



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
P N M L S
Secrétariat Exécutif National



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA RIPOSTE AU VIH 2020 – 2023

Juin 2020
Validé

Table des matières

Liste des acronymes	5
Préface	8
Avant-propos.....	9
Remerciement.....	10
Résumé exécutif.....	11
1 INTRODUCTION	13
2 CONTEXTE GENERAL.....	15
2.1 Contexte géographique et administratif	15
2.2 Contexte démographique	15
2.3 Contexte socio-économique.....	16
2.4 Contexte humanitaire et sécuritaire.....	16
2.5 Systèmes de base.....	17
2.5.1 Système de Santé.....	17
2.5.2 Système éducatif.....	19
2.5.3 Système judiciaire	19
2.5.4 Système communautaire.....	20
2.5.5 Le monde du travail.....	20
3 PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN.....	22
3.1 Phase préparatoire	22
3.2 Phase de la revue des performances du programme sida	22
3.3 Phase de formulation du Plan Stratégique National 2020-2023	22
3.4 Prochaines étapes	23
4 SITUATION GENERALE DE L'EPIDEMIE DU VIH	24
4.1 Situation épidémiologique du VIH	24
4.1.1 Prévalence de l'infection à VIH.....	24
4.1.2 Prévalence de l'infection à VIH dans les populations spécifiques prioritaires.....	24
4.1.3 Impact.....	26
4.1.4 Connaissance et comportement	29
4.2 Etat de la réponse nationale	30
4.2.1 Prévention de la transmission du VIH et des IST.....	30
4.2.2 Elimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	34
4.2.3 Amélioration de l'Accès aux Soins et au Traitement	37
4.2.4 Promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH.....	40
4.2.5 Soutien à la mise en œuvre du PSN 2018-2021	41
4.2.6 Évaluation et analyse critique du volet mobilisation et gestion des ressources.....	43
5 PLAN STRATEGIQUE DE LA RIPOSTE AU VIH 2020-2023	46

5.1	<i>Orientations stratégiques</i>	46
5.2	<i>Vision de la réponse nationale</i>	46
5.3	<i>Principes directeurs du PSN 2020-2023</i>	46
5.4	<i>Orientations stratégiques prioritaires</i>	46
5.4.1	<i>Cibles prioritaires</i>	46
5.4.2	<i>Provinces d'interventions à haut impact</i>	47
5.5	<i>Axes stratégiques du PSN</i>	47
6	<i>Cadre des résultats</i>	48
	<i>AXE 1 : Réduction de nouvelles infections</i>	48
	<i>AXE 2 : élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	57
	<i>AXE 3 : amélioration de l'accès aux soins et traitement</i>	63
	<i>AXE 4 : Réduction de la stigmatisation et discrimination</i>	72
	<i>AXE 5 : Promotion de l'environnement favorable aux populations vulnérables (PVVIH, SVS, OEV et pvh) et populations clés</i>	76
	<i>AXE 6 : SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2023</i>	80
7	<i>Budget</i>	87
7.1	<i>RESSOURCES NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2023</i>	87
7.2	<i>Budget du PSN par axes stratégiques</i>	89
8	<i>Cadre des performances</i>	90
9	<i>Cadre de mise en œuvre du Plan Stratégique National 2020-2023</i>	94
9.1	<i>Cadre institutionnel</i>	94
9.1.1	<i>Mandat du PNMLS</i>	94
9.1.2	<i>Organes et structures du PNMLS</i>	94
9.1.3	<i>Cadre opérationnel</i>	94
9.2	<i>Procédures de Gestion</i>	95
9.2.1	<i>Gestion de passation des marchés et des ressources financières</i>	95
9.2.2	<i>Gestion des ressources humaines</i>	95
9.3	<i>Cadrage sectoriel</i>	95
10	<i>Cadre de suivi et évaluation du PSN 2020-2023</i>	97
10.1	<i>Dispositif du suivi et évaluation</i>	97
10.2	<i>Circuit de transmission des données</i>	97
10.3	<i>Renforcement du système de suivi et évaluation</i>	99
11	<i>ANNEXES</i>	100
	<i>Annexe 1 : structures de population de la RDC</i>	100
	<i>Annexe 2 : Principes directeurs du PSN 2020-2023</i>	100
	<i>Annexe 3 : Liste des participants à l'élaboration du PSN 2020-2023</i>	103

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution du nombre des nouvelles infections à VIH projeté par Goals, selon la couverture de prévention et traitement dans la population générale de 15 ans et plus de 2010 à 2030 en RDC.....	26
Graphique 2 : Evolution du nombre des nouvelles infections à VIH projeté par Spectrum-Goals, selon la couverture de prévention et traitement parmi les enfants (0-14 ans) de 2010 à 2030 en RDC.....	27
Graphique 3 : Evolution de Décès liés au sida en RDC 2010-2018 et simulation vers 2023	28
Graphique 4 : Evolution de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer en RDC de 2015 à 2019	34
Graphique 5 : Nombre de femmes enceintes séropositives mises sous TAR en 2019 en RDC (Source : Rapport PNLIS 2019).....	35
Graphique 6 : Cascade PTME enfants 2019 en RDC).....	37
Graphique 7 : Cascade de traitement en 2019 en RDC (Source : Rapport PNLIS 2019)	38
Graphique 8 : l'évolution des cohortes des PVVIH sous TAR en RDC de 2014 à 2019.....	39
Graphique 9 : Structure du budget du PSN 2020-2023 par axe stratégique.....	89

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Données épidémiologiques du VIH de la RDC de 2010 et 2019	24
Tableau 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 – 24 ans par sexe de 2010 – 2019 en RDC.....	26
Tableau 3 : Répartition du nombre d'adolescents et jeunes de 10 à 19 ans vivant avec le VIH, des nouveaux cas VIH et de décès dus au VIH par sexe en RDC de 2010 à 2019	28
Tableau 4 : Répartition des besoins de financement du PSN par axe stratégique (en USD)	43
Tableau 5 : Répartition des fonds mobilisés par source de financement (en USD)	44
Tableau 6: Répartition des dépenses effectives par axe stratégique et par an (en USD).....	44
Tableau 7: Budget du PSN 2020-2023 (en USD).....	87
Tableau 8 : Structure de la population de la RDC par groupes d'âges, par sexe et par province.	100

Liste de schéma

Schéma 1 : Circuit de transmission des données et feed-back.....	98
--	----

Liste des acronymes

ARV	Antirétroviraux
ASNU	Agences du système des nations unies
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CDR	Centrale de Distribution Régionale des médicaments
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHRTS	Centre hospitalier de référence en transfusion sanguine
CIELS	Coalition Inter Entreprise de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
CLMLS	Comité Local Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CNMLS	Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COVID	Corona Virus Disease (maladie à corona virus)
CPMLS	Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Périnatale
CPTS	Centre Provincial de Transfusion Sanguine
CS	Centre de santé
CSDT	Centre Spécialisé de Diagnostic de la Tuberculose
CST	Centre Spécialisé de traitement de la Tuberculose
CV	Charge virale
DBS	Dried Blood Spot
DCIP	Dépistage Conseil Initié par les Prestataires
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPOA	Enhance Peer Outreach Approach (approche améliorée de sensibilisation par les pairs)
ESP	Ecole de Santé Publique
eTME	Elimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IBSS	Integrated Behavioral Surveillance Survey/Enquête de surveillance bio comportementale intégrée
IO	Infections Opportunistes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MA	Ministère de l'Agriculture
MAHSN	Ministère des Actions humanitaires et Solidarité nationale
MAS	Ministère des Affaires sociales
MCA	Ministère de la Culture et des Arts
MCIIRF	Ministère de la Coopération internationale, intégration régionale et Francophonie
MCM	Ministère de la Communication et Médias
MDH	Ministère des Droits humains
MDNAC	Ministère de la Défenses nationale et Anciens combattants
MDPVHPV	Ministère Délégué auprès du ministre des Affaires sociales chargé des Personnes vivant avec handicap et autres personnes vulnérables
MDRI	Ministère de Décentralisation et Réformes institutionnelles
MEN	Ministère de l'Economie nationale

MEPST	Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et Techniques
MESU	Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire
METPS	Ministère de l'Emploi, travail et prévoyance sociale
MF	Ministère des Finances
MFP	Ministère de la Fonction publique
MFPAM	Ministère de la Formation professionnelle, arts et métiers
MGFE	Ministère du Genre, famille et enfant
MINAS	Ministère des affaires sociales
MJINC	Ministère de la Jeunesse et Initiation à la Nouvelle Citoyenneté
MM	Ministère des Mines
MPE	Ministère de la Pêche et élevage
MPF	Ministère du Portefeuille
MPTNTIC	Ministère des Postes, Télécommunications et Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication
MRSIT	Ministère de la Recherche scientifique et innovation technologique
MSL	Ministère des Sports et Loisirs
MSP	Ministère de la Santé publique
MT	Ministère du Tourisme
MTVC	Ministère des Transports et voies de communications
ND	Non Disponible
OAC	Organisation à Assise Communautaire
ODD	Objectifs de développement durables
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OSC	Organisation de la Société Civile
PALS	Programme de l'Armée de Lutte contre le Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASCO	Parlons Sida dans la communauté
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en charge du VIH
PEP	Prise en Charge Précoce
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planification familiale
PMILS	Programme du Ministère de l'Intérieur de Lutte contre le Sida
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
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
PNTS	Programme national de Transfusion sanguine
PODI	Points de Distribution des médicaments antirétroviraux
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PSN	Plan Stratégique National
PSSP	Progrès Santé Sans Prix
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH

PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RENADEF	Réseau national des ONG de développement et de promotion de la femme
SEL	Secrétariat Exécutif Local
SEN	Secrétariat Exécutif National
SEP	Secrétariat Exécutif Provincial
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNE	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SNU	Système des Nations Unies
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
SSRAJ	Santé Sexuelle et de la Reproduction pour les adolescents et jeunes
SVS	Survivants des Violences Sexuelles
TAR	Traitement Anti Retro Viral
TB	Tuberculose
TG	Trans Genre
TS	Travailleurs (ses) de sexe
UCOP	Union congolaise des organisations des personnes vivant avec le VIH
UDI	Utilisateur de Drogue Injectable
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la Culture)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violence Sexuelle Basée sur le Genre
VVBG	Victime de violence basée sur le genre
VVS	Victime de violence sexuelle

Préface





Sylvestre ILUNGA ILUNKAMBA
Premier-Ministre

Résumé exécutif

Mené sous l'égide du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS) et sous le leadership du Secrétariat Exécutif National du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS), le processus d'élaboration du Plan Stratégique National de la riposte au sida 2020-2023 s'est effectué dans un contexte particulier marqué par l'insuffisance des ressources financières tant au niveau national qu'international. Par ailleurs, ce processus s'est fondé aussi sur la nécessité de s'adapter à l'environnement actuel de grands paris qui entourent la riposte au sida dans l'optique de bâtir une meilleure fondation en termes de politique nationale en matière de VIH en RDC durant la période allant de 2020 à 2023 en vue de se placer dans l'orbite de l'atteinte de l'objectif de 2030 pour mettre fin à l'épidémie du VIH.

L'élaboration du PSN 2020-2023 a suivi un processus participatif, analytique et inclusif dans le respect de la multisectorialité et de la décentralisation de la réponse par l'implication de toutes les parties prenantes dans la riposte au sida tant au niveau national que provincial à savoir : les organisations de la société civile, les organisations communautaires de base, les représentants des populations clés, des populations vulnérables, du secteur privé, du secteur confessionnel, des organisations professionnelles ainsi que les partenaires au développement.

Le PSN 2020-2023 est l'expression d'un consensus national sur les priorités de la riposte au VIH et constitue désormais le référentiel national et le cadre de détermination des objectifs et résultats nationaux en matière de la riposte au VIH auxquels adhèrent tous les acteurs de la réponse nationale.

La revue de performance du PSN 2018-2021 a été une étape essentielle pour le processus d'élaboration du PSN 2020-2023. En effet, cet exercice a permis de procéder à une analyse approfondie de la mise en œuvre du PSN 2018-2021 par rapport aux spécificités épidémiologiques des différentes provinces, au niveau de la réalisation des résultats, de l'opérationnalisation des stratégies, de l'implication et synergie de différents acteurs, de la mobilisation des ressources, de l'influence environnementale, des innovations intervenues, ainsi que de la question qui touche aux populations clés et vulnérables afin de construire les nouvelles orientations de la réponse qui prennent en compte les besoins des populations les plus touchées sans laisser pour compte les autres.

Cette analyse de la situation a contribué à une meilleure compréhension de la dynamique évolutive d'une épidémie de type généralisée avec une prévalence estimée à 1,2% dans la population âgée de 15 à 49 ans, mais à 2,8% chez les femmes enceintes. Elle a également permis l'identification des principaux moteurs qui ont prévalu à l'établissement des orientations fondamentales dans la formulation du nouveau plan stratégique 2020-2023, prenant en compte la priorisation des provinces d'intervention à haut impact à partir d'une analyse individuelle des 26 provinces administratives de la RDC.

L'exercice de priorisation s'est basé sur les évidences de la prévalence du VIH, du poids démographique, de la cohorte des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous TAR, du taux de détection de la TB et la multi résistance à la TB ainsi que du niveau de la réponse à l'épidémie. Ces différents paramètres ont été intégrés dans un outil spécifique de Priorisation des provinces qui a permis de retenir 9 provinces d'intervention à haut impact¹

En termes d'orientations stratégiques, le plan stratégique national de la riposte au VIH 2020- 2023 de la RDC, s'aligne aux différents engagements internationaux auxquels le pays a souscrit, notamment : l'atteinte des Objectifs du Développement Durable en lien avec la fin de l'épidémie du sida à l'horizon 2030 à travers l'objectif 95-95-95, les recommandations de l'OMS « **tester-traiter** » et de l'ONUSIDA sur le « **principe three ones** ». Ce plan s'aligne également aux orientations des plans stratégiques de l'union africaine, de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale

^{1 1} Haut-Uélé, Kinshasa, Bas-Uélé, Ituri, Kongo central, Maniema, Kasai-Oriental, le Haut-Katanga et le Nord-Kivu.

(CEEAC) et de la Communauté de développement d'Afrique Australe (SADC) en matière de la riposte au VIH.

Le développement du PSN 2020-2023 s'est inscrit fondamentalement au plan national stratégique de développement économique et social de la RDC (PNSD) 2019-2023, aux orientations du programme du Gouvernement de la République couvrant la période 2019-2023 ainsi qu'aux leçons tirées de la revue des performances du PSN 2018-2021.

Pour sa mise en œuvre, un accent particulier est mis sur la diversification des sources de financement, l'intensification interventions à haut impact ciblant les populations prioritaires et des lieux à forte concentration des cibles prioritaires, les stimulations des mesures novatrices en faveur des personnes qui en ont le plus besoin, le renforcement de la coopération sous régionale mieux ciblée, et l'intensification de la synergie des interventions intersectorielles.

Six axes stratégiques sont retenus dans le PSN 2020-2023 pour un coût total de 1 302 558 816,43 USD, à savoir :

- Axe 1 : Réduction de nouvelles infections : 476 893 158,70 USD (36,6%)
- Axe 2 : Elimination de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant : 73 879 758,6' USD (7%) ;
- Axe 3 : Amélioration de l'accès aux soins et traitement : 452 608 310,90 USD (34,7%) ;
- Axe 4 : Réduction de la stigmatisation et discrimination : 1 780 000,00 USD (0,1%) ;
- Axe 5 : Promotion de l'environnement favorable aux personnes vulnérables au VIH et populations clés : 162 635 273,00 USD (12,5%) ;
- Axe 6 : Soutien à la mise en œuvre du PSN 2020-2023 : 134 762 315,20 USD (10,3%)

Le PSN 2020-2023 est élaboré sur la base de six résultats d'impact suivants :

- Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 90% d'ici à 2023 ;
- Impact 2 : Les nouvelles infections chez les nourrissons nés des mères infectées par le VIH sont réduites de 75% d'ici à 2023 ;
- Impact 3 : Les décès liés au VIH sont réduits de 90% parmi les PVVIH d'ici à 2023 ;
- Impact 4 : La discrimination et stigmatisation liées au VIH chez les PVVIH et populations clés sont réduites de 100% d'ici à 2023 ;
- Impact 5 : Les populations vulnérables au VIH et populations clés bénéficient d'une prise en charge socio-économique d'ici à 2023;
- Impact 6 : La riposte nationale est soutenue par une bonne gouvernance et un système GAS performant d'ici à 2023.

Par ailleurs, pour améliorer l'accès universel et pérenniser les acquis de la riposte au VIH, un accent sera mis sur le développement de capacité d'intervention à long terme à travers un leadership fort, un système efficace de suivi-évaluation, une mobilisation diversifiée des ressources financières par l'élargissement des partenariats ainsi que la promotion des mécanismes innovants de mobilisation complémentaires des ressources nationales et internationales disponibles.

1 INTRODUCTION

Le Plan Stratégique National de riposte au sida 2020-2023 engage la République Démocratique du Congo dans la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH adoptée par les Etats membres des Nations Unies en juin 2011 dans le cadre de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visaient à combattre les grandes maladies qui déciment chaque année des millions de personnes à travers le monde et plus particulièrement à enrayer et inverser la propagation du VIH. Son élaboration s'est faite dans un processus fortement participatif et inclusif de toutes les parties prenantes tant du niveau central que provincial.

Au niveau mondial, les efforts déployés par les pays ont permis de baisser de 35% les nouvelles infections à VIH et de 41% le nombre de décès liés au sida évitant ainsi 30 millions de nouvelles infections et près de 8 millions (7,8 millions) de décès depuis 2000, l'année du lancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En RDC, la riposte nationale au VIH décrit dans le PSN 2018 – 2021 avait pour vision « 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 visent la concrétisation de l'engagement du Chef de l'Etat en faveur d'une génération sans sida dans un contexte d'équité, de droits humains pour tous, d'égalité entre genre et de bonne gouvernance ».

Cette vision s'est articulée autour de six axes stratégiques, à savoir : (1) La Prévention de la transmission du VIH et des IST, (2) L'amélioration de la riposte contre le VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans, (3) L'Élimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant, (4) L'Amélioration de l'Accès aux Soins et au Traitement, (5) La Promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH, (6) et Le Soutien à la mise en œuvre du PSN 2018-2021.

A l'approche de l'échéance de ce plan, il s'avère nécessaire de s'adapter à l'environnement actuel de grands paris qui entourent la riposte au sida. Il s'agit notamment :

- Des Objectifs de Développement Durable qui mettent l'accent sur la fin de l'épidémie du sida en tant que problème de santé publique à l'horizon 2030 ;
- De la déclaration politique mondiale sur le VIH qui donne les orientations spécifiques devant guider les pays à mettre fin à l'épidémie du sida à l'horizon 2030 ;
- Des objectifs d'accélération de la riposte d'ici à 2020 (90-90-90) pour que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut reçoivent un traitement et 90 % des personnes sous traitement contre le VIH parviennent à un état de suppression de la charge virale ;
- Des nouvelles orientations de l'OMS sur l'approche « tester et traiter » qui voudraient que toute personne dépistée séropositive au VIH puisse directement accéder au traitement antirétroviral sans tenir compte du niveau de CD4 ;
- Des nouveaux défis pour des entités faiblement touchées jusque-là par les interventions de la riposte au VIH identifiées dans les nouvelles provinces issues du démembrement ;
- De la situation sociopolitique marquée par de grands enjeux politiques avec des menaces qui risquent d'influer sur la priorité à accorder à la problématique VIH au pays ;
- De l'insuffisance des ressources financières et techniques pour une riposte efficace, etc.

C'est dans ce contexte que le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (CNMLS) à travers le Secrétariat Exécutif National du PNMLS et avec l'appui de ses partenaires a initié l'élaboration du nouveau Plan Stratégique fondé sur les résultats de la revue des performances du programme sida. Ce Plan va orienter la politique nationale en matière de la riposte au VIH en RDC durant la période allant de 2020 à 2023 en vue de se placer dans l'orbite de l'atteinte de l'objectif de 2030 sur la fin de l'épidémie du sida en tant que problème de santé publique.

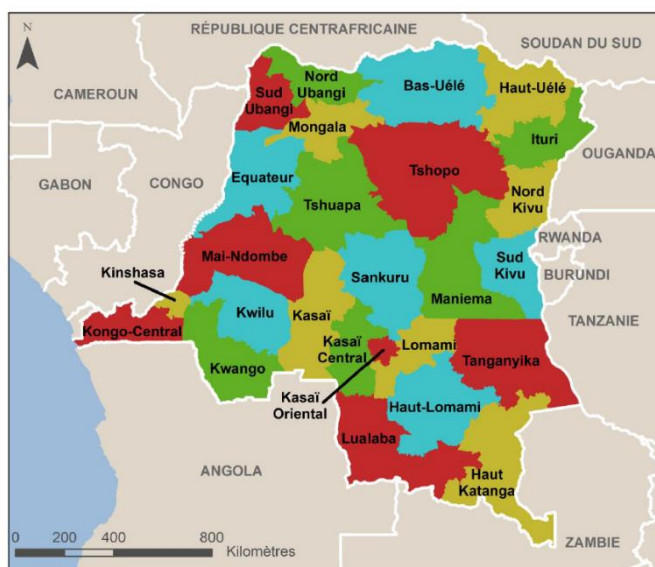
La revue des performances de la riposte au VIH en RDC couvrant la période de 2014 à 2019 s'est fait à travers une analyse approfondie de la mise en œuvre des PSN par rapport à la couverture géographique des interventions, aux progrès réalisés dans l'atteinte des cibles et des résultats au regard des stratégies développées. Cette analyse des performances a dégagé des orientations fondamentales dans la formulation du nouveau plan stratégique prenant en compte les puissants instruments de planification disponibles, renforçant les responsabilités mutuelles relatives aux résultats et s'assurant que personne n'est laissé pour compte. Chaque secteur a été scruté dans sa tri dimension publique, privée et communautaire.

2 CONTEXTE GENERAL

2.1 Contexte géographique et administratif

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale et 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 la République du Congo ; au Nord la République Centrafricaine et le Sud-Soudan ; la Zambie et l'Angola au Sud.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC en 2019



Avec une superficie de 2.345.410 Km², la RDC est le deuxième pays et le plus large après l'Algérie. C'est un Etat unitaire et décentralisé comptant 26 provinces (Bas-Uélé, Equateur, Haut-Katanga, Haut-Lomami, Haut-Uélé, Ituri, Kasai, Kasai Central, Kasai oriental, Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu, Lomami, Lualaba, Mai-Ndombe, Maniema, Mongala, Nord-Kivu, Nord-Ubangi, Sankuru, Sud Kivu, Sud Ubangi, Tanganyika, Tshopo et Tshuapa), 33 villes, 145 territoires, 137 communes urbaines, 174 communes rurales, 471 secteurs, 264 chefferies et 5.908 groupements².

Le pays connaît cinq climats à savoir : tropical humide et équatorial au Nord, tropical sec au Sud et au centre, littoral à l'Ouest et tempéré

en altitude à l'Est.

Sur le plan hydrographique, la RDC est traversée par le Fleuve Congo qui, de par son débit, est le deuxième plus grand fleuve au monde après l'Amazone.

S'agissant de la flore et de la faune, la RDC a la troisième plus grande forêt au monde, après la Taïga et l'Amazonie, qui fait d'elle le poumon vert de la planète.

La RDC comprend quatre régions géographiques, à savoir : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-Est et à l'Ouest.

2.2 Contexte démographique

La population de la RDC a été estimée en 2017 à 91.994.000 habitants, avec une projection de 106.985.352 (Spectrum-AIM 2020 v5.86), dont 51% des femmes, avec un taux de croissance démographique estimé à 3,3% en 2017³. La densité de la population est de 39 habitants par km² et l'espérance de vie à la naissance estimée à 58,9 ans en 2015⁴. Elle est majoritairement jeune, la tranche d'âge de moins de 15 ans constitue 46%; celle de 15 à 49 ans représente 50% et de plus de 60 ans 4% de la population générale.⁵ La population urbaine représente 40% de la population totale

² Ministère du Plan/INS, Annuaire Statistique 2017

³ Idem

⁴ EQUIBB RDC 2016

⁵ Idem

avec une forte concentration dans la ville de Kinshasa dont la population est estimée à 12.691.000 habitants⁶.

2.3 Contexte socio-économique

La RDC possède d'importantes ressources naturelles parmi les plus grandes réserves du monde. Son économie repose principalement sur les industries extractives, qui sont très dépendantes des prix mondiaux et de la dynamique économique internationale.

La croissance économique a continué de progresser pour atteindre 4,1% en 2018, contre 3,7% en 2017 et 2,4% en 2016, la plus faible performance enregistrée par le pays depuis 2001. Ce regain d'activités a principalement été porté par la reprise de la production minière et la bonne tenue des cours mondiaux du cuivre et du cobalt consécutive à la relance de la demande mondiale de ces produits.

La situation des finances publiques s'est également améliorée en 2018 dans un contexte de poursuite d'une gestion budgétaire sur basse caisse et grâce à l'amélioration de la mobilisation des recettes intérieures. L'excédent budgétaire global de 0,4% du PIB en 2017 s'est ainsi accru à 1,3% du PIB en 2018, après trois années successives de déficits. Cette performance tient à la fois au renforcement du contrôle des dépenses publiques malgré l'accroissement des dépenses liées au processus électoral, et à la hausse des recettes fiscales directes issues du secteur minier. Toutefois, le niveau des dépenses publiques sociales et d'investissement est resté faible et insuffisant pour soutenir un rythme de croissance à moyen et long terme plus soutenu et inclusif.

Le déficit du compte courant s'est creusé à 3,9% du PIB en 2018 contre 2,9% en 2017 en dépit de la hausse des exportations des produits miniers. Cette détérioration de la position extérieure du pays résulte essentiellement de la plus forte augmentation des importations de biens et services liée à la hausse des investissements dans le secteur minier et aux dépenses électorales effectuées au cours du second semestre 2018⁷

Selon le rapport de la Banque Mondiale en 2018 la balance commerciale de la RDC était de 994,16 millions USD, le PIB de 41,62 Millions USD courants et le PIB/habitant de 495 USD. Selon le Fonds Monétaire International (FMI) en 2018 le taux de croissance de la RDC était de plus de 4,3% et le taux d'inflation de 7%. Le Gouvernement congolais estimait en 2014 le taux de chômage à 43% (peu significatif compte tenu du poids de l'économie informelle).

Selon l'Indice de Développement Humain 2019 du PNUD⁸, la RDC est classée à la 179^{ème} position dans un classement de 189 pays sur le plan mondial et 43^{ème} position en Afrique sur un classement de 47 pays

La RDC est membre de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC), de la Communauté de développement d'Afrique Australe (SADC), du Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) et de la Communauté économique des pays des Grands Lacs africains (CEPGL).

2.4 Contexte humanitaire et sécuritaire

En 2019, en RDC, 12,8 millions de personnes, soit près de 13% de la population avait besoin d'assistance humanitaire et de protection dont notamment les personnes déplacées internes, les réfugiés, les retournés, les rapatriés et autres communautés affectées (OCHA-UNHCR).

La RDC est un Pays en crise humanitaire complexe liée principalement aux conflits armés récurrents marqués par le déplacement massif des populations avec séparation des familles, l'insécurité

⁶ EQUIBB RDC 2016

⁷ Banque Mondiale, in République Démocratique du Congo – Vue d'ensemble

⁸ Rapport PNUD 2019 : <https://zoom-eco.net/a-la-une/idh-2019-la-rdc-classee-au-179eme-au-monde-et-43eme-en-afrique/>

alimentaire, la paupérisation, les violations massives des droits humains dont l'exploitation et les violences sexuelles, la disparition des repères et normes de protection communautaires, la perturbation des services essentiels de base dont la santé.

La situation de la sécurité alimentaire est préoccupante en RDC et est caractérisée par un taux de prévalence de 49,5% des ménages en insécurité alimentaire avec un fort risque de détérioration à la suite des effets de la COVID-19⁹. Selon le Dix-septième cycle du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) de 2019, 15,6 millions de personnes, représentant 26% de la population analysée, sont en situation d'insécurité alimentaire aiguë sévère (Phase 3 et 4), dont 3,9 millions en situation d'Urgence (phase 4).

La malnutrition constitue un des problèmes de santé publique majeurs en RDC. Selon MICS 2018, les prévalences de la malnutrition sont de 6,5% pour l'émaciation, 41,8% pour le retard de croissance soit 6,6 millions d'enfants, 23,1% pour l'insuffisance pondérale.

Ce contexte humanitaire est susceptible d'intensifier et d'exacerber la vulnérabilité et les risques liés au VIH pour les populations affectées par les conflits et de fragiliser en même temps les services de prévention, soins, traitement et soutien.

Concernant la situation sécuritaire, elle est marquée par la persistance des conflits de différents ordres, la poursuite des activités des groupes armés illégaux particulièrement dans l'EST du pays ; et la survenue en 2018 de la dixième épidémie de la maladie à virus EBOLA dans les provinces du Nord-Kivu, de l'Ituri, de l'Equateur et du Sud-Kivu qui viendra encore désorganiser le système de santé.

2.5 Systèmes de base

La riposte au VIH en RDC est organisée sur base d'une approche multisectorielle du fait que l'épidémie pose des problèmes d'ordre social, économique et humain qui débordent largement le cadre de la santé. Cette approche requiert la mobilisation de tous les partenaires sociaux du domaine public, privé et communautaire.

De ce fait, les stratégies retenues dans ce PSN reposent sur les performances des systèmes de base décrits dans le cadrage sectoriel ci-dessous, notamment :

2.5.1 Système de Santé.

2.5.1.1 Organisation administrative du Système de santé

La RDC dispose d'un Plan de Développement Sanitaire recadré couvrant la période 2019-2022. Le système de santé en RDC est de type pyramidal à trois niveaux, à savoir : le niveau central chargé de définir les politiques, les stratégies, les normes et les directives ; le niveau intermédiaire ou provincial, qui assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des 516 Zones de Santé; et le niveau périphérique ou opérationnel qui assure la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

La loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixe les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique en RDC, cadre le secteur de la santé et ouvre les perspectives pour la mise en œuvre effective de la couverture sanitaire universelle.

1) Gouvernance et leadership

Une réforme est envisagée à ce niveau en vue de renforcer la coordination de l'action sanitaire par le dialogue des parties prenantes (Acteurs du Gouvernement, Partenaires Techniques et Financiers, Privés et Organisations de la Société civile) autour des priorités du Secteur. Il s'agira donc de promouvoir la concertation comme mode de gestion et de prise des décisions à tous les niveaux à

⁹ EQUIBB RDC 2016

travers la mise en place des organes de pilotage (comité de santé ou comité de développement de santé, comité d'administration, comité de gestion/zone de santé, comité provincial de pilotage du secteur santé et ses organes, comité national de pilotage du secteur santé et ses organes).

2) Organisation du système de santé

L'organisation de l'offre des soins est assurée par des structures publiques, privées, confessionnelles et associatives. Le sous-secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des hôpitaux provinciaux, des hôpitaux nationaux ; le sous-secteur privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques; le sous-secteur privé confessionnel et associatif représentant environ 40% de l'offre de soins ; le sous-secteur pharmaceutique privé avec 29 industries pharmaceutiques de différentes tailles et 150 établissements autorisés qui assurent l'approvisionnement et la distribution en gros; la médecine traditionnelle qui constitue aussi une part non négligeable de l'offre de soins.

3) Financement

Par rapport au financement de la riposte au sida on constate ce qui suit :

- Le financement prévisionnel dans le budget de l'Etat est passé de 15% en 2018 à 8% au troisième trimestre 2019 ;
- La faible contribution de l'Etat au secteur de la santé tant au niveau national que provincial ;
- La dépendance du financement extérieur ;
- Le faible décaissement des ressources publiques au secteur de la santé ;
- L'insuffisance des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé ;
- La fragmentation de l'aide publique au développement ;
- L'inefficience et faible application des procédures de gestion financière ;
- L'absence d'équité dans les répartitions des fonds.

Il est prévu, pour cela, d'entamer des réformes courageuses pour une meilleure maîtrise des coûts, une coordination optimale des ressources et leur allocation rationnelle pour l'atteinte des objectifs et résultats dans la vision de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), de rendre effective la gratuité des soins alloués aux personnes vivant avec le VIH avec l'accompagnement du gouvernement tant national que provincial, d'augmenter significativement la quotité de l'Etat Congolais au budget de la santé publique.

4) Approvisionnement en médicaments

En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments, on peut citer quelques facteurs qui plombent la chaîne de distribution des médicaments, notamment :

- La faible disponibilité des médicaments, vaccins, contraceptifs, et intrants spécifiques dans les formations sanitaires ;
- La persistance de la circulation des médicaments de mauvaise qualité ;
- La non-maitrise des besoins réels des provinces en médicaments.

Une réforme du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) est envisagée en vue de garantir la disponibilité des médicaments de qualité dans les formations sanitaires (FOSA) par l'application effective de la politique pharmaceutique nationale préconisant la centralisation des achats et la décentralisation de la distribution à travers les centrales de distribution régionales des médicaments (CDR).

5) Prestations de services

Les prestations des services sont marquées par plusieurs faiblesses qui effritent progressivement la confiance de la communauté, à savoir : (i) Faible couverture sanitaire ; (ii) Faible qualité des services et soins offerts ; (iii) Faible utilisation des services disponibles ; (iv) Faible résilience des structures

de santé face aux éventuelles épidémies, urgences et catastrophes ; (v) Et faible redevabilité publique des Services de santé devant la communauté.

2.5.2 Système éducatif

Le système éducatif en RDC s'organise à trois niveaux, à savoir : primaire, secondaire et tertiaire (enseignement supérieur et universitaire).

En 2017-2018, le pays comptait près de 53.471 écoles primaires avec 544.039 enseignants pour plus de 19.809.413 élèves et près de 28.240 écoles secondaires avec 378.274 enseignants pour 5.999.691 élèves¹⁰. En 2015-2016, l'enseignement supérieur comptait près de 843 établissements pour 462.604 étudiants¹¹. Le taux de scolarisation était de 100,8% au primaire et 47,8% au secondaire¹².

D'après MICS-Palu 2018, le taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 à 49 ans était de 65% (80,8% pour les hommes contre 60,4% pour les femmes).

En 2019, le Gouvernement de la RDC a déclaré la gratuité de l'enseignement de base en vue de relever le taux d'alphabétisation de la population congolaise.

Actuellement, les matières du VIH sont intégrées dans les cursus de formation du niveau secondaire et de certaines facultés universitaires.

2.5.3 Système judiciaire

La Constitution de la RDC consacre, le monisme du système de justice Congolais en son article 215, que les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve pour chaque traité ou accord, de son application par l'autre partie.¹³

Sur le plan interne, le pouvoir judiciaire est indépendant du pouvoir législatif et du pouvoir exécutif. Il est dévolu aux Cours et Tribunaux qui sont : la Cour constitutionnelle, la Cour de cassation, le Conseil d'Etat, la Haute Cour militaire, les cours et tribunaux civils et militaires ainsi que les parquets rattachés à ces juridictions. La justice est rendue sur l'ensemble du territoire national au nom du peuple sans aucune discrimination.

Les actions en justice sont liées aux procédures pénales et civiles dans lesquelles agissent les magistrats du siège et du parquet d'une part et, d'autre part les auxiliaires de la justice (avocats, officiers de police judiciaire, inspecteurs de police judiciaire, auxiliaires de police judiciaire, Défenseurs judiciaires, les experts...), les justiciables...

En matière de la riposte au VIH, le principe de l'égalité devant la loi et le droit à une égale protection des droits repose sur le fait que le cadre juridique congolais dispose des bases légales protectrices des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et certains groupes déclarés vulnérables à l'infection à VIH. L'article 123 point 16 de la constitution fait asseoir la loi n°18/012 du 9 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et personnes affectées promulguée depuis 2008 et les articles 47, 123 point 16 et 202, alinéa 36 de la même constitution renvoie à la loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique.

Par ailleurs, la justice n'est pas un service public gratuit. La recevabilité des actions judiciaires est ainsi subordonnée au paiement des frais de consignation fixés par arrêté. Ces textes prévoient ainsi un certain nombre de frais légaux exigibles avec possibilité d'exonération. Cependant ces frais dépassent les revenus des populations vulnérables.

