaires : Les données ont été tirées du rapport de l'enquête démographique et santé effectuée en 2007 qui est la seule source la plus récente qui fournit cette information. Le paramètre sur l'assistance scolaire ne peut logiquement que couvrir une année scolaire.</p>				

RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

Cette section détaille le niveau d'atteinte des indicateurs tels que synthétisés dans le tableau 1 portant récapitulatif des indicateurs GARP 2013 et qui renseigne sur les efforts pays en matière de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/sida jusqu'en 2012.

Les informations sont fournies suivant l'ordre de classification des indicateurs conformément à la séquence des objectifs et cibles contenus dans le document des directives sur l'élaboration du rapport d'avancement 2013, à savoir : d'ici à 2015 :

- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
 - Cible 1 : Population générale ;
 - Cible 2 : Professionnel(le)s de sexe ;
 - Cible 3 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes.

- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ;
- Eliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ;
- Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH ;
- Réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- Eliminer les inégalités liées au genre ;
- Renforcer l'intégration du VIH.

La prise en compte des informations générées par la base de données du Programme intégré du VIH/sida au Congo (Pro.VIC), un projet de l'USAID/PEPFAR, nous a permis d'étendre les informations portant sur les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes et les professionnelles de sexe dans 5 villes du pays, à savoir Kinshasa, Bukavu, Matadi, Boma et Kisangani, pour le calcul de la proportion de personnes vivant avec le VIH au sein de ces deux cibles, à la différence de la seule Ville Province de Kinshasa prise en compte dans le round du GARP 2012.

Ces données ne montrent que les résultats d'une intervention singulière sur un groupe restreint de cibles et ne peuvent être généralisables ni servir d'extrapolation ou utiliser pour le besoin de générer les tendances et de comparaison.

Il est à noter aussi que les données sur l'enquête comportementale (BSS) sont encours de saisie et les résultats d'analyse ne seront disponibles qu'à partir du mois de mai 2013. Ce qui n'a pas permis de résoudre la difficulté de la partialité de données pour la population générale, celles disponible ne couvrant que les femmes, concernées par l'enquête MICS.

REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

1. La population générale

1.1. Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission

Les données disponibles au Pays placent la voie sexuelle au premier plan de l'ensemble des voies dans la transmission de l'infection à VIH et les jeunes font parti des groupes à risque pour la transmission par

voie sexuelle. Parmi les étapes qui conduisent à l'adoption d'un comportement favorable à la prévention de l'infection à VIH, la meilleure connaissance des moyens de prévention occupe une place de choix. En outre, les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et entraver les efforts de prévention.

Ainsi une personne qui a une meilleure connaissance des moyens de prévention de l'infection est susceptible d'adopter un changement de comportement⁴.

Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes⁵ :

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

Les données qui suivent ont été tirées du rapport de l'enquête MICS3, réalisée en 2010.

Tableau II : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans en fonction de leur connaissance sur la transmission du VIH par voie sexuelle par sexe et par tranches d'âges

Paramètres	Tranches d'âges					
	Masculin			Féminin		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans
Nombre des jeunes de 15-24 ans interrogés	ND	ND	ND	2685	2733	5418
Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida	ND	ND	ND	357	467	824
%des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à ceux-ci.	ND	ND	ND	13,3	17,1	15,2

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse du tableau II montre que 15,2% des jeunes de 15-24 ans ont décrit correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et ont rejeté les principales idées fausses y relatives. Cette répartition se présente différemment selon les tranches d'âges avec 17,1% dans la tranche d'âge allant de 20-24 ans contre 13,3% dans la tranche d'âge allant de 15-19 ans.

⁴ Ministère du plan RDC, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

⁵ ONUSIDA et al, Global Aids Response Progress Reporting, guideline 2013

Tableau III: Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans en fonction de leur connaissance sur la transmission du VIH par voie sexuelle tenant compte de leurs réponses aux cinq questions par sexe et tranches d'âges.

Questions	15-19 ans					20-24 ans					Proportion globale (15-24 ans)				
	Masculin		Féminin			Masculin		Féminin			Masculin		Féminin		
	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%
Question n°1	ND	ND	1587	2685	59,1	ND	ND	1880	2733	68,8	ND	ND	3467	5418	64,0
Question n°2	ND	ND	1112	2685	41,4	ND	ND	1364	2733	49,9	ND	ND	2475	5418	45,7
Question n°3	ND	ND	1461	2685	54,4	ND	ND	1659	2733	60,7	ND	ND	3120	5418	57,6
Question n°4	ND	ND	1216	2685	45,3	ND	ND	1334	2733	48,8	ND	ND	2550	5418	47,1
Question n°5	ND	ND	1595	2685	59,4	ND	ND	1689	2733	61,8	ND	ND	3284	5418	60,6
Connaissance approfondie	ND	ND	357	2685	13,3	ND	ND	467	2733	17,1	ND	ND	824	5418	15,2

Source : rapport MICS 3, 2010

Le table III ci-haut montre que 64% des jeunes connaissent qu'il y a moins de risque de transmission de l'infection à VIH en ayant de rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté. En suite 60,6% d'entre eux rejettent l'idée de la transmission de l'infection du VIH par le fait de partager le repas avec une personne infectée. Il ya lieu de noter que seulement 45,7% de jeunes savent que l'utilisation de préservatif lors de chaque rapport réduit le risque de transmission du virus.

