

2014



République Démocratique du Congo

Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre **le Sida**

Secrétariat Exécutif National



# Rapport annuel sur la riposte Nationale au VIH/sida en 2014

**MAI 2015**

---

**TABLE DES MATIERES**


---

<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des graphiques .....</b>	<b>2</b>
<b>Acronymes et abréviations .....</b>	<b>3</b>
<b>Résumé Exécutif .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Cadre organisationnel de la lutte contre le VIH/Sida en RDC .....</b>	<b>8</b>
1.1. Cadre institutionnel : .....	8
1.2. <i>Organes et structures du PNMLS.....</i>	<i>8</i>
1.3. <i>Cadrage sectoriel.....</i>	<i>9</i>
<i>Le cadrage sectoriel du PSN 2014 – 2017 a retenu 10 secteurs prioritaires, à savoir :.....</i>	<i>9</i>
<b>2. Situation du sida en RDC .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Réalisations et progrès par axe stratégique .....</b>	<b>15</b>
3.1. La prévention de la transmission de l'infection à VIH et des IST.....	15
3.2 L'élimination de la transmission du virus de la mère à l'enfant, .....	18
3.3 Amélioration de l'accès aux soins et traitement.....	20
3.4. Promotion d'un environnement favorable à la lutte contre le VIH et le sida .....	22
3.5 Soutien à la mise en œuvre du PSN 2014-2017 .....	24
<b>. Contraintes et difficultés rencontrées.....</b>	<b>28</b>
<b>Conclusions et recommandations.....</b>	<b>28</b>
<b>Perspectives pour l'année 2015.....</b>	<b>29</b>

---

### Liste des figures

---

Figure n°1 : Secrétariats Exécutifs National, Provinciaux et Locaux de PNMLS.

Figure n°2 : Prévalence du VIH dans la population générale en RDC en 2014 (EDS).

Figure n°3 : Proportion de femmes mises sous TARV en 2014.

Figure n°4 : Provinces avec intégration de l'option B+.

---

### Liste des graphiques

---

Graphique n°1 : Evolution des nouvelles infections à VIH de 2011 à 2014.

Graphique n°2 : Evolution du nombre de décès dû au Sida de 2009 à 2014.

Graphique n°3 : Evolution des Nouveaux Cas d'IST traités de 2010 à 2014 en RDC.

Graphique n°4 : Evolution du nombre de femmes enceintes séropositives mises sous traitement antirétroviral et le nombre estimé des enfants séropositifs parmi les enfants nés de mères séropositives de 2010 à 2014.

Graphique n°5 : Evolution du nombre de patients mis sous traitement antirétroviral de 2011-2014

---

### Liste des tableaux

---

Tableau n°1 : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans vivant avec le VIH par tranches d'âges.

Tableau n°2 : Evolution de nouvelles infections VIH de 2011 à 2014.

Tableau n°3 : Proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12, 24 et 60 mois après l'initiation de celui-ci.

Tableau n°4 : Comparatif des taux de fréquentation des enfants orphelins et non orphelins en 2014.

Tableau n°5 : Répartition des fonds dépensés par source de financement.

Tableau n°6 : Répartition des fonds dépensés par axes.

---

**Acronymes et abréviations**


---

ABEF	Association pour le Bien Etre Familial
ARV	Médicaments Anti Retro Viral
ASF	Association Santé Familial
BIT	Bureau International du Travail
BSS+	Behaviour Surveillance Survey (Enquête de Surveillance Comportementale)
CLMLS	Conseil Local Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CNMLS	Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CORDAID	Catholic Organisation for Relief and Development Aid
CPMLS	Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le Sida
CPN	Consultations Prénatales
DFDI	Département For International Développement
GARPR	Global Aids Response Progress Report
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IST	Infections Sexuellement Transmissible
JAMST	Jeunesse Anti Maladies Sexuellement Transmissibles
MONUSCO	Mission de l'Organisation des Nations Unies pour La Stabilité de Congo
MSM	Men Sexuel Men
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU Femme	Organisation des Nations Unies pour la Femme
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PA	Personne affectée
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnel de Sexe
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PvVH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Ressources et Dépenses sur le Sida
RDC	République Démocratique du Congo
SADC	Southern African Development Community (Communauté de Développement des Pays de l'Afrique Australe)

---

SANRU	Santé Rurale
SEL	Secrétaire Exécutif Local
SEN	Secrétaire Exécutif National
SEP	Secrétaire Exécutif Provincial
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
TARV	Traitement Anti Retro Viral
TB	Tuberculose
UCOP+	Union Congolaise des Personnes vivant avec le VIH
UNESCO	Système des Nations Unies pour l'Education
UNFPA	United Nations Population Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violence Sexuelle Basée sur le Genre
ZS	Zone de Santé

## **Préface**

L'année 2014 a été marquée en RDC par l'adoption du Plan stratégique national 2014 – 2017 lors de la session ordinaire du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida tenu le 9 juin 2014 sous la Présidence du Chef de l'Etat.

Les activités réalisées dans le cadre de la riposte au sida au cours de cette l'année sont inspirées du Plan Stratégique de 2010 – 2014.

Les réalisations des secteurs clés mettent en exergue leurs contributions à la riposte au sida à tous les niveaux.

Il sied de signaler que d'énormes progrès ont été notés pour aller vers la fin de l'épidémie du sida. Ainsi, les actions spécifiques ont été conçues dans le cadre de la prévention auprès des populations clés, de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec emphase sur le maintien en vie des mères, de la prise en charge des malades du sida avec les antirétroviraux, de la mobilisation de plus des ressources locales à allouer à la riposte.

Cependant, force est de constater que des défis importants restent encore à relever pour que la RDC soit au rendez – vous mondial de la fin de l'épidémie du sida à l'horizon 2030.

Le présent rapport a dégagé des leçons pertinentes sur les forces, les faiblesses et les contraintes au regard des initiatives réalisées dans les différents domaines stratégiques. Le souhait est de mieux orienter les programmes des années à venir pour garantir l'atteinte des résultats du Plan stratégique 2014-2017.

Ainsi, pour baliser le chemin vers l'horizon 2030, une accent particulier devra être mis sur la réduction de nouvelles infections à VIH, l'accès universel aux ARV et la mobilisation conséquente des ressources domestiques.

**Le Secrétaire Exécutif National**

---

## Résumé Exécutif

---

L'année 2014 a été marquée par la session ordinaire du CNMLS, présidée par le Président de la République, Chef de l'Etat.

Cinq recommandations majeures ont été faites, à savoir :

- la sensibilisation des jeunes en milieu scolaire et étudiantin et le financement du 2<sup>ème</sup> forum des jeunes,
- la mise en place d'un fonds SIDA,
- le paiement des fonds de contrepartie au Fonds Mondial,
- la répartition équitable des ressources et
- la mobilisation des ressources locales dans toutes les provinces.

La publication des résultats de plusieurs enquêtes clés a aussi marqué l'année 2014 : EDS-RDC II 2013-2014, BSS 2012, Le profil épidémiologique 2014 et l'Enquête de sérosurveillance 2013.

On retiendra que la prévalence du VIH en RDC est estimée en 2014 à 1,2% (EDS 2013-2014) dans la population générale.

Dans le domaine de la prévention, on note une meilleure appropriation des stratégies chez les PS.

Certains groupes de population vulnérable ont été identifiés : les professionnel(le)s de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les hommes en uniformes, les miniers, les camionneurs, les prisonniers, les pêcheurs, les populations mobiles, les migrants, les adolescents et les enfants de la rue.<sup>1</sup>

La pauvreté généralisée et les barrières socioéconomiques et culturelles<sup>2</sup> sont parmi les facteurs déterminants dans la propagation du VIH au sein de la population.

En s'appuyant sur les estimations Spectrum 2014, des efforts ont été fournis en vue de la réduction de nouvelles infections à VIH à travers la distribution de préservatifs dans la communauté, le dépistage des populations clés et la prise en charge syndromique des IST.

Le plan eTME a noté des améliorations substantielles et l'option B+ a été intégrée dans 6 provinces.

Le Programme de la sécurité transfusionnelle poursuit les activités de sécuriser le sang avec le concours des donateurs bénévoles de sang.

Dans le domaine de la prise en charge des PvVIH, la courbe des bénéficiaires est en ascension exponentielle en matière de coinfection VIH/TUB et de suivi biologique.

---

<sup>1</sup> PNLS, BSS 2012

<sup>2</sup>BSS, 2012

Plusieurs membres de la société civile et environ 600 parlementaires et sénateurs ont été sensibilisés et formés sur les Droits humains et VIH et ont participé à l'organisation de la journée spécifique tant au niveau national que provincial.

Les faits marquants de la coordination et de l'appui à la mise en œuvre du PSN ont été une (1) session ordinaire du CNMLS présidée par le Chef de l'Etat, 9 réunions des CPMLS et une (1) de CLMLS.