¹⁰ Annuaire Statistique EPST 2017-2018, SIGE

¹¹ Annuaire Statistique EPST 2015-2016, SIGE

¹² Annuaire Statistique EPST 2017-2018, SIGE

¹³ Revue du cadre juridique congolais à la riposte au VIH en RDC

En ce qui concerne le système des soins en milieu carcéral, celui-ci est soumis au système sanitaire congolais. Outre la réglementation en matière des soins de santé d'ordre général, l'arrêté interministériel n°04/MIN/J&DH/1250/CAB/SP/020/CJ/2013 du 06 novembre 2013 fixe les modalités de prestation des soins de santé dans les établissements pénitentiaires de la RDC. L'article 2 dudit arrêté dispose à ce que le Ministère de la Santé publique intègre toutes les structures de santé des établissements pénitentiaires, tant civils que militaires, dans le système sanitaire. Cette organisation est assurée en collaboration avec le ministère ayant la justice dans ses attributions. Chacun de ministères agit dans ses compétences techniques et administratives. En matière de la riposte au VIH, les dispositions 28, 29 et 30 la loi n°18/012 du 9 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVVIH et personnes affectées en RDC, prévoit un service d'information et de prévention du VIH en milieu carcéral par de la Justice.¹⁴

2.5.4 Système communautaire

Dans la Déclaration d'Alma ATA de septembre 1978, les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus ainsi que leur participation à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires en tirant la plus large partie possible des ressources locales, nationales et autres. Ils favorisent pour cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

Le système communautaire en RDC comprend l'ensemble des acteurs évoluant à la base et au sein des communautés urbaines et rurales pour leur mobilisation, sensibilisation, accès et utilisation des services de santé et sociaux liés au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme ainsi qu'aux autres pathologies associées.

Dans son fonctionnement, il repose sur un ensemble diversifié de réseaux d'acteurs constituant une véritable synergie d'actions. Parmi ces réseaux, il faudrait mentionner le Réseau National des Organisations à Assise Communautaire des Personnes vivant avec le VIH (RNOAC), l'Union Congolaise des organisations de Personnes vivant avec le VIH (UCOP+), le Réseau des Associations Congolaises des Jeunes contre le sida (RACOJ), le Réseau de la Société Civile Santé de la RDC (RSCSRDC), le Forum Sida (FOSI), le Club des Amis Damien (CAD), la Fondation Femmes Plus (FFP), le Réseau National du Développement de la Femme (RENADEF), la Communauté Internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW), etc.

Le faible accès aux ressources mobilisées dans le pays pour la riposte au VIH et la Tuberculose, les défis de renforcement des capacités, de coordination, de redevabilité et d'intégration effective au sein des secteurs prioritaires retenus dans la riposte nationale au VIH et la faible capitalisation des données produites par les acteurs communautaires constituent les facteurs qui limitent les performances du système communautaire et par conséquent sa contribution à tous les niveaux.

2.5.5 Le monde du travail

Le monde du travail qui comprend les entreprises et organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs, des secteurs public et privé y compris les acteurs de l'économie informelle, est une source de création des richesses et des emplois. Il regorge la population active qui porte la charge de familles et permet de subvenir aux besoins vitaux de nombreuses personnes et en particulier les enfants, les jeunes et les femmes. En outre, il faudrait relever que plusieurs communautés environnantes vivent largement aux dépens des entreprises d'exploitation, de transformation et de services.

Cette population active évolue dans les différents systèmes et représente les principaux acteurs de différents secteurs de la vie nationale.

¹⁴ Arrêté interministériel n°04/MIN/J&DH/1250/CAB/SP/020/CJ/2013 du 06 Novembre 2013 portant fixation des modalités de prestation des soins de santé dans les établissements pénitentiaires de la République Démocratique du Congo

L'intégration et le développement de la riposte au VIH en milieu de travail constitue une opportunité à même de faciliter l'atteinte de plusieurs cibles des interventions visant la prévention, le dépistage, les soins et traitement du VIH.

En ce qui concerne les entreprises, la RDC compte plusieurs organisations patronales, à savoir la Fédération des Entreprises du Congo (FEC), la Confédération des Petites et Moyennes Entreprises du Congo (COPEMECO), la Fédération Nationale des Petites et Moyennes Entreprises du Congo (FENAPEC) et l'Association Nationale des Entreprises du Portefeuille de l'Etat (ANEP). Les organisations syndicales des travailleurs constituent un levier important pour la mobilisation et l'encadrement des travailleurs.

Le secteur privé confessionnel et associatif est présent en RDC depuis l'époque coloniale et représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010). Les principaux acteurs sont les organisations confessionnelles Catholique, Protestante, Kimbanguiste, Salutiste et quelques organisations confessionnelles de réveil qui gèrent des formations sanitaires. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des opérateurs privés.

Les structures sanitaires des entreprises intégrées ou pas dans le système national de santé représentent un maillon important pour l'offre et l'extension des soins de santé liés au VIH tant pour les travailleurs, leurs dépendants que pour la clientèle et les communautés environnantes. Les tradipraticiens constituent sous cet angle une principale cible pour garantir l'accès équitable aux services de santé en lien avec le VIH.

La Coalition Inter-Entreprises de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CIELS) créée depuis 2001 et le Swedish Workplace HIV/Aids Program (SWHAP) lancé depuis 2012 jouissent d'une large expérience dans la riposte au VIH dans le monde du travail. Cette double expérience constitue un atout majeur pour le renforcement de la riposte dans le secteur privé et entreprises.

3 PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSN

L'élaboration du PSN 2020-2023 a suivi un processus inclusif et participatif dans le respect de la multisectorialité par l'implication des toutes les parties prenantes, y compris les populations clés, vulnérables, les adolescents et jeunes, ainsi que les personnes vivant avec le VIH.

L'élaboration du PSN 2020-2023 a suivi les différentes étapes décrites ci-dessous :

3.1 Phase préparatoire

La phase préparatoire a porté sur : l'élaboration des termes de référence, la mobilisation des ressources financières, la mise en place des comités de pilotage et technique, du Secrétariat technique, et le recrutement des consultants.

3.2 Phase de la revue des performances du programme sida

1) Revue documentaire

- Niveau central

La revue documentaire au niveau central a connu deux temps forts, à savoir : l'évaluation du niveau de réalisation des indicateurs programmatiques de différents axes stratégiques du PSN 2018-2021 à l'aide de l'outil spécifique et l'analyse du profil épidémiologique dans un atelier regroupant des experts, et l'évaluation approfondie de la mise en œuvre des stratégies à l'aide de l'outil générique regroupant toutes les parties prenantes. Une analyse financière a été également réalisée.

- Niveau provincial

Pour des raisons de restriction financière, quinze (15) provinces ont été sélectionnées pour la revue documentaire selon « le niveau de priorisation des provinces », à savoir : Kasai oriental, Haut-Katanga, Tanganyika, Nord-Kivu, Maniema, Tshopo, Ituri, Haut-Uélé, Bas-Uélé, Kongo central, Kwilu, Lomami, Nord-Ubangi, Sankuru, et Kinshasa. Cette revue a été réalisée sur base des outils spécifique et générique contextualisés. Un consensus provincial a été dégagé sur l'état de la réponse au VIH.

2) Revue externe

La revue externe, réalisée en provinces par les évaluateurs du niveau central appuyés par des locaux, a porté sur la recherche des informations complémentaires de la revue documentaire auprès des autorités politico-administratives, des leaders communautaires et des groupes cibles prioritaires. Ces informations ont été obtenues à travers des entretiens individuels et de groupes, ainsi que les visites de terrain.

3) Consensus (dialogue) national

Le consensus national a porté sur le rapport consolidé de la revue des performances du Programme sida au cours d'un atelier qui a regroupé les différentes parties prenantes provenant du niveau central et provincial. Ce consensus a dégagé l'état de la réponse nationale au sida, et des recommandations et priorités qui ont été prises en compte dans le nouveau PSN.

3.3 Phase de formulation du Plan Stratégique National 2020-2023

• Rédaction du PSN

La rédaction du PSN a été réalisée au cours d'un atelier regroupant des experts et des principaux bénéficiaires (populations clés, personnes vivant avec le VIH et jeunes). L'approche méthodologique a porté sur : l'identification des problèmes prioritaires, les causes et les facteurs sous-jacents ; la formulation du cadre des résultats et du cadre des performances comprenant les cibles annuelles de la chaîne des résultats ; la budgétisation ; les mécanismes de mise en œuvre et de suivi du PSN.

- **Consultation technique du PSN**

Le PSN produit a été soumis à une large consultation auprès des experts et parties prenantes tant du niveau national qu'international pour son amélioration.

- **Pré validation**

Le PSN a été pré validé afin de faciliter l'envoi de la note conceptuelle du Fonds Mondial pour la demande de fonds. Cette étape s'est déroulée à distance dans un contexte particulier de confinement dû à la pandémie de COVID-19 à travers les consultations des experts du niveau central, l'intégration des contributions des experts du niveau central.

- **Validation du PSN**

La validation du PSN a été organisée en deux étapes, la validation du niveau provincial et celle du niveau national.

Toutes les vingt-six provinces ont validé le PSN sous l'égide des Gouverneurs de province, Présidents des Conseils Provinciaux Multisectoriels de Lutte contre le sida (CPMLS), et sous le leadership des Secrétariats Exécutifs Provinciaux du PNMLS.

Au niveau central, six ateliers par axe stratégique ont été organisés pour la validation du PSN. Ces deux étapes, du niveau provincial et central, ont connu la participation des experts provenant des composantes publique, privée et communautaire ainsi que des agences du système des nations unies dans le strict respect des gestes barrières et de la distanciation sociale pour la prévention de la COVID-19.

- **Adoption du PSN**

Le PSN validé est soumis au CNMLS pour son adoption et au Gouvernement pour endossement.

3.4 Prochaines étapes

Les étapes suivantes sont planifiées pour la mise en œuvre du PSN 2020-2023:

- Elaboration des Plans provinciaux (opérationnels) alignés au PSN ;
- Elaboration des Plans sectoriels ;
- Elaboration du Plan de coordination multisectorielle à tous les niveaux ;
- Elaboration du Plan de mobilisation des ressources ;
- Elaboration du Plan de communication ;
- Elaboration du Plan de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) ;
- Elaboration du Plan de suivi et évaluation;
- Elaboration du Plan de renforcement du réseau de laboratoires.

4 SITUATION GENERALE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH

4.1 Situation épidémiologique du VIH

4.1.1 Prévalence de l'infection à VIH

1) Synthèse de l'épidémie du VIH en RDC

L'épidémie du VIH en RDC est de type généralisé avec une prévalence estimée à 1,2% dans la population âgée de 15 à 49 ans¹⁵. Cependant la prévalence à VIH est estimée à 2,8% chez les femmes enceintes selon le dernier rapport de sérosurveillance 2017. Elle est caractérisée par une évolution relativement stable, la circulation simultanée du VIH de type 1 et 2 avec une prédominance du VIH de type 1. Le nombre de PVVIH est estimé à 527.831 en 2019 (Spectrum-AIM 2020 v5.86) parmi elles 459.353 adultes et 68.478 enfants.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de différentes données épidémiologiques du VIH de la RDC de 2010 et 2018.

Tableau 1 : Données épidémiologiques du VIH de la RDC de 2010 et 2019

Indicateurs	2010	2019
Population	79.990.704	106.985.352 ¹⁶
Incidence du VIH pour 1.000 personnes (15-49 ans)	0,49	0,22
Prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans ¹⁷	1,3%	1,2%
Nombre estimé des PVVIH	526.506	527.831
Pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique		38,2
Nombre de PVVIH qui reçoivent un traitement ARV	34.967	321.222
Pourcentage de PVVIH qui reçoivent un traitement ARV	12,4	60,8
Nombre des PVVIH avec une suppression de la charge virale	ND	83.029 (25,8%)
Nombre total de Nouvelles Infections	37.793	23.200
Nombre de Nouvelles Infections parmi les personnes de > 15 ans	24.161	15.593
Nombre de Nouvelles Infections parmi les personnes de < 15 ans	13.631	7.607
Couverture de la PTME pour les femmes enceintes séropositives	9,73	46,36
Nombre estimé de décès liés au VIH	37.400	14.927
Nombre estimé d'orphelins dus au VIH	477.124	441.772

Source : Spectrum-AIM 2020 v5.86 de la RDC

2) **Distribution régionale** de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes¹⁸ selon les études sentinelles de 2017, montre que 8 provinces ont une prévalence $\geq 3\%$ (Ituri : 5% ; Bas-Uélé : 4,5 % ; Kasai : 4,5 % ; Tshuapa : 4,5 % ; Haut-Uélé : 4,1% ; Maniema : 4,1% ; Tshopo : 4% et Lualaba : 3,3%).

4.1.2 Prévalence de l'infection à VIH dans les populations spécifiques prioritaires

Le rapport IBBS de 2018 nous fournit une grande partie de la situation en ce qui concerne les populations clés et celles vulnérables. Cette enquête a été réalisée dans 14 provinces de manière bien ciblée.

1) Prévalence du VIH chez les populations clés :

- La prévalence du VIH parmi les TS est de 7,7% en RDC avec des variations allant de 3,9% à Matadi à 11,8% à Mbuji-Mayi et à Goma. Dans 11 villes des 14 provinces, la prévalence

15 EDS 2013-2014

16 DHIS2

17 Les données de 2010 proviennent de l'EDS 2007 et de 2018 de l'EDS 2013-2014

18 Rapport de sérosurveillance auprès des femmes enceintes, 2017

dépasse 5%. Dans la majorité de provinces, les prévalences les plus basses se rencontrent dans la tranche d'âge de 15-19 ans et les plus élevées dans la tranche d'âge de 40-49 ans sauf dans le Kwilu.

- De manière générale, la prévalence du VIH chez les HSH est de 7,1%. La proportion de HSH ayant une sérologie positive est plus élevée à Kinshasa, suivie de Lubumbashi et de Matadi.
- La prévalence du VIH chez les UDI est en moyenne de 3,9% (4,8% à Kinshasa, de 1,8% à Bunia, 0,7% à Matadi et de 0,2% à Lubumbashi, etc.).
- Pour les prisonniers et autres personnes incarcérées, les activités du Ministère de la Justice menées dans quelques prisons de la RDC permettent de dégager un taux de séropositivité de 1,6%¹⁹.

2) Prévalence chez les populations vulnérables :

- La prévalence du VIH parmi les miniers a varié de 1,5% au Sud-Kivu à 5,1% au Kasai-Oriental. Dans les provinces du Nord de la RDC, la prévalence est estimée à 4,9% au Haut-Uélé et à 4,3% en Ituri, tandis que dans les provinces du Sud, elle est de 2,9% au Haut-Katanga et de 2,6% au Lualaba.
- Dans l'ensemble, la prévalence du VIH parmi les camionneurs dans les provinces enquêtées a varié de 0,4% à Kinshasa à 2,4% en Ituri. La distribution de cette prévalence par tranche d'âge montre qu'en Ituri, dans la tranche de 15-24 ans que la prévalence est la plus élevée (3,6%). Ce sont les provinces de l'Ituri (2,1%) et du Haut-Katanga (2,2%), qui affichent les prévalences les plus élevées dans les tranches d'âge de 25 ans et plus.
- La prévalence du VIH chez les pêcheurs des provinces enquêtées varie de 2,5% dans la Tshopo à 3,6% en Ituri. En effet, de manière générale, la tranche d'âge de 15-24 ans est celle qui présente la prévalence la plus faible, sauf en Ituri où elle est la plus élevée (4,8%).

3) Chez les adolescents de 10 à 14 ans

D'une façon générale l'évolution des indicateurs chez les adolescents et jeunes semble être à la baisse. Le nombre estimé des adolescents de 10 à 14 ans vivant avec le VIH est passé de 22.225 en 2010 à 21.217 en 2019²⁰, soit une diminution de près de 5%.

4) Chez les adolescents de 15 à 19 ans

Le nombre estimé des adolescents de 15 à 19 ans vivant avec le VIH est passé de 26.927 en 2010 à 26.450 en 2019²¹, soit une diminution de près de 2%.

5) Chez les adolescents et jeunes de 10 à 19 ans

En regroupant les indicateurs de deux tranches d'âge précédentes, le nombre estimé d'adolescents et jeunes de 10 à 19 ans vivant avec le VIH est passé de 49.152 en 2010 à 47.667 en 2019²², soit une diminution de 3%.

6) Chez les jeunes de 20 à 24 ans

Le nombre de jeunes de 20 à 24 ans vivant avec VIH a baissé de 49.562 en 2010 à 44.299 en 2019,

¹⁹ Rapport d'activités du projet d'appui au secteur justice/PNUD 2014-2016, Page 17

²⁰ Spectrum-AIM 2020 v5.86

²¹ Idem

²² Ibidem

soit une diminution d'environ 11%.

7) Chez les jeunes de 15 à 24 ans

La distribution par sexe chez les jeunes de 15 à 24 ans montre une prévalence prédominante chez les femmes avec une tendance à la diminution. Elle est passée de 0,51% en 2010 à 0,35% en 2019. Par ailleurs, chez les garçons, elle est passée de 0,25% en 2010 à 0,21% en 2019.

Tableau 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 – 24 ans par sexe de 2010 – 2019 en RDC

Jeunes de 15-24 ans	Année									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Prévalence VIH+										
Total	0,51	0,49	0,47	0,46	0,44	0,42	0,4	0,39	0,37	0,35
Hommes	0,25	0,25	0,25	0,25	0,24	0,24	0,23	0,22	0,22	0,21
Femmes	0,76	0,73	0,7	0,66	0,63	0,6	0,58	0,55	0,52	0,49

Source : Spectrum-AIM 2020 v5.86

4.1.3 Impact

D'une manière générale, le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au SIDA ont diminué considérablement depuis 2010. Avec une couverture constante des interventions (pour TAR, sensibilisation, promotion des préservatifs, etc.) comme en 2019, Cette diminution va encore continuer légèrement, pour les nouvelles infections et ralentira dès 2025, et après le niveau d'infections annuelles se stabilisera (Graphique 1).

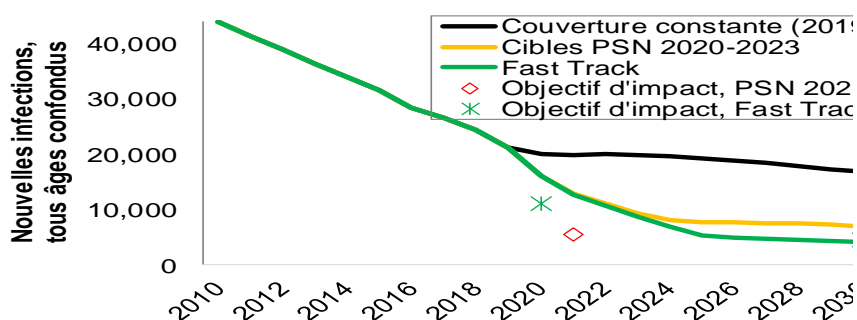
Après 2021, le nombre annuel de décès pourrait augmenter en fonction de la croissance continue de la population.

1) Nouvelles infections

• Population générale de 15 ans et plus

Selon les estimations du Spectrum-AIM 2020 v5.86, l'évolution des nouvelles infections au VIH passe de 31.403 en 2014 à 23.200 cas en 2019, soit une diminution de 26% dans la population générale.

Graphique 1 : Evolution du nombre des nouvelles infections à VIH projeté par Goals, selon la couverture de prévention et traitement dans la population générale de 15 ans et plus de 2010 à 2030 en RDC



Source : Modélisation Spectrum-Goals sur base des estimations et projection Spectrum 2019 V5.755

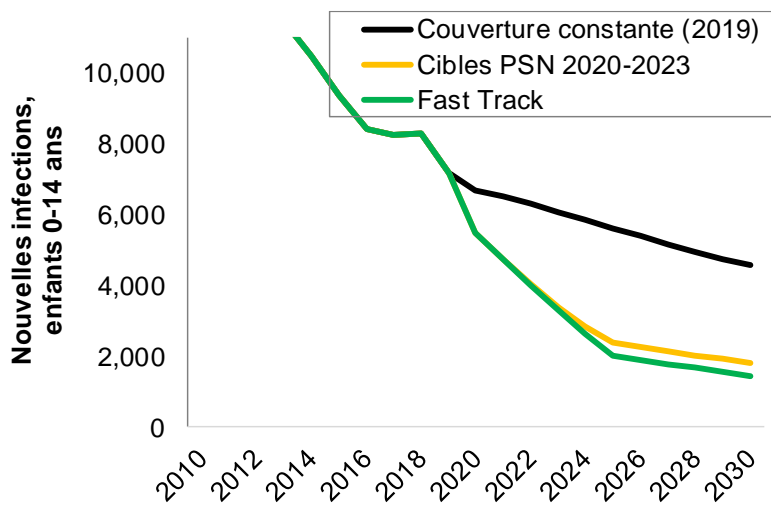
Selon les projections futures faites à l'aide de l'outil Spectrum-Goals sur base des estimations du Spectrum-AIM 2019 pour un scénario qui atteint d'ici à 2023 les cibles de couverture du PSN 2020 – 2023, l'on prévoit une réduction de nouvelles infections à VIH de 63% entre 2010 – 2020 (ligne orange dans le graphique 1), c'est-à-dire moins que l'objectif global de 75%. Cette réduction est aussi moins que l'objectif d'impact dans le PSN 2018 – 2021 qui visait une réduction de 80% entre 2017 et 2021. Dans ce scénario de Goals, les nouvelles infections diminueront de 84% entre 2010

– 2030, un peu moins que l’objectif global de 90%. Entre 2010 et 2023, dans ce scénario du PSN 2020–2023 les nouvelles infections réduiront de 37.793 en 2010 à 14.400 en 2023, soit une réduction de près de 62%.

Ces projections nous montrent que les nouvelles infections peuvent être réduites rapidement avec l’élaboration d’un plan d’accélération qui nécessite une mobilisation des ressources supplémentaires. Le scénario idéal pour la réduction des nouvelles infections nécessite encore plus des ressources et un engagement du politique au niveau national en mettant en œuvre le Fast-Track de l’ONUSIDA pour l’élimination de l’épidémie d’ici à 2030 (ligne verte dans le graphique 1).

- **Chez les enfants (0 – 14 ans)**

Graphique 2 : Evolution du nombre des nouvelles infections à VIH projeté par Spectrum-Goals, selon la couverture de prévention et traitement parmi les enfants (0-14 ans) de 2010 à 2030 en RDC



Source : Modélisation dans Spectrum-Goals, sur base des estimations et projection Spectrum-AIM 2019 (fait par Avenir Health, le 09 mars 2020)

- **Population de 10 à 14 ans**

Selon les estimations du Spectrum-AIM 2020 v5.86, les nouvelles infections à VIH chez les adolescents de 10 à 14 ans sont passées de 13.631 en 2010 à 7.607 en 2019, soit une diminution de près de 45%.

- **Population de 15 à 19 ans**

Les nouvelles infections dans cette tranche d’âge sont passées de 4.886 en 2010 à 3.192 en 2019, soit une diminution de 35%.

- **Population de 10 à 19 ans**

Chez les adolescents de 10 à 19 ans, elles sont passées de 4.886 en 2010 à 3.192 en 2019, soit une diminution de 35%.

- **Population de 20 à 24 ans**

Chez les jeunes de 20 à 24 ans, elles sont passées de 5.799 en 2010 à 3.703 en 2019 et le nombre de décès de 956 en 2010 à 699 en 2019.

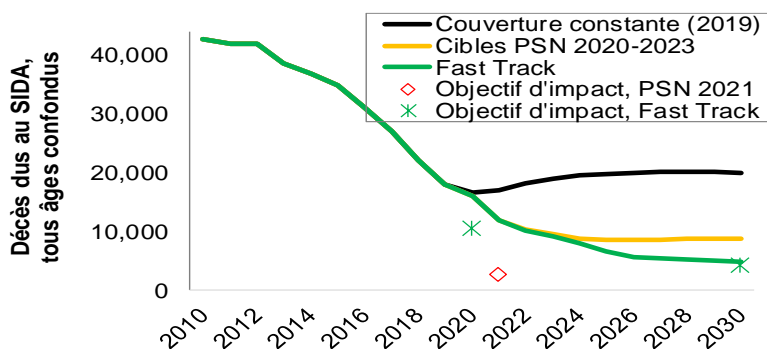
- **Population de 15 à 24 ans**

Les nouvelles infections chez les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans sont passées de 10.685 en 2010 à 6.895 en 2019, soit une diminution de 35%.

2) Décès dus au sida

Selon les mêmes projections dans l'outil Spectrum-Goals, dans un scénario qui atteint toutes les cibles de couverture des interventions, les décès liés au SIDA diminueront de 61% entre 2010 – 2020 et de 53% entre 2010 – 2030 (ligne orange dans le graphique 2). Ces réductions sont justes au-dessous des objectifs mondiaux de réduction de 75% et 90% pour ces périodes.

Graphique 3 : Evolution de Décès liés au sida en RDC 2010-2018 et simulation vers 2023



Source : Modélisation dans Spectrum-Goals, sur base des estimations et projection Spectrum-AIM 2019 (fait par Avenir Health, le 09 mars 2020)

- **Population de 10 à 14 ans**

Selon les estimations du Spectrum-AIM 2020 v5.86, le nombre de décès chez les adolescents de 10 à 14 ans est passé de 1.161 en 2010 à 809 en 2019, soit une diminution de 30%.

- **Population de 15 à 19 ans**

Il est passé de 1.223 en 2010 à 694 en 2019, soit une diminution de 43% chez les adolescents de 15 à 19 ans.

- **Population de 10 à 19 ans**

Chez les adolescents de 10 à 19 ans, le nombre de décès est passé de 2.384 en 2010 à 1.503 en 2019, soit une diminution de 37%.

Tableau 3 : Répartition du nombre d'adolescents et jeunes de 10 à 19 ans vivant avec le VIH, des nouveaux cas VIH et de décès dus au VIH par sexe en RDC de 2010 à 2019

Adolescents et jeunes de 10-19 ans	Année										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Population VIH+											
Total	49152	49403	49332	49218	48994	48651	48530	48403	48098		
Hommes	19660	19965	20076	20169	20165	20099	20161	20285	20356	20407	
Femmes	29492	29438	29256	29049	28828	28552	28368	28118	27742	27260	
Nouveaux cas de VIH											
Total	4886	4695	4502	4309	4207	4098	4004	3820	3499		
Hommes	669	642	615	588	574	559	546	521	477	436	
Femmes	4217	4053	3886	3721	3633	3539	3458	3299	3021	2757	
Décès annuels dus au SIDA											
Total	2384	2415	2469	2431	2298	2230	1971	1816	1589		

Hommes	1140	1160	1226	1160	1160	1120	977	868	779	747
Femmes	1243	1256	1243	1172	1138	1109	994	948	809	756

Source : Spectrum-AIM 2020 v5.86

- **Population de 20 à 24 ans**

Chez les jeunes de 20 à 24 ans, il est passé de 956 en 2010 à 699 en 2019, soit une diminution de 27%.

- **Population de 15 à 24 ans**

Chez les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans, le nombre de décès est passé de 2.179 en 2010 à 1.393 en 2019, soit une diminution 36%.

4.1.4 Connaissance et comportement

1) Connaissance

- **Le niveau de connaissance sur la transmission par voie sexuelle et les moyens de prévention**

Environ 19 % de femmes de 15-49 ans ont une connaissance considérée comme « approfondie » au VIH, et 20,4% 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. Aussi, 59,2% de jeunes savent que l'utilisation de préservatif lors de chaque rapport réduit le risque de transmission du virus (EDS 2013-2014).

Selon l'enquête MICS 2017 – 2018, le niveau de connaissance parmi les personnes de 15 à 49 ans qui connaissent les deux moyens de prévention du VIH par voie sexuelle à savoir : avoir un seul partenaire fidèle non infecté et l'utilisation correcte du préservatif est de 21% chez les femmes alors que chez les hommes elle est estimée à 31%.

- **La connaissance du statut sérologique**

Neuf personnes sur dix (8,2% des hommes et 8,6% des femmes) âgés de 15 à 49 ans ne connaissent pas leur statut sérologique (EDS 2013-2014). Cependant on estime que près de 64% de PVVIH connaissent leur statut sérologique VIH²³.

2) Comportements

a) L'utilisation des préservatifs, gel et lubrifiant : Selon EDS 2013-2014, seulement environ une personne sur dix âgées de 15-49 ans (12,6% chez les hommes et 11,4% chez les femmes) avait déclaré 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. Le taux d'utilisation des préservatifs est plus grand chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans (24,9% pour les 15-19 ans et 17,1% pour ceux de 20-24 ans).

b) L'âge au premier rapport sexuel : Près de deux jeunes (fille et garçon compris) âgés de 15 à 24 ans sur dix ont connu le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (EDS 2013-2014).

c) Travailleurs (ses) de sexe : Selon l'enquête sur la cartographie et estimation de taille des populations clés réalisée en 2017 dans 12 provinces, seulement 37,4% des points chauds avaient la disponibilité des préservatifs. On observe également un taux de 12% de TS qui déclarent n'avoir jamais utilisé les préservatifs. Dans ce même rapport on note un taux de 32% de TS enquêtés qui déclarent n'avoir jamais fait le test de dépistage du VIH. Ces données montrent un gap dans l'offre de service du dépistage chez le PS et en particulier dans l'atteinte

²³ Spectrum-AIM 2020 v5.86

du 1^{er} 90 de l'ONUSIDA. La séropositivité chez les TS qui déclarent avoir déjà fait le dépistage du VIH et qui connaissent qu'ils sont séropositifs est de 7% et parmi ceux qui sont positifs seulement 49% déclarent avoir commencé le traitement ARV (TAR).

d) Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes : Près de 36% de HSH disent qu'ils rencontrent des difficultés pour accéder aux préservatifs, 25% déclarent qu'ils leur sont difficiles d'obtenir les gels lubrifiants. Parmi les HSH enquêtés 68% déclarent avoir au moins fait une fois le test de dépistage du VIH. Concernant la séropositivité chez les HSH parmi ceux qui ont fait le test de dépistage dans les 12 derniers mois 7% confirment avoir été informés de leur séropositivité par un personnel de santé et 2% ont refusé de répondre à la question, parmi les HSH séropositifs 59% seulement ont déjà commencé le traitement.

La stigmatisation et discrimination chez les HSH sont observées de façon générale. 50% de HSH avaient peur de se faire soigner à cause de leur statut. On note également que 70% ont été stigmatisés par un membre de leur propre famille.

e) UDI : Selon le rapport de la cartographie et l'estimation de la taille des populations clés (PS, HSH et UDI) de l'enquête menée en 2017, les UDI se procurent les seringues à 47% dans les pharmacies, à 43% chez les vendeurs des drogues et à 7% chez les autres usagers des drogues. Environ 7 UDI enquêtés sur 10 ont eu des rapports sexuels au cours de 12 derniers mois.

Dans l'ensemble, 32,4% des UDI enquêtés déclarent avoir utilisé pour la dernière fois une drogue injectable par des seringues de réemploi.

On note également que 10% des UDI déclarent avoir eu le rapport sexuel avec le partenaire du même sexe. En ce qui concerne les informations sur le VIH, 4 UDI enquêtés sur 10 ont reçu les informations sur le VIH au cours de 12 derniers mois, soit 42%. Les activités des sensibilisations chez les UDI restent faibles.

4.2 Etat de la réponse nationale

4.2.1 Prévention de la transmission du VIH et des IST

La performance réalisée dans la riposte de 2010 à 2019 note une réduction de près de 39% des nouvelles infections entre 2010 (37.793) et 2019 (23.200) dans la population générale. Par ailleurs on note une forte réduction de 26% de 2014 (31.403) à 2019 (23.200)²⁴. Cette réduction est due probablement à l'augmentation de la couverture d'offres de services de prévention aussi bien dans la population générale que dans des groupes spécifiques.

Cependant, en suivant les prévisions du PSN sous revue qui prévoyait une réduction de 80% pour 2021, on réalise qu'en dépit des progrès réalisés de 2014 à 2019, cette réduction reste lente et se projette à 55% d'ici 2021.

4.2.1.1 Population âgée de 20 à 49 ans

Plusieurs interventions susceptibles de faire évoluer le niveau de connaissance sur le VIH dans la population générale ont été menées à titre de sensibilisation et mobilisation communautaire. Il s'agit de :

- Intégration des services de sensibilisation dans 1.703 formations sanitaires supplémentaires en 2017 et en 2018 concomitamment avec l'ensemble du paquet d'activités VIH portant ainsi le nombre des formations sanitaires offrant le paquet des services VIH à 4.443 dans 411 zones de santé ;
- Formation des acteurs communautaires sur diverses stratégies de sensibilisation et d'accroissement de la demande en services ;
- Interventions de CCSC sur les différents médias même si elles sont restées non documentées ;

²⁴ Spectrum-AIM 2020 v5.86

- Interventions de sensibilisation de groupe et de proximité dans la communauté notamment via les pairs éducateurs et les relais communautaires dans les 411 ZS, lesquelles ont permis de toucher 3.023.460 personnes de 15 ans et plus en 2018 et 1.572.509 enfants de moins de 15 ans et 6.193.215 adultes de plus de 15 ans en 2019.

Problèmes prioritaires : Absence d'un plan intégré de communication multisectoriel (seul le secteur santé possède ce plan) (i), Absence d'une politique nationale sur les préservatifs validée et vulgarisée (ii), Faible coordination des interventions communautaires en particulier sur les aspects de Communication (iii), Insuffisance des financements dédiés aux interventions de communication et existence de nombreuses difficultés à y accéder (iv), Faible intégration des interventions extra-sanitaires dans le système national d'information (v), Fréquentes ruptures de stock en tests de dépistage du VIH et en préservatifs (vi), Absence d'outils standardisés de collecte des données et de rapportage sur la sensibilisation prenant en compte la désagrégation par âge et par sexe (vii), Non intégration de l'approche des relais communautaires polyvalents dans les AS, faible implication des leaders communautaires, faible implication de l'autorité politico-administrative (viii).

4.2.1.2 Adolescents et jeunes de 10 à 24 ans

En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, le MICS 2018 renseigne que 56‰ à 163‰ femmes ont leur première naissance entre l'âge de 15 à 19 ans. 8% des femmes sont mariées avant l'âge de 15 ans et 29% le sont avant 18 ans. 28% de jeunes garçons contre 20% de jeunes filles âgés de 15 à 24 ans démontrent le niveau de connaissances souhaité et rejettent les principales idées fausses sur le VIH et le sida.

Plusieurs interventions susceptibles de faire évoluer le niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur le VIH, ont été menées en vue, non seulement de leur sensibilisation mais également de leur mobilisation dans la riposte au VIH. En milieu scolaire, d'autres interventions visant à renforcer l'intégration de la dimension genre et VIH dans les curricula de formation ont été menées avec l'appui de l'UNESCO et autres partenaires, mais beaucoup restent très peu documentées.

Problèmes prioritaires : Absence d'outils standardisés de collecte et de rapportage des données IST/VIH/SSR prenant en compte la désagrégation par âge et par catégories d'adolescents et jeunes (i) ; Faible documentation des stratégies mises en œuvre en faveur des adolescents et jeunes (ii) ; Insuffisance de remonter des informations sur l'implémentation des nouvelles stratégies ciblant les adolescents et jeunes (iii) ; Insuffisance des centres d'écoute et d'informations conviviales des adolescents (CEICA) (iv).

4.2.1.3 Populations clés

De façon globale, on note un accroissement de l'offre des services en faveur des populations clés entre 2015 et 2018.

Le paquet de services auprès des populations clés a été offert sur base des directives nationales. Celles-ci comprennent la communication pour le changement de comportement (CCSC), la promotion et distribution des préservatifs et gels lubrifiants, la prise en charge des IST, le conseil et dépistage du VIH, le traitement antirétroviral (TAR) et la protection des droits humains. La prophylaxie préexposition (PrEP) est encore dans une phase pilote.

S'agissant des prisonniers, les interventions ont été menées par les services du Ministère de la Justice avec l'appui du PNUD dans les prisons de Kindu, Kalemie, Kananga, Tshikapa, Ndolo, Kolwezi, Kisangani et Boma ont permis de sensibiliser, de tester et de mettre sous ARV plusieurs prisonniers. L'insuffisance des financements reste le principal obstacle à l'extension et la pérennisation des interventions en faveur de cette population.