1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans ayant eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Cet indicateur permet de renseigner sur les efforts entrepris pour retarder l'activité sexuelle au près des jeunes dans la mesure où la précocité de l'activité sexuelle (avant le mariage) augmente le risque d'exposition au VIH.

Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes⁶.

Les données qui suivent ont été tiré du rapport MICS3.

⁶ Ministère du plan, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

Tableau IV : Répartition des jeunes de 15-24 ans ayant eu un rapport sexuel avant 15 ans d'âge par sexe et par tranches d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	ND	572	ND	2685	ND	21,3
20-24 ans	ND	585	ND	2733	ND	21,4
15-24 ans	ND	1157	ND	5418	ND	21,4

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données ci-haut présentées dans le tableau font état de 21,4 % des jeunes dont l'âge varie entre 15 et 24 ans ayant connu le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette répartition est superposable dans les deux tranches d'âges de 15- 19 ans et de 20-24 ans.

1.3. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. Le rapport de l'enquête MICS3 est la source d'où étaient tirées les données ci après présentées dans le tableau 5.

Tableau V : Répartition d'adultes âgées de 15-49 ayant eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois par sexe et par tranches d'âges

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	ND	208	ND	2685	ND	7,7
20-24 ans	ND	186	ND	2733	ND	6,8
25-49 ans	ND	341	ND	7433	ND	4,6
15-49 ans	ND	735	ND	12851	ND	5,7

Source : rapport MICS 3, 2010

Le tableau ci-haut renseigne que 5,7% d'adultes âgés de 15-49 ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois avec une prédominance des tranches d'âges de 15- 19 ans (7,7%) et 20-24 ans (6,8%) contre celle de 25-49 ans (4,6%)

1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. Ce risque s'accroît avec la non utilisation des préservatifs comme moyen de prévention. Les données qui suivent ont été tiré du rapport MICS3.

Tableau VI : Répartition d'adultes âgées de 15-49 ans parmi celles qui ont déclaré avoir eu un rapport sexuel au cours de 12 derniers mois et qui ont indiqué avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport par sexe et par tranches d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	ND	37	ND	208	ND	18,0
20-24 ans	ND	25	ND	186	ND	13,6
25-49 ans	ND	47	ND	341	ND	13,8
15-49 ans	ND	110	ND	735	ND	14,9

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données du tableau ci-haut révèle que seulement 14,9% de personnes âgées de 15-49 ans ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi celles ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois. La proportion est superposable pour les tranches d'âges de 20-24 ans (13,6%) et de 25-49 ans (13,8%) contre celle 15-19 ans qui présente le plus grand pourcentage (18%).

1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Le dépistage au VIH est une étape importante dans le processus qui mène au changement de comportement en faveur de la réduction du risque lié à la transmission de l'infection du VIH. La connaissance du statut sérologique influe de manière significative sur la décision à prendre pour sa propre protection et celle des autres.

Tableau VII : Répartition d'hommes et des femmes âgés de 15-49 ans ayant déclaré s'être fait tester au cours de 12 derniers mois et ayant pris connaissance de leur résultat par sexe et par tranches d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	ND	148	ND	2685	ND	5,5
20-24 ans	ND	355	ND	2733	ND	13,0
25-49 ans	ND	1193	ND	7433	ND	16,1
15-49 ans	ND	1696	ND	12851	ND	13,2

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données révèle que 13,2% de femmes ayant déclarées s'être fait tester au VIH dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans reconnaissent avoir connaissance de leurs résultats. On note un peu plus de cas dans la tranche d'âges allant de 25 -49ans avec 16,1%, suivie de ceux de 20-24 ans (13%) et en fin ceux de 15-19 ans avec 5,5%.

1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH

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

Le tableau VIII reprend la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Les données de cet indicateur sont tirées du rapport de la surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale au cours de l'année 2011.

Tableau VIII : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans vivant avec le VIH par tranches d'âges

15-19 ans				20-24 ans				15-24 ans			
Masculin	Féminin			Masculin	Féminin			Masculin	Féminin		
ND	Fréquence	Effectif	%	ND	Fréquence	Effectif	%	ND	Fréquence	Effectif	%
ND	94	3607	2,6	ND	141	4712	3	ND	235	8319	2,8

Source : rapport de surveillance sentinelle au près des femmes qui ont fréquenté les services de CPN, 2011

La prévalence chez les jeunes se révèle être supérieure à 1% dans les différentes tranches d'âges, suggestive d'une épidémie à progression rapide. Globalement près de 3 jeunes sur 100 vivent avec le VIH.

2. Les Professionnel(le)s du sexe

Les professionnels de sexe (travailleurs de sexe) font parti des groupes cibles identifiées comme prioritaires dans le plan stratégique national 2010-2014, par conséquent, il est important de mesurer les efforts déployés dans le cadre des interventions qui leur sont adressées en vue de se rendre compte du niveau d'atteinte des objectifs définis.

Les différentes données présentées sur les PS dans les tableaux qui suivent sont tirées pour le calcul du pourcentage des PS qui vivent avec le VIH de la base de données de Pro.VIC qui appui les interventions ciblant cette population dans 5 villes de la RDC et pour les autres indicateurs de la base de données de l'ONG PSSP qui mènent des interventions ciblant ces groupes à Kinshasa.