Le travail de mise en place des comités sectoriels se poursuit et a permis l'accès à quelques données des cellules ministérielles et de la composante communautaire. En dehors de la Province du Kongo Central, le déploiement des comités sectoriels mérite une attention particulière.

Des documents de mise à jour ou d'innovation ont été produits et publiés : le Plan Stratégique National 2014-2017, le Cadre National d'Investissement ainsi que le document des Rôles et Responsabilités des secteurs.

Le Pays a élaboré et soumis au Fonds Mondial la note conceptuelle VIH/TUB basée sur le nouveau modèle de financement.

La RDC continue à prendre part active aux activités des Etats Membres de la SADC.

Pour son fonctionnement, le Secrétariat Exécutif de PNMLS a reçu 1.671.573,77\$ dont 54,87% ont été affectées aux ressources humaines.

Le REDES a relevé une stagnation des ressources déclarées avec une nette amélioration de la contribution du Gouvernement (24,2% contre 1,9% en 2012).



---

## Cadre organisationnel de la lutte contre le VIH/Sida en RDC

---

### 1.1. Cadre institutionnel<sup>3</sup> :

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida est une institution publique chargée de la riposte au sida en RDC. Il est placé sous la haute autorité du Chef de l'Etat et est doté de la personnalité juridique.

Le mandat du PNMLS est assumé par le CNMLS, à savoir :

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

### 1.2. Organes et structures du PNMLS

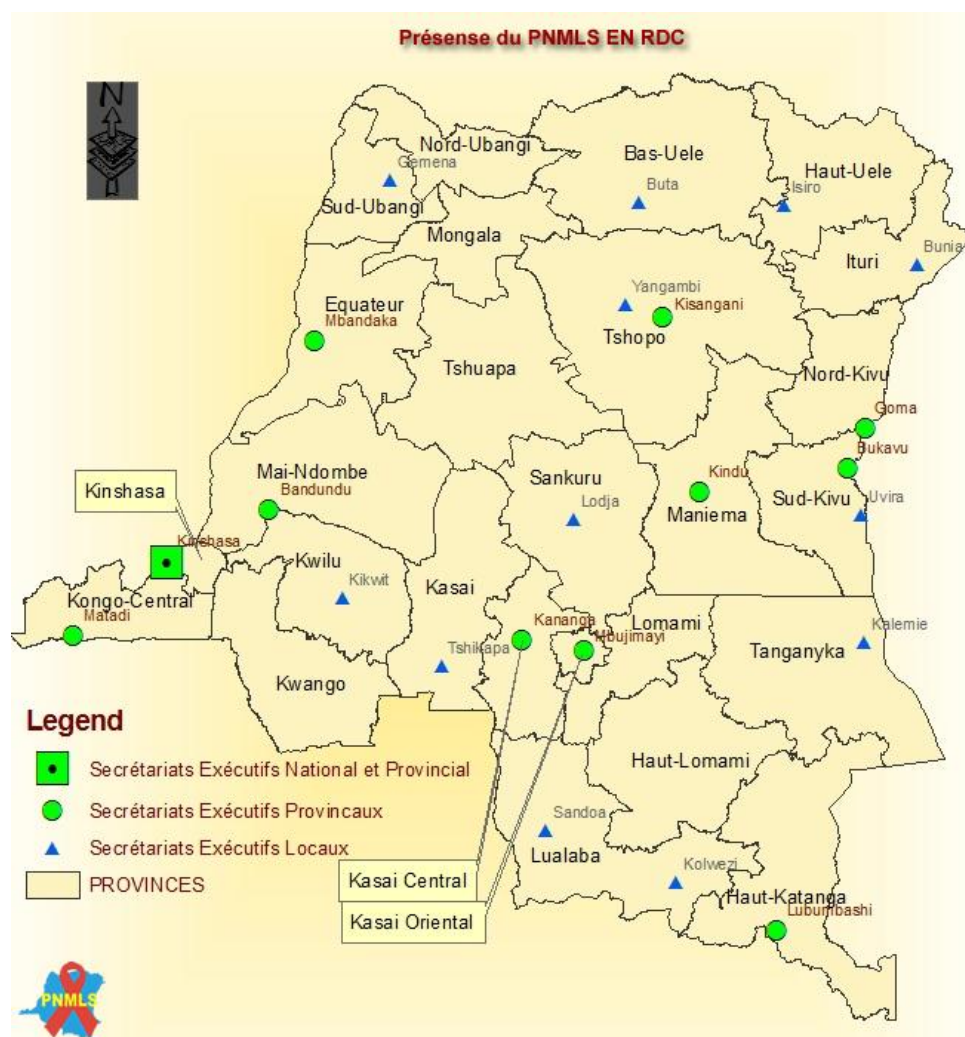
Les organes du PNMLS sont :

- **Les Organes d'orientations et de décisions** assurés par le Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CNMLS », le Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CPMLS », et le Conseil Local Multisectoriel de Lutte contre le sida, en sigle « CLMLS ».
- **Les Organes de coordination et suivi** : Secrétariat Exécutif National (SEN), Secrétariats Exécutifs Provinciaux (SEP), Secrétariats Exécutifs Locaux (SEL) , Comités sectoriels de lutte contre le sida des différents secteurs et les Cellules de Lutte contre le Sida des ministères membres des secteurs.
- **Les 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.

La carte ci – dessous représente la localisation des structures de coordination et de suivi dans le pays : (1) SEN, (11) SEP, (12) SEL.

---

<sup>3</sup> Ordonnance présidentielle n°11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le Décret n°04/029 du 17 mars 2004 portant création et organisation du PNMLS



**Figure n°1.** Secrétariats Exécutifs National, Provinciaux et Locaux de PNMLS

### 1.3. Cadrage sectoriel

Le Plan Stratégique National détermine les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions sida. Ces secteurs sont déterminés par l'interaction de la dimension géographique, la nature des installations des biens et services, ainsi que du mode de gestion.

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

Le document portant sur les rôles et responsabilités de chaque secteur détermine les compétences des uns et des autres dans la mise en œuvre du PSN 2014-2017.

Le cadrage sectoriel du PSN 2014 – 2017 a retenu 10 secteurs prioritaires, à savoir :

1. **Santé** : Ministères de la Santé Publique – Enseignement Supérieur et Universitaire – Affaires sociales – Défense nationale et Anciens Combattants – Intérieur et

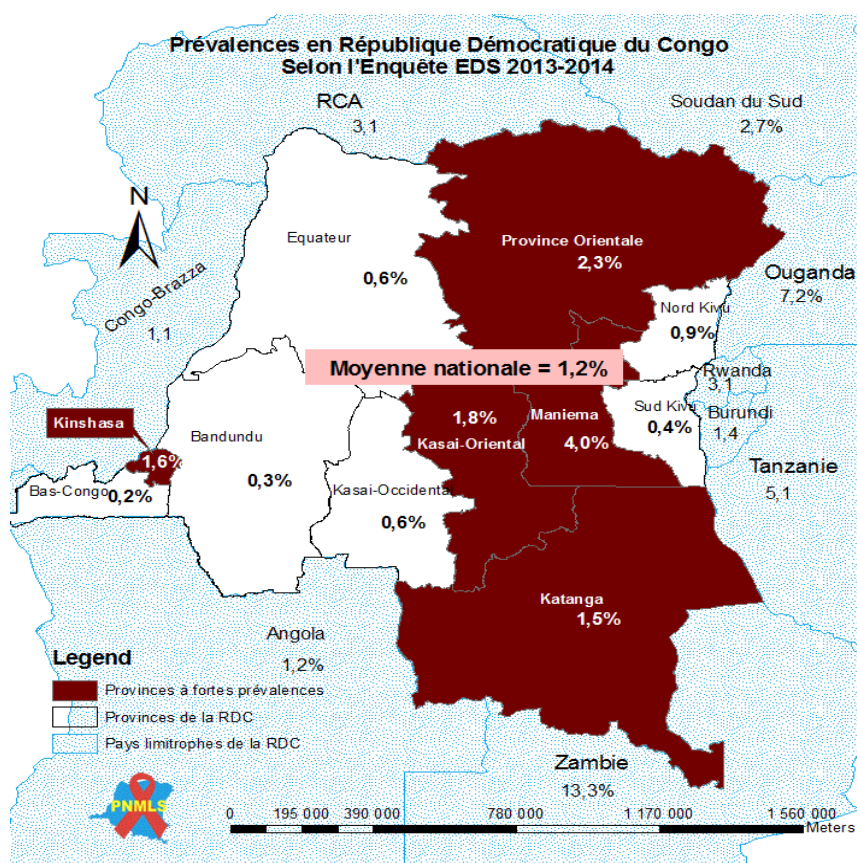
Sécurité – les formations médicales privées et les organisations confessionnelles et communautaires ;