Dans l'ensemble trois modèles d'offres des services sont combinés au niveau opérationnel par divers acteurs à savoir :

- **Modèle intégré** : Le paquet des services en faveur des populations clés, tel que défini par le PNLS, est intégré directement dans les formations sanitaires dites de droit commun. En 2018, les interventions ont été intégrées dans les formations sanitaires (Hôpitaux et Centres de santé) de 32 Zones de Santé.
- **Modèle non intégré** : Il s'agit des structures spécialisées dans l'offre des divers services (sensibilisation, dépistage, soins et traitement, soutien psychosocial) aux populations clés communément appelées centres conviviaux. En 2018, on a dénombré 26 centres conviviaux dont 14 dans la ville de Kinshasa. Ils prennent en charge à eux seuls, plus de 80% des populations clés.
- **Offre des services en stratégie avancée/foraine** : Des séances de proximité sont organisées dans plusieurs sites (points chauds) des populations clés ainsi que leurs environs pour rapprocher les services des éventuels clients.

A ces modèles, plusieurs stratégies de recrutement et d'encadrement des populations clés se sont greffées et ont été mises en œuvre. C'est notamment :

- **La stratégie EPOA** (Enhance Peer Outreach Approach : approche améliorée de sensibilisation par les pairs) : stratégie qui consiste à utiliser des chaînes de référence pour atteindre les membres des populations clés inaccessibles par les méthodes classiques de sensibilisation par les pairs. Cette approche est mise en œuvre particulièrement par PSSP avec l'appui de Linkages/FHI360/PEPFAR et CORDAID/FM dans les villes de Kinshasa, Kisangani, Bunia, Mbuji-Mayi et Matadi, ainsi qu'à Lubumbashi et Kolwezi par d'autres organisations. Ces projets ont permis entre autres d'atteindre des populations clés les plus retranchées ;
- **La stratégie DOR** (dépistage orienté par les répondants) se focalise sur la sensibilisation des partenaires des clients dépistés positifs ou négatifs mais à haut risque ainsi que des pairs des populations clés difficiles à atteindre par des stratégies traditionnelles. Elle a été mise en œuvre par le projet EGPAF dans la province de Kinshasa en 2018.

Problèmes prioritaires : Insuffisance de l'offre des services destinés aux populations clés dans les FOSA et dans le milieu communautaire liée à : La faiblesse d'intégration d'offres de services (VIH, SMNE, TB, IST) spécifiques aux populations clés ; L'absence d'une cartographie et estimation des tailles des populations clés qui couvre l'ensemble du territoire national ; Faible lien entre le dépistage, le traitement et la rétention des populations clés sous traitement dans les services ; La faible coordination des interventions en faveur des populations clés au niveau opérationnel et l'inexistence d'un identifiant unique ; L'absence de subvention pour les interventions spécifiques aux utilisateurs des drogues injectables ; La faible documentation des stratégies mises en œuvre ; L'insuffisance des centres spécifiques pour la prise en charge des populations clés ; Et la forte mobilité des populations clés.

4.2.1.4 Populations vulnérables

Les interventions ont porté, dans la première phase d'urgence, sur la sensibilisation et la mobilisation dans l'optique d'induire un changement des comportements. Ensuite vient dans la seconde phase la nécessité d'accroître progressivement la demande des services VIH de qualité principalement le paquet de prévention dont l'accès à l'information correcte, aux préservatifs, au gel, à la seringue adéquate, au traitement des IST, à la transfusion de qualité, à la gestion clinique des violences sexuelles. Enfin le paquet complet et l'accroissement de la couverture des services dans les zones affectées.

Problèmes prioritaires : Persistance des comportements à risque liés au faible accès aux services de prévention combinée portant essentiellement sur l'utilisation des préservatifs, la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'au PEP pour les survivants des violences sexuelles (i) ; Interruption de l'offre des services de base de qualité y compris la continuation des ARV, l'accès au service du dépistage,

ETME et des soins, traitement avec suivi biologique (ii) ; Faible intégration et priorisation du VIH dans la réponse humanitaire (iii) ; Existence des mécanismes de coordination parallèles (iv) ; Et indisponibilité des données d'études structurées sur le VIH en contexte humanitaire (v).

4.2.1.5 Transmission du VIH par voie sanguine

Les activités de mobilisation et sensibilisation y compris celles de la qualification biologique de sang ont été organisées à travers le pays, notamment les campagnes de collecte de sang dans les provinces. Elles ont permis de sécuriser 54,8% soit 241.321 sur 440.367 poches de sang collectées (rapport PNTS 2019). Ceci veut dire que 45,2% de poches de sang collectées n'ont pas été testées selon les normes.

La proportion de dons de sang en provenance des donateurs bénévoles a atteint 33% 2019. Cependant, il n'est pas possible de déceler la part des donateurs bénévoles qui ont été fidélisés faute d'un suivi longitudinal optimal de chaque donneur au moyen d'un code unique par le programme national. Par ailleurs, aucun des 330 CHRTS supplémentaires prévus dans le PSN n'a été ajouté durant la même période.

Problèmes prioritaires : Faible mobilisation de la population au dons bénévoles de sang et absence d'un système de suivi de donateurs bénévoles en vue de leur fidélisation (i) ; Faible proportion de poches de sang sécurisé aux quatre marqueurs liée notamment aux ruptures récurrentes en réactifs et consommables de sécurité transfusionnelle, et à une faiblesse du plateau technique des banques de sang (ii) ; Insuffisance des CHRTS ayant intégré le réseau transfusionnel pour la sécurité sanguine selon les normes (iii) ; Faible accès des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques fréquentant les services de santé au kit PEP lié notamment à l'absence d'un programme de précaution universelle et à la faiblesse des capacités techniques des prestataires (iv).

4.2.1.6 Les IST dans les consultations générales

La prise en charge syndromique des IST est intégrée dans le paquet des activités des centres de santé (Paquet minimum des Activités) et des hôpitaux généraux de référence (Paquet Complet des Activités) et la formation des prestataires sur le module de prise en charge complète et intégrée du VIH. Quant à la prise en charge étiologique des cas, préconisée pour des cas d'échec de prise en charge syndromique, elle est réservée aux seuls hôpitaux généraux de référence primaire, secondaire et tertiaire pour une appréciation par un médecin/spécialiste.

L'analyse montre que le nombre des cas d'IST diagnostiqués est en progression depuis 2015. Cette évolution crescendo reste en lien avec l'accroissement du nombre des formations sanitaires (FOSA) rapportant au PNLS qui est passé de 1.480 en 2015 à 4.587 en 2019.

Aussi, l'intégration des enseignements sur les IST et VIH dans les écoles du niveau primaire et secondaire depuis 2007 a également concouru à l'augmentation des cas qui consultent les formations sanitaires du fait de l'élévation du niveau des connaissances dans la population. On note que 97% des cas d'IST diagnostiqués ont été traités conformément au protocole national **Erreur ! Signet non défini.**

Par ailleurs, la proportion des patients présentant une IST testés au VIH a augmenté progressivement depuis 2015 jusqu'à atteindre 74% en 2017 avant de chuter jusqu'à 35% en 2019. Cela serait dû aux fréquentes ruptures de stock en tests de dépistage VIH enregistrées dans plusieurs FOSA en 2018 et 2019. En effet, près de 7% des sites appuyés par le Fonds Mondial ont notifié une rupture de stock en tests de dépistage VIH en 2019²⁵.

Problèmes prioritaires : Non actualisation des directives de prise en charge des IST depuis 2007 (i) ; Insuffisance des ressources financières pour la prise en charge des IST (ii) ; Fréquentes ruptures

²⁵ Rapport PNLS 2019

de stock en tests de dépistage du VIH (iii) ; Insuffisance du plateau technique pour la prise en charge étiologique des IST dans les hôpitaux de référence (laboratoires moins équipés et non certifiés) (iv) ; Personnel moins qualifié (v) ; Faible vulgarisation des directives nationales de prise en charge des hépatites/IST développées en 2018 (vi); et Faible couverture des interventions (dépistage, traitement...) de lutte contre les hépatites/IST (vii).

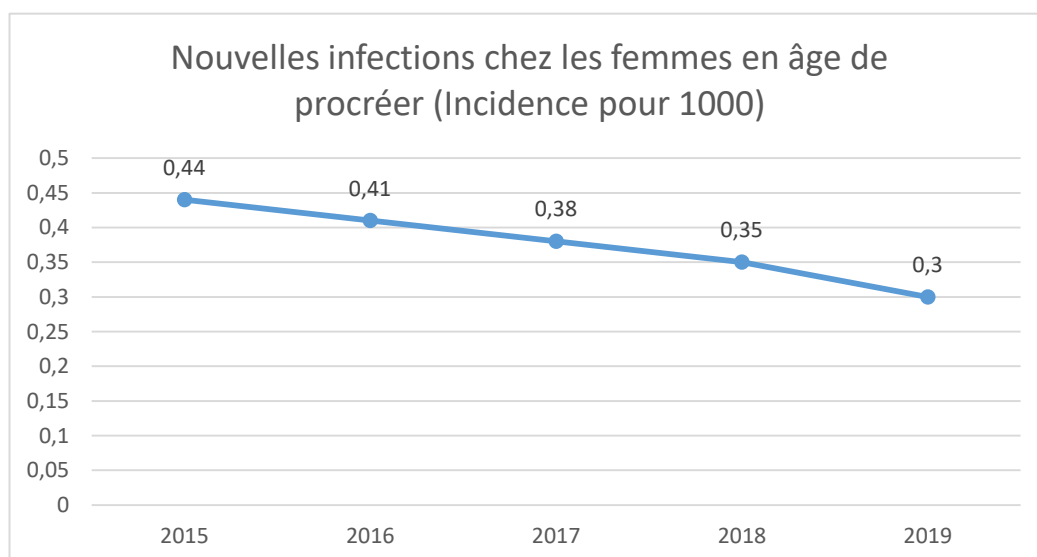
4.2.2 Elimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant

Effet 1 : Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer sont réduites de 62%, soit de 0,6‰ à 0,23‰ d'ici à 2021

Au cours des cinq dernières années, l'incidence des nouvelles infections chez les femmes de 15-49 ans est passée de 0,44 à 0,3‰ de 2015 à 2019 (Spectrum-AIM 2020 v5.86), soit une réduction d'environ 32%. Si les efforts se maintenaient au même rythme, en 2021 l'incidence serait de 0,21‰ et dépasserait la cible de 0,23‰ prévue dans le PSN 2018-2021. Et la cible de 5% (soit 0,12‰) serait atteinte après l'année 2025.

Le graphique 4 ci-dessous montre l'évolution de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer en RDC de 2015 à 2019.

Graphique 4 : Evolution de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer en RDC de 2015 à 2019



Source : Spectrum-AIM 2020 v5.86

Toute l'analyse concernant la mobilisation des communautés notamment celles en âge de procréer sur la prévention du VIH et des IST, la prévention combinée et sur la PEP a été évoquée dans le point 4.2.1 portant sur la prévention de la transmission du VIH et des IST.

Ces résultats sont les fruits de la forte mobilisation des communautés et des femmes en âge de procréer et leurs partenaires sur la prévention du VIH et des IST, du renforcement des capacités des organisations communautaires et de plaidoyer des leaders d'opinion dans la mobilisation des jeunes filles et femmes en âge de procréer en faveur de la PTME, de la promotion du marketing social de préservatif, de la redynamisation des comités multidisciplinaires de prise en charge des victimes des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), du renforcement des capacités des prestataires sur la prise en charge des VSBG, et de l'intensification de la mobilisation des communautés sur les violences sexuelles, leur déclaration immédiate et sur l'utilisation du Kit PEP.

Problème prioritaire : Persistance des comportements à risque de contamination au VIH et IST chez les jeunes filles et femmes en âge de procréer liée notamment à l'insuffisance des interventions

communautaires en leur faveur, aux faibles capacités des leaders communautaires et religieux en PTME ainsi qu'à la faiblesse de la couverture en pair-éducation.

Effet 2 : 30% (67.942) des femmes VIH + en âge de procréer et leurs partenaires utilisent une méthode contraceptive moderne d'ici à 2021

Concernant l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer, on note, de 2014 à 2018 d'une manière générale une augmentation de la demande en matière de contraception de 48,1%²⁶ à 56,9%²⁷ et d'une manière spécifique, une augmentation de 19,3% à 28,1% de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes mariées ou en union libre. De plus la couverture des besoins non satisfaits en contraception chez les jeunes filles et femmes en âge de procréer est passée de 27,7% à 28,7% pour la même période. On a noté aussi que 68% des FOSA ont rapporté avoir offert au moins une méthode moderne de planification familiale²⁸.

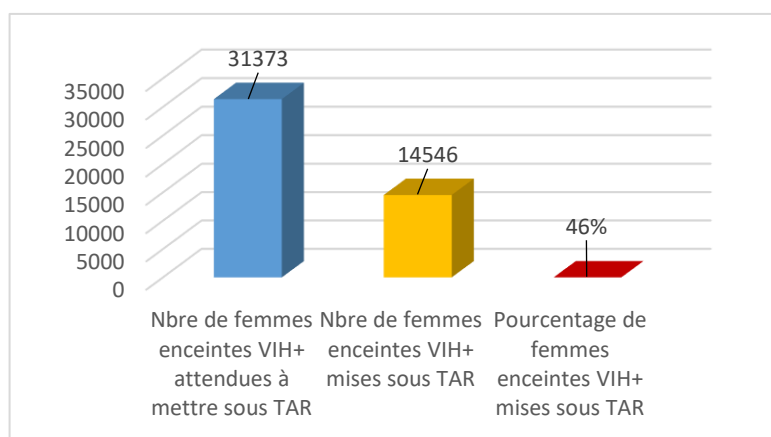
Les grandes interventions menées ont porté sur l'approvisionnement des FOSA en contraceptifs, la mobilisation des jeunes filles et femmes en âge de procréer à la PF, les campagnes non ciblées d'offre de la planification familiale incluant la distribution gratuite des méthodes contraceptives modernes, le renforcement de lien opérationnel entre les différents points de prestation de service SMNE/PTME et TAR/PEC pédiatrique, et la collecte des données PF à travers le DHIS2.

Problèmes prioritaires : Faible utilisation des méthodes de contraception moderne dans les différentes FOSA par les femmes en âge de procréer et leurs partenaires liée à l'insuffisance d'offre de services et à l'insuffisance de couverture en besoins non satisfaits élevés en matière de contraception (i) ; Et absence des données pour les femmes séropositives utilisant les méthodes contraceptives modernes ne sont pas disponibles (ii).

Effet 3 : La transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant est réduite de 26,93% à moins de 5% d'ici à 2021

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste autour de 24% en 2019 (Spectrum-AIM 2020 v5.86). Ce taux serait de 14,81% en 2021, ce qui montre que l'objectif de 5% est loin d'être atteint. Pour ce qui est de l'utilisation des services CPN, 82% des femmes enceintes utilisent les services CPN1 (MICS 2018) et 8% des femmes enceintes utilisent les services CPN1 au premier trimestre²².

Graphique 5 : Nombre de femmes enceintes séropositives mises sous TAR en 2019 en RDC (Source : Rapport PNLIS 2019)



Depuis 2016 la RDC a généralisé l'option B+ et collecté les données séparément des nouvelles femmes dépistées et celles qui connaissent déjà leur état sérologique. En 2019, 95% des femmes enceintes ont été dépistées pour le VIH contre 40% en 2018, et 56,7% (17.783 sur 31.373) de femmes enceintes VIH+ connaissent leurs statuts sérologiques (rapport PNLIS 2019). Sur les 31.373 femmes enceintes ayant besoin de PTME en 2019, 14.546 soit 46% ont bénéficié

d'un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission du VIH à leurs enfants (voir

²⁶ EDS 2013-2014

²⁷ MICS 2018

²⁸ Enquête EPSS 2017-2018

graphique 5). Cette hausse en valeur absolue des femmes enceintes sous TAR pourrait s'expliquer par : la notification des femmes enceintes et allaitantes antérieurement sous TAR ; l'amélioration de la complétude des rapports des FOSA (92,5%) au cours de la période de rapportage. Cette performance serait davantage plus améliorée si les tests de dépistage VIH dans les services des CPN et à la maternité n'auraient pas connu de rupture (Environ 7% de FOSA).

En 2019, 55% de FOSA ont intégré les services de la PTME (Rapport PNLs). Treize provinces notamment Bas-Uélé, Lualaba, Mongala, Maniema, Sud-Kivu, Haut-Lomami, Haut-Uélé, Nord-Kivu, Kasai central, Kinshasa, Haut-Katanga, Tanganyika et Ituri portent plus de 88% du poids des femmes enceintes mises sous ARV pour la PTME. 59% d'enfants exposés au VIH ont été dépistés précocement.

Sur les 14.546 femmes enceintes et allaitantes sous TAR, la contribution des provinces bénéficiant de l'appui FM est de 10.956 et de celui du PEPFAR de 3.590.

L'analyse STACKED BARR faite sur les données de la PTME en RDC montre que près de 5.000 sur les 7.000 (71%) infections par la transmission mère-enfant sont dues au fait que les femmes n'ont pas reçu les ARV pendant la grossesse ou lors de l'allaitement.

Par ailleurs seulement 5% des femmes enceintes et allaitantes sont dépistées pour la syphilis, et 43% sont traitées.

Plusieurs interventions ont été menées pour atteindre ces résultats, à savoir : l'extension des services CPN/PTME dans les FOSA, le renforcement des capacités des prestataires, la mobilisation de la communauté sur l'importance des CPN et du dépistage pour le VIH et la syphilis, la mobilisation des femmes enceintes sous TAR au suivi régulier de leur traitement, le développement de l'approche PODI (point de distribution) pour la distribution des ARV aux femmes enceintes et allaitantes et leur suivi à domicile, le renforcement des compétences des prestataires des soins, des mères mentors, des leaders communautaires et des confessions religieuses sur la PTME.

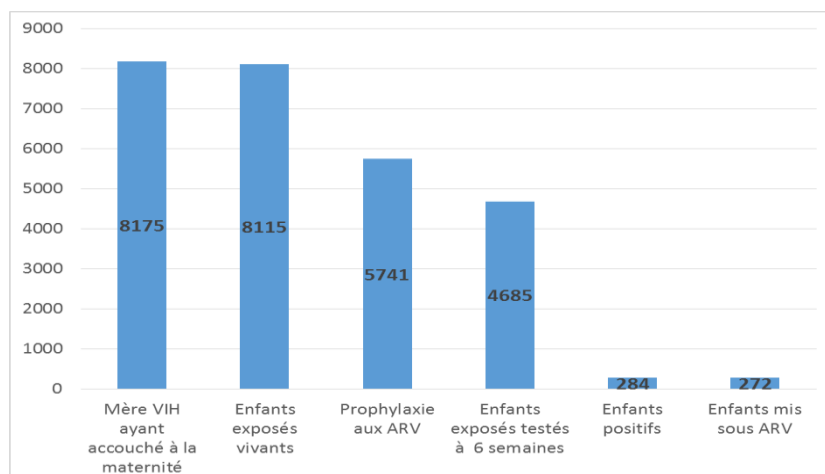
Quelques stratégies novatrices, en l'occurrence la promotion du dépistage centré sur la famille, et l'utilisation du DUO TEST pour le dépistage simultané du VIH et de la syphilis, ont été mises à profit.

Problèmes prioritaires : Réduction d'utilisation des services CPN (CPN1, CPN1 au premier trimestre, CPN au moins quatre fois) par les femmes enceintes liée à l'insuffisance de mobilisation communautaires (i) ; Faible implication des partenaires masculins dans les activités CPN (ii) ; Insuffisance de dépistage du VIH chez les femmes enceintes lors des CPN (iii) ; Faible accès des femmes VIH+ aux ARV (iv) ; Faible accès des femmes enceintes à la charge virale (v) ; Faible dépistage des femmes enceintes et allaitantes pour la syphilis (vi) ; Faible couverture des activités communautaires (vii) ; Faible dépistage des femmes enceintes dans la salle d'accouchement (viii), et Faible prélèvement des enfants exposés (ix).

Effet 4 : 90% des femmes infectées, leurs enfants et leurs familles bénéficient des soins et traitements postnataux d'ici à 2021

En 2019, sur 8.115 enfants exposés, seuls 5.741 ont bénéficié de la prophylaxie aux ARV (71%), et 4.753 (59%) ont bénéficié des tests virologiques dans les 2 mois suivant leur naissance (Rapport PNLs 2019). 75% des femmes enceintes sous TAR sont retenues dans la file active pendant 12 mois de traitement (Plan eTME 2019-2021). Le graphique 6 montre la cascade PTME des enfants en RDC en 2019.

Graphique 6 : Cascade PTME enfants 2019 en RDC)



Source : Rapport PNLIS 2019

Dans cette Cascade, nous constatons que 8.115 enfants sont issus de 8.175 femmes enceintes VIH+ ayant accouché à la maternité. De ces enfants exposés 5.741 ont bénéficié de la prophylaxie aux ARV à la naissance soit 71%. Cette situation est due à la rupture des ARV pour la prophylaxie exacerbée surtout au premier semestre 2019. A la 6ème semaine, 4.685 enfants ont bénéficié d'un dépistage précoce soit 58%. Ceci est consécutif à la faible disponibilité des réactifs pour le dépistage précoce de l'enfant exposé. Sur ce nombre, 284 sont positifs soit un taux de positivité à l'infection au VIH à 6,1% parmi lesquels 272 (96%) ont commencé les ARV.

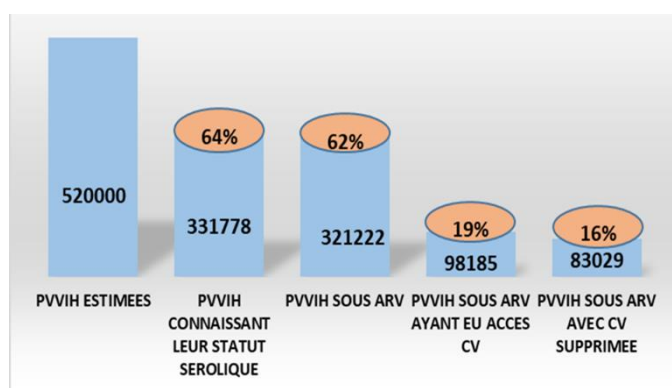
Plusieurs interventions ont été menées pour atteindre ces résultats, à savoir : l'extension des services PTME dans les FOSA, le renforcement des capacités des prestataires de services de soins, la mobilisation de la communauté au dépistage du VIH, la mobilisation des femmes enceintes sous TAR au suivi régulier de leur traitement, le suivi à domicile du couple mère-enfant, le renforcement des compétences des mères mentors, et la réduction de la stigmatisation dans les FOSA et la communauté. Le point of care (POC) a été mis en place pour le diagnostic précoce des enfants exposés au VIH avec amélioration du délai du rendu des résultats.

Problèmes prioritaires : Faible nombre des enfants exposés sous prophylaxie aux ARV (i) ; Faible proportion des enfants exposés dépistés due à leur faible accès au dépistage précoce (PCR), à la faible couverture en réseaux de laboratoires et à l'insuffisance des prestataires formés en DBS (ii) ; Faible nombre des nourrissons infectés sous TAR dû notamment aux ruptures fréquentes en ARV et cotrimoxazoles pédiatriques et à l'insuffisance des prestataires formés sur la prise en charge pédiatrique (iii) ; Faible rétention des femmes enceintes sous TAR (iv) ; Et faible fréquentation des services des CPS par les femmes allaitantes séropositives (v).

4.2.3 Amélioration de l'Accès aux Soins et au Traitement

La RDC a enregistré une réduction d'environ 50% du nombre annuel de décès liés au VIH au cours des cinq dernières années allant de 29.924 à 14.927 entre 2014 et 2019 (Spectrum-AIM 2020 v5.86). Elle a au cours de la même période enregistré une baisse de 26% du nombre de nouvelles infections survenant chaque année de 31.403 à 23.200 entre 2014 et 2019.

Graphique 7 : Cascade de traitement en 2019 en RDC (Source : Rapport PNLs 2019)



Concernant la cascade de couverture 90-90-90 en 2019 sur une estimation de 526.293 PVVIH, 331.378 (63%) connaissent leurs statuts sérologiques, 321.222 (61%) sont sous traitement et 83.029 (16%) ont supprimé leurs charges virales. Celle de lien de services est à 62%-97%-26%.

Ces performances sont liées à l'amélioration de l'accès aux ARV à travers l'extension de l'offre, la décentralisation des services et la délégation des tâches, la prise en charge différenciée des

patients (PODI, Clubs d'observance, etc.), le dépistage ciblé, et l'extension de l'implémentation du guichet unique VIH/TB. A cela s'ajoute également l'apport des communautaires, le partenariat public-privé et le développement des synergies entre différents financements.

4.2.3.1 Dépistage

Le service de dépistage du VIH est décentralisé et largement implanté dans le pays à travers les stratégies fixes dans les formations sanitaires et les centres communautaires, et les stratégies avancées dans les CDV mobiles.

Les directives nationales prévoient trois stratégies dans l'offre de service de dépistage : le dépistage systématique, le dépistage ciblé et l'auto-dépistage (autotest). Le dépistage systématique est préférentiellement conseillé pour les populations à haut risque, à savoir : les femmes enceintes, les populations clés (HSH, PS, TG, UDI), les tuberculeux, et les cas contacts des PVVIH ; le dépistage ciblé est conseillé dans les milieux des soins après utilisation de l'outil de ciblage ; l'autotest est un moyen qui permet d'élargir l'accès aux tests par approches assistées ou non chez les groupes cibles.

Le continuum des services dans le dépistage comprend la mobilisation (sensibilisation de masse ou en groupe, EPOA, la notification des partenaires, la recherche autour des cas index, et l'orientation communautaire des cas suspect), l'offre de test (conseil pré-test, offre du test et conseil post-test) et le lien vers les soins (orientation non assistée, accompagnement, indemnisation, initiation du TAR le même jour de dépistage, les services accueillant et la traçabilité). Ces stratégies/approches ont permis au pays d'améliorer la proportion de PVVIH dépistées au cours de ces cinq dernières années de 170.561 (38%) à 321.222 (63%) de 2015 à 2019 (Rapports annuels PNLs).

Concernant la stratégie de Renforcement du screening TB des patients PVVIH à chaque consultation, sur 74.450 PVVIH nouvellement enrôlées en 2019, on a noté que 69.730 ont bénéficié du screening TB, soit 89% (rapport PNLs 2019).

Le rendement du dépistage par rapport à l'utilisation des tests au niveau national est différent selon les portes d'entrée. On observe un rendement d'1 cas positif pour 9 personnes testées chez les tuberculeux, alors qu'il est d'1 cas positif pour 148 femmes enceintes testées. La porte CDV donne 1 cas positif pour 28 personnes testées et celle de DCIP 1 cas positif pour 36 personnes testées.

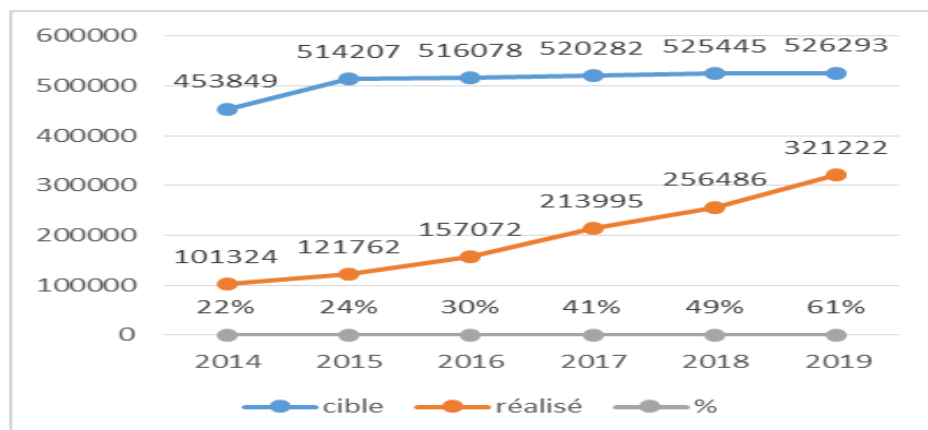
Problèmes prioritaires : Insuffisance d'application des stratégies de dépistage ciblé (i) ; Ruptures récurrentes des réactifs de dépistage (quantité insuffisante, péremption des tests fournis avec une validité faible, utilisation des tests pour la transfusion sanguine) (ii) ; et Insuffisance d'application du DCIP (iii).

4.2.3.2 Traitement

La couverture TAR (PVVIH adultes et enfants) est passée de 101.324 (22%) à 321.222 (61%) de 2014 à 2019 avec 77.393 (55%) de PVVIH concentrées dans quatre provinces (Haut Katanga, Haut Uélé, Kinshasa et Ituri). Cependant, près de 75% d'enfants vivant avec le VIH n'ont pas accès au

traitement. Le graphique 7 ci-dessous montre l'évolution des cohortes des PVVIH sous TAR en RDC de 2014 à 2019.

Graphique 8 : l'évolution des cohortes des PVVIH sous TAR en RDC de 2014 à 2019



Source : Rapports annuels PNLs

La RDC a opté pour l'approche « tester et traiter » et des régimes thérapeutiques à base de Dolutégravir. En plus du modèle classique, le renouvellement du TAR est assuré selon l'approche différenciée des soins. Les patients stables ont la possibilité d'intégrer le circuit rapide, le groupe communautaire thérapeutique, le poste de distribution des médicaments ou un club d'adhérence. Les ARV ont été disponibles sur l'ensemble du pays malgré quelques ruptures enregistrées dans certaines formations sanitaires. Cependant, quelques problèmes isolés ont été enregistrés concernant les ARV pédiatriques (forme galénique appropriée) pour le traitement et le cotrimoxazole et l'INH pour la prophylaxie. L'indisponibilité des médicaments contre les IO a été constatée.

Une bonne alimentation contribue positivement à la restauration de l'état sanitaire des PVVIH. Une étude menée par le PNLs avec l'appui du PAM en 2013 avait établi un taux de prévalence de malnutrition de 52% chez les PVVIH à l'initiation du TAR. Cependant, en 2018, seulement 48% des besoins en soutien nutritionnel et assistance alimentaire des PVVIH et coinfectés TB ont été couverts²⁹

La réduction des décès liés au sida paraît plus lente chez les enfants de moins de 15 ans (34%) que chez les adultes (52%) au cours de cinq dernières années. Cette situation reste en lien avec l'évolution du nombre total de PVVIH (adultes et enfants) sous TAR qui a été multiplié par 2,6 entre 2015 et 2019. Pour les enfants de moins de 15 ans, pour la même période, ce nombre a été multiplié seulement par 2,2.

Problèmes prioritaires : Faible notification des effets indésirables (i) ; Absence d'indicateurs liés au rapportage de ces effets dans le nouveau canevas unique PNLs (ii) ; Faible remontée de l'information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (iii) ; Ruptures récurrentes en INH (iv) ; Faible couverture de la prise en charge pédiatrique liée à la faiblesse de dépistage des enfants, de suivi d'enfants exposés, aux ruptures fréquentes d'ARV pédiatriques, ainsi qu'à la réserve des prestataires dans l'initiation du TAR chez les enfants (v) ; et Non prise en compte des médicaments contre les IO et autres comorbidités dans les subventions (vi).

4.2.3.3 Charge virale

Bien qu'ayant été multiplié par 10 au cours des 5 dernières années, le nombre de malades ayant bénéficié de la mesure de la charge virale, selon les directives nationales, est encore faible. En effet, 98.185 (30,5%) sur 321.222 PVVIH sous TAR ont pu bénéficier de la mesure de la charge virale (Rapport PNLs 2019).

²⁹ PAM, Rapport opérationnel 2018

De ces PVVIH qui ont eu accès à la mesure de la charge virale, 95% proviennent des provinces de Kinshasa, Haut-Katanga et Kongo central. Ces provinces ont soit des plateformes conventionnelles (Kinshasa et Haut Katanga), soit sont bénéficiaires du projet pilote GeneXpert en multiplexe charge virale, EID et diagnostic TB (Kongo Central).

Deux laboratoires de biologie moléculaire supplémentaires ont été implantés à Mbuji-Mayi et à Kindu. La présence des GeneXpert dans toutes les provinces pouvant être utilisés en multiplex TB, VIH et EID est une opportunité pour améliorer cette couverture.

Problèmes prioritaires : Accès limité des PVVIH sous TAR au dosage de la charge virale lié à l'insuffisance des capacités techniques et matériels des prestataires des laboratoires pour la réalisation de la charge virale, au faible réseautage des laboratoires dans les zones de santé (i) ; Faible nombre des PVVIH sous TAR ayant supprimé la charge virale dû à l'insuffisance de l'éducation thérapeutique, à la faible capacités des pairs accompagnant des PVVIH et du diagnostic et prise en charge tardifs de toutes coinfections ou comorbidités liées au VIH (ii).

4.2.4 Promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH

De manière globale, comparativement aux deux études sur l'index de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH menées en 2012 et celle de 2019, on note une baisse du niveau de stigmatisation et de discrimination des PVVIH³⁰. Les progrès enregistrés se justifient par certaines variables des ressentis des PVVIH notamment l'accès aux services sociaux de base (emploi, santé, éducation, santé sexuelle et reproductive), les politiques et lois, la divulgation du statut sérologique et la confidentialité. Cependant, selon l'objectif zéro discrimination liée au VIH, malgré les interventions mises en œuvre depuis les constats des enquêtes de 2012 et 2019³¹ révèlent une persistance des attitudes discriminatoires envers les PVVIH dans la communauté et le manque d'estime de soi.

Parmi les interventions développées, on note le renforcement des capacités/sensibilisation des acteurs sur les Droits Humains et VIH, le plaidoyer pour l'accès à la justice (mise en place des cliniques juridiques, changement des politiques et lois contreproductives à la riposte au VIH).

Selon l'EDS 2013-2014, le niveau global de tolérance envers les PVVIH a baissé légèrement chez les femmes, passant de 6 à 4% de 2007-2013, tandis que chez les hommes, ce niveau n'a pratiquement pas changé, respectivement 11% et 12% pour la même période.

Quant aux populations clés (LGBTIQ, UDI et TS), l'enquête Index de stigmatisation et de discrimination des populations clés en RDC de 2017 révèle un taux très élevé (75%) de stigmatisation et discrimination sociale envers cette population, ce qui entraîne un environnement non propice pour leur accès aux services sociaux de base.

Le projet RDC/PNUD d'appui au secteur justice sur la promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH a porté sur la mobilisation des acteurs sur les aspects des droits humains, des lois, et du genre. Ce qui a permis de contribuer à la réduction de la stigmatisation et discrimination liées au VIH par le changement des perceptions négatives des acteurs de justice, des prestataires des soins, des agents de l'ordre, et du personnel pénitentiaire pour la prévention du VIH auprès des prisonniers et autres populations carcérales. L'organisation des sessions et des campagnes ciblées, des ateliers de formation, de vulgarisation des instruments juridiques, la mobilisation des autorités politico-administratives, l'appui aux cliniques juridiques, l'accompagnement juridique, judiciaire et psychosocial des SVS, des populations clés et des PVVIH. Par ailleurs, le Projet droits humains et genre avec l'appui du Fonds Mondial a permis de prendre en charge les victimes de viols en référencement et contre référencement, à renforcer les capacités des acteurs de l'observatoire

³⁰ Enquête Index des PVVIH de 2019, PNLS

³¹ EDS 2013-2014

d'accès aux services VIH-TB et de la SSR des adolescents et jeunes. La prise en charge nutritionnelle et psychosociale des OEV a été assurée par les Projets PAM et PEPFAR.

Stratégies innovantes : user fees en faveur des PVVIH ; études sur les attitudes discriminatoires et autres dans la communauté ; Développement des mécanismes gratuits des frais éligibles et de consignation en justice par une reconnaissance d'indulgence des personnes déclarées vulnérables par le ministère des affaires sociales en vue de faciliter l'accès à la justice ; Développement des mécanismes d'implication communautaire sur le dispositif d'alerte et de dénonciation des cas de stigmatisation.

Problèmes prioritaires : Persistance de la stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH (i) ; Auto-stigmatisation des PVVIH et populations clés due à l'insuffisance d'information sur leurs droits et devoirs (ii) ; Insuffisance d'autonomie des PVVIH, SVS, PVH et populations clés dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base (iii) ; Difficulté d'accès des OEV à une prise en charge holistique (iv) Persistance des nombreux actes de discrimination et stigmatisation à l'endroit des SVS/VVS, VVBG, les victimes des inégalités liées au genre et populations clés par le personnel de santé et le corps de sécurité (v) Inégalités liées au genre dans la responsabilisation des femmes au poste de coordination (vi).