Les données ont été collectées chez les professionnels de sexe féminin.

1.7. Pourcentage de PS touchés par le programme de prévention du VIH

Paramètres	Tranches d'âges		
	<25 ans	25 ans et plus	Total
Nombre de PS qui déclarent avoir connaissance d'un site pour le dépistage	414	554	968
Nombre de PS qui déclarent avoir eu accès au préservatif le 12 derniers mois	472	331	803
Nombre de PS qui déclarent avoir à la fois connaissance d'un site pour le dépistage et eu accès au préservatif les 12 derniers mois	409	317	726
Nombre total de PS ayant participé à l'étude	1165	1213	2378
Pourcentage	35,1	26,1	30,5

Source : base des données de l'ONG progrès santé sans prix (données de 2012)

L'analyse des données du présent tableau, nous renseigne que 30,5% de femmes professionnelles de sexe ont été touchées par le programme dans les sites d'intervention de l'ONG progrès santé sans prix. Avec 35,1% d'entre celles dont l'âge est inférieur à 25 ans et près de 26,1% parmi celles d'âge compris entre 25 ans et plus.

1.8. Pourcentage de PS qui déclare avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 ans et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de rapport avec leur dernier client	297	314	611
Nombre de PS qui déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors de rapport avec leur dernier client	727	1202	1929
Nombre de PS qui déclarent avoir eu de relation sexuelle payant au cours de 12 derniers mois	734	1178	1912
Pourcentage	40,5	26,7	32,0

Source : base des données de l'ONG progrès santé sans prix (données de 2012)

Sur base de données ci-haut présentées, il ressort que 32% des professionnelles de sexe ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client. En prenant en considération les différentes tranches d'âges, celle d'âge inférieur à 25 ans est la plus représentée avec près de 41% par rapport à celle de 25 ans et plus qui ne l'ai à près de 27%.

1.9. Pourcentage de PS qui déclarent avoir été testés au VIH et qui connaissent le résultat

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois	803	609	1412
Nombre de PS qui déclare n'avoir pas été testé au cours de 12 derniers mois	141	76	217
Nombre de PS déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	801	609	1410
Nombre de PS qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois, mais ne connaissant pas leur résultat	2	0	2
Pourcentage	84,9	88,9	86,6

Source : Base des données de l'ONG progrès santé sans prix (données de 2012)

L'analyse de ces données tirées de la base de l'ONG Progrès santé sans prix, montre que près de 18% des PS ayant déclaré avoir été testées pour le VIH, disent avoir connaissance de leurs résultats et avec près 89% parmi celles ayant 25 ans et plus et près de 85% parmi celles ayant moins de 25 ans d'âge.

1.10 Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH

Tableau XIII : Répartition des professionnels de sexe vivant avec le VIH par tranche d'âge

Paramètres	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de PS qui ont subi un test de dépistage et dont le résultat est positif	262	392	654
Nombre total de PS qui ont subi un test de dépistage	5777	5702	11479
Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH	4,5	6,8	5,7

Sources :

Rapport d'activité ProVIC, 2012

Rapport d'activité du Centre IST/MATONGE, 2012

Les données présentées dans le tableau ci-haut font état de 5,7% de femmes professionnelles de sexe qui vivent avec le VIH dans les sites d'intervention de ProVIC dont 6,8% parmi celles ayant un âge supérieur ou égal à 25 ans et 4,5% parmi celles ayant un âge inférieur à 25 ans.

3. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Quoi que prise en compte dans le plan stratégique national 2010-2014 comme faisant parti de populations clés, il en est moins de cas en ce qui concerne les informations sur l'offre et l'utilisation de services de lutte contre le VIH par cette population vulnérable en RDC.

Mais de plus en plus des intervenants mettent en œuvre des interventions qui touchent cette population clé, c'est le cas de PROVIC qui offre des activités de conseils et dépistage mobiles à ce groupe de population.

1.11. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touché par le programme de prévention du VIH

Tableau XIV : Répartition des Hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes touchés par le programme de prévention selon les tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges		
	<25 ans	25 ans et plus	Total
Nombre de HSH qui déclarent avoir connaissance d'un site pour le dépistage	219	193	412
Nombre de HSH qui déclarent avoir eu accès au préservatif le 12 derniers mois	175	121	296
Nombre de HSH qui déclarent avoir à la fois connaissance d'un site pour le dépistage et eu accès au préservatif les 12 derniers mois	137	106	243
Nombre total de HSH ayant participé à l'étude	543	624	1167
Pourcentage	25,2	17,0	20,8

Source : base des données de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2012)

Il ressort de l'analyse de données présentées que 20,8% d'hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes étaient touchés par le programme de prévention dans les sites d'intervention de l'organisation Progrès santé sans prix dont près de 25,2% parmi ceux d'âge inférieur à 25 ans et 17% parmi ceux ayant au moins 25 ans d'âge.

1.12. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent avoir eu un partenaire masculin et utilisé le préservatif

Tableau XV : répartition d'hommes ayant de rapport sexuel avec les hommes qui déclarent avoir eu de rapport anal avec un partenaire masculin et avoir utilisé le préservatif selon les tranches d'âges.