2. **Défense et Sécurité** : Ministères en charge de la Défense nationale et Anciens Combattants – Intérieur et Sécurité ;
3. **Social et Action Humanitaire** : Ministères des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale – Emploi, Travail et Prévoyance sociale – Fonction Publique – organisations privées et communautaires affiliées ;
4. **Transports et communication** : Ministère des Transports et Voies de communication, Ministère des Infrastructures, Travaux publics, Sociétés de transports privé et les organisations/associations de transport communautaires affiliées
5. **Agriculture et Développement rural** ; Ministère de l'Agriculture, Pêche et Elevage, Ministère du Développement Rural, Sociétés privées œuvrant dans les domaines et les ONG affiliées ;
6. **Education** : Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Initiation à la Nouvelle Citoyenneté, Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale, ainsi que le Ministère de la Jeunesse, sports et loisirs, Etablissements d'enseignement privé et confessionnel ;
7. **Finances et Budget** : Ministères du Plan, Budget, Finances, Commerce extérieur, Economie, Industrie et PME, PTNTIC, Portefeuille.
8. **Mines et Energies** : **Ministère des Mines, Ministère de l'Energie**, Ministère des Hydrocarbures, les sociétés d'exploitation privées et les associations communautaires affiliées ;
9. **Justice et Droits Humains** : Ministères ayant en charge la justice, les droits humains, le Ministère du Genre, la famille et l'enfant, les associations des Droit de l'Homme et les ONG affiliées au Ministère du DEFAE ;
10. **Culture et Média** : Ministères ayant en charge la Communication et les Médias, la Culture et les Arts, la Poste, Télécommunication et les Nouvelles Technologies de Communication, les entreprises de téléphonie privées.

**Chaque Secteur a un Ministère Lead qui organise le secteur en collaboration des autres parties prenantes les activités du secteur. Les partenaires Techniques et Financiers œuvrant dans un domaine ou un autre font partie du Comité Sectoriel du secteur concerné.**

## 1. Situation du sida en RDC

La RDC connaît une épidémie du type généralisé. En 2014, la prévalence de l'infection à VIH estimée dans la population générale était de 1,2% (EDS 2013-2014). 5 provinces, à savoir le Katanga, le Kasai Oriental, Kinshasa, le Maniema, et la Province Orientale supportent 65% du total des PvVIH en RDC.



**Figure n° 2.** Prévalence du VIH dans la population générale en RDC en 2014 (EDS)

## 2.1. Prévalences du VIH dans la population générale :

Tableau I : Prévalence du VIH par sexe et par tranche d'âge chez les personnes âgées de 15-49 ans (EDS 2013-2014)

Groupe d'âges	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
15-19	0,7	2 021	0,2	1 692	0,5	3 713
20-24	1,3	1 763	0,6	1 363	1,0	3 126
25-29	1,2	1 755	0,7	1 192	1,0	2 948
30-34	2,4	1 269	0,3	1 014	1,5	2 283
35-39	2,4	1 048	1,2	808	1,9	1 856
40-44	2,9	779	0,2	753	1,5	1 531
45-49	2,0	628	1,2	682	1,6	1 310
Ensemble 15-49	1,6	9 264	0,6	7 504	1,2	16 768
Ensemble 15-59	na	na	0,6	8 374	Na	Na

na = non applicable

Dans l'ensemble, la proportion des personnes séropositives augmente avec l'âge : d'un minimum de 0,5 % parmi les personnes de 15-19 ans, elle augmente pour atteindre 1,9 % à 35-39 ans ; cette proportion diminue ensuite légèrement et atteint 1,6 % à 45-49 ans. Le tableau ci-dessus qui présente la tendance de la prévalence selon l'âge pour les femmes et les hommes montre qu'à tous les âges la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Chez les hommes, la prévalence augmente, mais de façon plus lente et plus irrégulière que chez les femmes, pour atteindre un pic de 1,2 % à 35-39 ans et à 45-49 ans.

Chez les femmes, l'évolution de la prévalence selon l'âge est assez différente de celle des hommes : de 0,7 % à 15-19 ans, elle augmente rapidement pour atteindre 2,4% dans les tranches d'âge de 30-34 ans et 35-39 ans et 2,9% entre 40-44 ans.

Ainsi, la prévalence est environ trois fois plus élevée parmi les femmes de 30-39 ans par rapport à celles de 15-19 ans. Parmi les femmes de 40-44 ans, elle est quatre fois plus élevée.

Sur le plan de répartition régionale, on note une prévalence en milieu urbain de 0,7% plus élevée qu'en milieu rural où elle est de 0,5%.

## 2.2. Chez les jeunes de 15 à 24 ans,

La prévalence est de 1,4% avec des variances de 1,2% entre 15 et 19 ans et 1,5% dans la tranche de 20 à 24 ans.

## 2.3. Chez les populations clés, la situation se présente de la manière suivante :

- Chez les professionnels de sexe (PS) la prévalence est de 6,9% avec 3,4% dans la tranche de moins de 25 ans et 9,6% chez ceux âgés de plus de 25 ans. (BSS 2012)
- Au niveau des populations passerelles, les prévalences sont respectivement de 1,8% chez les miniers, 1,2% chez les camionneurs, 1,1% chez les prisonniers, 6,6% chez les pêcheurs, 5,9% chez les populations mobiles et 5% chez les migrants. (Rapport PNLS 2014).

- Chez les enfants de la rue, la prévalence du VIH est de 1,6% avec 0,3% chez les filles et 4,3% chez les garçons (BSS 2012).

#### 2.4. Les résultats de la sérosurveillance

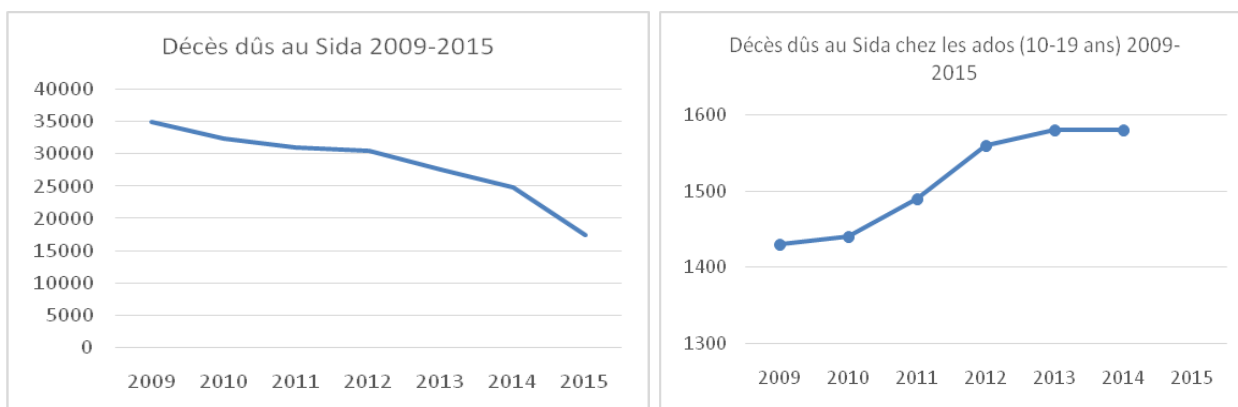
Chez les femmes enceintes en 2013 donnent une prévalence de 1,8% avec des disparités de 2,1% en milieu urbain et 1,7% en milieu rural.

#### 2.5. Situation des adolescents de 10 à 19 ans

L'analyse des données sur les adolescents dans le cadre du programme ALL IN montre 1336 nouvelles infections et 1583 décès en 2014. Les prévalences chez les populations clés sont de 0,8% chez les adolescents de 10 à 19 ans, 5,5% chez les MSM et 4,5% chez les adolescents PS.

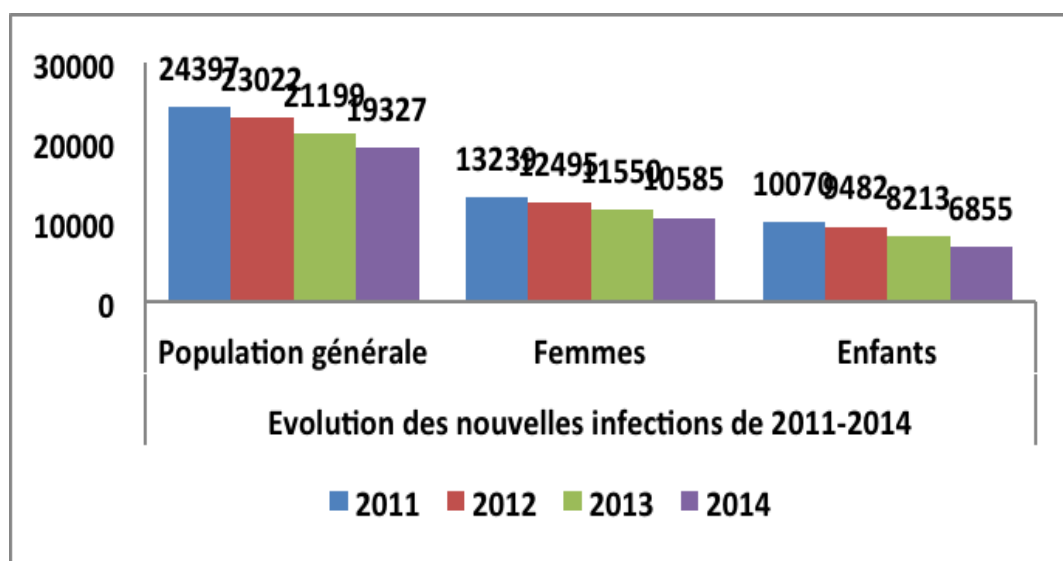
Les adolescents ont un faible accès aux différentes interventions : faible accès aux médias (6% pour les garçons contre 3% pour les filles), connaissances sur le VIH /sida (20% les garçons, 18% chez les filles), usage des préservatifs (17% les garçons, 12% les filles), accès au dépistage (2% les garçons, 7% les filles).