4.2.5 Soutien à la mise en œuvre du PSN 2018-2021

4.2.5.1 Pilotage

Depuis le début de l'épidémie du sida en RDC en 1983, plusieurs organes et structures ont été mises en place pour organiser la riposte au sida tant au niveau national que provincial. L'ordonnance présidentielle de 2011 révisant le décret présidentiel de 2004 portant création PNMLS a permis de renforcer le leadership national dans la riposte au sida.

Les réunions des organes de pilotage sont peu fréquentes (la dernière réunion du CNMLS date de 2014 et seulement six sur cent quatre-vingt réunions des CPMLS et CLMLS ont été tenues depuis 2014).

Problème prioritaire : Faible appropriation et engagement des autorités politico-administratives dans la riposte au VIH liés à l'insuffisance de fonctionnalité des organes de pilotage, à la dépendance quasi-totale aux ressources extérieures et à certaines contraintes procédurales qui limitent la capacité d'absorption optimale des ressources.

4.2.5.2 Coordination

Les organes de coordination existent à tous les niveaux (central, provincial et local) et dans toutes les composantes (publique, privée et communautaire). Plusieurs interventions ont été menées dans le domaine de la coordination, notamment le renforcement de capacités de quelques managers provinciaux du seul secteur santé ont été renforcés lors de deux éditions interuniversitaires VIH, Tuberculose et Hépatites ; les concertations multisectorielles au niveau national et provincial avec les différentes composantes de la riposte.

Problèmes prioritaires : Faiblesse de performance de structures de coordination à tous les niveaux liée à l'insuffisance des outils de programmation (plans sectoriels, plans opérationnels, etc), l'irrégularité de fonctionnement de cadre de concertation, la faible mobilisation des autorités politico-administratives, la faible application des diapositives du cadrage sectoriel (rôles et responsabilités des secteurs, non affectation des ressources) et le faible accompagnement des secteurs dans la mise en place des organes de coordination et l'intégration de la lutte au sein de leur système de base respectifs.

4.2.5.3 Composante communautaire

D'une manière générale, la société civile est impliquée dans la riposte au sida en RDC et représentée dans les différents organes de pilotage à tous les niveaux. Pour mieux coordonner leurs interventions, les organisations de la société civile sont regroupées en réseaux selon leurs tendances et cibles.

Problèmes prioritaires : Inexistence d'un cadre commun de concertation formel entre les Réseaux, ONG et OAC (i) ; insuffisance des capacités dans la mise en œuvre et le suivi des interventions (ii) ; Faible capacité des ONG/OAC dans la mobilisation des ressources tant interne qu'externe (iii); et Faible connaissance des procédures en gestion fiduciaires conformément aux normes exigées (iv).

4.2.5.4 Composante privée

La contribution de la composante privée ne dépasse pas 1% des fonds domestiques. Cependant, quelques entreprises organisent la prise en charge des PVVIH, le cas de la Bralima qui a atteint les objectifs 90-90-90. Outre la prise en charge, des entreprises engagées disposent des comités de lutte contre le sida conformément à la Convention collective interprofessionnelle nationale du travail.

Ces Entreprises sont coordonnées à travers la coalition Inter Entreprise de Lutte contre le sida, tuberculose et paludisme (CIELS) tant à Kinshasa qu'en provinces. Pour les entreprises Suédoises, la coordination est assurée par SWHAP.

Par ailleurs, tous les deux ans, un Forum National de mobilisation du monde du travail contre le sida (FONAST) est organisé. À ce jour cinq éditions ont été tenues.

Problèmes prioritaires : Faible capacité des mécanismes de coordination (i) ; Faible collaboration avec les différentes plateformes des entreprises (ii) ; Faible rapportage des interventions menées en milieu de travail (iii) ; et Faible contribution des entreprises dans le financement des activités de la riposte au VIH (iv) ;

4.2.5.5 Financement

Le pays a une très forte capacité de mobilisation de ressources externes. Plus de 80% de financement de la riposte nationale provient des ressources externes. Cependant, des efforts en termes d'absorption et de canalisation de ces ressources doivent être améliorés.

Problèmes prioritaires : Absence d'un plan de mobilisation de ressources (i) ; Faible capacité de mobilisation des ressources domestiques par manque de mécanisme de financement durable de la riposte nationale au sida (i) ; Insuffisance de la contribution financière de la composante privée (moins de 1% selon l'enquête REDES) (ii); Lourd fardeau des ménages dans le financement de la riposte (iii) ; Faible niveau de décaissement des fonds internes : 9% sur les 60% planifiés dans le PSN 2018-2021 (iv) ; Faible décaissement des fonds alloués au secteur Santé au niveau Central, soit à peine 70% de 10% du seuil du budget prévu en 2019 (v) ; Faible décaissement des fonds publics aux secteurs éducation et finances au niveau central (vi) ; Absence des lignes budgétaires VIH pour les 7 autres secteurs prioritaires au niveau Central (vii) ; Absence d'une ligne budgétaire VIH dans les budgets des 15 provinces sur les 26 (viii) ; Faible niveau de décaissement des lignes budgétaires VIH par les gouvernements provinciaux des 11 provinces (ix) ; Complexité des procédures de gestion fiduciaires (lourdeur et contrainte dans l'obtention des Avis de non objection à différents niveaux, multiples structures de prise de décision, etc.) (x) ; et Création du Fonds sida seulement dans quatre provinces dont trois sont opérationnelles (Kwilu, Kwango et Tshuapa) pour la mobilisation des ressources domestique (xi).

4.2.5.6 GAS

La coordination des approvisionnements est chapeauté par le PNLS avec l'appui du PNAM avec le financement du FM et PEPFAR. La quantification des besoins du pays en intrants de lutte est assurée par le PNLS. Les deux PTF achètent selon leur mécanisme respectif.

La formation sur la gestion des ARV a souffert du manque de financement depuis les quatre dernières années.

Problèmes prioritaires : Insuffisance de la contribution du Gouvernement (i); Quantifications non basées sur les besoins réels (ii) ; Approvisionnements insuffisants et ruptures récurrentes d'intrants et médicaments VIH et TB (iii) ; et faible niveau de coordination GAS (lourdeur du cycle logistique en intrants TB et VIH) par les différents PTF qui appuient (iv).

4.2.5.7 Suivi/évaluation

Des progrès importants ont été enregistrés en matière de mise en place des organes de suivi et évaluation. Les données générées au niveau périphérique dans les différents secteurs remontent à différents niveaux à travers le circuit sectoriel et sont compilés au niveau central dans les différents rapports selon les indicateurs du programme. On note aussi la production des rapports GAM qui sont transmis à l'échéance à l'ONUSIDA. Un vaste programme d'implémentation du Spectrum dans les provinces et zones de santé est en cour de réalisation pour une meilleure définition du profil épidémiologique VIH/ sida en RDC.

Les task-forces suivi et évaluation sont mises en place au niveau national et provincial. De plus quelques recherches opérationnelles ont été menées dans le pays (index stigma sur les populations clés, REDES, etc.)

Problèmes prioritaires : Lacunes dans la collecte des données, le suivi et la supervision, l'analyse et l'utilisation des données programmatiques à des fins de gestion du programme (i) ; Faible promptitude et complétude des données dans toutes les composantes (publique, privée et communautaire) liées aussi à la faible motivation des prestataires (ii); Tenue irrégulière des réunions de task force suivi évaluation (iii) ; Multiplicité du circuit d'information (iv) ; Absence de l'agenda de recherche (v) ; Insuffisance et/ou multiplicité des outils de gestion des données (vi) ; Existence d'un plan de suivi-évaluation non finalisé,(vii) ;

4.2.6 Évaluation et analyse critique du volet mobilisation et gestion des ressources

Les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du PSN 2018-2021 ont été estimées à 1.864.778.946 dollars américains. Pour la période allant de 2018 à 2019, elles sont estimées à 581.505.875 dollars américains, telles que reprises dans Le tableau ci-après :

Tableau 4 : Répartition des besoins de financement du PSN par axe stratégique (en USD)

Axes stratégiques	2018	2019	TOTAL	%
Axe 1 : La prévention de la transmission du VIH et des IST	61 228 814	102 054 263	163 283 077	28
Axe 2 : L'amélioration de la riposte contre le VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans	28 586 192	38 981 616	67 567 808	12
Axe 3 : La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	19 074 648	23 591 314	42 665 962	7
Axe 4: L'amélioration de l'accès aux soins et traitement	48 957 423	85 713 571	134 670 994	23
Effet 5: La promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH	25 972 097	47 219 098	73 191 195	13
Axe 6 : Le soutien à la mise en œuvre	38 234 388	61 892 451	100 126 839	17
TOTAL	222 053 562	359 452 314	581 505 875	100

Source : Budget PSN 2018-2021

Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre de ce PSN se sont élevées à environ 218 millions de dollars américains, soit un taux de mobilisation de 38% par rapport aux besoins de ce PSN au cours de deux années de sa mise en œuvre. Notons cependant que les ressources mobilisées en 2019 couvrent le premier semestre pour le Fonds mondial et le Gouvernement, tandis que pour le PEPFAR ils couvrent toute l'année.

Les principaux partenaires financiers sont le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont les contributions respectives représentent 63% et 33% de fonds mobilisés. Au niveau national, l'essentiel des ressources retracées a été mobilisé auprès de l'Etat et les données du secteur privé, ne sont pas connues. Le tableau ci-dessous mentionne les contributions par partenaires :

Tableau 5 : Répartition des fonds mobilisés par source de financement (en USD)

Sources de financement	BUDGET 2018	DEPENSES 2018	BUDGET 2019	DEPENSES 2019	TOTAL DEPENSES	TOTAL BUDGET	%
PEPFAR	71 677 811	55 086 636	65 495 000	54 634 476	109 721 112	137 172 811	80
GFATM	34 183 628	26 121 769	37 367 772	28 783 510	54 905 279	71 551 400	77
GOVERNEMENT	4 291 259	3 351 849	5 291 259	1404650	4 756 499	9 582 518	50
SYSTÈME DES NATIONS UNIES	ND	ND	ND	ND	-	ND	-
AUTRES PARTENAIRES	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
TOTAL	110 152 698	84 560 254	108 154 031	84 822 636	169 382 890	218 306 729	78

Les ressources effectivement dépensées sur la période 2018-2019 se chiffrent à 169,4 millions de dollars américains, soit un taux d'exécution budgétaire de 29,1% (par rapport aux besoins du PSN). Si on considère les ressources effectivement mobilisées sur 2018-2019 qui sont d'environ 218 millions de dollars américains, le taux d'absorption est de 78%.

Aussi, on note que l'axe portant sur l'amélioration de l'accès aux soins et traitement a le plus mobilisé des ressources (74% des besoins), tandis que les autres axes souffrent à être financés, et particulièrement l'axe 2 dont les dépenses ne couvrent que 0,5% des besoins estimés pour la période 2018-2019.

Tableau 6: Répartition des dépenses effectives par axe stratégique et par an (en USD)

Résultats Effets	Dépenses			Besoins du PSN 2018-2019	%
	2018	2019	Total		
Axe 1 : La prévention de la transmission du VIH et des IST	7 877 663	7 645 414	15 523 077	163 283 077	9,5
Axe 2 : L'amélioration de la riposte contre le VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans	265 676	75 795	341 471	67 567 808	0,5
Axe 3 : La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	4 892 051	5 033 769	9 925 820	42 665 962	23,3
Axe 4: L'amélioration de l'accès aux soins et traitement	45 767 473	53 232 241	98 999 714	134 670 994	73,5
Effet 5: La promotion d'un environnement favorable à la riposte pour le VIH	6 003 380	5 965 447	11 968 827	73 191 195	16,4
Axe 6 : Le soutien à la mise en œuvre	19 754 012	12 869 971	32 623 983	100 126 839	32,6
Total	84 560 255	84 746 842	169 382 892	581 505 875	29,1

Les constats ci-dessous sont apparus au cours de cette évaluation :

- Lors de cette revue il apparaît que le suivi budgétaire par rapport au PSN n'est pas réalisé (aucun rapport financier ne fait référence au budget du PSN), ce qui rend difficile le suivi de l'exécution des prévisions budgétaire du PSN.
- Les plans de travail et budgets annuels ne sont pas élaborés, d'où la difficulté de visualiser les domaines insuffisamment financés du PSN. Cela conduit aussi à l'absence d'une base factuelle pour la mobilisation des ressources sur la base des besoins non couverts.

- Quand bien même le rapport REDES est disponible uniquement pour 2015 à 2017, un suivi budgétaire est réalisé sur les subventions du Fonds mondial alors que pour le PEPFAR, le suivi est réalisé par populations bénéficiaires et non par « budget code ».
- Les informations financières du Système des Nations Unies portant sur le VIH ne sont pas systématiquement partagées avec le PNMLS.

En vue de renforcer la mobilisation, la gestion et la reddition des comptes sur le financement du PSN, il faudrait :

- Renforcer la fonction de coordination du PNMLS au niveau de la communication et l'agrégation des informations financières. Pour cela, il faudra organiser un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et Ministères sectoriels pour un rapportage financier régulier au PNMLS afin d'avoir un paysage financier complet ;
- Institutionnaliser la production des rapports REDES ;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources pour combler les gaps de financement du PSN identifiés.

5 PLAN STRATEGIQUE DE LA RIPOSTE AU VIH 2020-2023

5.1 Orientations stratégiques

Le plan stratégique national de la riposte au VIH 2020-2023 de la RDC, s'aligne aux différents engagements internationaux auxquels le pays a souscrit, notamment : l'atteinte des objectifs de développement durable en lien avec la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 à travers l'objectif 95-95-95 et le principe « Three ones » de l'ONUSIDA ainsi que les recommandations de l'OMS « tester-traiter ». Ce plan s'aligne également aux orientations des Plans Stratégiques de l'Union africaine, de la GLIA, de la CEEAC et de la SADC en matière de la riposte au VIH.

Le développement du PSN s'inscrit fondamentalement au plan national stratégique de développement économique et social de la RDC 2019-2023, aux orientations du programme du Gouvernement de la République couvrant la période 2019-2023, et tient compte ainsi des leçons tirées de la revue des performances du PSN 2018-2021.

Pour sa mise en œuvre, un accent particulier sera mis sur la diversification des ressources de financement, l'intensification des interventions à haut impact ciblant les populations prioritaires et des lieux à forte concentration des cibles prioritaires, les stimulations des mesures novatrices en faveur des personnes qui en ont le plus besoin, le renforcement de la coopération sous régionale mieux ciblée, et l'intensification de la synergie des interventions intersectorielles. Cette approche sera fondée sur la prévention positive, dignité et santé autour des personnes vivant avec le VIH.

5.2 Vision de la réponse nationale

La République Démocratique du Congo aura déjà débuté, à l'horizon 2030, la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle permettant d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement d'une manière générale, et aux services de VIH en particulier, dans la perspective d'une Génération sans sida dans un pays avec zéro nouvelle infection, zéro décès liés au VIH, zéro discrimination et stigmatisation, dans un contexte d'équité, de droits humains pour tous, d'égalité du genre et de redevabilité pour atteindre les objectifs d'élimination du sida comme problème de santé publique.

5.3 Principes directeurs du PSN 2020-2023

Les principes directeurs suivants donnent les orientations de la mise en œuvre du PSN (voir annexe 2) :

- 1) L'engagement politique fort ;
- 2) La multisectorialité et Intersectorialité effective de la réponse ;
- 3) Le respect des droits humains et du genre ;
- 4) La coordination et la décentralisation de la riposte jusqu'aux bénéficiaires ;
- 5) L'alignement et la redevabilité ;
- 6) Le renforcement de la demande pour l'utilisation des services offerts en matière de la riposte au VIH.

5.4 Orientations stratégiques prioritaires

L'analyse du contexte, de la situation et de la réponse permet également une allocation ciblée des ressources aux sous-groupes de la population ainsi qu'aux provinces qui en ont le plus besoin.

5.4.1 Cibles prioritaires

La priorisation des cibles se basant sur la prévalence, le comportement à risque, la dynamique des relations avec d'autres groupes sociaux et leurs facteurs de vulnérabilités au VIH, ainsi que la comorbidité. Les cibles prioritaires retenues dans le cadre de ce PSN sont :

- Les personnes vivant avec le VIH ;
- Les Coinfectés VIH/TB, VIH/Hépatites ;

- Les populations clés « moteurs de l'épidémie »: les PS, les HSH, les UDI, les TG et les prisonniers ;
- Les populations les plus exposées: les adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans, les femmes enceintes, les polytransfusés ;
- Les populations vulnérables : les déplacés internes, les réfugiés, les OEV, les Hommes en uniformes, les personnes vivant avec handicap, les survivants des violences sexuelles, les camionneurs, les pêcheurs et les miniers.

5.4.2 Provinces d'interventions à haut impact

Les provinces administratives de la RDC ont été classées en tenant compte de la prévalence du VIH, du poids démographique, de la cohorte des PVVIH sous TAR, du taux de détection de la TB et la multi résistance (aux antituberculeux) et du niveau de la réponse à l'épidémie. Ces différents paramètres ont été intégrés dans un outil en Excel (Outils de Priorisation des provinces en annexe) qui a permis de retenir 9 provinces d'interventions à haut impact. Ce sont les provinces de Haut-Uélé, Kinshasa, Bas-Uélé, Ituri, Kongo central, Maniema, Kasai-Oriental, Haut-Katanga et Nord-Kivu.

5.5 Axes stratégiques du PSN

Six axes stratégiques sont retenus dans ce PSN, à savoir :

- Axe 1 : Réduction de nouvelles infections ;
- Axe 2 : Elimination de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant (eTME) ;
- Axe 3 : Amélioration de l'accès aux soins et traitement ;
- Axe 4 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- Axe 5 : Promotion de l'environnement favorable aux populations vulnérables et populations clés ;
- Axe 6 : Soutien à la mise en œuvre du PSN 2020-2023.

6 Cadre des résultats

AXE 1 : REDUCTION DE NOUVELLES INFECTIONS

Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 90% d'ici à 2023

La prévalence moyenne du VIH est estimée à 1,2% dans la population générale selon l'EDS 2013-2014. Elle est plus élevée en milieu urbain (1,6%) que rural (0,9%), chez les femmes (1,6%) que chez les hommes (0,6 %) de 15-49 ans. Chez les adolescents de 15 – 19 ans, elle est estimée à 0,5% et à 1% chez les jeunes de 20 – 24 ans. Entre 35 – 40 ans, la prévalence du VIH est estimée à 1,9%.

De ce fait, la prévention combinée se présente comme la meilleure approche retenue dans ce PSN. Elle repose sur les 5 piliers à savoir : les populations clés, les adolescents et jeunes, le programme des préservatifs, la Santé Sexuelle et Reproductive ainsi que la Prévention à la prophylaxie préexposition (PrEP). Cette prévention vise le changement de comportement individuel et collectif à risque d'infection et de transmission du VIH.

Ainsi, pour réduire les nouvelles infections à VIH, la prévention combinée sera associée avec l'approche populationnelle. Elle concerne les différentes catégories de populations qui sont hautement exposées au risque des IST et VIH que sont : les camionneurs, les femmes et hommes en Uniforme et leurs dépendants, les miniers, les réfugiés et déplacés internes, les personnes vivant avec handicap et les enfants en situation de la rue (en rupture familiale) ainsi que les OEV sont identifiés comme Populations en contexte de vulnérabilité.

Par ailleurs un accent particulier sera mis sur l'accès aux différents services de prévention, à savoir: la communication pour le changement des comportements, la promotion de l'utilisation des préservatifs et du lubrifiant aqueux, la prise en charge des IST et des AES ainsi que la sécurité transfusionnelle et des injections.

Effet 1.1. : 90% de populations clés (TS, HSH, TG, UDI et prisonniers) adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023

Des connaissances solides en matière des IST et du VIH constituent un préalable essentiel à l'adoption des comportements sexuels à moindre risque chez les populations clés. Le développement et la mise en œuvre d'un plan et d'une stratégie de communication spécifique adressant les besoins réels des populations clés soutenus par des outils et supports adéquats et adaptés s'avèrent indispensables. La prévention combinée par l'offre des services de proximité et en stratégie avancée sera d'un grand apport.

	Ministère/Institution Responsable	Ministères & structures partenaires
Effet 1.1 : 90% des populations clés (TS, HSH, TG, UDI et prisonniers) adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023		
Prod. 1.1.1 : 90% de Travailleurs (ses) de sexe (TS) ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.1.1.1 : Développement des programmes de CCSC spécifiques aux TS y compris la mise à jour de la cartographie et estimation des tailles des TS</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, MGFE, MTVC MAS, MCM, MP, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.1.2 : Renforcement des capacités des prestataires dans les structures (Centres Conviviaux, FOSA) et OSC d'encadrement des TS dans toutes les provinces</i>		MJGS, MDH; MGFE, MAS, MEPST, MDR, MFPAM, MA, MPE, MCM, MJINC, MCA, OSC, PRIVÉ, PTF

	Ministère/Institution Responsable	Ministères & structures partenaires
<i>Strat. 1.1.1.3 : Mise en place d'un système de distribution de proximité des préservatifs et intensification du marketing social à travers les TS leaders (Matrone ou mère chefs), dans les points chauds, bars, boîtes de nuit, hôtels et kiosques, etc.)</i>	MT	MSP, MJGS, MDH, MGFE, MAS, MISAC, MCM, MCA, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.1.4 : Promotion des services de SSR et planification familiale aux TS</i>	MSP	MAS, MJINC, MGFE, MCM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.1.5 : Promotion et accessibilité à la PrEP et PEP en faveur des TS</i>		MAS, OSC, PRIVÉ, PTF
Prod. 1.1.2 : 90% d'Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.1.2.1 : Développement des programmes de CCSC spécifiques aux HSH y compris la mise à jour de la cartographie et estimation des tailles des HSH</i>	MSP	MEPST, MJGS, MDH, MGFE, MISAC, MCM, MP, MTVC, MJINT, MCA, MSL, MPTNIC, MSU, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.2.2 : Renforcement des capacités des prestataires dans les structures (Centres Conviviaux, FOA) et OSC d'encadrement des HSH dans toutes les provinces</i>		MJGS, MDH, MGFE, MCM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.2.3 : Mobilisation des HSH en stratégie avancée (CCSC, préservatifs, lubrifiants, CDV avec clinique mobile, PrEP et prise en charge des IST, ...)</i>		MEPST, MESU, MJGS, MDH, MGFE, MISAC, MCM, MP, MTVC, MJINT, MCA, MSL, MPTNIC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.2.4 : Promotion de l'approche de la pair éducation améliorée (EPOA: Enhance Peer Outreach Approach)</i>		
<i>Strat. 1.1.2.5 : Promotion et accessibilité de la PrEP et PEP en faveur des HSH</i>		OSC, PRIVÉ, PTF
Prod. 1.1.3 : 90% de Transgenres (TG) ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.1.3.1 : Renforcement des programmes de formations des prestataires (Centres Conviviaux, FOA), TG et OSC d'encadrement des TG portant sur des matières liées au risque de contamination au VIH et les moyens de s'en prévenir</i>	MSP	MAS, MISAC, MJGS, MDH, MJINC, MTVC, MGFE, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.3.2 : Promotion de l'approche de la pair éducation améliorée (EPOA: Enhance Peer Outreach Approach)</i>		MAS, MISAC, MJGS, MDH, MJINC, MTVC, MGFE, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.3.3 : Développement des programmes de CCSC spécifiques aux TG y compris la mise à jour de la cartographie et estimation des tailles des TG</i>		MCM, MJGS, MDH, MGFE, MP, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.3.4 : Mobilisation en stratégie avancée adaptée aux TG (CCSC, préservatifs, lubrifiants, CDV avec clinique mobile, PrEP et prise en charge des IST, ...)</i>	MSP	MCM, MJGS, MDH, MGFE, MP, OSC, PRIVÉ, PTF

	Ministère/Institution Responsable	Ministères & structures partenaires
<i>Strat. 1.1.3.5 : Promotion et Mise à disposition des préservatifs et lubrifiants aux TG dans les lieux de fréquentation</i>	MT	MSP, MJGS, MDH, MISAC, OSC, PTF
Prod. 1.1.4 : 90% d'utilisateurs des drogues injectables (UDI) ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.1.4.1 : Développement des programmes de CCSC spécifiques aux UDI y compris la mise à jour de la cartographie et estimation des tailles des UDI</i>	MSP	MISAC, MJGS, MDH, MGFE, MAS, MP, MTVC, MDRI, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.4.2 : Mise en place d'une politique nationale intégrée (les risques liés à la consommation des drogues en lien avec le VIH, les hépatites, la syphilis)</i>		
<i>Strat. 1.1.4.3 : Extension des espaces de désintoxication et de substitution aux opioïdes intégrés dans les centres conviviaux (Fumoir thérapeutique) en faveur des UDI</i>		MISAC, MJGS, MDH, MGFE, MAS, MP, MTVC, MDRI, ME, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.4.4 : Promotion de l'accès aux préservatifs et aux kits MSP (seringues autobloquantes, ouate, alcool, matériels stériles) pour la consommation à moindre risque des drogues</i>		MISAC, MJGS, MDH, MGFE, MAS, MP, MTVC, MDRI, ME, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.4.5 : Promotion de l'approche de la pair éducation améliorée (EPOA: Enhance Peer Outreach Approach) pour les UDI</i>		MISAC, MJGS, MDH, MGFE, MAS, MP, MTVC, MDRI, ME, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
Prod. 1.1.5 : 90% de Prisonniers ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.1.5.1 : Développement des programmes de CCSC spécifiques aux prisonniers y compris la mise à jour de la cartographie et estimation des tailles des prisonniers</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.5.2 : Plaidoyer auprès des autorités judiciaires et pénitentiaires en faveur de la prévention de proximité (préservatifs et dépistage, aliments, ATPE) dans le milieu carcéral</i>		MJGS, MDH, MCM, MAS, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.5.3 : Intensification de CCSC en milieu carcéral</i>	MJGS	MSP, MDH, MCA, MISAC, MAS, MJINC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.1.5.4 : Renforcement des capacités des prestataires des services de santé en milieu pénitentiaire dans la prise en charge des IST et VIH dans l'optique de continuum de soins</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, MCM, MJINC, MDNAC, OSC, PRIVÉ, PTF

Effet 1.2 : 90% des adolescents et jeunes scolarisés, non scolarisés (enfants vivant avec le VIH, OEV, enfants vivant avec handicap, populations clés et vulnérables) âgés de 10 à 24 ans adoptent un comportement à moindre risque de contamination du VIH d'ici à 2023

Les cibles retenues dans cet effet font partie des populations vulnérables.

Les interventions stratégiques pour cette tranche d'âge porteront essentiellement sur la mobilisation des parents, des enseignants, des leaders religieux et communautaires ainsi que des autorités politico

administratives sur la nécessité de la prévention des IST/ VIH, Droits, Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) et le dépistage du VIH en faveur des adolescents et des jeunes. L'implication de tous les acteurs et la création des centres conviviaux (ou Drop In Center « DIC »), des espaces sûrs et sécurisés seront nécessaires pour mieux adresser les besoins des adolescents et des jeunes scolarisés et non-scolarisés. Enfin, la promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles, l'utilisation des médias sociaux pour donner les informations sur la disponibilité de service VIH auprès des adolescents et jeunes ainsi que la mobilisation des communautés pour l'élimination des barrières socioculturelles et juridiques limitant l'accès des personnes de moins de 18 ans aux services de prévention des IST, VIH, de Droits et SSRAJ, seront d'une grande importance.

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 1.2 : 90% d'adolescents et jeunes scolarisés, non scolarisés (enfants vivant avec le VIH, OEV, enfants vivant avec handicap, populations clés et vulnérables,) âgés de 10 à 24 ans adoptent un comportement à moindre risque de contamination du VIH d'ici 2023		
Prod. 1.2.1 : 90% d'adolescents âgés de 10 à 14 ans ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.2.1.1 : Développement des projets communautaires intégrés de CCSC de proximité et de masse ciblant les adolescents de 10 à 14 ans de toutes les catégories</i>	MJINC	MSP, MESU, MEPST, MFPAM, MSL, MAS, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.2 : Mobilisation des parents et adolescents pairs éducateurs (approche de réseautage) pour l'accès des adolescents à l'information et services (IEC/CCSC, Dépistage)</i>	MGFE	MJINC, MEPST, MESU, MFPAM, MAS, MSP, MCA, MPTNTIC, MCM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.3 : Utilisation des NTIC pour rendre disponibles les informations sur la prévention et les services VIH organisés</i>	MPTNTIC	MCM, MJINC, MEPST, MESU, MFPAM, MSL, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.4 : Renforcement de programme de formation des prestataires, acteurs communautaires, adolescents scolarisés et non scolarisés en matière de prévention des IST, VIH, SSR et nutrition</i>	MSP	MEPST, MESU, MFPAM, MSP, MJINC, MAS, MGFE, MSL, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.5 : Intégration de programme VIH dans les curricula de l'enseignement non formel</i>	MAS	MSP, MESU, MFPAM, MJINC, MSL, MCA, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.6 : Extension de programme VIH dans les curricula de l'enseignement formel</i>	METPS	MSP, MESU, MFPAM, MJINC, MAS, MCA, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.1.7 : Renforcement du plaidoyer pour l'élimination des barrières juridiques limitant l'accès des personnes de moins de 18 ans aux services de prévention du VIH, IST et de SSR</i>	MJGS	MSP, MDH, MJINC, MEPST, MESU, MFPAM, MSL, MGFE, MAS, MISAC, OSC, PTF
Prod. 1.2.2 : 90% d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.2.2.1 : Développement des projets communautaires intégrés de CCSC de proximité et de masse ciblant les adolescents de 15 à 19 ans de toutes les catégories</i>	MJINC	MEPST, MESU, MFPAM, MSP, MGFE, MAS, MAHSN, MCM, MDRI, MTVC, OSC, PTF

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 1.2.2.2 : Utilisation des NTIC pour rendre disponibles les informations sur la prévention et les services VIH organisés</i>	MPTNTIC	MSP, MCM, MJINC, MTVC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.2.3 : Renforcement de programme de formation des organisations de la société civile, adolescents scolarisés et non scolarisés en matière de prévention des IST, VIH, de SSR, de nutrition et des violences sexuelles et basées sur le genre</i>	MJINC	MSP, MEPST, MESU, MFPAM, MSP, MAS, MAHSN, MGFE, MCM, MTVC, MCA, MM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.2.4 : Renforcement et extension de programme de promotion et distribution des préservatifs masculins et féminins dans le système sanitaire et communautaire (CEICA, centres des jeunes, espaces jeunes, ...) adapté aux adolescents</i>	MSP	Tous ministères, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.2.5 : Mobilisation des adolescents par l'approche pair éducation pour l'offre de paquet des services (IEC/CCSC, Dépistage)</i>	MJINC	MSP, MEPST, MSL, MA, MM, MTVC, OSC, PRIVE, PTF
Prod. 1.2.3 : 90% de jeunes âgés de 20 à 24 ans ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.2.3.1 : Développement des projets communautaires intégrés de CCSC de proximité et de masse ciblant les jeunes de 20 à 24 ans de toutes les catégories</i>	MJINC	MEPST, MESU, MFPAM, MSP, MGFE, MAS, MAHSN, MCM, MDRI, MTVC, OSC, PTF
<i>Strat. 1.2.3.2 : Utilisation des NTIC pour rendre disponibles les informations sur la prévention et les services VIH organisés</i>	PTNTIC	MSP, MCM, MJINC, MTVC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.3.3 : Renforcement de programme de formation des jeunes et OSC en matière de prévention du VIH, de SSR, de nutrition et des violences sexuelles basées sur le genre en milieu de jeunes</i>	MJINC	MSP, MEPST, MESU, MFPAM, MSP, MAS, MAHSN, MGFE, MCM, MTVC, MCA, MM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.3.4 : Renforcement et extension de programme de promotion et distribution des préservatifs masculins et féminins dans le système sanitaire et communautaire adapté aux jeunes</i>	MSP	Tous ministères, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.2.3.5 : Utilisation de l'approche pair éducation pour l'offre des services IEC/CCSC, Dépistage</i>	MJINC	MSP, MEPST, MSL, MA, MM, MTVC, OSC, PRIVE, PTF

Effet 1.3 : 90% de populations vulnérables (camionneurs, miniers, pêcheurs, femmes et hommes en uniformes et leurs dépendants, réfugiés, déplacés internes, transfrontaliers, survivants de violences sexuelles et les personnes vivant avec handicap) adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023

Pour atteindre ces résultats, il est planifié d'accroître le niveau de connaissances sur le VIH notamment en rendant disponible et accessible les services de prévention de proximité adaptés aux populations vulnérables et la mise en place des Postes de santé dans les gares routières, les carrières minières,

campements de pêcheurs et les ports offrant les services de prise en charge des IST, préservatifs, et de sensibilisation.

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 1.3 : 90% des populations vulnérables (camionneurs, miniers, pêcheurs, femmes et hommes en uniformes, réfugiés, déplacés internes, transfrontaliers, survivants de violences sexuelles et les personnes vivant avec handicap) adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023		
Prod. 1.3.1 : 90% de personnes vivant avec handicap ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.3.1.1 : Développement des programmes spécifiques de communication et distribution des préservatifs aux personnes vivant avec handicap y compris l'élaboration de la cartographie et estimation des tailles des PVH</i>	MAS	MDPVHPV, MSP, MCM, MJGS, MP, MDH, MGFE, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.3.1.2 : Mobilisation de PVH dans la prévention des IST/VIH/TB, SSR et malnutrition</i>		MSP, MDPVHPV, MGFE, OSC, PRIVÉ, PTF
Prod. 1.3.2 : 90% de miniers, camionneurs, transfrontaliers, pêcheurs, Hommes en uniformes ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.3.2.1 : Développement des services VIH (CCSC, préservatifs) en stratégies avancées auprès des différentes catégories de population vulnérable</i>	MSP	MAS, MM, MTVC, MPE, MDAC, MISAC, MA, MPE, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.3.2.2 : Développement de la prévention combinée du VIH en approche sous – régionale au niveau des frontières pour les populations mobiles (camionneurs, pêcheurs)</i>	MCIIRF	MTVC, MPE, MIAC, MAE, MPE, MSP, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.3.2.3 : Renforcement des capacités des pairs éducateurs de différents groupes-cibles</i>	Tous Ministères concernés	OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.3.2.4 : Renforcement de l'intégration du programme VIH, IST, SSR, Nutrition, genre et VSBG dans les cursus de formation des hommes en uniforme</i>	MDNAC/MIS AC	MISAC, MSP, MGFE, MAS, OSC, PTF
<i>Strat. 1.3.2.5 : Renforcement de la prévention du VIH et IST en faveur des dépendants des hommes en uniforme</i>		MISAC, MSP, OSC, PTF
Prod. 1.3.3 : 90% de réfugiés et déplacés internes ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023.		
<i>Strat. 1.3.3.1 : Mobilisation des réfugiés et des déplacés internes en stratégie avancée (CCSC, préservatifs, lubrifiants, CDV avec clinique mobile, à l'infection à VIH et prise en charge des IST, ...)</i>	MISAC	MSP, MTVC, MDRI, MCA, MPTNTIC, MAS, MAHSN, OSC, PRVE, PTF
<i>Strat. 1.3.3.2 : Développement de la prévention combinée du VIH en approche sous – régionale au niveau des frontières pour les populations mobiles (des réfugiés et des déplacés internes)</i>	MAHSN	MAS, MTVC, MDRI, MISAC, MCIIRF, MSP, OSC, PTF

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 1.3.3.3 : Mise en place des directives standardisées avec les pays limitrophes pour les interventions VIH en situation d'urgence</i>	MCIIRF	MAHSN, MSP, MISAC, MDRI,, OSC, PTF
Prod. 1.3.4 : 90% de survivants des violences sexuelles ont accès au kit PEP dans les 72 heures suivant l'exposition d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.3.4.1 : Renforcement des capacités des prestataires de services de santé dans la prise en charge (médicale, psychologique, juridique) des SVS et l'utilisation de kit PEP selon le protocole validé au niveau national</i>	MSP	MJGS, MDH, MAS, MGFE, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.3.4.2 : Mobilisation des communautés dans la lutte contre les violences sexuelles basées sur le Genre, leur déclaration immédiate et sur l'importance de l'utilisation des Kit PEP</i>	MGFE	MSP, MJGS, MDH, MAS, MISAC, MDRI, OSC, PRIVÉ, PTF

Effet 1.4 : 90% de populations adultes âgées de 25 ans et plus et celles en milieu du travail adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023

En vue de garder une mobilisation générale de la population dans la riposte au VIH, les organisations de la société civile et privées ainsi que les institutions publiques seront mises en contribution dans les activités de prévention primaire. Cela passera par le développement des programmes spécifiques de communication pour le changement social et des comportements face aux IST/VIH/TB/SSR, ciblant les populations de 25 ans et plus ; et celles en milieu de travail. Il sera aussi question de faire la promotion, l'intensification du marketing social et l'extension des points de distribution des préservatifs dans le système sanitaire et communautaire ainsi que l'implication des communautés dans l'offre des services de planification familiale.