Paramètres	Ages		
	>25 ans	25 et plus	Tout âge
Nombre de HSH qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal	59	77	136
Nombre de HSH qui déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	302	453	755
Nombre de HSH qui déclarent avoir eu de rapport anal au cours de 6 derniers mois	361	530	891
Pourcentage	16,3	14,5	15,3

Source : base des données de l'ONG progrès santé sans prix (données de 2012)

Ces données nous renseignent que 15,3% d'hommes ayant eu de rapports sexuels avec les hommes ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport anal. Les proportions sont presque superposables dans les deux tranches d'âges.

1.13. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent avoir fait le test de dépistage au VIH et qui connaissent les résultats.

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois	349	306	655
Nombre de HSH qui déclare n'avoir pas été testé au cours de 12 derniers mois	83	20	103
Nombre de HSH déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	348	303	651
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois, mais ne connaissant pas leur résultat	1	3	4
Pourcentage	80,6	92,9	85,9

Source : base des données de l'ONG progrès santé sans prix (données de 2012)

L'analyse de ces données tirées de la base de l'ONG Progrès santé sans prix, montre que près de 86% des HSH ayant déclaré avoir été testés pour le VIH, disent avoir connaissance de leurs résultats et avec près de 92% parmi ceux ayant l'âge allant de 25 ans à plus et près de 81% parmi eux ayant moins de 25 ans d'âge.

1.14. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH

Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sous épidémique concentrée parmi les populations clés les plus exposées⁷

Les hommes ayant des rapports sexuels faisant parti du groupe de populations clés, il est indispensable de leur adresser des interventions de la prévention pour leur propre protection et celle de la population générale. Pour ce faire la connaissance par eux même de leur statut sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à l'adoption d'un comportement responsable et à la demande de service de prise en charge.

⁷ ONUSIDA, Directives sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida, 2011

Les données présentées dans le tableau XVI ont été tirées du rapport d'activité 2012 de l'ONG PROVIC.

Tableau XVI : Répartition d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes qui vivent avec le VIH par tranche d'âge

Paramètres	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de HSH qui ont subi un test de dépistage et dont le résultat est positif	44	82	126
Nombre total de HSH qui ont subi un test de dépistage	805	814	1619
Pourcentage de HSH qui vivent avec le VIH	5,5	10,1	7,8

Source : rapport d'activité ProVIC, 2012

Les données du tableau XVI montrent que 7,8% d'hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes vivent avec le VIH dans les sites d'intervention de ProVIC dont 10,1% parmi ceux ayant 25 ans et plus et 5,5% parmi ceux ayant moins de 25 ans.

ELIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA D'ICI 2015

Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

Le plan mondial de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du virus du sida vise l'atteinte d'un seuil inférieur à 5% pour le taux de la transmission de la mère à l'enfant du virus du sida ainsi que la réduction de 50% de la mortalité maternelle liée au VIH.

Pour ce faire, le choix d'options thérapeutiques est fondamental pour y parvenir et le meilleur choix fait appel à l'option B+. Il est donc indispensable de mesurer la réduction du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant ainsi que les efforts de maintenir les femmes enceintes séropositives en vie en fonction des différents régimes thérapeutiques auxquels ces femmes sont soumises.*

Tableau XVII : répartition de femmes enceintes séropositives ayant eu accès à la PTME selon les régimes

Paramètres		Valeurs
Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement au cours de la présente grossesse avec CD4 < 350	
	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement au cours de la présente grossesse avec CD4 ≥ 350	
	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement avant la présente grossesse	2052
	S/total	2 052
Les femmes enceintes séropositives sous option B		
Les femmes enceintes séropositives sous option A		2 124
Total		4 176
Les femmes enceintes séropositives ayant reçu la névirapine en simple dose		423
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives		32000
Pourcentage		13,1

Source : rapport d'activité PNLs, 2012

Les données présentées dans le tableau ci-dessus montrent font état de 13,1% femmes enceintes séropositives qui ont eu accès à un traitement aux ARV pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs enfants parmi lesquelles seulement 6,4 % d'entre ont bénéficié d'un traitement pour leur propre santé.

Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

La progression rapide du VIH chez l'enfant implique que beaucoup d'enfants exposés (50 %) meurent en bas âge ou dans la première enfance, d'affections infantiles courantes ou d'infections opportunistes que l'on sait prévenir et traiter avant que l'on connaisse leur statut sérologique positif au VIH.

L'identification des enfants infectés du VIH aussi précocement, avant 12 mois d'âge, est une composante essentielle pour la survie de l'enfant. En effet, le diagnostic précoce et l'administration d'un traitement antirétroviral sont particulièrement cruciaux dans le cas des nourrissons et que de nombreuses vies pourraient être sauvées en administrant des antirétroviraux aux nourrissons séropositifs immédiatement après le diagnostic, dans les 12 premières semaines de la vie.

L'OMS recommande que des programmes nationaux établissent la capacité à réaliser des tests de dépistage du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines, ou dès que cela est possible afin d'orienter une prise de décision rapide.

Les données ainsi présentées proviennent :

- Pour le numérateur, du rapport 2012 produit par le laboratoire national de référence en matière du VIH en RDC
- Pour le dénominateur, des estimations sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA.