La courbe d'évolution des décès par rapport à la population générale est en croissance alors que celle de la population générale est en pleine décroissance. (Rapport d'analyse All In 2014).



#### 2.6. Nouvelles infections :

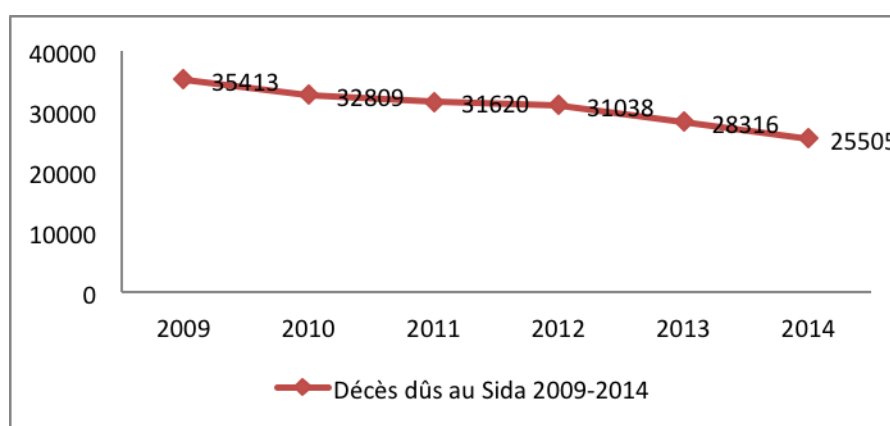
Les cas de nouvelles infections dans la population générale ont été estimés à 19.327 en 2014 contre 24.397 en 2011, soit une diminution de 20,8%. Le graphique ci-dessous en donne les détails.

**Graphique 1 : Evolution de nouvelles infections à VIH de 2011 à 2014**

Source : Estimations Spectrum, 2014

## 2.6. Décès :

Selon les estimations du Spectrum 2014, les décès dus au sida sont passés de 35.413 cas en 2009 à 25.505 cas en 2014, soit une réduction de 28,8%. Les détails représentés dans le graphique ci-dessous en montrant la tendance.

**Graphique 2 : Evolution du nombre de décès dû au Sida de 2009 à 2014**

Source : Estimations Spectrum, 2014

## 2. Réalisations et progrès par axe stratégique

### 3.1. La prévention de la transmission de l'infection à VIH et des IST

Cet axe couvre les interventions menées pour la réduction de nouvelles infections à VIH et des IST. Ces interventions ont touché les différents groupes cibles du programme, à savoir : la population générale, les jeunes et adolescents, les populations clés (professionnels de sexe, hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes, et les populations passerelles). Les interventions ont porté sur les stratégies liées à :





- La communication pour le changement de comportement ;
- La promotion de l'utilisation correcte des préservatifs ;
- Les conseils et dépistage du VIH (conseil et dépistage volontaire ainsi que les conseils et dépistage initiés par le prestataire) ;
- La prévention et la prise en charge des IST.
- La sécurité transfusionnelle

#### La communication pour le changement des comportements

Les interventions dans ce domaine ont ciblé l'ensemble de la population générale.

Concernant les jeunes de 15-24 ans, l'EDS 2013 – 2014 donne les résultats suivants: le niveau de connaissance correcte sur les moyens de prévention de la transmission du VIH chez les jeunes est de 20,4%, soit 18,6% chez les filles et 24,9% chez les garçons. On note une certaine progression chez les filles (15,2% en 2010). Cette répartition se présente différemment selon les tranches d'âges des jeunes avec 22,9% dans la tranche d'âge allant de 20-24 ans contre 18% dans celle allant de 15 à 19 ans.

D'une manière générale, les actions suivantes ont été menées, à savoir :

-  L'intégration dans le cursus de formation pour les jeunes scolarisés (écoles publiques et conventionnées, par le ministère de l'enseignement primaire, secondaire et initiation à la nouvelle citoyenneté ainsi que le ministère de l'enseignement professionnel), notamment dans les cours de l'éducation à la vie, la biologie et autres ;
-  Formation de 300 enseignants sur le programme révisé avec intégration du VIH et le projet VSBG dans les collèges et universités du Bas Congo avec l'appui de l'UNESCO ;
-  Organisation dans la province du Kasai Occidental, par la Fondation femmes Plus et la JAMST, des conférences débats dans les écoles secondaires et les institutions universitaires avec l'appui de SANRU/FM. Près de 11.211 jeunes et adolescents ont été touchés par ces séances,
-  Organisation dans la province du Kasai Occidental de 26 émissions et diffusion des spots radio télévisés en milieu urbain et rural en vue d'appuyer les activités de conseils et dépistage volontaire à base communautaire par le PNMLS, la JAMST et Femmes Plus avec l'appui de SANRU ;



- 🌿 Formation de 417 paires éducateurs au ministère de développement rural dans les provinces de Maniema et du Bandundu avec l'appui de la CTB,

### **Promotion de l'utilisation correcte des préservatifs**

Plusieurs stratégies sont utilisées dans le pays, à savoir : le marketing social, la distribution à base communautaire, la distribution commerciale et la distribution sanitaire.

- En 2014, 73.701.087 préservatifs dont 70.180 .089 masculins et 3.520.998 féminins ont été distribués dans l'ensemble. Comparativement à 2013 où le nombre total de préservatifs distribués était respectivement de 26. 778. 514 préservatifs masculins et 450.000 préservatifs féminins la quantité totale distribuée a augmenté de façon considérable ;
- Au niveau sanitaire, 45.319.130 préservatifs ont été distribués (Rapport PNLS 2014) ; au niveau marketing social, 5.150.837 préservatifs ont été distribués (Groupe de travail préservatifs/ASF). Au niveau commercial ,10.013.240 préservatifs ont été vendus par DKT ;
- La Promotion de préservatifs auprès des populations passerelles et populations clés par la sensibilisation et la distribution de 38.344 préservatifs masculins et 3.368 préservatifs féminins, 15.241 lubrifiants auprès de MSM, PS, UDI et leurs partenaires. 9.468 préservatifs masculins et 392 féminins avec 352 lubrifiants ont été distribués aux populations passerelles (pêcheurs et camionneurs), grâce à l'intervention de l'ONG PSSP;
- Au niveau communautaire, près de 13.217.880 préservatifs ont été distribués par les partenaires dans toutes les provinces au niveau des hôtels et bars. Cette activité a été menée par FOSI, UCOP+, le ministère du Plan et le PNMLS avec l'appui d'UNFPA, CORDAID/FM, PEPFAR et la MONUSCO.
- Organisation des formations et causeries éducatives pour le changement de comportement et l'utilisation correcte du préservatif à l'intention de 361.186 personnes dans toutes les provinces par le Forum Sida (FOSI en sigle), de 3.011 personnes par la Fondation Femmes Plus, de 100 membres des communautés locales d'entretien routier (en sigle "CLER") au Bandundu par le PNMLS, de 6.431.310 personnes dans les ZS de toutes les provinces avec l'appui de PEPFAR, FM et du Gouvernement ;

### **Les conseils et dépistage**

Les activités des conseils et dépistage (conseils et dépistage volontaire ainsi que le dépistage initié par le prestataire) ont été menées sur base de deux approches, d'une part l'approche intégrée au sein des formations de santé et les structures communautaires qui encadrent les groupes spécifiques ainsi que l'approche communautaire mobile.