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 1.4 : 90% des populations âgées de 25 ans et plus et celles en milieu du travail adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023		
Prod. 1.4.1 : 90% de la population âgée de 25 ans et plus ont accès aux services de prévention primaire d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.4.1.1 : Développement des programmes de CCSC spécifiques ciblant les adultes âgés de 25 ans et plus</i>	MSP	Tous ministères concernés, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.4.1.2 : Mobilisation des autorités, leaders religieux et communautaires en faveur de la prévention du VIH/IST/TB et la SSR au sein de leurs communautés</i>	SEN/SEP du PNMLS	
<i>Strat. 1.4.1.3 : Mobilisation à travers les différents médias et NTIC sur le VIH, TB, IST, SSR et nutrition</i>	MCM	
Prod. 1.4.2 : 90% de la population en milieu du travail ont accès aux services de prévention combinée d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.4.2.1 : Intégration des programmes de CCSC spécifiques en faveur des populations en milieu du travail</i>	METPS/MFP	

<i>Strat. 1.4.2.2 : Mise en place d'une politique nationale en matière du VIH en milieu du travail (promulgation, vulgarisation de la loi, plaidoyer auprès des entreprises et accompagnement pour les dispositifs d'application) prenant en compte les recommandations de l'OIT (Convention 190 et Recommandations 200)</i>		Tous ministères concernés, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.4.2.3 : Renforcement des capacités des pairs éducateurs dans la prévention de la coinfection VIH/TB et SSR</i>		OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.4.2.4 : Renforcement et extension des programmes de promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants</i>		MSP, OSC, PRIVÉ, PTF

Effet 1.5 : La proportion des IST est réduite de 80% parmi les cas identifiés dans les services de consultation d'ici à 2023

Les interventions relatives à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) seront coordonnées par le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST du ministère de la santé qui en fixe les normes, les directives et supervise leur mise en œuvre.

L'accent sera mis sur la promotion d'une sexualité responsable passant par l'utilisation correcte et systématique des préservatifs lors de tout rapport sexuel occasionnel. On note également que, les cas d'IST diagnostiqués et traités conformément au schéma national seront conseillés et dépistés pour le VIH, hépatites B et C. La chaîne d'approvisionnement en intrants, en matériel de protection et en produits de prise en charge sera renforcée.

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 1.5 : La proportion d'IST est réduite de 80% parmi les cas identifiés dans les services de consultation d'ici à 2023		
Prod. 1.5.1 : 100% des cas d'IST sont notifiés et traités conformément au schéma national dans les FOSA d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.5.1.1 : Renforcement de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique actualisée dans les FOSA</i>	MSP	MESU, MEPST, MDAC, METPS, MTVC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.5.1.2 : Renforcement de la prise en charge des IST selon l'approche étiologique actualisée dans les FOSA de référence</i>		
Prod. 1.5.2 : 90% de cas IST diagnostiqués et traités conformément au protocole national sont conseillés et dépistés pour le VIH, hépatites B et C d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.5.2.1 : Promotion du DCIP dans les services de prise en charge des IST</i>	MSP	MESU, MEPST, MDAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.5.2.2 : Intégration du diagnostic des hépatites B et C dans les FOSA</i>		
<i>Strat. 1.5.2.3 : Approvisionnement des FOSA en intrants de dépistage des cas des hépatites B et C</i>		
<i>Strat. 1.5.2.4 : Intégration des services de CDV et de PEC syndromique des IST dans les centres de santé pénitentiaire</i>		MJGS, MDH, OSC, PTF

Effet 1.6 : La transmission du VIH par voie sanguine et autres liquides biologiques est réduite à moins d'1% d'ici à 2023

L'objectif visé est de tester toutes les poches de sang aux quatre marqueurs* de base (VIH, hépatites B et C, et Syphilis.). Aussi, il faudra parer au déficit en ressources humaines qualifiées dans la chaîne

transfusionnelle à travers la formation du personnel qui y est impliqué. Il est donc indispensable de doter toutes les unités hospitalières de transfusion sanguine en équipement de chaîne de froid pour constituer une banque de sang avec conservation de poches de sang de manière appropriée.

La prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques sera renforcée à travers la formation des prestataires de soins, la mise à disposition des kits PEP, le renforcement du système de gestion incluant l'approvisionnement régulier des structures de soins en réactifs et consommables de Sécurité transfusionnelle spécifiques, le contrôle de qualité interne et externe ainsi que l'hémovigilance.

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 1.6 : La transmission du VIH par voie sanguine et autres liquides biologiques est réduite à moins d'1% d'ici à 2023		
Prod. 1.6.1 : La proportion de donateurs bénévoles fidélisés est passée de 33,7% à 90% du besoin national d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.6.1.1 : Renforcement de la mobilisation des communautés sur le don bénévole du sang et la fidélisation des donateurs bénévoles de sang à travers la CCSC</i>	MSP	MCM, MPTNTIC, MAHS, MCA, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.6.1.2 : Développement et optimisation de la collecte des dons partout où elle sera possible</i>		
<i>Strat. 1.6.1.3 : Amélioration de la couverture des CPTS et en Banque de sang dans les FOSA</i>		OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.6.1.4 : Mise en place d'un mécanisme efficace de gestion des données des banques de sang</i>		
Prod. 1.6.2 : 100 % de poches de sang sont testés aux quatre marqueurs d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.6.2.1 : Renforcement du système de gestion incluant l'approvisionnement régulier des structures de soins en réactifs et consommables de Sécurité transfusionnelle spécifiques, le contrôle de qualité interne et externe ainsi que l'hémovigilance</i>	MPTNTIC	OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.6.2.2 : Centralisation de la production des produits sanguins sur les plateaux techniques habilités (CNTS, CPTS et CHRYS associés)</i>	MSP	
<i>Strat. 1.6.2.3 : Renforcement du plateau technique des banques de sang en équipement et formation</i>		
<i>Strat. 1.6.2.4 : Adoption et mise en œuvre de la politique et du guide de l'utilisation clinique du sang</i>		
Prod. 1.6.3 : 330 CHRYS supplémentaires sont intégrés dans le réseau transfusionnel et assurent la sécurité transfusionnelle conformément aux normes nationales, d'ici à 2023		
<i>Strat. 1.6.3.1 : Renforcement des capacités/mise à niveau du CNTS, des CPTS, des PT et des CHRYS ciblés</i>	MSP	OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 1.6.3.2 : Développement et extension du management de qualité y compris matériovigilance dans les FOSA</i>		

	Institution Responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 1.6.4 : 90% de cas d'accidents d'exposition au sang et aux autres liquides biologiques fréquentant les services de santé ont accès au kit PEP dans les 72 heures suivant l'exposition d'ici à 2023		
Strat. 1.6.4.1 : Développement et opérationnalisation d'un programme assurant les précautions universelles y compris les normes environnementales	MSP	ME, OSC, PRIVÉ, PTF
Strat. 1.6.4.2 : Renforcement des capacités des prestataires de services de santé dans la prise en charge (médicale, psychologique) des cas et l'utilisation de kit PEP selon le protocole validé au niveau national		

AXE 2 : ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

Impact 2 : Les nouvelles infections chez les nourrissons nés des mères infectées par le VIH sont réduites de 75% d'ici à 2023

Effet 2.1 : 90% de jeunes filles et femmes en âge de procréer adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023

L'approche stratégique est d'intensifier la mobilisation des communautés notamment les femmes en âge de procréer et leurs partenaires sur la prévention du VIH et des IST. Il s'agira ici de mettre en œuvre les stratégies de prévention combinée et du PEP spécialement adressées aux filles et femmes en âge de procréer, soit de 15 ans et plus, pour la réduction de nouvelles infections à VIH.

La majorité d'interventions ciblant les jeunes filles et femmes de 15 à 49 ans sont déjà développées dans l'axe 1.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 2.1 : 90% de jeunes filles et femmes en âge de procréer adoptent un comportement à moindre risque de contamination au VIH d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 2.1.1 : 90% (8.897.697) de jeunes filles et femmes en âge de procréer sont touchées par le programme de mobilisation spécifique sur le VIH et les IST d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.1.1.1 : Intensification de la mobilisation des communautés et notamment les jeunes filles et femmes en âge de procréer et leurs partenaires sur la prévention du VIH et des IST</i>	MSP	MGFE, MEPST, MESU, MFPAM, MJINC, MSL, MCM, MPTNTIC, OSC, PTF
<i>Strat. 2.1.1.2 : Renforcement des capacités des organisations communautaires et des leaders religieux dans la mobilisation des jeunes filles et femmes en âge de procréer en faveur de la PTME</i>		MGFE, JINC, MSL, MEPST, MFPAM, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.1.1.3 : Amélioration de la couverture de la pair éducation (Jeunes pairs-éducateurs, mères mentors, Expert-patients)</i>		MJINC, MESU, MEPST, MFPAM, MSL, OSC, PTF

Effet 2.2 : 50% de femmes VIH+ en âge de procréer et leurs partenaires utilisent une méthode contraceptive moderne d'ici à 2023

Les services de planification familiale (PF) sont confrontés à la fois aux problèmes de l'offre et de la demande, et aussi d'insuffisance d'informations sur les femmes séropositives qui utilisent la PF. La faible demande des services de PF est due notamment à l'ignorance des avantages des méthodes de planification familiale, à la peur des effets secondaires, à certaines croyances religieuses, à la culture de certaines tribus et à la stigmatisation surtout pour les adolescentes.

Par ailleurs, l'approche stratégique de l'eTME portera sur la mobilisation des jeunes filles et femmes VIH + et leurs partenaires masculins à la planification familiale et à l'expression de leurs besoins selon les orientations du PNSR.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 2.2 : 50% de femmes VIH+ en âge de procréer et leurs partenaires utilisent une méthode contraceptive moderne d'ici à 2023		
Prod. 2.2.1 : 35% (3.102) de FOSA offrent au moins 3 méthodes contraceptives modernes d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.2.1.1 : Amélioration de la couverture des services de PF dans les FOSA</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.2.1.2 : Renforcement des compétences des prestataires des FOSA et communautaires en PF</i>		
<i>Strat. 2.2.1.3 : Approvisionnement régulier en contraceptifs et autres intrants</i>		
Prod. 2.2.2 : 40% de besoins non satisfaits en contraception chez les femmes VIH + en âge de procréer sont couverts d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.2.2.1 : Renforcement de lien opérationnel entre les différents points de prestation de service SMNE/PTME et TAR/PECP</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.2.2.2 : Mobilisation des jeunes filles et femmes VIH+ en âge de procréer et leurs partenaires masculins à la PF</i>		MGFE, MJINC, MEPST, MESU, MFPAM, OSC, PTF

Effet 2.3 : 90% de femmes enceintes séropositives bénéficient des ARV en vue de réduire la transmission de la mère à l'enfant d'ici à 2023

La volonté d'atteindre l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera une réalité si la majorité des femmes enceintes fréquentent tôt (au 1^{er} trimestre de la grossesse) les services CPN afin d'être dépistées au VIH, de connaître leurs statuts sérologiques et de bénéficier du TAR.

Cependant l'utilisation des services CPN1 par les femmes enceintes, leur accès au dépistage, et aussi aux ARV restent encore un défi à relever, y compris l'extension de la couverture de la PTME dans toutes les ZS, et dans toutes les FOSA de ces zones.

L'approche stratégique est d'intensifier la mobilisation de la communauté (femmes et leurs partenaires masculins ; associations de femmes à haut risque dont les TS, les femmes en uniforme, victimes de viol, etc. ; leaders communautaires et religieux ; et autorités politico-administratives) sur l'utilisation des services CPN, de faire impliquer les partenaires masculins des femmes enceintes dans les activités PTME (CPN PAPA, CPN de weekend et des jours fériés, etc.), d'améliorer la couverture des services PTME et des approches de la pair éducation (groupe d'auto support ; mères mentors ; patients experts ; super patients, etc.), d'intensifier la sensibilisation des femmes et de la communauté sur les avantages du TAR dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 2.3 : 90% de femmes enceintes séropositives bénéficient des ARV en vue de réduire la transmission de la mère à l'enfant d'ici à 2023		
Prod. 2.3.1 : 95% (3.236.359) de femmes enceintes utilisent les services CPN1 d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.1.1 : Renforcement des compétences des leaders communautaires et religieux, des pairs éducateurs en PTME</i>	MSP	MGFE, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.3.1.2 : Intensification de la mobilisation des communautés (femmes et leurs partenaires masculins, TS, femmes en uniforme, victimes de viol, etc., leaders communautaires et religieux, autorités politico-administratives) sur l'utilisation des services CPN</i>	MGFE	MSP, MAS, OSC, PTF
Prod. 2.3.2 : 40% (1.362.677) de femmes enceintes utilisent les services CPN1 au T1 d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.2.1 : Intensification de la mobilisation de la communauté (femmes et leurs partenaires masculins, TS, femmes en uniforme, victimes de viol, etc., leaders communautaires) sur l'utilisation des services CPN1 au T1</i>	MGFE	MSP, MAS, OSC, PTF
Prod. 2.3.3 : 30% (511.004) de partenaires masculins sont impliqués dans les activités CPN d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.3.1 : Intensification de la sensibilisation de la communauté (femmes et leurs partenaires masculins, TS, femmes en uniforme) sur l'importance du dépistage du VIH au cours de la CPN</i>	MGFE	MSP, MAS, OSC, PTF
<i>Strat. 2.3.3.2 : Promotion et extension des approches novatrices (CPN PAPA, CPN de weekend et des jours fériés...)</i>	MSP	MAS, MGFE, OSC, PTF
<i>Strat. 2.3.3.3 : Intégration de la participation du partenaire masculin dans les CPN de sa conjointe dans la politique nationale du VIH en milieu du travail et autres textes réglementaires</i>	METPS	MFP, MSP, OSC, PRIVE, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 2.3.4 : 90% (20.425) de femmes enceintes vivant avec le VIH sont dépistées et ont retiré leurs résultats d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.4.1 : Intensification de la sensibilisation des communautés (femmes et leurs partenaires masculins, TS, femmes en uniforme, etc.) sur l'importance du dépistage du VIH au cours de la CPN</i>	MSP	MGFE, MAS, OSC, PTF
<i>Strat. 2.3.4.2 : Promotion du dépistage du VIH centré sur la famille (cas index familial, ou dans la fratrie) y compris les partenaires masculins des femmes enceintes et partage du statut sérologique</i>		
<i>Strat. 2.3.4.3 : Amélioration de la couverture des approches des pairs éducations (groupe d'auto support; mère mentors; patients experts; super patients)</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 2.3.4.4 : Extension des services de PTME (dépistage) et SMNE dans toutes les FOSA et leur rapprochement dans les communautés</i>		
Prod. 2.3.5 : 95% (21.559) de femmes enceintes VIH+ sont mises sous ARV d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.5.1 : Renforcement des capacités des professionnels de santé sur la prise en charge du VIH et sur la délégation des tâches</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.3.5.2 : Mobilisation des femmes enceintes sous TAR au suivi régulier de leur traitement</i>		
<i>Strat. 2.3.5.3 : Renforcement de la gestion et le suivi des intrants et médicaments</i>		
Prod. 2.3.6 : 81% (16.543) de femmes enceintes VIH+ sous TAR ont une charge virale supprimée d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.6.1 : Renforcement des capacités des Prestataires en éducation thérapeutique</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.3.6.2 : Intensification de l'éducation thérapeutique auprès des femmes enceintes VIH+ et leurs partenaires pour une adhérence au traitement</i>		
<i>Strat. 2.3.6.3 : Mobilisation des communautés sur l'observance du traitement et de l'utilisation des services des charges virales en faveur des femmes enceintes VIH+ (campagne de masse dans les groupes spécifiques, etc.)</i>		OSC, PTF
Prod. 2.3.7 : 70% (2.384.686) de femmes enceintes sont dépistées pour la syphilis d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.3.7.1 : Promotion du dépistage systématique de la syphilis lors des CPN</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 2.3.7.2 : Intégration de DUO TEST VIH/SYPHILIS dans le dépistage des femmes enceintes</i>		
<i>Strat. 2.3.7.3 : Intensification de la sensibilisation des communautés sur l'importance du dépistage de la syphilis</i>		
Prod. 2.3.8 : 90% (64.999) de femmes enceintes dépistées positives à la syphilis sont traitées d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 2.3.8.1 : Renforcement des capacités des prestataires sur la PEC de la syphilis lors des CPN selon le protocole national</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.3.8.2 : Approvisionnement des structures en médicaments et intrants pour la PEC de la Syphilis</i>		

Effet 2.4 : 90% des femmes VIH+, leurs enfants et leurs familles bénéficient des soins et traitements d'ici à 2023

Seulement 28% d'enfants exposés sont mis sous prophylaxie aux ARV et 15% ont bénéficié des tests virologiques dans les 2 mois suivant leur naissance. Cette situation est due aux ruptures fréquentes de stock en intrants et réactifs, aux approvisionnements en quantité insuffisante en DBS, aux difficultés d'expédition de tous les échantillons vers le laboratoire de réseautage et d'analyse, au retard dans le rendu des résultats, à la faible proportion de professionnels de santé formés pour la PCR, et à la faible implication des prestataires cliniques et communautaires dans le suivi du couple Mère-enfant.

L'approche stratégique est de mobiliser les parents des enfants sous prophylaxie aux ARV au suivi régulier du traitement et au dépistage précoce de leurs enfants, d'améliorer la couverture de point of care (POC), et aussi de renforcer les capacités des prestataires.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 2.4 : 90% des femmes infectées, leurs enfants et leurs familles bénéficient des soins et traitements postnatals d'ici à 2023		
Prod. 2.4.1 : 70% (15.886) d'enfants exposés sont mis sous prophylaxie ARV d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.4.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires en TAR pédiatrique</i>	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.4.1.2 : Renforcement des mécanismes novateurs de motivation des ressources humaines (Stage, tutorat, PBF, supervision, partage d'expérience, etc.)</i>		
<i>Strat. 2.4.1.3 : Mobilisation des parents des enfants sous prophylaxie ARV au suivi régulier du traitement (éducation thérapeutique)</i>		
Prod. 2.4.2 : 70% (15.886) d'enfants nés des mères séropositives ont accès aux tests virologiques dans les 2 mois de leur naissance d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.4.2.1 : Amélioration de la couverture de point of care (POC) pour le diagnostic précoce des enfants exposés au VIH (mise à l'échelle de l'EID à l'aide d'un plan)</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 2.4.2.2 : Organisation du système de transport d'échantillons</i>		OSC, ONGI, ASNU
Prod. 2.4.3 : 90% (3.258) de nourrissons infectés nés des mères séropositives reçoivent les ARV pour leur propre santé d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.4.3.1 : Extension des services PTME dans les ZS et FOSA</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 2.4.3.2 : Renforcement des capacités des prestataires de services en prise en charge pédiatrique du VIH</i>		MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PRIVÉ, PTF
Prod. 2.4.4 : 95% (42.619) des femmes séropositives sous TAR sont retenues dans la file active pendant 12 mois de traitement d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 2.4.4.1 : Amélioration de la couverture des activités communautaires (groupes d'auto-support, Mères mentors)</i>	MSP	ONGI, OSC, ASNU
<i>Strat. 2.4.4.2 : Renforcement des liens opérationnels entre le service de prestations PTME et les groupes d'auto support</i>		
<i>Strat. 2.4.4.3 : Intégration des agents communautaires dans les FOSA (Agents sociaux)</i>		
<i>Strat. 2.4.4.4 : Intensification de la mobilisation des couples dans le partage de leur résultat et le suivi régulier du TAR</i>		
Prod. 2.4.5 : 90% des femmes allaitantes séropositives fréquentent les services de CPS en vue de réduire la transmission mère-enfant pendant l'allaitement d'ici à 2023		
<i>Strat. 2.4.5.1 : Mobilisation des leaders communautaires pour la promotion des services de CPS par toutes les femmes allaitantes y compris les femmes séropositives en vue de réduire la transmission de la mère à l'enfant</i>	MSP	MGFE, MAS, OSC, PRIVÉ, PTF
<i>Strat. 2.4.5.2 : Mobilisation des femmes allaitantes séropositives autour des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles productrices d'immunité naturelle protectrice de l'enfant (allaitement exclusif, alimentation de remplacement, alimentation de complément)</i>	MSP	MGFE, MAS, OSC, PRIVÉ, PTF

AXE 3 : AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS ET TRAITEMENT

Impact 3 : La mortalité liée au VIH est réduite de 70% (4,37 pour 100.000 habitants) d'ici à 2023

Effet 3.1 : 95% (432.504) de PVVIH (adultes, enfants adolescents et jeunes) connaissent leur statut sérologique d'ici à 2023

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée pour le traitement. En 2019, la proportion des PVVIH dépistées était de 321.222 soit 63% par rapport à la cible attendue. Des stratégies novatrices seront développées pour identifier toutes les personnes vivant avec le VIH. Pour cela, il est préconisé un dépistage ciblé en termes des lieux et populations. Ce dépistage devra donc cibler les zones à fortes prévalences, les enfants et les partenaires des PVVIH, les populations clés et autres populations vulnérables, les patients tuberculeux ou suspects de tuberculose, les enfants malnutris et autres patients présentant un profil défini comme suspect de VIH.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 3.1 : 95% (432.504) des PVVIH (adultes, enfants adolescents et jeunes) connaissent leur statut sérologique d'ici à 2023		
Prod. 3.1.1 : 100% (455.267) de PVVIH estimées sont mobilisées pour le dépistage du VIH/IST, tuberculose et hépatites d'ici à 2023		
Strat. 3.1.1.1 : Mise en œuvre des approches de sensibilisation reposant sur des réseaux ou des pairs éducateurs (orientation des cas suspects) pour les populations cibles (populations clés, vulnérables, adolescents et jeunes, etc.)	MSP	OSC, PTF
Strat. 3.1.1.2 : Notification des partenaires et recherche autour des cas index (fratrie)		
Prod. 3.1.2 : 95% (432.504) des PVVIH estimées sont dépistées et ont retiré leurs résultats VIH d'ici à 2023		
Strat. 3.1.2.1 : Renforcement du dépistage systématique des populations clés, des femmes enceintes, des adolescents et jeunes, des tuberculeux, des victimes de viol et des cas contacts des PVVIH	MSP	OSC, PTF
Strat. 3.1.2.2 : Renforcement du dépistage ciblé aux différentes portes d'entrée des patients (consultations générales, hospitalisation, salles d'urgence, services ambulatoires, services nutritionnels) et à l'aide de l'outil de ciblage		
Strat. 3.1.2.3 : Renforcement du dépistage ciblé dans les milieux non sanitaires : communauté, lieu du travail, écoles et établissements d'enseignement, prison et autres milieux fermés, camps militaires, camps de déplacés et camps de PNDDR et autre endroits confinés	MSP	METPS, MESU, MEPST, MJGS, MDH, MDNAC, MISAC, MASHN, MT, OSC, PTF
Strat. 3.1.2.4 : Renforcement du diagnostic précoce (EID) chez les enfants exposés	MSP	MESU, MDNAC, MISAC, CIELS, PTF
Strat. 3.1.2.5 : Promotion de l'autotest		OSC, PTF
Prod. 3.1.3 : 90% d'adolescents et jeunes estimés VIH+ sont dépistés et ont retiré leurs résultats d'ici à 2023		
Strat. 3.1.3.1 : Extension de la couverture des centres conviviaux pour les jeunes en province	MJINC	MSP, OSC, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 3.1.3.2 : Promotion du dépistage par les pairs (EPOA)</i>	MSP	MJINC, MCM, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.3.3 : Promotion du dépistage en milieu scolaire et non scolaire (orphelinat, milieux de regroupement des enfants en rupture familiale...)</i>		MEPST, MFPAM, MAS, MSL, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.3.4 : Promotion de l'auto-test assisté par les tuteurs</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.3.5 : Intensification de l'intégration du dépistage des adolescents et jeunes dans les services SMNE/SSR</i>		MJINC, MEPST, MESU, MFPAM, MSL, OSC, PTF
Prod. 3.1.4 : 90% de populations clés (PS, HSH, TG, UDI et prisonniers) sont dépistés d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.1.4.1 : Extension de la couverture des centres conviviaux aux populations clés</i>	MISAC	MSP, MJGS, MDH, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.4.2 : Extension de la couverture du dépistage dans les formations sanitaires des prisons</i>	MSP	MJGS, MDH, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.4.3 : Intensification du dépistage communautaire (dépistage nocturne, EPOA) et de l'autotest par les pairs et dans les réseaux</i>	MSP	MCM, PTNTIC, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.4.4 : Promotion du dépistage du VIH, tuberculose, Hépatite B et C, et syphilis auprès des populations clés</i>	MSP	MJGS, MDH, OSC, PTF
Prod. 3.1.5 : 100% de patients TB et avec hépatite sont dépistés au VIH d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.1.5.1 : Extension de la couverture en Guichet unique à toutes les FOSA de PEC du VIH et de la TB</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.5.2 : Intensification du dépistage du VIH chez les TB et présumés TB dans les communautés et milieux à forte promiscuité (carrières minières, prisons, camps des déplacés internes et réfugiés)</i>		MM, MJGS, MDH, MAHSN, OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.5.3 : Renforcement du lien de service (Référence/contre-Référence)</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.5.4 : Intensification du dépistage du VIH chez les patients avec Hépatites</i>		
<i>Strat. 3.1.5.5 : Approvisionnement en intrants de dépistage systématique des hépatites</i>		
Prod. 3.1.6 : 100% d'enfants ont bénéficié du dépistage ciblé du VIH (enfants malnutris, hospitalisés et en consultation) d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.1.6.1 : Orientation communautaire des enfants malnutris pour le dépistage du VIH</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.6.2 : Dépistage systématique du VIH chez les enfants malnutris, hospitalisés et enfants biologiques de moins de 15 ans des femmes VIH+</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.6.3 : Dépistage ciblé chez les enfants en consultation et en ambulatoire</i>		
<i>Strat. 3.1.6.4 : Renforcement de lien de service (Référence/contre-Référence)</i>		
<i>Strat. 3.1.6.5 : Dépistage systématique de la TB chez les enfants malnutris dépistés VIH+</i>		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Prod. 3.1.7 : 100% (368.766) de PVVIH dépistées sont mises en lien avec le service de PEC du VIH d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.1.7.1 : Orientation non assistée ou accompagnement des PVVIH dépistées vers une structure/organisation de PEC du VIH</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.7.2 : Indemnisation des frais de transport pour les PVVIH référées vers une structure de PEC du VIH</i>		
<i>Strat. 3.1.7.3 : Mise en œuvre des stratégies de Traçabilité des PVVIH dépistées (identifiant unique, SMS, appel téléphonique, réseaux sociaux, visites à domicile, groupes d'auto-support, etc.)</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.1.7.4 : Promotion de l'initiation du TAR le jour même du dépistage en s'assurant du choix du site accueillant</i>		MESU, MDNAC, MISAC, OSC, PTF

Effet 3.2 : 100% (432.504) des PVVIH ayant connaissance de leurs statuts sérologiques sont sous TAR d'ici à 2023

La RDC a opté pour la stratégie « tester traiter » afin d'offrir un traitement à toute personne diagnostiquée positive au VIH. Etant donné le nombre de plus en plus croissant de patients sous TAR et du fait que tous n'ont pas les mêmes besoins, il est recommandé les modèles des soins différenciés pour répondre aux besoins de chaque patient. L'un des défis reste cependant le maintien des patients sous TAR, l'accès à la charge virale, et aux soins palliatifs. Des actions communautaires (Groupe d'auto-support, Recherche des perdus de vue par les pairs, PODI,...), des mécanismes de rappel des patients pour le renouvellement des médicaments et le suivi biologique et clinique mis en place devraient être renforcés. De plus, une attention particulière devrait être mise sur le renforcement de la pharmacovigilance, et de la surveillance de la pharmacorésistance aux ARV et antituberculeux.

Pour faciliter le suivi individuel et/ou des cohortes, le pays a intégré dans les formations sanitaires le TIERNET offrant ainsi un apport remarquable dans le suivi de la rétention des patients sous TAR.

Pour les populations clés et les tuberculeux, le traitement devra être rendu disponible dans un guichet unique avec d'autres interventions de prévention et de prise en charge ou selon une approche conviviale afin d'éviter la déperdition.

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Effet 3.2 : 100% (432.504) des PVVIH ayant connaissance de leurs statuts sérologiques sont sous TAR d'ici à 2023		
Prod. 3.2.1 : 95% (385.424) de PVVIH adultes dépistées sont sous TAR selon le protocole national d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.1.1 : Extension de la couverture des zones de santé et des FOSA en paquet complet VIH</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.1.2 : Renforcement des mécanismes de continuité de la prise en charge aux ARV à travers l'éducation thérapeutique des PVVIH</i>		
<i>Strat. 3.2.1.3 : Renforcement de la pharmacovigilance et de surveillance de la pharmacorésistance aux ARV et aux antituberculeux</i>		
<i>Strat. 3.2.1.4 : Intensification du système de traçage des patients (identifiant unique)</i>		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
<i>Strat. 3.2.1.5 : Renforcement de la PEC/Accompagnement psycho-sociale des PVVIH</i>		
<i>Strat. 3.2.1.6 : Extension des Centres d'excellence</i>		
Prod. 3.2.2 : 95% (47.080) d'enfants VIH+ sont sous TAR selon le protocole national d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.2.1 : Renforcement des capacités des FOSA dans la PEC des enfants vivants avec le VIH (Optimisation du TAR pédiatrique)</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.2.2 : Renforcement du diagnostic précoce et dépistage des grands enfants (>1 an) à tous les niveaux de services de santé infantile</i>		
<i>Strat. 3.2.2.3 : Renforcement des mécanismes de recherche active des enfants exposés au niveau de la communauté</i>		
<i>Strat. 3.2.2.4 : Mobilisation des parents/Tuteurs des enfants sous TAR au suivi régulier des Soins et des Traitements (éducation thérapeutique)</i>		
Prod. 3.2.3 : 100 % (43.250) de PVVIH au stade sida avancé (IO) sont détectées et reçoivent des soins et traitement spéciaux d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.3.1 : Renforcement du plateau technique de certaines FOSA (5 à 10 Structures) par province pour la PEC du Sida avancé</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.3.2 : Approvisionnement en intrants pour le dosage de CD4, TB lam et Crag et prise en charge des IO majeures dont la cryptococcose, la candidose et la TB</i>		
<i>Strat. 3.2.3.3 : Dosage systématique des CD4 et charge virale chez les PVVIH au stade avancé</i>		
<i>Strat. 3.2.3.4 : Mise en place d'un mécanisme d'identification précoce et d'orientation des PVVIH au stade 3 et 4</i>		
Prod. 3.2.4 : 90% de PVVIH dans le besoin ont accès aux services de PEC Nutritionnelle d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.4.1 : Actualisation des documents normatifs de PEC nutritionnelle des PVVIH (Guide et Fiches techniques)</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.4.2 : Renforcement des capacités des prestataires et des communautaires dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition chez les PVVIH</i>		
Prod. 3.2.5 : 100% (432.504) de PVVIH reçoivent le Cotrimoxazole d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.5.1 : Intégration du Cotrimoxazole dans le paquet de toutes les approches différenciées de dispensation des ARV</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.5.2 : Implication des acteurs communautaires dans la distribution du Cotrimoxazole</i>		
Prod. 3.2.6 : 90% (331.889) de PVVIH sous TAR sont retenues dans la file active 12 mois après initiation du traitement d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.2.6.1 : Renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires dans l'éducation thérapeutique des PVVIH sous TAR</i>		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
<i>Strat. 3.2.6.2 : Mise en place d'un système informatisé d'identification unique des PVVIH</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.2.6.3 : Extension de la couverture du logiciel informatique TIERNET dans toutes les FOSA</i>		
<i>Strat. 3.2.6.4 : Extension des stratégies des soins différenciés (Horaire différencié avec initiation du TAR le jour même du dépistage, Circuit rapide, PODI, GCT, Club d'observance, Centres conviviaux)</i>		
<i>Strat. 3.2.6.5 : Renforcement de lien entre les structures communautaires et les FOSA</i>		
<i>Strat. 3.2.6.6 : Renforcement des capacités des pairs accompagnateurs de PVVIH (Mentors, communautés championnes, pairs navigateurs, jeunes leaders...) pour le renforcement et suivi de l'adhérence au traitement</i>		
<i>Strat. 3.2.6.7 : Intensification des mécanismes de recherche active des PVVIH perdus de vue</i>		
<i>Strat. 3.2.6.8 : Renforcement du mécanisme de suivi des enfants VIH+ sous TAR</i>		

Effet 3.3 : 100% (34.600) de patients coinfectés VIH/TB bénéficient d'une prise en charge selon le protocole national d'ici à 2023

Tout patient tuberculeux ou présumé tuberculeux devra être testé au VIH. Les positifs sont mis sous TAR et sous prophylaxie au cotrimoxazole selon les directives nationales. Toute personne vivant avec le VIH devra faire l'objet du dépistage de la tuberculose et les cas positifs doivent être mis sous antituberculeux et les négatifs sous prophylaxie à la tuberculose selon les directives nationales. Les modèles des soins différenciés et le guichet unique sont des approches préconisées pour assurer la continuité des soins aux patients coinfectés VIH-Tuberculose.

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Effet 3.3 :100% (34.600) de patients coinfectés VIH/TB bénéficient d'une prise en charge selon le protocole national d'ici à 2023		
Prod. 3.3.1 : 100 % (368.766) de PVVIH ont fait l'objet d'une recherche active de la TB selon les normes d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.3.1.1 : Extension du guichet unique dans 100 % des FOSA avec paquet VIH ou TB</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.3.1.2 : Renforcement des plateaux techniques des FOSA dans la détection de différentes formes de la TB</i>		
<i>Strat. 3.3.1.3 : Implication des acteurs communautaires dans la sensibilisation et orientation des présumés TB</i>		
Prod. 3.3.2 :100% (331.890) de PVVIH éligibles à la prophylaxie de la TB reçoivent le traitement préventif de la TB (TPT) d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.3.2.1 : Utilisation du test IGRA pour le dépistage (exclusion) de la Tuberculose latente</i>	MSP	OSC, PTF

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
<i>Strat. 3.3.2.2 : Intégration du TPT dans le paquet de toutes les approches différenciées de dispensation des ARV</i>		
<i>Strat. 3.3.2.3 : Implication des acteurs communautaires dans la dispensation de l'INH-RH et autres schémas selon le protocole national</i>		
Prod. 3.3.3 : 100% (36.877) de PVVIH coinfectées à la TB reçoivent un traitement TB selon le protocole national d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.3.3.1 : Mise en œuvre des approches différenciées de dispensation du traitement de la TB (y compris le DOT communautaire)</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.3.3.2 : Renforcement de l'éducation thérapeutique des patients TB/VIH au suivi régulier du traitement</i>		
Prod. 3.3.4 : 50% (17.300) de PVVIH coinfectées à la TB reçoivent un appui nutritionnel d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.3.4.1 : Approvisionnement régulier en aliment thérapeutique pré-emploi (ATPE) des FOSA ayant des PVVIH coinfectées à la TB</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.3.4.2 : Atténuation des effets VIH et TB (protection sociale, filets de sécurité et appui nutritionnel) des PVVIH et personnes TB ciblées</i>		

Effet 3.4 : 90% (66.378) de PVVIH dans le besoin bénéficiant de la prise en charge des Hépatites, du cancer du col, autres IO et comorbidités d'ici à 2023

Les infections opportunistes autres que la Tuberculose comme le cancer du col, les hépatites virales sont des causes importantes de décès des personnes vivant avec le VIH. Le programme devra offrir les interventions de prévention et de traitement des infections opportunistes, le dépistage et le traitement des hépatites virales B et C et celui du cancer du col chez les femmes vivant avec le VIH. Les études et actions menées en RDC indiquent que la méthode Papanicolau (PAP) est celle qui est appropriée pour le dépistage du cancer du col dans le contexte du Pays et la cryothérapie pour le traitement des lésions précancéreuses.