Tableau XVII : Proportion d'enfants nés de mères séropositives et qui a bénéficié d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH

Paramètres	Valeur
Nombre estimé d'enfants ayant subi le test pour le diagnostic du VIH au cours de deux premiers mois de leur vie	1916
Nombre estimé de mères séropositives ayant accouché	32000
Pourcentage estimé d'enfants infectés	6,0

Source : rapport d'activité LNRS, 2012

Les données ci haut présentées, nous renseignent que seulement 6 enfants sur 100 qui naissent de mères infectées au VIH ont eu accès à un diagnostic précoce de l'infection à VIH. Autrement dit près de 94 enfants exposés au VIH sur 100 n'ont pas bénéficié d'un test pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisé)

La voie de contamination verticale de la mère à l'enfant est considérée comme celle par excellence par laquelle se transmet le VIH au nouveau né.

Des efforts ont été réalisés pour accroître l'accès à des interventions qui peuvent réduire de manière significative la transmission mère-enfant du VIH, notamment la combinaison de régimes de prophylaxie et de traitement antirétroviraux et de renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. Il est important d'évaluer l'impact que les interventions de PTME ont sur les nouvelles infections à VIH pédiatriques à travers la transmission mère-enfant⁸

Les données pour l'évaluation du pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH sont issues des estimations et projections des données de la surveillance au près des femmes ayant fréquenté la CPN dans les sites sentinelles en 2011 sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous

Tableau XVIII : Modélisation de la transmission mère-enfant en 2011

Paramètres	Valeur
Nombre estimé d'enfants infectés au VIH	11000
Nombre estimé de mères séropositives ayant accouché	32000
Pourcentage estimé d'enfants infectés	34,4

Source : Estimations Spectrum, 2011

L'analyse de ces données révèle que 34,4% d'enfants nés de mères séropositives sont infectés de suite de leur exposition (durant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant la période d'allaitement maternel).

⁸ Idem

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès

La thérapie antirétrovirale (TARV) a démontré sa capacité à réduire la mortalité chez les personnes séropositives et des efforts sont actuellement déployés pour la rendre plus abordable financièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux devrait toujours être dispensé conjointement avec des services plus étendus de soins et d'accompagnement, y compris de conseils pour les soignants qui s'occupent d'un membre de la famille.

Les résultats mondiaux font état de plus de 8 millions de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent le traitement antirétroviral en 2011 et les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de 15 millions d'ici 2015. En RDC où le traitement a été introduit en 2002, les besoins demeurent en grande partie insatisfaits.

Tableau XIX : Répartition des cas des personnes vivants avec le VIH éligible au traitement ayant eu accès à la TARV par sexe

Sexes	Nombre estimé de PvVIH éligible	Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV	Pourcentage de PvVIH ayant eu accès aux ARV
Masculin	95889	22775	23,8
Féminin	123701	41444	33,5
Total	219590	64219	29,2

Source : rapport d'activité PNLIS, 2012

Jusqu'au 31/12/2012, seulement 29,2% de personnes vivant avec VIH et éligibles au traitement antirétroviral y ont accès. L'on note, néanmoins que les femmes sont les plus représentées avec environ 33,5% contre près de 23,8% pour les hommes.

Tableau XX : Répartition des cas des PvVIH éligibles ayant eu accès aux ARV en 2012 par sexe et par tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges	Sexes		
		Masculin	Féminin	M & F
Nombre estimé de PvVIH éligible	<15 ans	27245	26727	53972
	15 ans et plus	68644	96974	165618
Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2012	<15 ans	2159	2592	4751
	15 ans et plus	20616	38852	59468
Pourcentage de PvVIH ayant accès aux ARV	<15 ans	7,9	9,7	8,8
	15 ans et plus	30,0	40,1	35,9
	Tout âge	23,8	33,5	29,2

Source : rapport d'activité PNLIS, 2012

L'analyse sur base de la répartition par tranches d'âges et par sexes révèle que la tranche d'âge allant de 15 ans et plus a eu un meilleur accès au traitement ARV dans l'ordre de 35,9% avec 40,1% femmes et 30% pour les hommes de même âge. On note, cependant, que seulement près de 9% d'enfants ont eu accès au traitement ARV avec les proportions superposables dans les deux sexes.

Pourcentage d'adultes séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes ayant contracté le virus. Alors que le traitement antirétroviral s'étend dans les pays à travers le monde, il est important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en lumière les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration.

En RDC, la mise en place du premier programme national d'accès aux antirétroviraux a débuté en 2002 et près de 10 ans après l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale.

Le tableau **XXI** reprend la proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12, 24 et 60 mois après le début du traitement antirétroviral. Les données ont été tirées dans la base de données du centre MSF/Kabinda de Kinshasa portant sur le suivi de cohortes des années 2006, 2010 et 2011.

Paramètres	Mois de mise sous traitement		
	12 mois	24 mois	60 mois
Nombre des PVVIH ayant débutées le traitement 12 mois auparavant	836	900	964
Nombre des PVVIH ayant débutées le traitement 12, 24 et 60 mois auparavant et qui sont toujours en vie	664	749	659
Décès	97	74	155
Abandon	0	0	0
Perdus de vue	77	97	129
Pourcentage des PvVIH sous traitement qui sont encore en vie	79,4	83,2	68,4

Source: base de données du centre de prise en charge MSF/Kabinda pour les années 2006, 2010 et 2011

Au regard de données présentées ci-haut, il ressort que 68,4% de personnes vivant avec le VIH ayant débuté le traitement sont encore en vie 60 mois après le début de leur traitement et que respectivement 79,4% et 83,2% le sont 12 et 24 mois après le début de leur traitement.