Les actions suivantes ont été menées :

- Dans le secteur Santé, les deux approches du CDV à savoir le CDV communautaire et intégré dans les formations sanitaires ont permis de dépister globalement 1.678.422 personnes parmi lesquelles, 6.678 par FOSI, 2.386 par la Fondation Femmes Plus et 1.669.358 personnes dans les zones de santé avec l'appui du PEPFAR, du Fonds Mondial et du Gouvernement (Rapport PNLS 2014).
- Les CDV à base communautaire ont été développés par les ONG selon deux approches, notamment les CDV fixes dans les Centre de Santé et les CDV mobiles diurnes et nocturnes. Ces derniers s'adressent particulièrement aux PS, aux MSM et à leurs clients à qui est parfois proposé un dépistage initié par le personnel de santé (DCIP) :

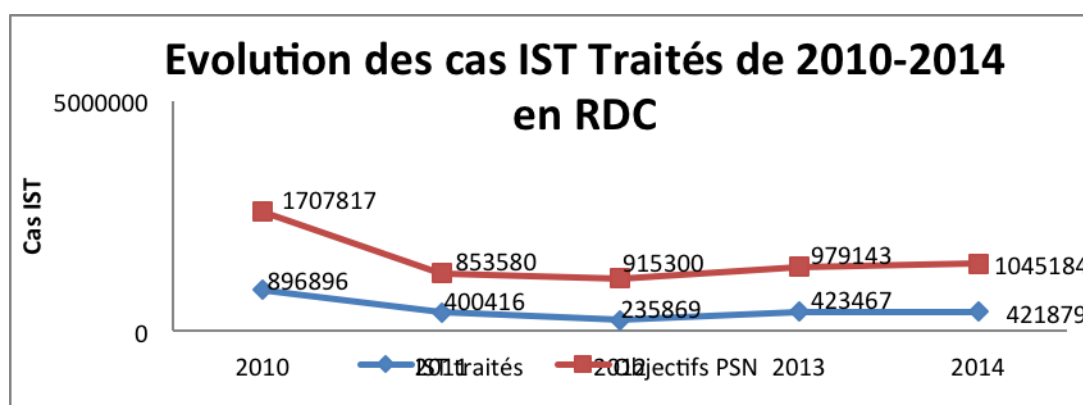
Selon les différentes catégories précitées, le centre Matonge a dépisté 1.768 personnes, le Centre Victoire 762 personnes et le Centre Saint-Hilaire 3.281 en utilisant la stratégie fixe et mobile dans des points chauds tels que les bars et hôtels, ainsi que dans le milieu de travail ;

Des Conseils et dépistage volontaire au VIH ont été adressés à 1.393 PS, lesbiennes et MSM ainsi que leurs partenaires et clients lors des activités nocturnes dans les bars et hôtels à Kinshasa par PSSP avec l'appui de PEPFAR et du Gouvernement ;

#### La prise en charge des IST :

Celle-ci s'est faite selon l'approche syndromique. Les IST sont dépistées dans toutes les formations sanitaires (FOSA) dans le cadre du paquet minimum d'activités (PMA), ainsi que lors des activités préventives des groupes à risque et la surveillance des IST à travers les sites sentinelles. Ainsi, 421.879 personnes ont été traitées selon l'approche syndromique dont 34.258 personnes ont été dépistées au VIH dans les ZS de toutes les provinces (Rapport PNLS 2014) avec l'appui du PEPFAR, FM et le Gouvernement.

**Graphique 3 : Evolution des NC IST traités de 2010 à 2014 en RDC**



## **Prévention de la transmission par la transfusion sanguine :**

La prévention de la transmission du VIH par la transfusion sanguine a surtout privilégié les donateurs bénévoles. Ainsi, 102.915 personnes ont été sensibilisées sur le don bénévole de sang dans toutes les provinces par le Programme National de la Transfusion Sanguine en collaboration avec les Associations des Donneurs Bénévoles de Sang. 571.205 unités de sang ont été collectées dont 470.518 ont été testées aux 4 marqueurs selon les normes soit 82%. (Rapport annuel PNTS 2014)

S'agissant de la catégorie des donateurs, 205.831 (36%) provenaient des donateurs bénévoles dont 0,7 % testés VIH+, 337.505 (59,1%) des donateurs familiaux et 27.869 (4,9%) des donateurs rémunérés. 562.742 unités (98,5%) ont été testés au VIH, 508.418 (89%) au HBS, 494.346 unités (86,5%) au HCV et 501.518 unités (87,8%) testés au RPR. Ces activités ont été réalisées dans toutes les provinces par le PNTS avec l'appui du FM et du gouvernement. Huit structures ont été dotées des frigos type banque de sang par le PNTS sur fonds propres du gouvernement ; ce qui amène à 782 le cumul des frigos acquis depuis 2011 sur toute l'étendue du pays (Rapport annuel PNTS 2014).

Avec la fin du financement du PNTS par le Fond Mondial, ce programme connaîtra de sérieuses difficultés pour les années à venir qui risquent de compromettre les résultats déjà atteints à ce jour.

### **3.2 L'élimination de la transmission du virus de la mère à l'enfant,**

L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) a été développée par le Secteur Santé avec l'appui du PEPFAR, du FONDS MONDIAL (au travers CORDAID et SANRU), UNICEF et le Gouvernement.

Le programme e-TME a été mis en place spécialement dans les centres des consultations prénatales et les maternités. Deux principaux intervenants appuient cette activité : le Fonds Mondial dans 288 zones de santé et le PEPFAR dans 95 zones de santé. Dans l'ensemble la PTME est développée dans 325 zones de santé à travers 2.062 sites alors que la prise en charge des femmes enceintes séropositives se fait dans 315 zones de santé à travers 1.315 sites (Rapport PNMLS 2014).

Les résultats suivants ont été enregistrés en 2014 : 785.140 femmes enceintes ont consultés les services de CPN parmi lesquelles 766.516 ont été conseillées à la PTME et 689.352 femmes ont été testées dont 7.998 ont été testées VIH+ au cours des séances des CPN soit une prévalence de 1,16%. Au total, 12.294 personnes repartis comme suit : 4071 mises sous ARV avant la grossesse, 2773 sous option B+ et 5450 sous option A ont été mises sous ARV (Rapport GARPR 2014). 46.872 partenaires masculins de ces femmes enceintes ont été

dépistés dans les mêmes provinces parmi lesquels 1.042 ont été testés positifs soit une prévalence de 2,4%. (Rapport PNMLS 2014)

S'agissant des nouveaux nés, 5.936 femmes enceintes séropositives ayant accouché dans les maternités ayant intégré les activités de la PTME ont donné naissance à 5.661 nouveaux nés parmi lesquels 3.525 ont bénéficié du dépistage pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH dans les 6 semaines. 235 nouveaux nés ont été testés VIH+ et 233 d'entre eux ont été mis sous ARV.

Pour les femmes enceintes séropositives, 9521, soit 77% ont bénéficié de la prise en charge selon l'option A et 2773 (23%) selon l'option B+ pour réduire le risque de transmission verticale (rapport PNLS 2014)

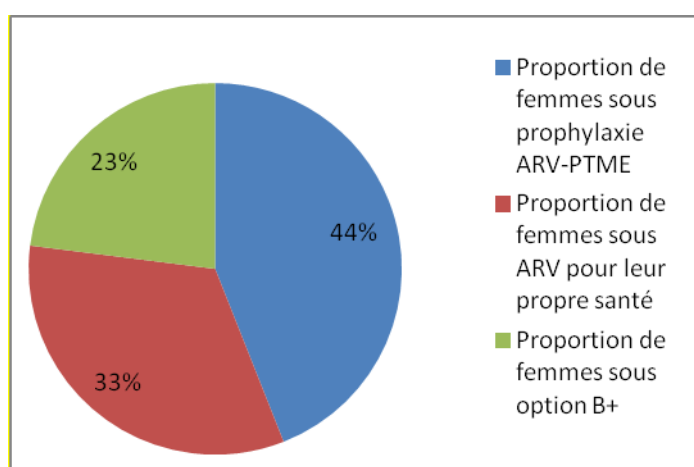


Figure n°3. Proportion de femmes mises sous TARV en 2014

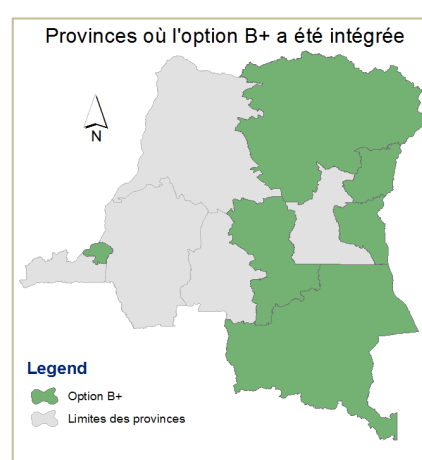
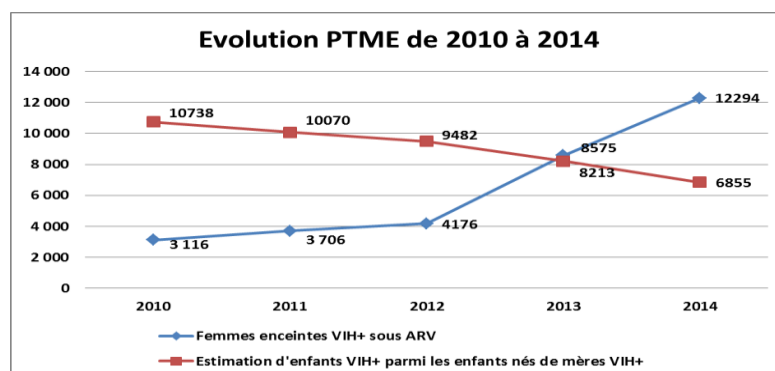


Fig n°4. Provinces avec intégration de l'option B+.