Les capacités des établissements des soins devraient être renforcées pour le diagnostic et le traitement des hépatites virales B et C et pour le cancer du col. Pour toutes ces pathologies, un mécanisme approprié devrait être mis en place pour faciliter la disponibilité des médicaments.

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Effet 3.4 : 90% (66.378) de PVVIH dans le besoin bénéficiant de la prise en charge des Hépatites, du cancer du col, autres IO et comorbidités d'ici à 2023		
Prod. 3.4.1 : 90% (368.766) des PVVIH cibles sont dépistées pour les hépatites B et C, et autres IO et comorbidités d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.4.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires dans le dépistage précoce Hépatite (B et C), cancer du col, autres IO et comorbidités</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.4.1.2 : Renforcement des plateaux techniques des laboratoires provinciaux pour le dépistage des Hépatites B et C et autres IO</i>		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
<i>Strat. 3.4.1.3 : Renforcement du réseautage des laboratoires entre les provinces</i>		
Prod. 3.4.2 : 80% (254.448) de femmes VIH+ sont dépistées pour le cancer du col de l'utérus d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.4.2.1 : Renforcement des capacités des FOSA dans la PEC du cancer du col</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.4.2.2 : Mobilisation des femmes VIH + pour le dépistage du cancer du col</i>		
<i>Strat. 3.4.2.3 : Mobilisation des ressources financières pour la PEC du cancer du col chez les femmes VIH +</i>		
Prod. 3.4.3 : 90 % (66.378) de patients coinfectés VIH-Hépatites (B et C), cancer du col, ayant d'autres IO, ou comorbidités reçoivent un traitement contre ces pathologies associées d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.4.3.1 : Renforcement des capacités des prestataires dans la PEC de la coinfection VIH/Hépatites virales, cancer du col, des autres IO et comorbidités</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.4.3.2 : Mobilisation des acteurs communautaires pour le dépistage des IO et autres comorbidités</i>		

Effet 3.5 : 90% des populations vulnérables et en situation humanitaire d'urgence vivant avec le VIH bénéficient d'une PEC du VIH d'ici à 2023

Les populations vulnérables vivant avec le VIH (miniers, routiers, pêcheurs, transfrontaliers, OEV, etc.) sont une cible non négligeable dans la riposte au VIH. L'atteinte de ce résultat passera par la mise en place des cliniques mobiles et structures sanitaires transfrontalières bien équipés offrant les soins en faveur de ces populations.

La situation humanitaire complexe de la RDC affecte des populations (populations déplacées internes, réfugiés, retournés, rapatriés, refoulés et populations hôtes) avec des besoins additionnels surchargeant ainsi le système de réponse déjà fragile et peu résilient aux différents chocs. Les crises humanitaires récurrentes qui créent un dysfonctionnement du système de santé entraînant une incapacité de prendre en charge les patients y compris les personnes vivant avec le VIH. L'accès aux services VIH dans le contexte humanitaire est un droit. La prise en charge dans ce contexte se fera progressivement en assurant la continuité des ARV aux PVIH dont les femmes enceintes et enfants conformément au guide de prise en charge et progressivement en augmentant l'offre des services selon les stratégies appropriées fixe/avancée/mobile. Pour les patients en transit ou désireux de retourner dans leurs milieux, un traitement couvrant toute la période de transit de patient jusqu'à la destination devra être mis à leur disposition.

Dans une approche intégrée et coordonnée, les questions d'interruption de fourniture des ARV et sa conséquence sur l'observance et la résistance aux ARV devraient être anticipées et incluses dans les plans de préparation et de réponse ou de contingence.

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Effet 3.5 : 90% des populations vulnérables et en situation humanitaire d'urgence vivant avec le VIH bénéficient d'une PEC VIH d'ici à 2023		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Prod. 3.5.1 : 90% de populations vulnérables (miniers, routiers, pêcheurs, transfrontaliers, OEV) vivant avec le VIH reçoivent des soins et traitement du VIH d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.5.1.1 : Mise en place des cliniques mobiles/centres de bien être frontaliers avec une offre de soins et une GAS améliorée en faveur des populations vulnérables</i>	MSP	MAS, MDPVHPV, MTVC, MM, MPE, MCIIRF, OSC, PTF
<i>Strat. 3.5.1.2 : Mobilisation des populations vulnérables à l'utilisation des services VIH</i>		
Prod. 3.5.2 : 90% de population en situation humanitaire d'urgence (Déplacés, réfugiés et populations hôtes) vivant avec le VIH reçoivent des soins et traitement du VIH d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.5.2.1 : Intégration du paquet complet de dépistage et de PEC du VIH, de la TB et des Hépatites dans les ZS touchées</i>	MSP	MAHSN, OSC, PTF
<i>Strat. 3.5.2.2 : Mise en place d'un mécanisme de concertation avec les pays limitrophes sur la PEC des populations en situation humanitaire</i>		MAHSN, MCIIRF, OSC, PTF
<i>Strat. 3.5.2.3 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires dans la sensibilisation/orientation vers les services de dépistage et de soins</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.5.2.4 : Promotion du dépistage en stratégies avancée et mobile</i>		
<i>Strat. 3.5.2.5 : Mobilisation des populations en situation d'urgence Humanitaire, sous TAR, au suivi régulier de leur traitement</i>		MAHSN, MCIIRF, OSC, PTF

Effet 3.6 : 80 % (265.479) de PVVIH ont une charge virale supprimée d'ici à 2023

La suppression de la charge virale est la mesure de l'efficacité du traitement aux ARV. Elle découle d'une bonne adhérence et observance au traitement et d'un bon suivi biologique et clinique.

Des stratégies devraient viser l'augmentation de la disponibilité de l'offre de la charge virale, de la création de la demande, et de l'exploitation des résultats de la charge virale.

Pour améliorer la qualité de l'offre de service, le nombre de laboratoires provinciaux offrant la charge virale sera augmenté avec un approvisionnement régulier en intrants, une extension de la couverture des appareils GeneXpert, une mise en place d'un système de transport et des rendus des résultats, ainsi que celui de contrôle qualité.

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
Effet 3.6 : 80% (265.479) de PVVIH ont une charge virale (CV) supprimée d'ici à 2023		
Prod. 3.6.1 : 90% (331.849) des PVVIH ont accès à la charge virale d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.6.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires des laboratoires pour la réalisation de la CV</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.6.1.2 : Renforcement du réseau des laboratoires dans toutes les zones de santé</i>		
<i>Strat. 3.6.1.3 : Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires dans la création de la demande de la mesure de la CV chez les PVVIH</i>		

	<i>Institution responsable</i>	<i>Institutions et organisations partenaires</i>
<i>Strat. 3.6.1.4 : Extension de la couverture des laboratoires dans les provinces.</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 3.6.1.5 : Extension des plateformes GeneXpert pour la réalisation de la CV</i>		
<i>Strat. 3.6.1.6 : Renforcement de la connectivité (VSLM/VLTS) entre les différents laboratoires et FOSA et des capacités des prestataires à l'utilisation de LIS (Système d'information de laboratoire)</i>		
Prod. 3.6.2 : 92% (397.904) des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la mesure de la charge virale ont une charge virale supprimée d'ici à 2023		
<i>Strat. 3.6.2.1 : Renforcement de l'éducation thérapeutique continue des PVVIH à l'adhérence au traitement et au respect de l'algorithme de la charge virale</i>	MSP	OSC, CIELS, PTF
<i>Strat. 3.6.2.2 : Renforcement des capacités des pairs accompagnateurs des PVVIH (Mentors, communautés championnes, jeunes leaders...) pour le suivi de l'adhérence au traitement des PVVIH</i>		OSC, PTF
<i>Strat. 3.6.2.3 : Renforcement du diagnostic et de la prise en charge précoce de toutes coinfections ou comorbidités liées au VIH</i>		OSC, CIELS, PTF

AXE 4 : REDUCTION DE LA STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Impact 4 : La discrimination et la stigmatisation liées au VIH chez les PVVIH et populations clés sont réduites de 100% d'ici à 2023

La stigmatisation et la discrimination liées à l'infection à VIH ont largement aggravé les répercussions négatives de cette pandémie. L'enquête de 2019 sur l'index de stigmatisation et de discrimination des PVVIH et des personnes affectées en RDC a révélé que la stigmatisation et la discrimination qui entraînent d'autres violations des droits humains restent substantielles : en milieu de soins (20,9%), exclusion aux activités familiales (25,83%), commérages (33,33%), accès au travail (47,1%), éducation (refus des enfants VIH dans les structures scolaires (2,63%), auto stigmatisation et craintes (40,3%), lois et politiques, test et diagnostic du VIH (33,3%), divulgation du statut sérologique et la confidentialité (17,9%), traitement et à la procréation (54, 1%).³²

L'enquête de 2017 sur l'index de stigmatisation et de discrimination envers les populations clés, révèle que les HSH, les TG, les UDI, ainsi que les TS subissent la stigmatisation et la discrimination quant à l'accès aux services sociaux de base³³.

Les principales causes de la stigmatisation et discrimination, ainsi que d'autres violations des droits des PVVIH et de certaines populations clés sont liées à l'ignorance sur le VIH dans la communauté, aux mauvaises perceptions (mythes), et à une faible estime de soi.

L'EDS 2013-2014 révèle que 11,8% des hommes de 15-49 ans ont des attitudes de tolérance à l'égard des PVVIH, tandis que les femmes représentent 4,2%.³⁴

A cet effet, il faudra mener une enquête sur les attitudes envers les PVVIH dans la communauté. S'agissant de l'autostigmatisation, des actions visant à développer la résilience psychosociale des PVVIH doivent être menées en vue de les amener à s'accepter et à vivre positivement. Aussi, il est capital d'éduquer les PVVIH et les populations clés sur la connaissance de leurs droits afin qu'elles soient capables de les revendiquer et de dénoncer tout cas de violation à leurs rencontres. Il faudra, en outre, développer l'éducation citoyenne, mener les actions de plaidoyer en leur faveur et garantir leur accès aux services sociaux de base.

Pour ce qui est du cadre juridique congolais en lien avec le VIH en matière civile et répressive, il faudra le vulgariser, l'appliquer et compléter les mesures d'application.

Conformément à l'article 123 point 16 de la Constitution de la RDC qui protège les groupes vulnérables, la loi n°18/012 du 9 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVVIH et personnes affectées pose problème dans son application en matière de prévention du VIH et de prise en charge des PVVIH et autres populations en milieu carcéral. Il faudra donc harmoniser la réglementation pénitentiaire avec la loi portant protection des PVVIH.

Effet 4.1 : Moins de 10% de personnes vivant dans la communauté (milieux familial, sanitaire, religieux, professionnel, éducatif, carcéral...) font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des PVVIH et SVS d'ici à 2023

La réalisation de cet effet nécessite que la communauté soit suffisamment informée sur le VIH pour adopter des attitudes non discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH et populations clés, et aussi l'application de l'article 123 de la Constitution de la RDC et la loi n°18/012 du 9 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVVIH et personnes affectées promulguée depuis 2008 doit être effective et assurée par l'Etat.

³² Enquête index stigma envers les populations les PVVIH 2019

³³ Enquête index stigma envers les populations clés en RDC 2017

³⁴ EDS 2013-2014 page 408

Pour l'accès à la justice des personnes vivant avec le VIH, SVS et populations clés, il faudra s'assurer de la mise en place des mécanismes de leur accompagnement pour la défense et la protection de leurs droits.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 4.1 : Moins de 10% de personnes vivant dans la communauté (milieux familial, social, travail) font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des PVVIH, et SVS d'ici à 2023		
Prod. 4.1.1 : 100% de PVVIH et de cas de SVS ne sont pas victimes d'exclusion dans les activités sociales d'ici à 2023		
<i>Strat. 4.1.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires des soins, acteurs communautaires (OSC), leaders d'opinion (leaders religieux, chefs coutumiers), enseignants, employeurs, acteurs de justice et droits humains sur le VIH (programmes de CCSC), SSR, VSBG et Droits Humains</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, MDRI, MAS, MSL, MGFE, MEPST, MESU, MEFPAM, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.1.2 : Vulgarisation de la loi 18/012 du 9 juillet 2018 modifiant et complétant la loi 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVVIH et des PA en milieu de travail à travers un plaidoyer fort auprès des chefs d'entreprises</i>	MJGS	MDH, METPS, MAS, MCM, MJINC, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.1.3 : Plaidoyer pour la mise en œuvre effective des programmes d'enseignements de VIH et Droits Humains dans le cursus scolaire (cycles primaire, secondaire et universitaire)</i>	MEPST/ MESU	MSP, MFPAM, MJGS, MDH, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.1.4 : Plaidoyer pour la mise en œuvre effective des programmes d'enseignements de VIH et Droits Humains dans le cursus non formel</i>	MAS	MSP, MFPAM, MJGS, MDH, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.1.5 : Réalisation des études et recherches (EIS axée sur les attitudes discriminatoires dans la communauté)</i>	MRS	MJGS, MDH, MESU, MGFE, MSP, OSC, PTF
Prod. 4.1.2 : 100% de PVVIH et de cas de SVS victimes de stigmatisation et discrimination ont accès aux services juridiques et à l'assistance judiciaire d'ici à 2023		
<i>Strat. 4.1.2.1 : Renforcement des capacités des prestataires des cliniques juridiques, des acteurs juridiques, justice et ONG sur la protection des droits des PVVIH et PA : lien entre VIH, droits humains et VSBG (alerte, dénonciation, monitoring des cas)</i>	MJGS	MDH, MISAC, MSP, MGFE, OSC, PTF
<i>Strat. 4.1.2.2 : Plaidoyer pour le changement des politiques et lois (pour le dépistage des mineurs) ainsi que l'adoption des mesures d'application (loi 18/012 des PVVIH, Loi sur la santé publique etc.)</i>		MDH, PNMLS, MSP, MJINC, Assemblées Nationales et provinciales, sénat, OSC, PTF
<i>Strat. 4.1.2.3 : Développement d'une synergie d'actions entre les FOSA, les cliniques juridiques, les OSC, la Police Nationale, ainsi que les Cours et tribunaux et les parquets y rattachés</i>		MDH, MSP, MISAC, MGFE, MTVC, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.2.4 : Intégration des aspects de droits humains en lien avec le VIH et la TB, ainsi que l'éthique professionnelle, dans le fonctionnement des Observatoires d'accès aux services VIH-TB</i>		MDH, MSP, OSC, PRIVE, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 4.1.2.5 : Extension des observatoires d'accès aux services VIH-TB incluant les aspects des droits humains dans les provinces à poids élevé du VIH et dans les milieux à forte prévalence de stigmatisation et discrimination</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, MDRI, OSC, PRIVE, PTF
Prod. 4.1.3 : 100% de PVVIH et de cas de SVS ne subissent pas de discrimination dans les FOSA d'ici à 2023		
<i>Strat. 4.1.3.1 : Renforcement des capacités des prestataires de santé sur les droits humains et l'éthique médicale dans le contexte du VIH</i>	MSP	MJGS, MDH, OSC, PTF
<i>Strat. 4.1.3.2 : Développement d'un Code d'éthique professionnelle sur les droits humains, le VIH et la TB</i>	MJGS	MDH, MSP, MESU, METPS, MFP, OSC, CIELS, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.1.3.3 : Intégration des aspects de droits humains en lien avec le VIH et la TB, ainsi que l'éthique professionnelle, dans le fonctionnement des observatoires d'accès aux services VIH-TB</i>		

Effet 4.2 : 100% des PVVIH et populations clés déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination d'ici à 2023

L'EDS 2013-2014 et les deux enquêtes sur l'index stigma des personnes vivant avec le VIH et populations clés, respectivement de 2019 et 2017, donnent des informations sur les ressentis des PVVIH et des populations clés à propos de la stigmatisation et la discrimination ainsi que d'autres violations des droits humains qui les empêchent d'accéder aux services sociaux de base. Cependant, les informations sur les attitudes discriminatoires dans la communauté ne sont pas documentées. Les interventions stratégiques de ce PSN mettront l'accent sur la documentation de ces attitudes au sein des communautés pour savoir la manière dont les communautés perçoivent le VIH. De plus, des interventions de sensibilisation dans le contexte du VIH et des droits humains seront intensifiées.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 4.2 : 100% des PVVIH et populations clés déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination d'ici à 2023		
Prod. 4.2.1 : 227.634 PVVIH et 700.934 populations clés (TS : 315.262, HSH : 175.383, UDI : 77.887) ont accès aux informations sur leurs droits et devoirs d'ici à 2023		
<i>Strat. 4.2.1.1 : Renforcement des capacités des PVVIH et populations clés sur les droits et devoirs ainsi que l'estime de soi</i>	MSP	MJGS, MDH, MISAC, MDRI, MTVC, MAS, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.2.1.2 : Renforcement des capacités des organisations de la société civile sur le plaidoyer pour le respect des droits des PVVIH et populations clés</i>	MJGS	MDH, MSP, MISAC, MDRI, MTVC, MAS, MCM, OSC, PRIVE, PTF
<i>Strat. 4.2.1.3 : Intensification des interventions sur la promotion des droits et devoirs des PVVIH et populations clés (information, éducation et communication, etc.)</i>		MDH, MSP, MISAC, MAS, MCM, OSC, PTF
<i>Strat. 4.2.1.4 : Mise en place des mécanismes d'application du principe « santé positive, dignité et prévention »</i>	MSP	OSC, PRIVE, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 4.2.2 : <i>700.934 populations clés (TS : 350.291, HSH : 194.870, UDI : 155.773) ne sont pas discriminées et stigmatisées au sein de leur famille, dans les FOSEA, dans la communauté et auprès des forces de l'ordre d'ici à 2023</i>		
<i>Strat. 4.2.2.1 : Renforcement des capacités du personnel de santé et les acteurs de médias sur les droits humains et l'éthique médicale liées au VIH et en particulier aux populations clés</i>	MDH	<i>Tous ministères, OSC, PRIVE, PTF</i>
<i>Strat. 4.2.2.2 : Organisation régulière des dialogues entre les leaders religieux, communautaires et d'opinion sur le respect des droits humains dans le cadre de la riposte au VIH</i>		
<i>Strat. 4.2.2.3 : Renforcement des capacités des forces de l'ordre sur le respect des droits humains</i>		<i>MDNAC, MISAC, MSP, MJGS, OSC, PTF</i>

AXE 5 : PROMOTION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AUX POPULATIONS VULNERABLES (PVVIH, SVS, OEV et PVH) ET POPULATIONS CLES

Impact 5 : Les populations vulnérables (PVVIH, SVS, OEV, et PVH) et populations clés bénéficient d'une prise en charge socio-économique d'ici à 2023

La situation socio-économique a un impact sur la vulnérabilité des populations et constitue une barrière réelle à l'accès aux services de santé. Pour que la riposte au VIH soit efficace, il faut impérativement aussi soutenir les populations les plus vulnérables en vue de leur faciliter l'accès aux services de santé et autres services sociaux de base.

Dans le cadre de ce PSN, les interventions visant à créer un environnement favorable se concentreront prioritairement sur les orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV), les survivantes de violences sexuelles (SVS), les victimes de violences sexuelles (VVS), les jeunes filles et les femmes, les personnes vivant avec handicap (PVH), ainsi que sur les personnes vivant avec le VIH et les populations clés en situation économique précaire.

L'aménagement d'un environnement propice aux populations vulnérables s'articulera autour de leur autonomisation dans la satisfaction des besoins sociaux de base, la gratuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH telle que consacrée par la Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées (PA), l'accès aux services de prévention VIH-TB et de prise en charge pour les PVH et populations clés, la prise en charge holistique des OEV, la fourniture des services d'accompagnement psychosocial, de prévention, juridique et judiciaire pour les SVS/VVS, ainsi que la réduction des inégalités liées au genre chez les jeunes filles et les femmes.

La plupart de ces volets sont soit faiblement développés et appuyés, soit abandonnés depuis un certain temps et cela constitue un obstacle majeur pour l'accès de ces populations aux services de prévention et de traitement. En améliorant les conditions socio-économiques de ces groupes vulnérables, les interventions prévues vont contribuer à éliminer les barrières d'accès aux soins.

Effet 5.1 : Au moins 65% des PVVIH, SVS, PVH et populations clés déclarées vulnérables sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base d'ici à 2023

Aucune intervention en rapport avec la résilience socio-économique des PVVIH, des SVS, des PVH et des populations clés n'a été documentée lors de la revue. Le problème prioritaire noté est lié à l'insuffisance d'autonomisation socio-économique dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base, particulièrement sur des aspects tels que la gratuité des soins voulue par la loi congolaise et spécifiquement l'accès aux services de prévention VIH, TB et hépatites pour les PVH.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 5.1 : Au moins 65% des PVVIH, SVS, PVH et populations clés déclarées vulnérables sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base d'ici à 2023		
Prod. 5.1.1 : 83.314 personnes (69.007 PVVIH, 13.500 SVS et 807 populations clés dont 394 TS, 308 HSH, 39 TG, et 66 UDI) déclarées vulnérables accèdent aux services sociaux de base d'ici à 2023		
<i>Strat. 5.1.1.1 : Développement d'un mécanisme facilitant l'obtention du statut d'indigent</i>	MAS	MDPVHPV, MJGS, MDH, MGFE, MAHSN, MSP, OSC, PTF
<i>Strat. 5.1.1.2 : Renforcement des capacités des ONG et des personnes déclarées indigentes pour leur autonomisation (AGR, entrepreneuriat)</i>	MAS	MDPVHPV, MGFE, MSP, MPME, OSC, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 5.1.1.3 : Mise en place des mécanismes d'octroi d'AGR et des microcrédits aux PVVIH pendant au moins 12 mois, des mécanismes de suivi et accompagnement par les PTF et ONG</i>	MAS	MDPVHPV, MGFE, MPME, MF, MCA, OSC, PTF
Prod. 5.1.2 : 452.057 PVVIH accèdent gratuitement aux services de santé liés au VIH et TB d'ici à 2023		
<i>Strat. 5.1.2.1 : Plaidoyer pour l'effectivité de la gratuité de l'ensemble des soins de santé liés au VIH et à la TB pour les PVVIH</i>	MSP	MJGS, MDH, MF, MB, PRIVE, OSC, PTF
<i>Strat. 5.1.2.2 : Renforcement de capacités des OSC sur les user frees</i>		
<i>Strat. 5.1.2.3 : Subvention des FOSA dans le but de garantir la gratuité des soins liés au VIH et à la Tuberculose</i>	MF	MB, MSP, PRIVE, OSC, PTF
<i>Strat. 5.1.2.4 : Renforcement des capacités et extension des observatoires du suivi de la gratuité des services de santé liés au VIH et à la Tuberculose pour les PVVIH (Loi PVVIH)</i>	MSP	MJGS, MDH, MF, MB, OSC, PTF

Effet 5.2 : 65% d'OEV du fait du sida bénéficient d'une prise en charge holistique d'ici à 2023

C'est depuis 2010 que très peu d'interventions ont été menées en faveur des OEV. Les stratégies d'interventions porteront sur le renforcement des mécanismes de protection des OEV du fait du sida sous l'égide du Ministère des Affaires Sociales en vue d'améliorer leurs conditions de vie.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 5.2 : 65 % d'OEV du fait du sida bénéficient d'une prise en charge holistique d'ici à 2023		
Prod. 5.2.1 : 275.146 OEV du fait du sida ont accès à un service de protection sociale (alimentaire, juridique, judiciaire, psychologique) d'ici à 2023		
<i>Strat. 5.2.1.1 : Mise en œuvre de la politique nationale des OEV et VIH</i>	MAS	MDPVHPV, MSP, MJGS, MDH, MGFE, MAHSN, OSC, PTF
<i>Strat. 5.2.1.2 : Renforcement de programme psychosocial et de réinsertion des OEV</i>		
<i>Strat. 5.2.1.3 : Mise en place d'un mécanisme de solidarité pour le soutien scolaire et la prise en charge médicale des OEV</i>		MDPVHPV, MSP, PNMLS, MEPST, MFPAM, MB, MF, MGFE, MAHSN, OSC, PTF
<i>Strat. 5.2.1.4 : Renforcement des mécanismes de suivi & évaluation en matière de protection des OEV</i>		MDPVHPV, MSP, OSC, PTF
<i>Strat. 5.2.1.5 : Renforcement des mécanismes communautaires de prise en charge des OEV</i>		

Effet 5.3 : 90% d'obstacles liés à la prévention et protection des SVS/VVS et VVBG sont levés d'ici à 2023

Les viols, violences sexuelles et les VBG augmentent la vulnérabilité des enfants, jeunes filles et femmes. Le risque est grand pour celles-ci de contracter le VIH. Malgré l'existence de la loi dite «sur les violences sexuelles », il est toujours important, d'une part, d'en assurer une vulgarisation continue, et d'autre part, de réprimer les contrevenants qui souvent échappent à la justice suite à des arrangements à l'amiable entre familles au détriment de la victime. Face aux contrepoids culturels et aux conséquences subies par les survivantes, il faudrait aussi assurer un réel accompagnement psychosocial, juridique, judiciaire, et socioéconomique pour leur permettre, à échéance, de faire face à leurs bourreaux.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 5.3 : 90% d'obstacles liés à la prévention et protection des SVS/VVS et VVBG sont levés d'ici à 2023		
Prod. 5.3.1 : 307.309 SVS/VVS et VVBG ainsi que des victimes des inégalités liées au genre ont accès aux services d'accompagnement psychosocial, prévention, juridique et judiciaire d'ici à 2023		
<i>Strat. 5.3.1.1 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur la lutte contre les violences sexuelles et celles basées sur le genre, ainsi que sur les inégalités liées au genre (Loi sur les violences sexuelles)</i>	MJGS	MDH, MSP, MGFE, MISAC, MDRI, PTNTIC, MCA, MCM, OSC, PTF
<i>Strat. 5.3.1.2 : Renforcement des mécanismes de prise en charge psychosociale, médicale, juridique et judiciaire des SVS/VVS et VVBG (Loi sur indemnisation des victimes, ...)</i>		MDH, MGFE, MSP, Assemblée nationale, sénat, OSC, PTF
<i>Strat. 5.3.1.3 : Vulgarisation des textes légaux et conventions relatives aux VBG dans tous les milieux (Convention n°190 sur la violence et le harcèlement sexuel en milieu du travail, ...)</i>		MDH, MSP, MGFE, METPS, MFP, MCM, MEPST, MESU, PRIVE, OSC, PTF
<i>Strat. 5.3.1.4 : Renforcement des capacités des prestataires des cliniques juridiques sur l'APS et la protection des droits des PVVIH, PA, populations clés et SVS</i>		MDH, MSP, MGFE, OSC, PTF

Effet 5.4 : Les facteurs d'inégalités liées au genre et VIH sont réduits de 90% chez les jeunes filles et les femmes

Dans le processus d'autonomisation et de prise de leadership de la femme, il est important de lutter contre les facteurs d'inégalités liées au genre, surtout dans le contexte du VIH. Dans le cadre de ce Plan, il s'agit d'assurer la présence des femmes dans les institutions, surtout à un haut niveau de leadership dans le respect de la parité, ainsi que d'agir efficacement sur les communautés de manière à faire germer des attitudes de respect et de promotion de l'équité de sexe.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 5.4 : Les facteurs d'inégalités liées au genre et VIH sont réduits de 90% chez les jeunes filles et les femmes d'ici à 2023		
Prod. 5.4.1 : 30% de postes de coordination des instances de la riposte au VIH sont occupées par les femmes dans le respect de la Constitution d'ici à 2023		
<i>Strat. 5.4.1.1 : Plaidoyer - lobbying auprès des APA et des leaders communautaires</i>	MGFE	MSP, MJGS, MDH, OSC, PTF
<i>Strat. 5.4.1.2 : Renforcement des capacités des femmes en management et leadership organisationnel dans le cadre de la gouvernance de la riposte au VIH et les inégalités liées au genre</i>	MGFE	MSP, OSC, PTF
<i>Strat. 5.4.1.3 : Vulgarisation des textes légaux et instruments nationaux et internationaux sur la parité</i>	MGFE	Tous ministères concernés, SEN/SEP du PNMLS, OSC, PTF
Prod. 5.4.2 : 4.960.260 hommes et femmes de 15 à 49 ans sont touchés par le programme de promotion de l'égalité de sexe dans le contexte du VIH et de la TB d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 5.4.2.1 : Développement de programmes de CCSC sur la promotion de l'égalité de genre dans le contexte du VIH et de la TB</i>	MGFE	Tous ministères, OSC, PTF
<i>Strat. 5.4.2.2 : Renforcement des capacités des OSC sur la problématique des inégalités liées au genre dans un contexte de féminisation de l'épidémie du VIH dans le pays</i>		Tous ministères, OSC, PTF

AXE 6 : SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2023

Impact 6 : La riposte nationale est soutenue par une bonne gouvernance et un système GAS performant d'ici à 2023

Une bonne gouvernance et un leadership fort, des ressources humaines en nombre suffisant et de bonne qualité, un partenariat intra et inter sectoriel efficace, une bonne gestion des médicaments et autres intrants, des infrastructures et équipements en nombre suffisant et de qualité ainsi qu'un circuit d'informations optimal, sont des préalables à une réponse efficace au VIH. Cependant, bien que certains efforts aient été consentis, plusieurs problèmes ont été identifiés notamment un financement dépendant des ressources extérieures et une faible mobilisation des ressources internes ou domestiques, publiques et privées ; une faible coordination de la réponse et des réseaux des acteurs communautaires avec des ressources humaines peu motivées.

Une plus grande implication de la composante communautaire est attendue comme un des éléments clés du système de base de la riposte au VIH dans le cadre de la multisectorialité, permettant de rapprocher les services de prévention, de soins et d'atténuation d'impact des bénéficiaires. De ce fait, la redynamisation de la composante communautaire est retenue comme priorité dans la riposte nationale et multisectorielle au VIH. Ceci passe par le financement des organisations à assise communautaire (OAC) notamment à travers les ressources domestiques et des partenaires.

L'analyse de la gouvernance a mis en évidence la faible appropriation et engagement des autorités politico-administratives dans la riposte au VIH due surtout à l'inefficacité du fonctionnement des organes de pilotage et de coordination.

En effet, l'absence du plan de suivi-évaluation validé, des plans sectoriels et provinciaux, d'un plan de mobilisation des ressources, l'irrégularité dans la tenue des réunions de coordination et de pilotage ainsi que le faible niveau de mobilisation des ressources internes, le faible 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 respectifs, le dysfonctionnement du système communautaire, le faible engagement de la composante privée, l'insuffisance et la faible promptitude des données de qualité, la rupture récurrente des stocks des médicaments et autres intrants spécifiques, ont constitué un frein à la performance souhaitée.

Au vue de ce qui précède, la mise en place des stratégies efficaces et efficientes développées dans cet axe, permettra d'ajuster le niveau de fonctionnement de ces organes et de redresser tous les problèmes épinglés ci-haut.

Effet 6.1 : Les engagements pris par les organes de pilotage et de décision sont respectés à 80% d'ici à 2023

Le respect des engagements pris par les organes de pilotage et de décision devrait permettre de booster les activités de la riposte nationale au VIH. Or, l'irrégularité des réunions de ces organes aussi bien au niveau central que provincial, n'offre pas un cadre approprié d'orientation notamment dans la résolution de la question de l'amélioration de financement interne et d'assouplissement des procédures de gestion financières des bailleurs extérieurs.

Moins de 10% du financement de la riposte au VIH en RDC proviennent des ressources internes. L'accent sera mis sur l'amélioration du fonctionnement des organes de pilotage, la mobilisation des ressources financières surtout internes, et l'assouplissement des mécanismes d'utilisation des ressources.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 6.1 : Les engagements pris par les organes de pilotage et de décision sont respectés à 80% d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 6.1.1 : Le fonctionnement des organes de pilotage est passé de 20% à 80% d'ici à 2023		
Strat. 6.1.1.1 : Plaidoyer, lobbying et mobilisation des APA pour la tenue des réunions des organes de pilotage (CNMLS, CPMLS, CLMLS) à tous les niveaux et le suivi de l'exécution des recommandations	SEN/SEP/SEL/PNMLS	Bureau CNMLS/CPMLS/CLMLS, OSC, PTF
Strat. 6.1.1.2 : Plaidoyer et lobbying auprès du Premier Ministre pour la mise en application de l'ordonnance présidentielle numéro 11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le décret numéro 04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du PNMLS concernant le cadrage sectoriel (de 2 à 10 secteurs)		
Strat. 6.1.1.3 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la gouvernance du programme VIH à tous les niveaux	SEN/SEP PNMLS	du MDRI, MP, MF, MB, OSC, PTF
Prod. 6.1.2 : Le financement interne est augmenté de 9% à 25% d'ici à 2023		
Strat. 6.1.2.1 : Augmentation des allocations budgétaires à la riposte au VIH sur les 15% alloués à la santé	MB	Primature, MP, MSP
Strat. 6.1.2.2 : Amélioration à 100% du taux de décaissement de financement de l'Etat alloué à la riposte au VIH	MF	
Strat. 6.1.2.3 : Plaidoyer auprès du Parlement et Assemblées provinciales en faveur de la prise en compte des interventions du VIH dans les différents secteurs de la riposte autres que la santé et des mesures de mobilisation de ces fonds pour les rendre effectifs	SEN/SEP PNMLS	du MP, MB, MF, Parlement, OSC, PTF
Strat. 6.1.2.4 : Développement des mécanismes innovants pour le financement durable de la riposte nationale (création d'un fonds spécial sida national et provincial)	MF, Gouvernements provinciaux	Tous ministères concernés, OSC, PTF
Strat. 6.1.2.5 : Prise des mesures d'application de la loi numéro 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique prenant en compte les besoins de financement de la riposte au VIH	MSP	Primature, MP, OSC
Strat. 6.1.2.6 : Renforcement du partenariat public-privé pour une augmentation du budget VIH des entreprises d'1% à 10%	METPS	MPTNTIC, MTVC, MPF, MM, MFP, Patronat, SEN/PNMLS, PNCNS
Strat. 6.1.2.7 : Mobilisation des ressources pour la lutte contre les Hépatites virales B et C chez les PVVIH	MSP	PNMLS, OSC, PTF
Prod. 6.1.3 : Le niveau d'absorption des ressources financières mobilisées est augmenté de 78% à 100% d'ici à 2023		
Strat. 6.1.3.1 : Allègement et suivi des procédures de gestion financière pour l'efficacité dans la mise en œuvre des programmes VIH	MF	Tous ministères, OSC, PTF
Strat. 6.1.3.2 : Renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre à tous les niveaux en gestion des fonds mobilisés		
Strat. 6.1.3.3 : Mise en place et suivi des dispositions de redevabilité des ressources mobilisées auprès de PTF et de l'Etat selon le protocole d'accord		MCIIRF, MSP, MP, OSC, PRIVE, PTF

Effet 6.2 : 80% d'acteurs dans la riposte au VIH ont accès aux informations stratégiques disponibles sur le VIH d'ici à 2023

Le fonctionnement optimal du circuit de remontée des données au niveau des secteurs permettra d'alimenter la base des données multisectorielles et l'utilisation des données programmatiques. D'où, la nécessité de renforcer les capacités des secteurs en vue de régulariser la production des rapports et la diffusion des résultats d'enquêtes.

Les 10 secteurs sont connus conformément à leurs rôles et responsabilités. A ce jour, deux secteurs disposent de l'arrêté interministériel et seulement cinq ont pu intégrer des interventions de riposte au VIH. Quant au niveau provincial, seule la Province du Kongo central a les dix secteurs prioritaires fonctionnels.

Les fonds alloués au suivi et évaluation en 2017 ont représenté 0,8% des dépenses totales de la riposte au VIH. Le niveau de financement de ces stratégies est très faible, ce qui nécessite une bonne planification des formations, des supervisions, une capacitation des responsables de suivi-évaluation dans tous les secteurs avec des outils spécifiques.