REDUIRE DE MOITIE LES DECES LIES A LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

La tuberculose (TB) est l'une des causes principales de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de TB ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie en conformité avec les directives nationales et internationales est un facteur essentiel de qualité de vie et de survie chez les personnes vivant avec le VIH.

Il est donc important de mesurer l'accès au traitement approprié (antituberculeux et ARV) par les personnes présentant à la fois l'infection à VIH et atteinte de la Tuberculose pour s'assurer de leur meilleure prise en charge et contrôler la mortalité y relative.

Tableau XXII : Proportion de P_vVIH qui présente en même temps la tuberculose et ayant bénéficié du traitement contre la tuberculose ainsi que des ARV conformément au protocole en 2012.

Paramètres	Valeur
Nombre de malades présentant à la fois l'infection à VIH et la Tuberculose qui reçoivent les ARV et ayant déjà débuté les antituberculeux conformément aux protocoles nationales	2296
Nombre estimé de cas de tuberculose associé au VIH	18453
Pourcentage	12,4

Source : rapport d'activité PNL, 2012

Il ressort de ces données qu'environ 12,4% de personnes vivant avec le VIH présentent en même temps la tuberculose ont bénéficié du traitement contre la tuberculose et un traitement aux ARV conformément à la politique nationale.

ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DEPENSES ANNUELLES MONDIALES (ENTRE 22 ET 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMERICAINS) DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMEDIAIRE

Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

En RDC, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural où environ huit ménages sur dix sont pauvres et milieu urbain où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. L'alimentation représente 62,3% des dépenses totales des ménages congolais⁹.

Pour l'année 2010, les dépenses en matière de lutte contre le VIH/sida ont été évalué globalement à 19554363 \$ US dont 90 188 473,00 \$ US provenant des ménages et 105 365 890,00 \$ US de dépenses institutionnelles.

⁹ Ministère du plan, Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, deuxième génération, 2011-2015.

L'analyse des dépenses institutionnelles fait état de 102 437 817 \$ US soit 97,22 % en provenance de sources extérieures avec seulement 2 759 539 \$ US soit 2,62% comme contribution du gouvernement et 168 534 \$ US soit 0,16% en provenance de sources institutionnelles privées.

Il apparaît donc clairement que le VIH/sida a une influence significative de manière négative sur les économies des ménages en RDC qui, au départ près de 63% sont frappés par la pauvreté. Et que la source du financement de la lutte, à l'instar des exercices REDES antérieurs, est extraverti à près de 98% alors que cela ne couvre même pas les prévisions en terme de besoins définis.

En prenant en compte les dépenses la contribution des ménages, les dépenses globales représentent 46,3% par rapport aux besoins définis dans le plan stratégique national 2010-2014, lesquels besoins étaient évalués à 422 441 138,01 \$ US pour l'année 2010¹⁰. Par contre en ne considérant que les dépenses de provenances institutionnelles, comme généralement fait dans les exercices antérieurs, la couverture de celles-ci par rapport aux besoins représente 24,9%.

En prenant en compte l'affectation des dépenses d'origine institutionnelles par rapport au services, il faut noter que 37 038 750 \$ US soit 35,15% ont été dépensé en faveur de la prévention, 28 843 596 \$ US soit 27,37% en faveur des soins et traitement, 16 953 435 \$ US soit 16,09% en faveur de la gestion et administration de programmes, 8 055 626 \$ US soit 7,65% en faveur des OEV alors que les ressources humaines n'ont bénéficié que 941 080 \$ US soit 0,89%. il faut, cependant noter que la recherche liée au VIH n'a bénéficié que 747 580 \$ US soit 0,71% des dépenses effectuées.

En considérant les cibles bénéficiaires, 30 391 751 \$ US soit 28,84 % ont couverts les besoins des personnes vivant avec le VIH, 27 261 740 \$ US soit 25,87% pour les autres groupes des populations clés, 18 170 959 \$ US soit 17,25 % pour l'ensemble de la population et 19,74% soit 20 804 276 \$ US dépensés pour les initiatives non ciblées.

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

ELIMINER LES INEGALITES LIEES AU GENRE

Proportion des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois

Globalement, et en particulier en Afrique sub-saharienne, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. On reconnaît de plus en plus que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection, est façonné par des inégalités omniprésentes et profondes – en particulier la violence à leur encontre. Les études ayant été réalisées dans de nombreux pays indiquent qu'une importante proportion de femmes a subi de la violence, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007.

¹⁰ PNMLS, PSN 2010-2014

Tableau XXIII: Répartition des femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois par tranches d'âges

Tranches d'âges	Fréquences	Effectifs	Proportion	
15-19 ans		111	199	55,8
20-24 ans		345	536	64,4
25-49 ans		1230	1896	64,9
15-49 ans		1686	2631	64,1

Source : rapport EDS+, 2007

L'analyse des données présentées dans le tableau ci-haut montre qu'environ 64% des femmes âgées de 15 et 49 ans ont été victime des violences physiques ou sexuelles de la part de leurs maris ou conjoints. La proportion des femmes ayant été victimes de violences est superposable pour les tranches d'âges de 20-24 ans et de 25-49 ans soit respectivement 64.4% et 64.9% alors qu'elle de 55.8% pour la tranche d'âges de 15-19 ans.