Grâce au projet appuyé par UNICEF avec le Fonds Norvégien (initialement au Katanga) en partenariat avec le Gouvernement, le PEPFAR et le Fonds Mondial ont permis d'étendre la couverture de l'option B+ dans 5 nouvelles provinces avec l'option B+ pour ainsi atteindre une couverture actuelle de 6 provinces, à savoir le Katanga, le Kasaï Oriental, Kinshasa, Nord Kivu, Sud Kivu et Province Orientale.

**Graphique 4 : Evolution du nombre de femmes enceintes séropositives mises sous traitement antirétroviral et le nombre estimé des enfants séropositifs parmi les enfants nés de mères séropositives de 2010 à 2014**



- Source : Rapport d'activités du PNLS de 2014 et Estimations Spectrum de 2014

Ce graphique montre une augmentation du nombre de femmes séropositives mises sous ARV pendant que le nombre d'enfants VIH+ nés des mères séropositives diminue.

### 3.3 Amélioration de l'accès aux soins et traitement.

La prise en charge médicale a été organisée dans 315 zones de santé à travers 1315 formations médicales sur 8266 centres de santé du pays et dans les formations sanitaires privées (15,9%). Elle s'est focalisée sur les 4 aspects suivants : **l'offre d'un TARV de qualité, le soutien nutritionnel et psychosocial, ainsi que le suivi biologique des malades.**

Quoi que la RDC a adopté les critères d'éligibilité au traitement selon les recommandations de l'OMS déterminant l'accès au traitement à partir d'un taux à 500 de CD4 contrairement au taux de 350 initialement appliqué, le nombre des malades ayant eu accès aux ARV est resté faible suite, d'une part à une faible couverture des activités dans les zones de santé (61%) et d'autre part à des ruptures fréquentes de stocks en intrants (tests de dépistage et médicaments) ainsi qu'à la faible délégation des tâches des médecins aux infirmiers (Rapport PNLS 2014).

De ce fait, 101.324 PVVIH ont été mises sous TARV sur 417.002 PVVIH soit 24% globalement, parmi lesquelles 8523 enfants de 0-14 ans dont 233 d'enfants de 6 semaines d'âge nés de mères séropositives grâce à l'appui du PEPFAR, du FM et du gouvernement.

En outre, 34.012 patients sous ARV ont bénéficié d'un suivi biologique.

Dans le Secteur Social et Action Humanitaire grâce à l'appui des organisations du Système des Nations Unies (UNHCR, PAM, et OMS), 816 PVVIH en situation d'urgence humanitaire ont bénéficié du traitement ARV et 46.163 PVVIH malnutries d'un appui nutritionnel dont 36. 693 encours de prise en charge à la TARV (sur 11.666, soit 314% de la cible prévue pour l'année). Les provinces du Katanga avec le Centre d'Excellence, Kinshasa avec l'hôpital pédiatrique de Kalembelembe et le Nord Kivu (dont l'hôpital Heal Africa avec Global

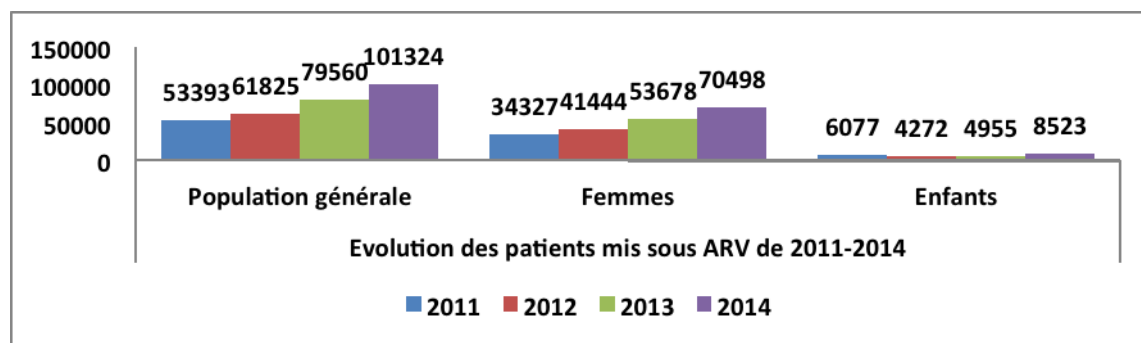
Stratégies), qui ont intégré l'option B+, ont beaucoup contribué à la prise en charge des enfants séropositifs.

DREAM (Drug Ressource Enhancement againts Aids and Malnutrition) est un programme intégré de lutte contre le VIH/sida et la Malnutrition. Il compte 2 centres d'excellence avec un plateau technique bien équipé à Mbandaka et à Kinshasa. Ses activités concernent la prise en charge des PVVIH, le suivi biologique, les visites à domicile, la PTME, la Nutrition, la formation et la télémédecine dans le cadre de la recherche.

Le programme DREAM a pris en charge 1.200 patients dont 919 positifs au VIH mis sous TARV. Le laboratoire a procédé à 4.383 examens numération des CD4, 3.536 pour la détermination de la charge virale, 8.250 hématologies et 6.503 tests de biochimie (Rapport Dream 2014).

Le programme DREAM qui a un système d'assistance nutritionnelle a distribué 22.941 colis à l'endroit des PVVIH à Mbandaka et à Kinshasa dans le cadre de la lutte contre la malnutrition et aussi dans le but d'appuyer l'adhérence au traitement.

**Graphique 5 : Evolution du nombre de patients mis sous traitement antirétroviral de 2011 à 2014**



Source : Rapport d'activités du PNLS, 2014

#### **Coinfection TB/VIH :**

Un dépistage systématique au VIH a été organisé dans les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CSDT). D'après les informations du GARPR 2015, les estimations de l'OMS des tuberculeux associés au VIH donnent 16.320 malades coinfectés dont 4.799 ont été effectivement mis sous traitement, soit 29% (Rapport PNLT, 2014). Selon le rapport PNLS 2014, 33.743 PVVIH ont fait l'objet de dépistage de la tuberculose et 4.329 ont été diagnostiqués comme coinfectés VIH/TUB soit 15%. Le dépistage systématique de tous les tuberculeux nécessite d'être renforcé dans toutes les structures de prise en charge

de la tuberculose d'autant plus que l'activité bénéficie de l'appui du Fonds Mondial, du PEPFAR et du Gouvernement.

### **Rétention**

L'analyse des données fournies par quelques structures appuyées à Kinshasa par MSF Belgique ont montré que 79,9% sont en vie après 60 mois, 71,3% après 24 mois et 77,8% après 12 mois. Le graphique ci-dessous en donne les détails.

**Tableau 3 : Proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12, 24 et 60 mois après l'initiation de celui-ci**

Paramètres	Mois de mise sous traitement		
	12 mois	24 mois	60 mois
Nombre des PVVIH ayant débuté le traitement 12 24 et 60 mois auparavant (Numérateur)	84	97	19
Nombre des PVVIH ayant débuté le traitement 12, 24 et 60 mois auparavant et qui sont toujours en vie (Dénominateur)	108	136	26
Décès	18	17	0
Abandon	1	0	0
Perdus de vue	15	22	7
<b>Pourcentage des PvVIH sous traitement qui sont encore en vie</b>	<b>77,8</b>	<b>71,3</b>	<b>76,9</b>

Source: Base de données TIER.NET des structures appuyées par MSF/Belgique à Kinshasa pour les années 2008, 2012 et 2013

En termes d'activités d'appui à la rétention, 3.614 visites à domicile ont été effectuées par les organisations de UCOP+ auprès des PVVIH ainsi que la recherche des perdus de vue grâce à l'appui de SANRU/FM et du Gouvernement.

### **3.4. Promotion d'un environnement favorable à la lutte contre le VIH et le sida**

Dans le Secteur Social et Actions Humanitaires, avec comme partenaires d'appui le Fonds Mondial (SANRU, CORDAID), le PEPFAR, l'ONUSIDA, le PAM, et le Gouvernement, les activités ont été focalisées spécialement sur celles liées à l'appui aux besoins socioéconomiques des PVVIH, l'appui à la fréquentation scolaire des Orphelins et enfants vulnérables, et à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. Selon l'EDS II 2013-2014, la fréquentation scolaire des OEV a été de 74% pour les non orphelins contre 74,2% pour les orphelins, soit un ratio de 0,8. Très peu d'interventions dans cet axe ont été documentés et les résultats ci-dessous présentent quelques données collectées au cours de l'année 2014.

**Tableau 4 : Comparatif des taux de fréquentation des enfants orphelins et non orphelins en 2014.**

Indicateur	Paramètres	Sexes	Valeurs	Année de collecte	Source
<b>Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans</b>	Taux de fréquentation orphelins	M	78,0	2013	EDS II 2013-2014
		F	70,2		
	Global		74,1		
	Taux de fréquentation non orphelins	M	94,1		
		F	92,5		
	Global		74,2		
	Ratio orphelin-non orphelin	M	0,83		
		F	0,77		
Global ratio		0,8			
Commentaires : Ces données sont issues du rapport EDS 2013-2014					

Source : Rapport GARPR 2015

Le Secteur Culture et Médias a initié une campagne de sensibilisation et des campagnes médiatiques à travers 7 télévisions et un café de presse a été réalisé (Appui ONUFEMME). 60 journalistes ont été formés pour la prise en compte du genre dans le programme des médias par l'UNESCO.