Pour garantir un suivi efficace, un accent particulier va porter sur le système d'information, ce qui nécessite de réaliser l'auto-évaluation du système national de suivi-évaluation, de dégager les obstacles liés au déblocage du budget de suivi-évaluation, d'installer un système de suivi-évaluation simple et léger permettant de collecter les données essentielles dans les 26 Provinces dans une approche multisectorielle, et d'améliorer l'appui financier à l'opérationnalisation du Plan National de suivi-évaluation multisectoriel lié au PSN 2020-2023 ainsi que l'utilisation de Nouvelles technologies de l'information dans la recherche.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 6.2 :80% d'acteurs dans la riposte au VIH ont accès aux informations stratégiques disponibles sur le VIH d'ici à 2023		
Prod. 6.2.1 : Le circuit d'information dans la remontée des données est fonctionnel de manière optimale (de 30% à 80%) d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.2.1.1 : Renforcement des mécanismes de rapportage des données de routine par les acteurs communautaires aux structures de coordination à tous les niveaux (de 40% à 80%)</i>	SEN/SEP PNMLS	du Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.2.1.2 : Renforcement des mécanismes de rapportage des données de routine par les secteurs prioritaires aux structures de coordination à tous les niveaux (de 20% à 80%)</i>		
<i>Strat. 6.2.1.3 : Redynamisation du fonctionnement de la task force suivi-évaluation dans tous les secteurs et à tous les niveaux (harmonisation des outils de collecte des données, etc.)</i>	SEN/SEP PNMLS	du Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.2.1.4 : Renforcement des capacités institutionnelles et techniques dans la gestion des informations à tous les secteurs et à tous les niveaux</i>		
<i>Strat. 6.2.1.5 : Régularisation d'audit de qualité et validation des données dans les secteurs</i>		
<i>Strat. 6.2.1.6 : Extension des outils informatiques sécurisés de suivi des malades (Tiers Net) dans les provinces</i>	MSP	Tous ministères concernés, SEN/SEP du PNMLS, OSC, PTF

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Prod. 6.2.2 : Les acteurs dans la riposte au VIH accèdent et utilisent les données programmatiques et d'enquêtes d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.2.2.1 : Développement des mécanismes d'accès aux données et à leur exploitation (analyses des besoins des données, plan d'exploitation ou d'utilisation des données)</i>	SEN/SEP du PNMLS	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.2.2.2 : Développement des capacités en recherche opérationnelle dans les instituts Supérieurs et universitaires ayant des chercheurs attirés</i>	MESU	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.2.2.3 : Développement d'un plan de recherche basé sur les besoins en informations stratégiques</i>	SEN/SEP du PNMLS	SEN/SEP du PNMLS

Effet 6.3 : Une coordination performante favorise la multisectorialité dans le cadre de « three ones » de 40% à 100% d'ici à 2023

Le three ones, c'est-à-dire un seul cadre d'action contre le VIH, une seule instance de coordination, et un seul cadre de suivi-évaluation, est un principe fondamental dans l'organisation de la riposte au VIH. Voilà pourquoi, une coordination performante favorisant la multisectorialité est appelée à élaborer les outils tels qu'un Plan Stratégique National, un plan de suivi-évaluation, ainsi que d'autres outils connexes qui améliorent la coordination et le fonctionnement du Programme à tous les niveaux.

De ce fait, les interventions stratégiques du PSN porteront sur la mise en place d'une Task - Force bonne gouvernance de façon à veiller et à suivre le développement des stratégies planifiées. Cela se fera à travers la responsabilisation des Secrétaires Généraux de l'administration publique pour l'intégration des interventions de la riposte au VIH dans les différents secteurs prioritaires conformément à leurs rôles et responsabilités.

L'accompagnement des secteurs dans la mise en place de leurs organes de coordination, l'intégration de la lutte au sein de leurs systèmes de base respectifs, la redynamisation des Comités Sectoriels au niveau national et provincial vont booster la riposte multisectorielle. Ainsi l'accent sera mis aussi au suivi et à la supervision des interventions stratégiques de mise en œuvre du PSN à travers des programmes et projets pour une meilleure production des informations stratégiques à tous les niveaux.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 6.3 : Une coordination performante favorise la multisectorialité dans le cadre de « three ones » de 40% à 100% d'ici à 2023		
Prod. 6.3.1 : Les structures de coordination sont performantes à tous les niveaux d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.3.1.1 : Développement, harmonisation et synchronisation des plans de mise en œuvre du PSN 2020-2023 à tous les niveaux (Plans sectoriels, plans opérationnels provinciaux et locaux, plans de mobilisation des ressources, plans de communication et plans de S&E y afférents)</i>	SEN/SEP du PNMLS	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.3.1.2 : Renforcement des cadres de concertation à tous les niveaux (Réunions de task force S&E, intra sectorielles, intersectorielles, multisectorielles, groupes thématiques, fora)</i>		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 6.3.1.3 : Développement d'une politique nationale sur les préservatifs.</i>		
<i>Strat. 6.3.1.4 : Mobilisation des Secrétaires Généraux de l'administration publique pour leur implication et responsabilisation dans la mise en place des organes de coordination (comités sectoriels) et l'intégration des interventions de la riposte au VIH dans les 10 secteurs prioritaires Publics conformément à leur mandat</i>		
<i>Strat. 6.3.1.5 : Appui institutionnel des comités sectoriels dans les 10 Secteurs prioritaires retenus et aux organes et structures de coordination à tous les niveaux</i>	MB	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.3.1.6 : Mise en application des dispositifs opérationnels relatifs au cadrage sectoriel dans la mise en œuvre du PSN</i>	SEN/SEP du PNMLS	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.3.1.7 : Renforcement des capacités des structures sectorielles de coordination et de mise en œuvre dans la riposte au VIH (suivi des interventions stratégiques, supervision formative, missions ou visites d'échange d'expériences, participation à des conférences nationales, régionales, et internationales)</i>		
<i>Strat. 6.3.1.8 : Développement des mesures de gestion axée sur les résultats</i>		

Effet 6.4 : Le système communautaire et la composante privée fonctionnent de manière optimale pour une riposte efficace au VIH d'ici à 2023

L'engagement et l'implication des communautés se révèlent dans le contexte actuel très déterminant. Pour la coordination des interventions au niveau communautaire, on note d'une part la faiblesse du cadre de concertation des organisations de la société civile intervenant dans la riposte au VIH (Forum Sida), et d'autre part l'existence de plusieurs réseaux ou faitières de la société civile et des ONG touchant des groupes spécifiques pour une riposte efficace et ciblée réunissant les différentes parties prenantes, telles que les groupes de travail Droits et VIH, groupes thématiques, etc.

Cependant, le faible accès au financement de la riposte, les faibles capacités des acteurs du système communautaire dans son ensemble, ne leur offrent pas l'opportunité de jouer pleinement leur rôle.

Les stratégies d'interventions portent sur la redynamisation du cadre de concertation des organisations de la société civile à tous les niveaux y compris le renforcement des capacités techniques et la mise en place d'un dispositif facilitant l'accès aux ressources financières. Pour la composante privée, un effort d'intégration des interventions VIH dans toutes les entreprises est réalisé.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 6.4 :Le système communautaire et la composante privée fonctionnent de manière optimale pour une riposte efficace au VIH d'ici à 2023		
Prod. 6.4.1 : Le système communautaire dispose d'un cadre de concertation à tous les niveaux d'ici à 2023		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 6.4.1.1 : Renforcement des capacités institutionnelles des cadres de concertation des organisations communautaires à tous les niveaux</i>	SEN/SEP du PNMLS	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.4.1.2 : Renforcement des capacités en leadership et management des SEP, SEL et Comités sectoriels</i>		
Prod. 6.4.2 : Les acteurs des organisations du système communautaire disposent des capacités requises dans la mise en œuvre et le suivi des interventions de riposte d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.4.2.1 : Renforcement des capacités des acteurs des organisations communautaires à tous les niveaux</i>	SEN/SEP du PNMLS	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.4.2.2 : Renforcement de synergie dans la collaboration entre les acteurs et organisations communautaires mais aussi entre les acteurs et institutions de la lutte</i>		
<i>Strat. 6.4.2.3 : Renforcement institutionnel des organisations communautaires pour le suivi et supervisions des interventions</i>		
Prod. 6.4.3 : Un dispositif qualité de référence certifiant l'éligibilité des organisations communautaires à accéder et à bien gérer le financement mobilisé pour la lutte est mise en place d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.4.3.1 : Actualisation de la liste des organisations communautaires actives dans la riposte au VIH avec leur domaine d'intervention</i>	SEN/SEP du PNMLS	MSP, OSC
<i>Strat. 6.4.3.2 : Développement d'un dispositif qualité de référence devant certifier l'éligibilité des organisations communautaires à accéder et à bien gérer le financement mobilisé pour la lutte</i>		MCIIRF, MSP, OSC, PTF
<i>Strat. 6.4.3.3 : Renforcement des capacités des organisations communautaires dans l'élaboration des projets de la riposte au VIH</i>		MAS, MSP, OSC, PTF
Prod. 6.4.4 : Les capacités en gestion de programme des organisations de la composante privée sont renforcées pour la mise en œuvre des interventions de la riposte au VIH d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.4.4.1 : Développement des mécanismes de collaboration avec les différentes plateformes existantes en milieu de travail</i>	METPS	MPNTIC, MTVC, MPF, MM, MFP, Patronat, SEN/SEP du PNMLS, PNCNS, PRIVE, PTF
<i>Strat. 6.4.4.2 : Renforcement des capacités des acteurs (Atelier de formation et accompagnement de proximité) intervenant dans le milieu du travail</i>	SEN/SEP du PNMLS	OSC, PTF
<i>Strat. 6.4.4.3 : Développement d'un partenariat public-privé pour une réponse nationale efficace au VIH</i>	METPS	Tous ministères concernés, Patronat, SEN/SEP du SEP du /PNMLS, PNCNS, PRIVE, PTF
<i>Strat. 6.4.4.4 : Capitalisation de la responsabilité sociale des entreprises pour leur contribution dans la riposte au VIH</i>	METPS	Tous ministères concernés, SEN/SEP du PNMLS, OSC, PTF

Effet 6.5 : 100% de formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en intrants de la riposte au VIH d'ici à 2023

L'insuffisance de la contribution du Gouvernement, le nombre limité de partenaires techniques et financiers (FM et PEPFAR), la quantification non basée sur les besoins réels, les ruptures récurrentes des médicaments et autres intrants VIH/TB, et le faible niveau de coordination GAS seront résolus pour une riposte efficace au VIH.

L'une des stratégies serait d'établir une matrice des responsabilités pour tous les acteurs impliqués dans la GAS avec les rôles et responsabilités de chacun selon leur mandat et aussi des mesures contraignantes.

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
Effet 6.5 : 100% des formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en intrants de la riposte au VIH d'ici à 2023		
Prod. 6.5.1 : La coordination GAS est renforcée à tous les niveaux d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.5.1.1 : Renforcement de la fonctionnalité des Groupes de travail Médicaments et autres intrants VIH à tous les niveaux</i>	MSP	Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.5.1.2 : Harmonisation de la matrice des responsabilités dans la gestion GAS avec tous les principaux bailleurs et intervenants</i>		
<i>Strat. 6.5.1.3 : Adaptation du circuit d'approvisionnement pour les structures spécifiques (Prisons, Hôpitaux Provinciaux, Centres psychiatriques, PODI, GCT)</i>		
Prod. 6.5.2 : 100% des formations sanitaires dans les zones de santé sont approvisionnées régulièrement et en quantité suffisante en médicaments et intrants VIH, TB, SSR, hépatites et autres d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.5.2.1 : Renforcement des capacités des équipes cadres des ZS et prestataires dans les approvisionnements (estimation et quantification des besoins, etc.) et dans la gestion des stocks des intrants (VIH, PTME, ARV pédiatriques, TB, SSR, hépatites, et autres) et l'analyse des données du SIGL</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 6.5.2.2 : Renforcement de l'approche de distribution directe au last mile et la distribution mutualisée et de gestion des alertes de ruptures de stock (ligne verte, SMS, téléphone, observatoires de santé, etc.)</i>		Tous ministères concernés, OSC, PTF
<i>Strat. 6.5.2.3 : Renforcement des capacités institutionnelles des FOSA (en équipements et commodités de PEC VIH)</i>		OSC, PTF
Prod. 6.5.3 : La part du financement du Gouvernement en intrants VIH est augmentée de 0,04% à 15% d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.5.3.1 : Plaidoyer pour plus de financement du gouvernement à l'acquisition des intrants pour la lutte</i>	SEN du PNMLS	MB, MSP, MF, MP, MPF, OSC, PTF
Prod. 6.5.4 : Le fonctionnement du Système de Pharmacovigilance et surveillance de la qualité des médicaments y compris les ARV est effectif d'ici à 2023		
<i>Strat. 6.5.4.1 : Renforcement des capacités des prestataires des soins et des acteurs communautaires à la notification spontanée des réactions indésirables des médicaments y compris les ARV</i>		

	Institution responsable	Institutions et organisations partenaires
<i>Strat. 6.5.4.2 : Renforcement de la surveillance post marketing des médicaments</i>	MSP	OSC, PTF
<i>Strat. 6.5.4.3 : Renforcement de la collaboration effective à tous les niveaux.</i>		
<i>Strat. 6.5.4.4 : Mise en place d'un système de surveillance d'apparition des résistances aux ARV</i>		

7 Budget

7.1 RESSOURCES NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2023

La budgétisation du Plan stratégique National de la riposte au VIH pour la période 2020-2023, a été réalisée grâce au modèle RNM (Ressources Needs Model). Les données utilisées dans ce modèle sont en cohérence avec le cadre des résultats du PSN et tiennent compte des coûts unitaires calculés en référence aux informations financières des subventions du Fonds mondial, du PEPFAR et du Gouvernement.

Sur la période allant de 2020 à 2023, les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PSN sont estimées à USD 1 302 558 816,43.

Tableau 7: Budget du PSN 2020-2023 (en USD)

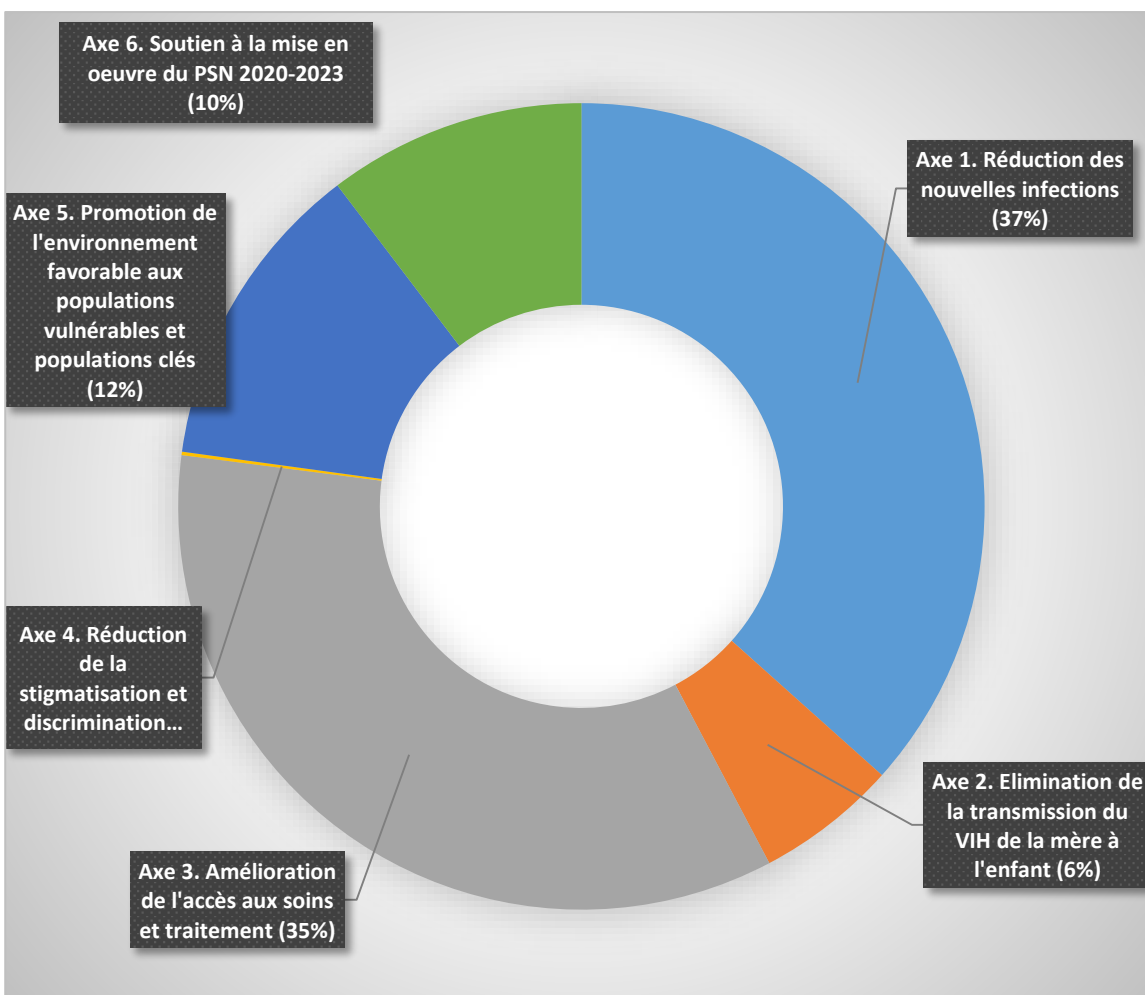
Domaines d'intervention du PSN 2020-2023	Budget en US\$				TOTAL	%
	2020	2021	2022	2023	2020-2023	
Prévention (AXE 1 et 2)	64 991 616,00	104 649 550,30	134 336 956,80	172 915 035,80	476 893 158,70	36,6%
AXE 1 : REDUCTION DE NOUVELLES INFECTIONS						
Populations prioritaires :						
Travailleuses de l'industrie du sexe et clients	6 147 954,2	8 472 998,4	10 946 816,7	13 576 354,4	39 144 123,8	3,0%
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	2 805 631,6	4 335 812,9	5 955 915,6	7 669 879,1	20 767 239,2	1,6%
Transgenres	80 586,0	90 724,0	100 862,0	111 000,0	383 172,0	0,0%
Utilisateurs de drogues injectables	1 039 339,9	1 637 881,3	2 266 247,3	2 925 568,9	7 869 037,3	0,6%
Prisonniers	152 402,0	338 617,2	534 222,3	739 574,7	1 764 816,3	0,1%
Adolescents (10 à 19 ans)	6 769 460,5	9 017 446,8	11 411 815,8	13 952 555,8	41 151 278,8	3,2%
Jeunes de 20 à 24 ans	13 595 409,5	27 883 583,4	35 742 497,4	43 983 768,5	121 205 258,8	9,3%
Personnes vivant avec handicap	2 624 575,7	5 382 888,5	6 900 041,4	8 491 007,8	23 398 513,4	1,8%
Populations mobiles (camionneurs, pêcheurs, miniers, Hommes en uniforme)	599 160,0	1 331 254,9	2 100 265,3	2 907 597,0	6 938 277,2	0,5%
Réfugiés et déplacés internes	5 006 040,0	8 426 834,0	11 915 543,3	15 473 184,1	40 821 601,3	3,1%

Domaines d'intervention du PSN 2020-2023	Budget en US\$				TOTAL	%
	2020	2021	2022	2023	2020-2023	
Survivants des violences sexuelles	43 673,7	89 572,8	114 818,7	141 292,8	389 358,0	0,0%
Population de 25 et plus	4 925 710	8 497 209	10 556 870	16 399 345	40 379 134	3,1%
Population en milieu de travail	4 925 709,6	8 497 209,3	10 556 870,4	16 399 345,0	40 379 134,3	3,1%
Prestation de services :					-	
Média de masse	890 000,0	890 000,0	890 000,0	890 000,0	3 560 000,0	0,3%
Fourniture de préservatifs	6 615 298,6	10 302 542,1	14 249 701,6	18 470 503,8	49 638 046,1	3,8%
Traitement des IST	5 297 586,6	5 874 205,8	6 403 703,3	6 980 929,5	24 556 425,2	1,9%
Sécurité du sang	3 340 168,6	3 444 471,3	3 550 991,4	3 659 790,9	13 995 422,1	1,1%
Prophylaxie post exposition	132 909,5	136 298,6	139 774,3	143 338,5	552 320,9	0,0%
AXE 2 : ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT						
PTME	11 794 929,83	15 416 761,75	19 558 352,58	27 109 714,48	73 879 758,63	5,7%
AXE 3 : AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS ET TRAITEMENT						
Services de soin et de traitement :	80 533 438,0	100 242 663,60	120 887 564,70	150 944 645,10	452 608 310,90	34,7%
Conseil et dépistage du VIH	7 920 819,2	13 437 607,8	19 339 352,1	25 647 103,2	66 344 882,3	5,1%
Thérapie ARV	63 631 126,1	74 240 172,6	84 812 659,7	95 266 296	317 950 254,2	24,4%
Soins et Prophylaxie contre les IO	277 130,5	277 979,0	278 688,9	279 099,0	1 112 897,3	0,1%
Charge virale	6 047 526,6	9 074 909,5	12 686 912,3	25 076 106,4	52 885 454,7	4,1%
Examens laboratoire	1 035 733,0	1 507 913,9	1 981 972,5	2 803 485,6	7 329 105,0	0,6%
Soutien nutritionnel	287 525,0	336 497,0	385 522,0	434 335,0	1 443 879,0	0,1%
TB/VIH	1 333 577,6	1 367 583,8	1 402 457,2	1 438 219,9	5 541 838,4	0,4%
AXE 4 : REDUCTION DE LA STIGMATISATION ET DISCRIMINATION						
Lutte contre la stigmatisation et discrimination, inégalités liées au genre et promotion des droits humains	445 000,0	445 000,0	445 000,0	445 000,0	1 780 000,0	0,1%
AXE 5 : PROMOTION DE L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AUX POPULATIONS VULNERABLES ET POPULATIONS CLES						
Environnement favorable	28 082 572,8	36 722 116,3	44 981 496,8	52 849 087,10	162 635 273,00	12,5%
Lutte contre les inégalités liées au genre et promotion des droits humains ; Appui aux OEV	7 254 022,8	8 950 716,3	10 267 246,8	11 191 987,1	37 663 973,0	2,9%
Autonomisation des PVVIH, SVS, PVH et populations clés déclarées vulnérables	20 828 550,0	27 771 400,0	34 714 250,0	41 657 100,0	124 971 300,0	9,6%
AXE 6 : SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2023						
Politique, administration, recherche, suivi et évaluation	21 625 928,1	29 760 913,5	37 013 344,9	46 362 128,7	134 762 315,2	10,3%
Total PSN 2020-2023	207 473 484,73	287 237 005,45	357 222 715,78	450 625 611,18	1 302 558 816,43	100,0%

7.2 Budget du PSN par axes stratégiques

La structure du budget confirme les choix prioritaires du PSN avec un accent mis sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (34,7%) et la prévention de nouvelles infections à VIH (36,6%) ainsi qu'à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(5,7%). Les interventions transversales comprenant la réduction de la stigmatisation et discrimination ; l'environnement favorable à la riposte au VIH ; et la coordination et gestion des programmes, le suivi-évaluation et renforcement de la gestion des produits médicaux disposent d'un budget qui représente 23% des besoins nationaux.

Graphique 9 : Structure du budget du PSN 2020-2023 par axe stratégique



8 Cadre des performances

RESULTATS	INDICATEURS	Donnée de base	Année de référence	Source de donnée	2020		2021		2022		2023	
					Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur
Impact 1	Nombre/Pourcentage de nouvelles infections à VIH dans la population âgée de 15 à 49 ans	14660	2019	Spectrum-AIM 2020 v5.86	30%	N : 10262 D : 14660	50%	N : 7330 D : 14660	70%	N : 4398 D : 14660	90%	N : 1466 D : 14660
	Nombre/Pourcentage de nouvelles infections à VIH dans la population âgée de 10 à 14 ans	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de nouvelles infections à VIH dans la population âgée de 15 à 19 ans	3192	2019	Spectrum-AIM 2020 v5.86	30%	N : 2234 D : 3192	50%	N : 1596 D : 3192	70%	N : 957 D : 3192	90%	N : 319 D : 3192
	Nombre/Pourcentage de nouvelles infections à VIH dans la population âgée de 20 à 24 ans	3703	2019	Spectrum-AIM 2020 v5.86	30%	N : 2592 D : 3703	50%	N : 1852 D : 3703	70%	N : 1111 D : 3703	90%	N : 370 D : 3703
	Nombre/Pourcentage de nouvelles infections à VIH dans la population âgée de 25 à 49 ans	7765	2019	Spectrum-AIM 2020 v5.86	30%	N : 5436 D : 7765	50%	N : 3883 D : 7765	70%	N : 2330 D : 7765	90%	N : 777 D : 7765
Effet 1.1	Nombre et Pourcentage de TS ayant indiqué avoir utilisé un préservatif avec le dernier client	74%	2019	IBBS/Estimation population clés ONUSIDA 2018	80%	N : 242718 D : 303398	85%	N : 257888 D : 303398	90%	N : 273058 D : 303398	95%	N:288228 D: 303398
	Nombre et Pourcentage de UDI ayant déclaré avoir utilisé une seringue ou un rasoir déjà utilisé pour s'injecter de la drogue	49%	2019	IBBS/Estimation population clés ONUSIDA 2018	55%	N : 74217 D : 134940	65%	N : 87711 D : 134940	80%	N : 107952 D : 134940	90%	N:121446 D: 134940
	Nombre et Pourcentage d'UDI ayant indiqué avoir utilisé une seringue autobloquante pour s'injecter de la drogue	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre et Pourcentage de HSH ayant indiqué avoir utilisé un préservatif avec le dernier client	45%	2019	IBBS/Estimation population clés ONUSIDA 2018	60%	N : 101282 D : 168804	70%	N : 118163 D : 168804	80%	N : 135043 D : 168804	90%	N:151924 D : 168804
	Nombre et Pourcentage de HSH ayant indiqué avoir utilisé un lubrifiant aqueux avec le dernier client	83%	2018	Rapport cartographie populations clés PNLS/Estimation population clés ONUSIDA 2018	85%	N : 143483 D : 168804	90%	N : 151924 D : 168804	95%	N : 160364 D : 168804	100%	N : 168804 D : 168804
	Nombre et Pourcentage de TG ayant indiqué avoir utilisé un préservatif avec le dernier client	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre et Pourcentage de TG ayant indiqué avoir utilisé un lubrifiant avec le dernier client	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre et pourcentage de prisonniers ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 1.2.	Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 14 ans ayant déjà eu des rapports sexuels	ND			ND		ND		ND		ND	
	Pourcentage d'adolescents de 15 à 24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels	19%	2018	MICS	30%		50%		80%		90%	
	Nombre/Pourcentage de femmes et hommes âgés de 15-24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH	33,95%	2018	MICS	45%		60%		75%		95%	
	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	16,8%	2014	EDS	40%		60%		80%		90%	
Effet 1.3	Pourcentage / Nombre des camionneurs qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	56,9% (N:2058)	2019	IBBS	60%		70%		80%		90%	
	Pourcentage / Nombre des miniers qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	11,9% N: 3853)	2019	IBBS	20%		40%		60%		90%	N: D:
	Pourcentage / Nombre des pêcheurs qui déclarent avoir utilisé un condom avec la	47,1% (N: 280)	2019	IBBS	50%		60%		80%		90% (5394)	N: D:

RESULTATS	INDICATEURS	Donnée de base	Année de référence	Source de donnée	2020		2021		2022		2023	
					Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur
	dernière partenaire sexuelle occasionnelle											
	Pourcentage / Nombre des femmes et hommes en uniformes qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	ND			ND		ND		ND		ND	
	Pourcentage / Nombre des réfugiés qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	ND			ND		ND		ND		ND	ND
	Pourcentage / Nombre des déplacés internes qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	ND			ND		ND		ND		ND	ND
	Pourcentage / Nombre des transfrontaliers qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	ND			ND		ND		ND		ND	ND
	Pourcentage / Nombre des survivants de violences sexuelles qui déclarent avoir utilisé un condom avec la dernière partenaire sexuelle occasionnelle	ND			ND		ND		ND		ND	ND
Effet 1.4	Nombre/Pourcentage de populations âgées de 25 ans et plus et celles en milieu du travail ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport occasionnel	ND			ND		ND		ND		ND	ND
Effet 1.5	Nombre/Pourcentage de cas d'IST notifiés dans les services de consultations	5%	2019	Rapport Annuel PNLs	4%		3%		2%		1%	
Effet 1.6	Nombres/Pourcentage de Nouvelles infections transmises par voies transfusionnelles	2%	2013	Rapport annuel MoT PNLs	1%		0%		0%		0%	
Impact 2	Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	7607	2019	Spectrum-AIM 2020 v5.86	6086 (20%)		4564 (40%)		2662 (65%)		1902 (75%)	
Effet 2.1	Pourcentage de jeunes filles et femmes en âge de procréer qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel	25,2%	2018	MICS	40%		50%		60%		70%	
Effet 2.2	Pourcentage de femmes VIH+ en âge de procréer et leurs partenaires qui déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive	28,1%	2018	MICS	35%		40%		45%		50%	
Effet 2.3	Pourcentage de femmes enceintes VIH+ qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant	46% (14546/31373)	2019	Rapport annuel PNLs	60%		70%		85%		90%	
Effet 2.4	Nombre/Pourcentage de femmes infectées, leurs enfants et leurs familles qui bénéficient des soins et traitements postnatals	ND			ND		ND		ND		ND	
Impact 3.	Taux de mortalité pour 100.000 habitants	14,58	2019	GAM 2019			ND		ND		4,37	
	Taux de mortalité de la coinfection VIH/TB pour 100.000 habitants	12	2018	Global report 2019			11		10		9	
Effet 3.1	Nombre/Pourcentage de PVVIH (adultes, enfants, adolescents et jeunes) qui connaissent leur statut sérologique	63% N : 331778 D : 528293	2019	Rapport annuel PNLs	80%	N : 423004 D : 528755	85%	N : 452484 D : 532334	90%	N : 481835 D : 535372	95%	N : 510414 D : 537278
Effet 3.2	Nombre/Pourcentage des PVVIH connaissant leurs statuts sérologiques qui sont sous TAR	61% N : 321222 D : 528293	2019	Rapport annuel PNLs	80%	N : 338403 D : 423004	85%	N : 384611 D : 452484	90%	N : 433652 D : 481835	100%	N : 510414 D : 510414
Effet 3.3	Nombre/Pourcentage de patients coinfectés VIH/TB qui bénéficient d'une prise	75% N : 19762 D : 26334	2019	Rapport Annuel PNLs	85%		90%		95%		100%	

RESULTATS	INDICATEURS	Donnée de base	Année de référence	Source de donnée	2020		2021		2022		2023	
					Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur
	en charge selon le protocole national											
Effet 3.4	Nombre/Pourcentage de cas de PVVIH avec Hépatites qui bénéficient de la prise en charge	ND			100%	N : 571 D : 571	100%	N : 868 D : 868	100%	N : 1359 D : 1359	100%	N : 1881 D : 1881
	Nombre/Pourcentage de cas de PVVIH avec cancer du col qui bénéficient de la prise en charge	36% N : 54 D : 150	2019	DHIS2	100%	N : 459 D : 459	100%	N : 523 D : 523	100%	N : 728 D : 728	100%	N : 945 D : 945
	Nombre/Pourcentage de PVVIH avec autres IO et comorbidités qui bénéficient de la prise en charge	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 3.5	Nombre/Pourcentage des populations vulnérables et en situation humanitaire qui bénéficient d'une prise en charge	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage des populations en situation humanitaire d'urgence vivant avec le VIH qui bénéficient d'une prise en charge	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 3.6	Nombre/Pourcentage de PVVIH qui ont une charge virale supprimée	52% N : 2716389 D : 528293	2019	Rapport Annuel PNL5	60%		65%		70%		80%	
Impact 4	Nombre/Pourcentage de cas de stigmatisations et discrimination liées au VIH enregistrées envers les PVVIH toute formes confondues	16%	2018	Index stigma	10%		7%		5%		0%	
Effet 4.1	Nombre/Pourcentage des cas de discrimination des PVVIH dans milieu social	25%	2012	Rapport index stigma	20%		15%		10%		5%	
	Nombre/Pourcentage des cas de discrimination familial	20,7%	2012	Rapport index stigma	15%		10%		10%		0%	
	Nombre/Pourcentage des cas de discrimination dans le milieu du travail	16,5%	2012	Rapport index stigma	10%		7%		5%		0%	
Effet 4.2	Nombre/Pourcentage de PVVIH qui déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination	47%	2012	Rapport index stigma RDC 2012	30%		20%		10%		0%	
	Nombre/Pourcentage de TS qui déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination	43%	2018	Rapport Final Cartographie Pop. Clés	50%		60%		80%		100%	
	Nombre/Pourcentage de HSH qui déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination	29,8%	2018	Rapport Final Cartographie Pop. Clés	35%		55%		75%		100%	
	Nombre/Pourcentage d'UDI qui déclarent vivre sans stigmatisation et discrimination	30%	2018	Rapport Final Cartographie Pop. Clés	35%		55%		75%		100%	
Impact 5	Nombre/Pourcentage de PVVIH qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de SVS qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage des populations vulnérables OEV qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de PVH qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de TS qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de HSH qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de TG qui bénéficient d'une prise en charge socio-économique	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 5.1	Nombre/Pourcentage de PVVIH déclarées vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	

RESULTATS	INDICATEURS	Donnée de base	Année de référence	Source de donnée	2020		2021		2022		2023	
					Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur	Valeur	Numérateur/Dénominateur
	Nombre/Pourcentage de SVS déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de PVH déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de TS déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de HSH déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage de TG déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
	Nombre/Pourcentage d'UDI déclarés vulnérables qui sont rendues autonomes dans la satisfaction de leurs besoins sociaux de base	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 5.2	Nombre/Pourcentage d'OEV du fait du sida qui bénéficient d'une prise en charge holistique	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 5.3	Nombre/Pourcentage SVS/VVS et VVBG qui bénéficient des services de prévention et de protection	ND			ND		ND		ND		ND	
Effet 5.4	Nombre/Pourcentage de jeunes filles et femmes qui sont victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin	ND			ND		ND		ND		ND	
Impact 6	Nombre/Pourcentage des Programmes VIH sont soutenus et performants à tous les niveaux	Moins de 30%	2019	ICPN (Indice composite de politique nationale)	40%		60%		80%		100%	
Effet 6.1	Pourcentage des engagements pris par les organes de pilotage et de décisions respectés	<5%	2019	Rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2018-2019	50%		60%		70%		80%	
Effet 6.2	Nombre/Pourcentage d'acteurs qui accèdent et utilisent les les informations stratégiques	35%	2019	Rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2018-2021	50%		60%		70%		80%	
Effet 6.3	Nombre/Pourcentage des secteurs impliqués dans la riposte au VIH	40%	2019	Rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2018-2021	50%		60%		80%		100%	
Effet 6.4	Existence de cadre concertation fonctionnel à tous les niveaux du système communautaire	0%	2019	Rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2018-2021	50%		60%		70%		80%	
Effet 6.5	Nombre/Pourcentage de formations sanitaires qui ne connaissent pas de rupture de stocks sur une période déterminée	2,9% (4566)	2019	Rapport PUDR	2,5%		2%		1%		0%	

9 Cadre de mise en œuvre du Plan Stratégique National 2020-2023

9.1 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 la riposte au VIH définit le cadre institutionnel de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2020-2023.

9.1.1 Mandat du PNMLS

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

- Définir les orientations nationales de la riposte au VIH ;
- Mobiliser les ressources financières nationales et internationales pour la mise en œuvre des programmes et contrôler leur gestion ;
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de la riposte au VIH;
- Veillez au respect de la multisectorialité et à l'effectivité de la décentralisation de la riposte au VIH;
- Veiller au suivi et au respect des engagements internationaux de la République Démocratique du Congo en matière de la riposte au VIH;

9.1.2 Organes et structures du PNMLS

Les organes du PNMLS sont :

- Organes d'orientations et de décision 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 » ;
- Structures de coordination et suivi : Secrétariat Exécutif National (SEN), Secrétariat Exécutif Provincial (SEP), Secrétariat Exécutif Local (SEL) et Comités sectoriels de lutte contre le sida des 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.