Tableau XXIV: Répartition des femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois selon les types de violences par tranches d'âges

Ages en années	violences physique			violences sexuelles			violences physiques ou sexuelles		
	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%
15-19	92	199	46,3	72	199	36,2	111	199	55,7
20-24	311	536	58,1	167	536	31,2	345	536	64,4
25-49	1230	1896	64,8	689	1896	36,4	1230	1896	64,8
15-49	1633	2631	62,1	929	2631	35,3	1686	2631	64,1

Source : rapport EDS+, 2007

En prenant en compte la composante type des violences, l'on note que près de 2/3 des femmes ont été victimes des violences physiques avec la proportion la plus considérable parmi les femmes dont l'âge varie entre 25 et 49 ans soit 64.8%, suivi de celles dont l'âge est compris entre 20-24 ans soit 58.1%.

Cependant, on note que plus du tiers des femmes de 15-49 ans ont été victimes des violences sexuelles avec les proportions considérables dans les tranches d'âges de 15-19 ans et de 25-49 ans soit respectivement 36.2% et 36.4%.

RENFORCER L'INTEGRATION DU VIH

Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans

L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue des facteurs susceptibles de compromettre davantage ses chances de parvenir au terme de sa scolarité et qui

peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

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

Les données ainsi présentées ont été tirées du rapport MICS-2010

Tableau **XXV** : ratio de taux de fréquentation scolaire des orphelins par rapport aux non orphelin par sexe

Sexes	Orphelins			Non orphelins			Ratio Non orphelin/orphelin
	fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	
Masculin	56	81	69,7	2655	3031	87,6	0,8
Féminin	55	95	57,9	2412	2924	82,5	0,7
Ensemble	111	176	63,1	5067	5955	85,1	0,7

Source : rapport MICS 3, 2010

Le ratio entre orphelin et non orphelin étant globalement de 0,7, cela traduit un défaveur en matière d'assiduité parmi les enfants âgés de 10-14 ans à l'encontre des enfants orphelins. Le ratio est d'avantage en défaveur des enfants de sexe féminin 0,7 que ceux du sexe masculin 0,8.

L'analyse de ces données fait état d'une stagnation de la situation par rapport aux données de l'UNGASS 2010 pour lequel un ratio global de 0,77 était noté avec des variations allant de 0,71 parmi les enfants de sexe féminin à 0.82 parmi ceux de sexe masculin.

L'analyse des taux de fréquentation en comparaison entre orphelin et non orphelin illustre d'avantage la situation soit 85,1% chez les non orphelins contre 63,3% chez les orphelins.

Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois

La maladie et/ou le décès des parents ou des membres du ménage constituent souvent la cause de problèmes économiques en défaveur notamment des OEV compromettant ainsi la protection sociale et mettant en péril l'avenir et la survie de l'enfant.

Le renforcement des capacités en termes d'assistance sociale et les aides financières est une modalité pratique pour faire face à cette situation particulière et accroître la chance d'émergence pour les familles les plus pauvres.

Le suivi de la couverture des foyers où vivent des enfants et au sein des quintiles les plus pauvres reste une priorité en matière de développement.

Les données présentées sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007.

Tableau XXVI : Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois

<i>Paramètres</i>	<i>Valeur</i>
Nombre des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien	35
Nombre des ménages les plus pauvres enquêtés	1666
Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien	2,1

Source : rapport MICS 3, 2010

Il ressort de l'analyse de présentes données que seulement près de deux ménages sur cent ont bénéficié d'au moins un type de soutien en RDC.

Tableau XXVII : Répartition des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois en fonction des types des soutiens reçus.

<i>Types des soutiens</i>	<i>Nombre des ménages</i>	<i>Effectifs de Ménages</i>	<i>Proportion</i>
Soutien médical au cours de 12 derniers mois	12	1666	0,7
Soutien moral au cours de 3 derniers mois	10	1666	0,6
Soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois	1	1666	0,1
Assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois	14	1666	0,9
Au moins un type de soutien	35	1666	2,1

Source : rapport MICS 3, 2010

En considérant les différents types de soutien aux ménages, il ressort qu'aucun ménage n'a bénéficié de plus d'un soutien ainsi que moins d'un ménage sur cent a bénéficié d'un type spécifique de soutien.

APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GARP 2013

Le processus du GARPR 2013 a été réalisé dans un contexte où la plupart des études importantes sont encore en cours de réalisation, notamment :

- α Le BSS 2012 en phase d'analyse
- α L'Enquête Démographique santé (EDS) en phase de lancement
- α Le REDES 2011\2012 en phase de mobilisation de ressources

Les besoins en informations restent énormes, l'Agenda national de la recherche et des évaluations sur le VIH réalisé en 2010 a permis de mieux coordonner la recherche et de compléter le plan de S&E en ce qui concerne la liste des enquêtes, études, évaluations à organiser pour suivre la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2010-2014.