Le Secteur Social et Actions Humanitaires, dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation, a apporté un soutien alimentaire à 90 femmes victimes de violences sexuelles au Nord Kivu, 5.052 OEV ont bénéficié d'une prise en charge scolaire sur les 104.229 prévus, soit 4% de la cible prévue dans les provinces du Nord Kivu, Sud Kivu, Maniema, Kinshasa, Orientale, Equateur. Cet appui a été l'œuvre de FOSI, DIVAS, CORDAID, avec l'appui du FM.

Le Ministère de la Justice et Droits Humains a organisé la formation de 211 acteurs dans la lutte, dont des membres de la société civile et des agents du ministère de la justice (magistrats, officiers de police judiciaire, activistes) sur les Droits humains et le VIH à Kinshasa. 191 parlementaires provinciaux ont été sensibilisés sur les lois, le VIH et les Droits humains dans les provinces de Kinshasa, Katanga, Bas –Congo, Nord et Sud Kivu, et 5 tables rondes sur les droits humains & le VIH ont été organisées par UCOP+, le Ministère de la Justice, Garde Des Sceaux et Droits Humains avec l'appui du PNUD et de l'ONUSIDA. 40 pairs éducateurs ont été formés pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination en milieu de travail par le BIT, et un appui à l'organisation de la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles à l'hôpital de PANZI a été offert par l'UNFPA et l'ONUSIDA.



### 3.5 Soutien à la mise en œuvre du PSN 2014-2017

- Pour l'année 2014, les activités de soutien au PSN ci-dessous ont été réalisées avec l'appui du Fonds Mondial (au travers CORDAID et SANRU), du PEPFAR (CDC, DOD, USAID), du système des Nations Unies (dont ONUSIDA), DFID et du Gouvernement.

Le plaidoyer auprès de 28 leaders institutionnels pour l'appropriation de la lutte et leur implication dans la mobilisation des ressources financières a été réalisé à Kinshasa par FOSI, avec l'appui de DFID à travers CHRISTIAN AID (Fonds de la société civile pour la bonne gouvernance). Six réunions de plaidoyer auprès des autorités politico-administratives et religieuses au Katanga, 3 réunions auprès des membres du parlement provincial et des autorités du CPMLS au Kasai Occidental. Une réunion de plaidoyer auprès des autorités politico-administratives et des membres du parlement provincial au Bandundu a été réalisée par le PNMLS avec l'appui du gouvernement en vue de l'appropriation de la lutte.

La tenue de 27 réunions sectorielles dont 7 à Kinshasa et 20 au Bas-Congo, 18 réunions multisectorielles dont 4 au niveau national, 12 au Kasai Oriental et 2 en Province Orientale. Deux comités sectoriels ont été mis en place au niveau du secteur Mines, Energie et Hydrocarbures et celui du secteur Culture et Media.

#### Appui au financement du PSN :

- Le PSN 2010-2014 a prévu la mobilisation de 1 661 272 494,47 \$ pour le financement de la lutte au cours de l'année 2014. Le REDES 2014 a relevé 122.535.741 US\$ (24,2%) comme ayant été réellement dépensés sur terrain dans le cadre du financement de la lutte. Ceci prouve dès lors que le Gouvernement central qui jusqu'à 2012 n'a pas dépensé 2% a amélioré sensiblement sa contribution à 15,2% en 2013 et 24,2% en 2014.

- Le tableau ci-dessous donne la répartition des fonds par source de financement.

**Tableau 5 : Répartition des fonds par source de financement.**

Source de financement	2013		2014	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
<b>Total Fonds Publics</b>	<b>18 701 114</b>	<b>15,2</b>	<b>30 404 892</b>	<b>24,2</b>
Recettes du gouvernement central	18 639 628	15,16	30383681	24,20
Recettes des gouvernements provinciaux	61 486	0,05	21 211	0,02
Recettes du gouvernement local/municipal	-		-	
Prêts remboursables	-		-	
<b>Total Fonds privés</b>	<b>309 332</b>	<b>0,25</b>	<b>231 330</b>	<b>0,18</b>
Institutions et entreprises à but lucratif	204 500	0,17	139 010	0,11
Institutions à but non lucratif	104 832	0,09	92 320	0,07
<b>Total Fonds internationaux</b>	<b>103 913 389</b>	<b>84,5</b>	<b>94 899 519</b>	<b>75,6</b>
Contributions bilatérales directes	51558883	41,94	50 208 320	40,00
Organismes multilatéraux	51541452	41,93	42847673	34,13
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	813 054	0,66	1843526	1,47
Organisations internationales à but lucratif	-		-	
<b>Total</b>	<b>122 923 835</b>	<b>100</b>	<b>125 535 741</b>	<b>100</b>

- Source : REDES 2013-201

### **Suivi, évaluation et production de l'information stratégique:**

Le système national de suivi et évaluation dans la lutte contre le VIH et le sida est piloté par l'unité de suivi et évaluation du Secrétariat Exécutif National du PNMLS avec ses démembrements au niveau des Secrétariats Exécutifs Provinciaux ainsi que des systèmes sectoriels.

Il faut noter qu'en dehors du secteur santé qui dispose d'un système sectoriel organisé garantissant la remontée des informations, les autres secteurs sont à l'étape de la mise en place.

Les différentes données ont été collectées par les acteurs sectoriels et transmis au niveau des Secrétariats Exécutifs Provinciaux qui à leur tour les ont transmis au niveau de l'unité de suivi et évaluation du SEN pour centralisation, traitement et analyse.

A chaque niveau la taskforce suivi et évaluation a servi de cadre pour la validation multisectorielle des données.

Au total, 15 réunions de Task Force S&E ont été tenues dont 6 réunions au niveau national et 9 au niveau provincial précisément à l'Equateur, la Province Orientale, le Katanga, le Maniema et le Kasaï Occidental.

Ce dynamisme multisectoriel a permis la production de:

- un rapport sur l'état d'avancement de la riposte pays sur l'épidémie du sida ;
- profils épidémiologiques du VIH et sida au niveau national et au niveau des provinces ;
- un rapport sur l'enquête de la surveillance sérologique du VIH et sida chez les femmes enceintes ayant fréquentées le CPN dans les sites sentinelles, année 2013 ;
- un rapport sur le flux financier en matière des dépenses liées au VIH et sida pour les années 2013 et 2014.

Il faut signaler la participation active des acteurs de la lutte dans la production du rapport de l'EDS II (2013-2014).

Dans le cadre des efforts tendant à mettre à la disposition du pays des données fiables sur les populations clés, le protocole d'enquête sur l'accès des HSH aux services de soins a été validé lors de la revue du CCM.

Au niveau sectoriel, l'implémentation des logiciels MESSI et TIERNET par le secteur de la santé a permis d'évaluer le niveau de la rétention des PvVIH par cohortes ayant débutées le traitement aux ARV 12 mois, 24 mois et 60 mois auparavant.

La mise en place d'un observatoire national par les ONG UCOP+, FOSI et MDM avec l'appui de l'INITIATIVE 5% et le Fonds Mondial dans 13 zones de santé du Nord Kivu a permis de suivre l'accessibilité et la qualité des services VIH. Ceci a permis de comprendre l'origine des ruptures fréquentes en ARV, tests de dépistage et des médicaments contre les IO ainsi que le manque de service pour les examens des CD4. Il a aussi relevé des cas de stigmatisation et discrimination surtout en milieu communautaire et familial.

Enfin, il y a lieu de signaler que grâce au site WEB du Secrétariat Exécutif National, les différentes données et informations sont diffusées pour le bénéfice de tous les acteurs de la lutte.