9.1.3 Cadre opérationnel

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

- Plan de suivi et évaluation : fournit 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 fournit 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 : adapté aux contextes, besoins et priorités de la province, il sera la déclinaison du PSN 2020-2023. 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 2020-2023 tenant compte de ses spécificités et ses déterminants. Les différentes parties prenantes des composantes publique, privée et communautaire, les partenaires des ministères concernés seront mis à 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 liées à la riposte au VIH. Ces faiblesses concerneront entre autre les ressources humaines, la logistique, faiblesses procédurales, les aspects financiers et techniques. De ces faiblesses seront élaborées les approches et moyens de résolution.

9.2 Procédures de Gestion

9.2.1 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 riposte au VIH 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.

9.2.2 Gestion des ressources humaines

En RDC, le développement des ressources humaines est réglementé par le Statut 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.

9.3.3. 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. Tout en restant le patrimoine de l'Etat, la responsabilisation par secteur doit être respectée et ne doit souffrir d'aucune allégation surtout par les autorités politico-administratives

9.3 Cadrage sectoriel

Pour la mise en œuvre du PSN 2020-2023, et conformément à l'ordonnance n°11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le décret n° 04 /029 du 17 mars 2004 portant création du PNMLS, les rôles et responsabilités des secteurs sont définis dans un document ad hoc. Dans ce document intitulé « Rôles et responsabilités des secteurs dans la mise en œuvre du plan stratégique national de la riposte au VIH », par secteur, il faut entendre 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.

Pour ce faire, dix secteurs prioritaires ont été retenus sur base des interventions stratégiques du PSN. Ces dix secteurs prioritaires retenus sont : Santé, Défense – sécurité, Social – action humanitaire,

Transport – communication, Agriculture – Développement rural, Education, Plan – Budget – Finances, Mines – Energies, Justice – droits humains et Culture – Média – Poste.

Chacun des dix secteurs comprend trois composantes : Publique, privée et communautaire.

Les rôles et responsabilités des secteurs dans la mise en œuvre du plan stratégique national de la riposte au VIH précise, en outre, les acteurs, les ministères lead et les principales interventions pour chacun des secteurs prioritaires.

10 Cadre de suivi et évaluation du PSN 2020-2023

Les modalités du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du PSN 2020-2023 sont décrites dans le Plan de suivi et évaluation pour renseigner les indicateurs d'impact, d'effet et des produits repris dans le Cadre de performances.

10.1 Dispositif du suivi et évaluation.

Le PSN 2020-2023 aura pour cadre de référence les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international pour le suivi et évaluation des interventions. Les fonctions prioritaires du système seront d'informer régulièrement les acteurs et décideurs sur les performances de mise en œuvre du PSN, les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources et l'identification des événements non prévus ainsi que les réorientations stratégiques urgentes.

En effet, le système de suivi-évaluation est organisé en trois (3) principaux niveaux d'intervention 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 :

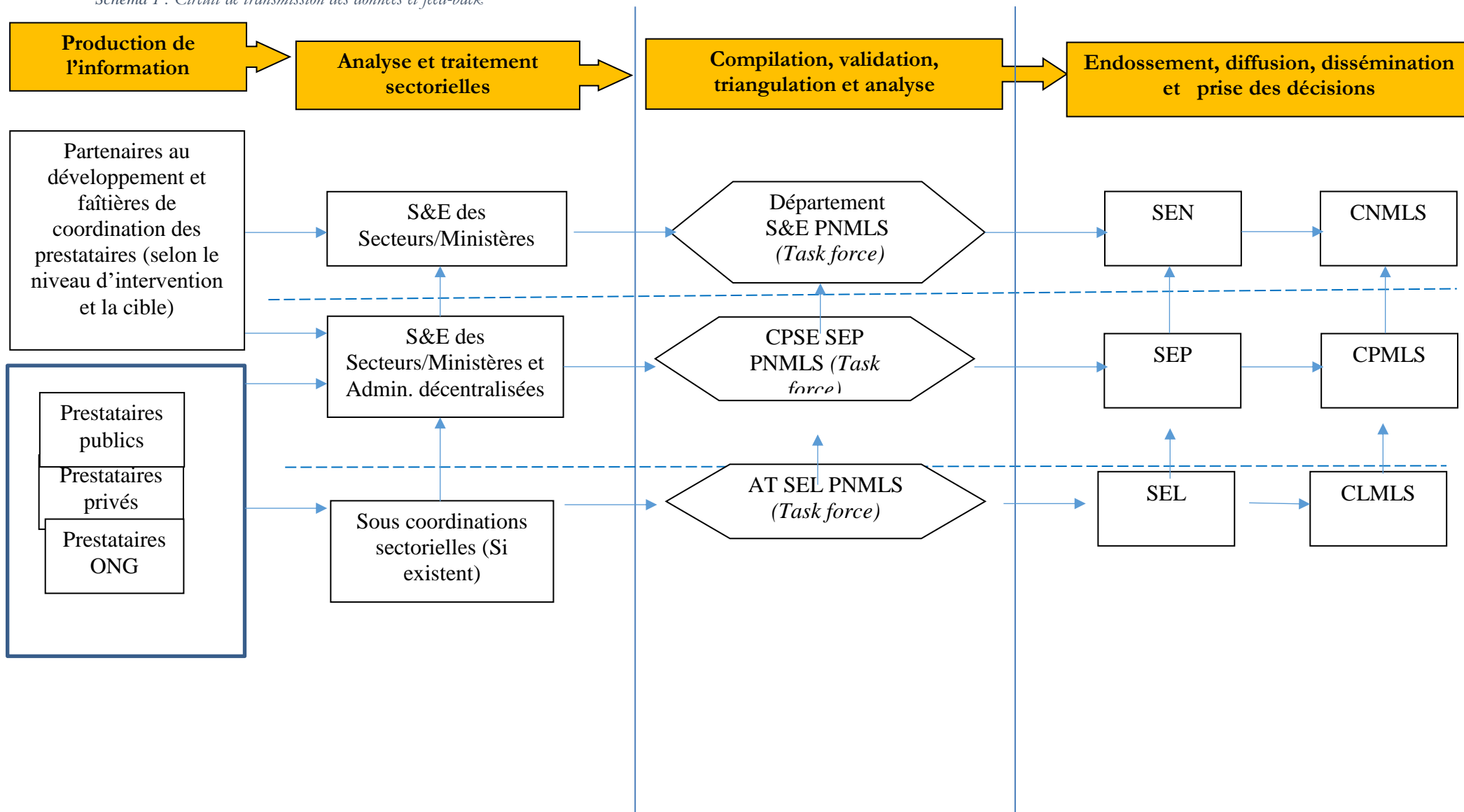
- 1) Le premier niveau est représenté par les structures d'exécution sectorielles (les ministères, les privés, les communautaires et structures de santé). A ce niveau, il s'agit essentiellement de l'exécution des activités programmées et de la collecte quotidienne des données issues de différentes réalisations par chaque structure.
- 2) Le deuxième niveau est celui des structures de coordination locale (SEL/PNMLS) et provinciale (SEP/PNMLS). A ce stade, leur rôle est de centraliser, valider les données, élaborer des synthèses mensuelles/trimestrielles par domaine et acteurs multisectoriels et les transmettre aux autorités locales, aux Gouvernements provinciaux et aux partenaires.
- 3) Le troisième niveau est celui de la coordination nationale (SEN/PNMLS) qui est chargée de centraliser, valider et transmettre les données au Gouvernement de la République et aux partenaires. C'est à cette étape que les données sectorielles et les résultats des études/enquêtes sont traités par le Département de suivi et évaluation en collaboration avec les secteurs pour permettre l'élaboration du rapport global de la riposte nationale.

Outre les structures de collecte, de traitement, d'analyse des données et de production des rapports périodiques, la Task-force Suivi et Evaluation multisectoriel et multidisciplinaire appuie le Département de suivi évaluation du SEN PNMLS. Au niveau décentralisé, la Task-force suivi et évaluation assure à chaque niveau la validation et l'assurance qualité des données.

10.2 Circuit de transmission des données.

Les données produites par les acteurs multisectoriels à différents niveaux sont transmises pour analyse et traitement par le responsable de suivi et évaluation des secteurs/ministères. La compilation, la validation et triangulation de ces données seront assurées au niveau des Secrétariats Exécutifs du PNMLS à travers les Task-forces suivi et évaluation avant leur diffusion comme indiqué dans le schéma ci-dessous.

Schéma 1 : Circuit de transmission des données et feed-back



10.3 Renforcement du système de suivi et évaluation.

La mise en place d'un dispositif de suivi et évaluation efficace et pérenne passe par un renforcement des composantes opérationnelles du système dans le but de renseigner l'évolution de la réponse nationale au VIH en vue d'opérer dans le temps les ajustements nécessaires.

Les conclusions de l'évaluation du système de suivi et évaluation du PSN 2018-2021 serviront de base pour renforcer le dispositif de suivi et évaluation du PSN 2020- 2023 à travers son Plan de suivi et évaluation.

Des interventions de renforcement de ce dispositif sont inscrites dans la feuille de route qui servira de base à la mobilisation des ressources.

11 ANNEXES

Annexe 1 : structures de population de la RDC

Tableau 8 : Structure de la population de la RDC par groupes d'âges, par sexe et par province.

Groupe d'âges	Masculin		Féminin		Ensemble
	Effectifs en milliers	Proportion en %	Effectifs en milliers	Proportion en %	
0-4	9 005	19,8	8 988	19,3	17 993
5-9	7 241	15,9	7 243	15,6	14 484
10-14	5 968	13,1	5 959	12,8	11 927
15-19	4 668	10,3	4 625	9,9	9 293
20-24	3 836	8,4	3 872	8,3	7 708
25-29	3 288	7,2	3 286	7,1	6 574
30-34	2 711	6,0	2 743	5,9	5 454
35-39	2 249	5,0	2 400	5,2	4 649
40-44	1 728	3,8	1 847	4,0	3 575
45-49	1 230	2,7	1 392	3,0	2 622
50-54	1 004	2,2	1 190	2,6	2 194
55-59	688	1,5	844	1,8	1 532
60-64	681	1,5	834	1,8	1 515
65-69	512	1,1	614	1,3	1 126
70-74	316	0,7	363	0,8	679
75+	293	0,6	376	0,8	669
Total	45 418	100	46 576	100	91 994

Source: Ministère du Plan/INS, Annuaire statistique 2017

Annexe 2 : Principes directeurs du PSN 2020-2023

Le PSN 2020-2023 s'aligne avec les priorités nationales en matière de santé et de développement et les objectifs mondiaux auxquels le pays a souscrit et qui sont relatifs à (i) la couverture universelle santé, (ii) l'accès universel, (iii) les objectifs 3 zéro (zéro nouvelle infection, zéro décès, zéro discrimination) (iv) l'objectif 90-90-90, (v) l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (vi) la stratégie de la voie accélérée (fast-track), (vii) les Objectifs de Développement Durables (ODD), (viii) les objectifs du Fonds Mondial en matière de pérennité et la résilience des systèmes de santé.

Pour réaliser la vision du PSN 2020-2023, l'Etat, les institutions, les autres acteurs, y inclus les partenaires sont guidés par les principes suivants :

1) Un engagement politique fort

Depuis longtemps que le VIH et le sida ont cessé d'être un problème individuel pour devenir un défi majeur pour la RDC et le Gouvernement, et pour atteindre les résultats prévus dans le présent document, il est impératif qu'il y ait un engagement politique au plus haut niveau et de toutes les instances de gouvernance du pays et des organes et structures de la réponse nationale. Ainsi, le PNMLS assurera un leadership permettant à toutes les institutions et secteurs y compris la société civile et le réseau des ONG et associations de PVVIH de s'impliquer davantage dans la riposte au VIH.

2) Une multisectorialité et Intersectorialité effective de la réponse

La riposte au Sida pour être efficace nécessite une approche multisectorielle et intersectorielle intégrant tous les secteurs politiques et sociaux dans la riposte nationale à l'épidémie de VIH. Le partenariat public/privé et la participation communautaire sont dépendants de ce principe.

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces réalisée lors de la revue de performance du PSN 2020-2023 suggère fortement aux autorités politiques, aux acteurs de mise en œuvre, y inclus les partenaires multilatéraux et bilatéraux à privilégier, soutenir et promouvoir une approche multisectorielle et intersectorielle conçue comme un tout intégré, dans un cadre de leadership pleinement assumé par les autorités étatiques liées à la riposte au sida à une approche purement sectorielle qui pourrait être appréhendée comme un assemblage de composantes isolées.

Cette approche mise en œuvre à tous les niveaux de la réponse, en particulier aux niveaux du pilotage national, provincial et locale permettra d'agir positivement sur la complémentarité et l'interdépendance des déterminants du VIH /sida.

3) Le respect des droits humains et du genre

La dimension genre et les droits humains ont un caractère fondamental. Tous les bénéficiaires sont au centre des préoccupations de la stratégie nationale.

Le principe de l'équité dans la distribution des ressources et dans la mise en œuvre des actions prioritaires devra être assuré au niveau des secteurs sociaux et des régions de manière à réduire le fossé entre différents groupes sociaux en matière d'accès aux services publics essentiels et à une meilleure qualité de vie.

Il s'agit du respect de renforcer l'application des lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables et qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique vis-à-vis de ces derniers.

4) La coordination et décentralisation de la lutte jusqu'aux bénéficiaires

Pour atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien, il est fondamental d'intégrer le VIH et le sida dans les différents programmes et politiques de développement.

La coordination et la conduite du processus de la réponse nationale au VIH doit se faire de manière décentralisée en restant dans la dynamique des Trois Principes Directeurs. Pour une réponse plus efficace, cette décentralisation doit se faire par l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels sectoriels et provinciaux, le renforcement des capacités des organes de coordinations décentralisées. Elle doit être effective à tous les niveaux y compris communautaires, par le biais des organisations à base communautaire (OBC) ou comités de lutte contre le sida et, pour cela, des ressources humaines et financières mais aussi les services essentiels à la réponse régionale et locale doivent être disponibles.

Les PVVIH et les populations les plus exposées doivent être au cœur de la riposte : Les interventions sont ciblées et les services de soins simplifiés et centrés sur la personne, les familles et les communautés.

Les organisations communautaires sont parties prenantes de la riposte nationale : Elles apportent une contribution remarquable dans les différents domaines, prévention, prise en charge globale et droits humains.

Les PVVIH, les associations et réseaux des populations clés et des populations vulnérables sont associés à différents niveaux de la mise en œuvre du PSN 2020-2023, pour l'atteinte des résultats nationaux.

5) L'alignement et la redevabilité

Toute intervention dans la riposte nationale au sida doit s'aligner à la politique et aux stratégies nationales définies dans le PSN avec obligation de rendre compte aux instances compétentes de coordinations conformément aux dispositifs de l'ordonnance portant création du PNMLS.

6) Les liens synergiques entre le PSN 2020-2023 et les Objectifs du Développement Durable

Les Objectifs de développement durable visent à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Les six résultats d'impacts du PSN 2020-2023 sont cohérents avec les objectifs et les cibles de l'ODD 3.

7) Le respect de « Three Ones »

Autour d'un cadre unique de coordination, les interventions de tous les partenaires sont mises en œuvre de façon multisectorielle ainsi qu'un système national de suivi et d'évaluation pour une gouvernance efficace et efficiente (PNMLS)

La RDC a adopté les Trois Principes Directeurs-« Three Ones» pour la gouvernance et la gestion de la réponse au VIH et au sida. En effet, les « Trois Principes Directeurs » invitent les responsables nationaux et les partenaires à s'aligner sur une coordination nationale efficace s'appuyant sur : (i) un seul cadre stratégique national ; (ii) une seule instance de coordination nationale ; et, (iii) un seul système de suivi & évaluation.

Une gestion efficiente de la réponse au VIH basée sur la responsabilité partagée, la transparence et l'obligation de rendre compte supposent qu'un résultat (impact, effet ou produit) soit le fruit d'un changement souhaitable, mesurable ou descriptible et provenant d'une relation de cause à effet.

Ainsi, pour qu'en 2023 il soit possible de mesurer la réalisation des objectifs tracés, il a été adopté pendant tout le processus de l'élaboration, le principe de gestion axée sur les résultats et qui guidera la mise en œuvre du PSN 2020-2023.

L'innovation, l'efficacité, l'efficacités et la pérennité de la riposte : La gestion efficiente de la riposte au VIH se fonde sur la responsabilité partagée, la transparence et l'obligation de rendre compte autour de l'atteinte des résultats (impact, effet ou produit) de la part de tous les acteurs, communauté universitaire, professionnels de santé, responsables institutionnels et associatifs et partenaires internationaux et du secteur privé.

Tous les acteurs engagés dans la riposte au VIH sont tenus à un devoir de contribuer à l'atteinte des objectifs du PNMLS et de rendre compte de leurs performances programmatiques et financières de façon transparente.

8) Le renforcement de la demande pour l'utilisation des services offerts en matière de la riposte au VIH

Le pays a opté de « sortir le sida de l'isolement » au moyen de systèmes axés sur l'individu, afin d'améliorer la couverture santé universelle. Ce principe implique que l'offre de service de santé (y compris la prise en charge VIH) fasse partie d'un paquet de services offerts par les points de prestations de services dans une logique non-verticale de dispensation et d'organisation des services.

Il s'agit d'associer toutes les parties prenantes les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires y compris les représentants des populations clés impliqués dans la riposte au VIH. L'approche inclusive et partenariale augmente la qualité, l'efficacité et la pertinence de la mise en œuvre et le suivi et évaluation des programmes et des interventions.

Annexe 3 : Liste des participants à l'élaboration du PSN 2020-2023

1. Membres du Comité de pilotage de la revue des performances du programme sida et de l'élaboration du nouveau PSN 2020-2023

N°	INSTITUTIONS	NOMBRE DE MEMBRES
1.	Présidence de la République (Délégué du DIRCAB)	1
2.	Primature (Délégué du DIRCAB)	1
3.	Ministère de Finances (Secrétaire Général)	1
4.	Ministère de la Justice et Droits Humains (Secrétaire Général)	1
5.	Ministère de la Santé (Secrétaire Général)	1
6.	Ministère du Budget (Secrétaire Général)	1
7.	Ministère de l'EPSP (Secrétaire Général)	1
8.	Ministère du Plan (Secrétaire Général)	1
9.	Ministère de la jeunesse	1
10.	Ministère de genre et affaires sociales	1
11.	Ministère De l'ESU	1
12.	ONUSIDA	1
13.	PNUD	1
14.	OMS	1
15.	UNICEF	1
16.	UNESCO	1
17.	UNFPA	1
18.	UNIFEM	1
19.	PAM	1
20.	Banque Mondiale	1
21.	CCM/Fond Mondial	1
22.	SEN-PNMLS	1
23.	PEPFAR	1
24.	CORDAID	1
25.	FOSI	1
26.	UCOP+	1
27.	PNLS	1
28.	PNLT	1
29.	PNSA	1
30.	PNTS	1
31.	PALS	1
32.	PMILS	1
33.	PNSR	1

2. Liste des reviewers externes

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email	Destination
1	Dr Jonathan KAWUNDA	0811451086	PNMLS	jonathan.kawunda@pnmls.cd	KINSHASA
2	Dr Hilaire MBWOLIE	0817300725	PSSP	psspond@yahoo.fr	
3	Melia BOSSIKY	0999944405	PNMLS	melia.bossiky@pnmls.cd	KONGO CENTRAL
4	Dr Apollinaire KILUNDU	0813342928	PNLS	apogkilundu@gmail.com	
5	Timothée MAKELA	0971755896	Ministère de l'ESU	paultimothemakela@gmail.com	HAUT-UELE
6	Baudouin RAMAZANI	0810764282	RENADEF	baudouinramazani@gmail.com	
7	YAMBA MUTOMBO	0906853337	CEDHUC	yambalouis17@gmail.com	BAS-UELE
8	Roger MATADI USENI	0903724587	PNSA	matadiroger@gmail.com	
9	Georges NTUMBA	0992303914	PNMLS	georges.ntumba@pnmls.cd	TSHOPO
10	Dr José ONYA	0818485070	PNLS	drjoseonya@yahoo.fr	
11	Dr Robert LOMBAYE	0998995634	PNLS	lobalombaye@yahoo.fr	ITURI
12	Didier MPEMBA MABIALA	0814459918	RACQJ	dmpemba01@gmail.com	
13	Hilaire NTOMO	0818615373	FEMME PLUS	Ntomo.femmeplus@gmail.com	TANGANYIKA
14	Adolphe KALUME	0815019236	PNLS	kalumeado@yahoo.fr	
15	Papy KAWATA	0810658025	PNMLS	Papy.kawata@pnmls.cd	SANKURU
16	Dr Begin SALUMU	0820904444	PNSR	begin.salumu@gmail.com	
17	Dr Jean KABWAU	0826422551	Société civile	kabwaujean@yahoo.fr	LOMAMI
18	Dr Lisa NTUMBA	0817853870	PNMLS	lisa.ntumba@pnmls.cd	
19	Dr Patricia NYEMBO	0823249317	PNLS	tricianyembo@yahoo.fr	HAUT-KATANGA
20	Dr Rams MPALE	0814708455	PNMLS	Rams.ramazani@pnmls.cd	
21	Dr Jackie KIAMENGA	099703368	PNLS	kiamengajackie@yahoo.fr	MANIEMA
22	Lys DUA LISONGO	0810196363	PNMLS	lys.dua@pnmls.cd	
23	Dr Bernard BOSSIKY	0819010494	PNMLS	bernard.bossiky@pnmls.cd	NORD-KIVU
24	Dr Hilo ILUNGA	0818151959	PNLS	ilomed@yahoo.fr	
25	Dr Shaddie MARISHA	0852339407	AFI SANTE	mshadie34@gmail.com	NORD-UBANGI
26	Yves OBOTELA	0822252385	PNMLS	yves.obotela@pnmls.cd	
27	Dr Maurice FELO	0812596085	UCOP+	felomaurice@gmail.com	KWILU
28	Dr Caroline BONDONGA	0856417438	PNLS	carobondong@yahoo.fr	
29	Maguy MUNSI	0850039791	PNLS	nsalemunsi@gmail.com	KASAI ORIENTAL
30	Dr Hervé KIGWEZYA	0815902073	PNMLS	Herve.kigwezya@pnmls.cd	
31	Dr François MPANGA	0811700409	PNLS	drmpanga@gmail.com	SUD-KIVU
33	Delphine BAFOA	0823156343	PNLS	delphinebafoa@yahoo.fr	EQUATEUR
34	Ben Joseph MULUMBA	0818105354	PMILS	ben_mulumba@yahoo.fr	
35	Dr Paul KABAMBA	0998134989	PNTS	kabaflo965@gmail.com	KASAI CENTRAL
36	Prudence KIYAYO	0815258206	Ministère du transport	prudencemukadi@gmail.com	
37	Dr Felly EKOFO	0813136605	PNLS	fekis2016@gmail.com	LUALABA

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email	Destination
38	Serge INYONGO	0810352661	PNMLS	serge.inyongo@pnmls.cd	
39	Héritier MOTEMA KELE	0814173007	PNLS	hmotema@gmail.com	KASAI
40	David MUAMBA	0815023726	PNMLS	david.muamba@pnmls.cd	

3. Liste des experts ayant participé à la rédaction du PSN 2020-2023 à Matadi

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email
1.	Dr Sylvain YUMA	0810886623	Secrétaire Général à la santé	sylvainyuma@gmail.com
2.	Dr Bernard BOSSIKY	0998236090	Coordonnateur	bernard.bossiky@pnmls.cd
3.	Dr Apollinaire KILUNDU	0813342928	PNLS	apogkilundu@gmail.com
4.	Célestin BIRERE	0815023931	Consultant national lead	birerecelestin@yahoo.fr
5.	Felly LONZOLO	0819050500	PNMLS	felly.lonzolo@pnmls.cd
6.	Dr Jean-Marie KALALA	0816251631	PNSA	jeanmariekala@gmail.com
7.	Lyse DUA LISONGO	0810196363	PNMLS	lys.dua@pnmls.cd
8.	Dr Rams MPALE	0814708455	PNMLS	rams.ramazani@pnmls.cd
9.	Dr Lisa NTUMBA	0817853870	PNMLS	lisa.ntumba@pnmls.cd
10.	Dagobert NTANGU	0814524701	PSSP	saintdagobert@gmail.com
11.	Dr Rachel NDAYA	0826610812	Consultante nationale ado et jeunes	ndayarachel@gmail.com
12.	David MUAMBA	0815023726	PNMLS	david.muamba@pnmls.cd
13.	Dr Hilo ILUNGA	0818151959	PNLS	ilomed@yahoo.fr
14.	Thérèse OMARI	0999913257	Femme plus	femmeplus_rdc@yahoo.fr
15.	Dr José ONYA	0818485070	PNLS	drjoseonya@yahoo.fr
16.	Dr Aimé MBOYO	0818141169	PNMLS	aime.mboyo@pnmls.cd
17.	Dr Patricia NYEMBO	0823249317	PNLS	tricinnyembo@yahoo.fr
18.	Yves OBOTELA	0859030000	PNMLS	yves.obotela@pnmls.cd
19.	Me Serge TAMUNDELE	0828458258	Consultant national environnement favorable	tamundel79@yahoo.fr
20.	Ange MAVULA	0851410774	UCOP	ange.mavula@gmail.com
21.	Dr Jonathan KAWUNDA	0998330544	PNMLS	jonathan.kawunda@pnmls.cd
22.	Melia BOSSIKY	0999944405	PNMLS	melia.bossiky@pnmls.cd
23.	Papy KAWATA	0810658025	PNMLS	papy.kawata@pnmls.cd
24.	Elisée GIBANGO	0818105040	PNMLS	elisee.gibango@pnmls.cd
25.	Samuel EDIDI	0815004939	PNLS	samuel_edidi@hotmail.fr
26.	Dr Vicky MABIALA	0815189509	BPC PNLS KONGO CENTRAL	mabialavicky@yahoo.fr
27.	Dr François MPANGA	0811700409	PNLS	drmpanga@gmail.com
28.	Audace NIYONGERE		Consultant international costing	niyongere.audace@gmail.com
29.	Mr William AMADEU		Consultant International lead	william.amadeu2018@gmail.com
30.	Dr Pierre Compaoré		Consultant international S&E	pierrecomp52@yahoo.fr
31.	Daniella KARHINY	0850601753	PSSP KONGO CENTRAL	karhinirene@gmail.com
32.	Isidore MABIALA	0819011971	SEP PNMLS KONGO CENTRAL	isidore.mabiala@pnmls.cd

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email
33.	Jean de Dieu KANAKARO	0898355414	SEP PNMLS KONGO CENTRAL	jeandedieu.kanakaro@pnmls.cd
34.	Dr Marie KABEYA	0852351088	CIELS KONGO CENTRAL	mariekabeya2016@gmail.com
35.	Nana SENA	0851146250	PNLS	senanana015@gmail.com
36.	Bogol BOPE	0815254295	PNLS	bogolmbp@gmail.com
37.	NGALULA BIANZU	0999934988	PNLS	ngalulabianzu@yahoo.fr
38.	Dr Théodore ASSANI	0810818975	Consultant national eTME	drtheodoreassani@yahoo.fr
39.	Dr Eli TWITE	0817108906	PNLS	Elitwite1@gmail.com
40.	Dr Patrick BOBANGA	0810404806	DLOGSS	bobangap2000@gmail.com
41.	Dr Raoul NGOY	0997600092	ONUSIDA	NgoyM@unaid.org
42.	Dr Freddy BALANDA	0971019115	CORDAID	freddy.balanda@cordaid.org
43.	Dr Roger NGANTSUI	0828635548	PNLS	rogerbeni2002@yahoo.fr
44.	Dr Casimir MANZENGO	0815031496	OMS Afro régional	manzengo.c@who.int
45.	Willy NVITA	0816037382	CAGF	willy.vita@cagmsp.cd
46.	Prof. Jean-Pierre BANEA	0998035884	PAM	Jpbanea2015@gmail.com
47.	Dr Bijou MAKIADING	0813200175	PNLS	bijoubafi@yahoo.fr
48.	Dr Pepe NGWASI	0819385444	CCM	pepefatou@yahoo.fr
49.	Dr Henriette SEFU	0998555123	CORDAID	sefu.henriette@cordaid.org
50.	Dr Jackie KIAMENGA	099703368	PNLS	kiamengajackie@yahoo.fr

4. Liste des experts ayant participé à la validation du PSN 2020-2023 à Kinshasa

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email
1.	Célestin BIRERE	0815023931	Ministère du Plan	birerecelestin@yahoo.fr
2.	Raphael MVULA OKEKE	0997565546	PMILS	raphael.mvula@yahoo.fr
3.	Felly LONZOLO	0819050500	PNMLS	felly.lonzolo@pnmls.cd
4.	Dr Jean-Marie KALALA	0816251631	PNSA	jeanmariekala@gmail.com
5.	Lyse DUA LISONGO	0810196363	PNMLS	lys.dua@pnmls.cd
6.	Dr Rams MPALE	0814708455	PNMLS	rams.ramazani@pnmls.cd
7.	Prisca MABIZA	0816151146	RACOF	priscamabiza@gmail.com
8.	Nathalie KIVANGA	0815434385	PNLS	nathalie.luzolo@pnmls.cd
9.	Baudouin RAMAZANI	0810764282	RENADEF	baudouinramazani@pnmls.cd
10.	Dr Roger NGANTSUI	0891837524	PNLS	beniroger2002@yahoo.fr
11.	Dr Lisa NTUMBA	0817853870	PNMLS	lisa.ntumba@pnmls.cd
12.	Dagobert NTANGU	0814524701	PSSP	saintdagobert@gmail.com
13.	Dr Rachel NDAYA	0826610812	RACOF	ndayarachel@gmail.com
14.	David MUAMBA	0815023726	PNMLS	david.muamba@pnmls.cd
15.	Simon-Pierre IKOTUA	0811619223	AJAS	abjeunes@gmail.com
16.	Toussaint NGUNDOLI	0815687799	Jeunesse espoir	toussaint.ngundoli@gmail.com
17.	Dr Freddy SALUMU	0817096213	UNICEF	fsalumu@unicef.org
18.	Lazare MUYANGA	0823394646	FOSI	ilmuyanga@gmail.com
19.	Dr Hilo ILUNGA	0818151959	PNLS	ilomed@yahoo.fr
20.	Thérèse OMARI	0999913257	Femme plus	femmeplus_rdc@yahoo.fr

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email
21.	Tharcisse IPAN	0818148911	PNLS	tharcisseipan@yahoo.fr
22.	Serge INYONGO	0810352661	PNMLS	serge.inyongo@pnmls.cd
23.	Dr Shadie MARISHA	0852339407	AFI SANTE	mshadie34@gmail.com
24.	Dr Hervé KIGWEZYA	0815902073	PNMLS	herve.kigwezya@pnmls.cd
25.	Laure-Marie KITANU	0821079925	ICW	laurekitanu@gmail.com
26.	Dr José ONYA	0818485070	PNLS	drjoseonya@yahoo.fr
27.	Patrice BADIBANGA	0817006787	PAM	patrice.badibanga@wfp.org
28.	Dr Alice NDJOKA	0847193839	PNSR	alicendoka10@gmail.com
29.	Dr jean ENO	0818825932	Présidence	jeanenok@gmail.com
30.	Michée KIBWA	0812629331	PNMLS	michee.kibwa@pnmls.cd
31.	Dr Judier DIALA	0897228347	PNLT	judierdiala@gmail.com
32.	Alpha YONGO	0826699783	PNMLS	alpha.yongo@pnmls.cd
33.	Dr Pierre SHAMWOL	0817100173	UNFPA	pierre@unfpa.org
34.	Dr Richard INGWE	0817471991	PNLS	rchuy@outlook.fr
35.	Freddy MANGANA	0810698061	MSF	arsenickfred@yahoo.fr
36.	Dr Aimé MBOYO	0818141169	PNMLS	aime.mboyo@pnmls.cd
37.	Charles MUKANDA	0813260733	ELIKYA	kebanasida@gmail.com
38.	André SUKADI	0819071571	RENOAC	andresukadi4@gmail.com
39.	Dr Patricia NYEMBO	0823249317	PNLS	tricinnyembo@yahoo.fr
40.	Dr Apollinaire KILUNDU	0813342928	PNLS	apogkilundu@gmail.com
41.	Belly BOSSIKY	0811447257	RENADEF	bossiky.belly@gmail.com
42.	Jacqueline MULAJ	0997026317	PNMLS	Jacqueline.mulaj@pnmls.cd
43.	Dr Francis KITENGE	0812561505	RENADEF	kitengefrancis@gmail.com
44.	Hilaire NTOMO	0818615373	Femme plus	ntomo.femmeplus@gmail.com
45.	Me Louis YAMBA	0906853337	CEDHUC	yambalouis17@gmail.com
46.	Yves OBOTELA	0859030000	PNMLS	yves.obotela@pnmls.cd
47.	Mathieu NZAMBE	0816164649	PNMLS	mathieu.nzambe@pnmls.cd
48.	Me Serge TAMUNDELE	0828458258	Ministère de la justice	tamundel79@yahoo.fr
49.	Ange MAVULA	0851410774	UCOP	ange.mavula@gmail.com
50.	Bijou MOTALIMBO	0818131801	PNMLS	bijou.motalimbo@pnmls.cd
51.	Nathalie KIBANGULA	0815706766	PNMLS	nathalie.kibangula@pnmls.cd
52.	Pierre TSHIPANGA	0810692909	Secrétariat général Droits Humains	pa-tshipanga@gmail.com
53.	Lolo LOSSONGO	0990270634	PASCO	lologpk@gmail.com
54.	Maximilien NKIESOLO	0810868227	CIELS	maxnkiesolo@gmail.com
55.	Dr Jonathan KAWUNDA	0998330544	PNMLS	jonathan.kawunda@pnmls.cd
56.	George BIOCK	0810001652	PNUD	george.biock@undp.org

N°	Noms et Post noms	N° TELEPHONE	ORGANISATION	Email
57.	Melia BOSSIKY	0999944405	PNMLS	melia.bossiky@pnmls.cd
58.	Abel KUZONZA	0855281935	Ministère du plan	abelkaba11@gmail.com
59.	Papy KAWATA	0810658025	PNMLS	papy.kawata@pnmls.cd
60.	Elisée GIBANGO	0818105040	PNMLS	elisee.gibango@pnmls.cd

5. Pool Consultants

N°	NOMS	FONCTIONS	EMAIL
1.	Mr William AMADEU	Consultant International lead	william.amadeu2018@gmail.com
2.	Dr Pierre COMPAORE	Consultant International suivi-évaluation	pierrecomp52@yahoo.fr
3.	Mr Audace NYONGERE	Consultant International revue des aspects financiers	nyongere.audace@gmail.com
4.	Mr Célestin BIRERE	Consultant National lead	birerecelestin@yahoo.fr
5.	Dr Franck FWAMBA	Consultant national Prévention	franckfwamba@yahoo.fr
6.	Dr Rachel NDAYA	Consultante national adolescents et jeunes	ndayarachel2@gmail.com
7.	Me Serge TAMUNDELE	Consultant national Environnement favorable	tamundel79@yahoo.fr
8.	Dr Théodore ASSANI	Consultant national eTME	drtheodoreassani@yahoo.fr
9.	Dr Sylvain YUMA	Consultant national Gouvernance	sylvainyuma@gmail.com

6. Equipe du secrétariat technique

N°	NOMS ET POST-NOMS	CONTACTS TELEPHONE	EMAIL
1.	Dr Rams MPALE RAMAZANI	0814708455	rams.ramazani@pnmls.cd
2.	Mme Lys DUA	0810196363	lys.dua@pnmls.cd
3.	Mr David MUAMBA	0815023726	david.muamba@pnmls.cd
4.	Mme Elisée GIBANGO	0818105040	elisee.gibango@pnmls.cd

7. Coordination

N°	NOMS	FONCTIONS	TELEPHONE	EMAIL
1.	Dr Bernard BOSSIKY	Coordonnateur technique	0819010494	bernard.bossiky@pnmls.cd
2.	Pr Dr Liévin KAPEND	Superviseur	0994001111	lievin.kapend@pnmls.cd