Cependant, il n'a pas été respecté par manque de financement. Les résultats des recherches ne sont pas suffisamment diffusés et par conséquent sont très peu utilisés pour la prise de décision. Il y a un besoin que tous les acteurs puissent accompagner le pays dans la réalisation des études telles que :

- α Le Mode de transmission
- α Les études d'impact
- α Les enquêtes sur les populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les consommateurs des drogues injectables, les prisonniers, ...

a) Difficultés rencontrées

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

- α L'instabilité des ressources humaines due essentiellement aux problèmes d'insuffisance dans la motivation des acteurs surtout au sein des structures du secteur public,
- α Le non-alignement et le refus de rendre compte pour certains partenaires ; en outre, le circuit comprenant la collecte, la transmission et le mécanisme de rapportage et de coordination est clairement défini mais il n'est pas toujours respecté par les partenaires ;
- α Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- α La non-fonctionnalité d'une base de données nationale. IL existe une base de données standardisée au niveau de provinces mais n'est toujours pas mise à jour. Celle du niveau central ne fournit pas toute l'information nécessaire pour une prise de décision en temps voulu. Une collecte de données active a été nécessaire pour cet exercice ;
- α L'insuffisance des ressources humaines et matérielles affectées au suivi et Évaluation ;
- α Le faible niveau d'analyse des indicateurs à certains niveaux ;
- α Peu de secteurs ont un plan de suivi et évaluation. Cependant, au niveau du secteur de la santé, un cadre de suivi et évaluation et des outils ont été mis au point pour répondre aux besoins en information au sein de celui-ci. Un effort doit être fait pour l'intégration au SNIS des données VIH.

b) Mesures correctives

Des mesures correctives ont été apportées pour surmonter les difficultés rencontrées. Il s'agit principalement de :

- α L'amorçage d'un processus d'analyse global du système de suivi évaluation à l'échelle multisectoriel qui reste très faible pour une meilleure fonctionnalité avec l'appui de tous les partenaires ;
- α La capitalisation de l'appui du PEPFAR dans le renforcement du système de gestion de données dans le secteur de la santé, y compris le CDC avec la mise en place du logiciel MESI (Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface) ;
- α Le renforcement du cadre institutionnel ;
- α La mobilisation des ressources en faveur du S&E ;
- α La formation des parties prenantes.

Il importe ici de relever l'importance de :

- α La formation des parties prenantes dans divers domaines du S&E (collecte et analyse des données, surveillance sentinelle du VIH, etc.) et ce, au regard de l'implication des différentes parties prenantes à la fonctionnalité du système ;
- α L'affectation des personnes requises aux fonctions clés (S&E, surveillance du VIH, gestion des données) à différents niveaux du système (sectoriel, provincial, etc.) ;
- α La motivation du personnel ;
- α Enfin, le partenariat en vue de planifier, coordonner et gérer le système de S&E du VIH/SIDA sous forme de revues à tous les niveaux (structures, zones de santé, au niveau provincial et national) avec l'implication de toutes les parties prenantes à chaque niveau et facilitent l'échange et l'utilisation de l'information.

ANNEXES

Annexe I : Liste des participants au processus de collecte de données et à la réunion de validation technique

N°	Nom et Prénom	Institution
1	KAPEND Liévin	PNMLS
2	BOSSIKY Bernard	PNMLS
3	OBOTELA Yves	PNMLS
4	TSHIBAKA Chriss	PNMLS
5	FEZA KIRONGOZI Mimy	PNMLS
6	IKOBYA Yves	PNMLS
7	INYONGO Serge	PNMLS
8	KAWATA Papy	PNMLS
9	KAWUNDA Lydia	PNMLS
10	MOTALIMBO Bijou	PNMLS
11	NYUNDO Serge	PNMLS
12	SINZIDI Emérentienne	PNMLS
13	BOSSIKY Mélia	PNMLS
14	MOUALA Christian	ONUSIDA
15	MANZENGO Casimir	OMS
16	MPOYI Etienne	OMS
17	TEGANG Simon Pierre	Fonds Mondial
18	EKOFO Felly	Ministère de la Santé Publique /PNLS
19	MANKIADING Bijou	Ministère de la Santé Publique /PNLS
20	NSIKU Gaëtan	Ministère de la Santé Publique /PNLS

N°	Nom et Prénom	Institution
21	ONYA José	Ministère de la Santé Publique /PNLS
22	TETO Fondacaro	Ministère de la Santé Publique /PNLT
23	MISINGI Pacifique	Ministère de la Santé Publique /PNTS
24	MINLANGU Milan	CDC/PEPFAR
25	NGOMA Bienvenu	CORDAID
26	NGOIE Erick	PNUD
27	ANTWISI Delphin	UNFPA
28	MINGA Georges	Ministère de la Santé Publique /PNCNS
29	MINGIELE Michel	Ministère de la Santé Publique /PNCNS
30	NDAGANO Denise	ProVIC/USAID
31	KOPELE Didin	PSSP
32	MBWOLIE Hilaire	PSSP
33	MAVULA Ange	UCOP+
34	KATANGA Ivy	Fondation Femmes Plus
35	MOKALA Chico	FOSI
36	MPUTU Deo	RIGIAC
37	KAKESA Olivier	SANRU
38	SENDWE Bienvenu	ACET-RDC
39	MATAMBA Gaspard	ACS/AMOCONGO
40	VANGE Willy	PME