### **Coordination et performance :**

Dans ce cadre, les activités suivantes ont été réalisées :

- Le Président de la République a présidé la Réunion du CNMLS le 9 juin 2014 au cours de laquelle le PSN (2014-2017) a été adopté, une forte mobilisation des ressources locales avait aussi été décidée et l'adoption des Rôles et Responsabilités des Secteurs. Notez que pour la première fois tous les gouverneurs des provinces ont pris part à cette importante réunion.
- La tenue de 9 sessions ordinaires de CPMLS (Bandundu, Bas-Congo, Kasai Occidental, Equateur, Maniema, Kasai Oriental et Nord-Kivu) , la session CLMLS au Lualaba (Sandoa) et l'organisation de la journée mondiale VIH sida à Kinshasa au siège du PNMLS et dans toutes les provinces ;
- Le PNMLS a appuyé le CCM dans l'élaboration du draft de la note conceptuelle à soumettre au Fonds mondial TB/VIH ; la validation du Cadre d'investissement par toutes les parties prenantes et publication fixant les interventions de haut impact, la participation à l'atelier du CCM/FM sur le renforcement du système communautaire par l'élaboration du montage institutionnel communautaire et la participation à l'atelier de renforcement du leadership des leaders religieux dans la lutte contre le VIH avec l'appui du SNU ;
- La participation de la délégation de la RDC à la réunion des experts suivi-évaluation de la SADC en Afrique du Sud et la participation à trois missions sous régionales dans le cadre de la SADC effectuées à Johannesburg afin de valider les Normes Minimales sur l'intégration de la prévention du VIH et les autres problèmes de santé le long des corridors routiers des Etats Membres de la SADC et également les Normes Minimales sur l'intégration des services de santé maternelle et reproductive et le VIH ;
- La coordination de la Célébration de la Journée Mondiale sida : Comme chaque année, le PNMLS a coordonné les activités de la journée mondiale sida. Les activités lancées le 01 décembre 2014 ont couvert toute la quinzaine du mois. Le lancement a été fait par le Ministre de la Santé Publique, 2<sup>ème</sup> Vice-président du CNMLS en présence du Directeur régional de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Plusieurs activités ont été organisées parmi lesquelles quelques-unes peuvent être relevés :
  - Journées porte ouverte au Centre de Traitement ambulatoire de Kabinda (CTA) afin de permettre à la population de vivre la réalité du sida avec l'appui de MSF/B
  - Le Forum des parlementaires et Sénateurs nationaux sur le plaidoyer de voir accroître le budget de la l'Etat sur la lutte contre le VIH/sida avec l'appui du PNUD, UCOP+ et du PNMLS.

- La marche de visibilité des PvVIH et de sensibilisation contre la stigmatisation dans la commune de Ndjili qui a connu une importante participation des milliers des personnes et des médias.
- Une conférence scientifique sur le VIH sur la recherche fondamentale et opérationnelle organisée par le PNLS et la faculté de médecine de l'Université de Kinshasa qui a permis de faire le plaidoyer sur la place de la recherche dans le programme national de lutte contre le sida.

#### Rapport financier :

Au cours de l'année 2014, le PNMLS a reçu 1.671.573,77\$ dont les principales sources sont : 79,29% du Gouvernement central, 7,6% du Secrétariat Exécutif National, 3,58% de l'UNICEF, 2,7% de l'UNFPA, 1,68% de l'ONUSIDA. 54,87% de ces ressources ont été affectées aux rémunérations du personnel.

Les détails de ces financements sont repris dans le tableau et le rapport narratif en annexe

---

## Contraintes et difficultés rencontrées

---

- La réforme en longueur du CCM et la finalisation tardive de la note conceptuelle à soumettre au Fond Mondial ont entraîné un retard dans la mise en œuvre des activités de la lutte
- La lenteur dans la mise en place et l'absence de ligne de crédit dans le budget de l'Etat pour appui au fonctionnement des comités sectoriels
- Absence de siège de 4 SEPs et de 9 SELs.
- La stagnation du financement des programmes et activités de la riposte ;
- Le faible niveau de rapportage des informations sans souci de redevabilité dans le contexte des moyens de communication non adaptés aux dimensions de la RDC.

---

## Conclusions et recommandations

---

L'année 2014 a été marquée par des engagements fermes pris au cours de la réunion du CNMLS présidée par le Chef de l'Etat qui a débouché sur une meilleure appropriation de la riposte contre l'épidémie de sida en RDC.

Dans le domaine de la prévention, davantage de préservatifs ont été distribués, une avancée significative de eTME a été notée avec l'option B+.

Une amélioration d'accès à la prise en charge a permis d'augmenter de façon significative le nombre de PvVIH sous ARV et celui des patients coinfectés par le VIH et la tuberculose. La courbe des nouvelles infections poursuit sa descente vers la réduction.

Toutefois, la situation des adolescents mérite d'être prise en compte dans la planification des activités pour un meilleur accès aux services de prévention et de prise en charge.

### Recommandations :

#### Aux Ministres Leads des secteurs et aux partenaires

1. Revoir la cartographie des sites sentinelles (en termes d'augmentation) pour une meilleure couverture du pays (secteur santé/PNLS) ;
2. Accélérer la mise en place des comités sectoriels et des cellules ministérielles de lutte ;
3. Faire du rapportage une obligation dans le cadre de la redevabilité.

#### Aux organes de coordination

1. Organiser la table ronde pour la mobilisation de ressources locales indispensables pour financer la riposte;
2. Accompagner davantage les secteurs dans la maîtrise de leurs rôles et responsabilités spécifiques et la gestion des programmes VIH.

3. Renforcer la capacité des partenaires de mise en œuvre pour assurer l'effectivité des activités de la lutte dans la transparence

---

### Perspectives pour l'année 2015

---

- Redynamiser les différents cadres de concertation ;
- Produire la cartographie des facteurs de risque et vulnérabilité de l'épidémie, des intervenants et des interventions ;
- Promouvoir les activités d'autonomisation des PVVIH, OEV et famille d'accueil (microcrédit, ...) ;
- Réduire l'écart dans l'accès aux ARV à toutes les PVVIH, en encourageant les initiatives et opportunités locales préexistantes (cas de la production des ARV par la PHARMAQUINA, etc.) ;
- Accroître les ressources domestiques en vue de combler le gap par un mécanisme de financement durable de la riposte nationale, et impliquer la société civile pour une meilleure approche communautaire de la lutte ;
- Mobiliser les différentes communautés impliquées à la riposte nationale, notamment les jeunes, les femmes, les PS, les HSH, .... ;
- Impliquer les provinces et les ETD afin que celles-ci intègrent la lutte contre le VIH/sida dans leurs plans dans le cadre de la décentralisation administrative.

**PNMLS**

**RAPPORT FINANCIER CONSOLIDE DES FINANCEMENTS NON MAP EN 2014**

N°	BAILLEURS	MONTANT PAR PROVINCE EN \$US													
		SEN	BDD	BC	EQUATEUR	K. occ	K.O	KATANGA	KIN	MANIEMA	P.O	N.K	S.K	TOTAL	Total en %
1	SEN	127 390												127 390	7,62%
2	ONU SIDA	6 282					4 698	4 200				12 934		28 114	1,68%
3	UNFPA	43 879		1 000				303						45 182	2,70%
4	G. CENTRAL	554 687	57 725	50 755	73 370	70 916	67 515	94 003	68 444	53 540	115 611	54 972	63 982	1 325 522	79,30%
5	G.PROV		1 064			2 153				1 596		720		5 533	0,33%
6	CTB/BDD		303											303	0,02%
7	SANRU/FM			2 250		4 170	1 000	500						7 920	0,47%
8	UNICEF			56 321								3 600		59 921	3,58%
9	OMS				500		500			300	500			1 800	0,11%
10	AIDES				500									500	0,03%
11	HCR				1 000									1 000	0,06%
12	OXFAM-Italie					1 000								1 000	0,06%
13	SANRU/ASSP					6 365								6 365	0,38%
14	Communauté (ONG locales impliquées dans la lutte)						97							97	0,01%
15	Agents PNMLS KOR						4 306							4 306	0,26%
16	SEK (KIPOYI)							500						500	0,03%
17	LUNA Minning							400						400	0,02%
18	IMPALA logistic							500						500	0,03%
19	FHI							400						400	0,02%
20	KCC							3 150						3 150	0,19%
21	AMBL							3 262						3 262	0,20%
22	MUMI							2 727						2 727	0,16%

23	AMBL							5 340						5 340	0,32%
24	INPP							56						56	0,00%
25	SENDHO							50						50	0,00%
26	TAUREAU MINING							500						500	0,03%
27	MKM							1 000						1 000	0,06%
28	RELIANT CONGO							108						108	0,01%
29	ASF/PSI								3 345		200			3 545	0,21%
30	ECODED										2 575			2 575	0,15%
31	ASSP										2 258			2 258	0,14%
32	ROADS										450			450	0,03%
33	PROVIC										500			500	0,03%
34	FM/BDOM										280			280	0,02%
35	FOND PAM										19 604			19 604	1,17%
36	RVA										100			100	0,01%
37	PARQUET DE BUNIA										50			50	0,00%
38	GDGI										14			14	0,00%
39	OCC										250			250	0,01%
40	AIRTEL										100			100	0,01%
41	OXFAM QUEBEC										100			100	0,01%
42	CDV STOP SIDA										20			20	0,00%
43	UNHCR											410		410	0,02%
44	SEP SUD KIVU												364	364	0,02%
45	FFP												350	350	0,02%
46	FOSI												50	50	0,00%
47	GOUV prov, oxfam, HCR,ASF,panzi,glob, strat et autres partenaires												7 609	7 609	0,46%
	TOTAL	732 238	59 092	110 326	75 370	84 604	78 116	116 999	71 789	55 436	142 612	72 636	72 355	1 671 574	100%



**Note :**

La lecture de ce tableau montre qu'au cours de l'exercice 2014, le Programme a reçu au niveau national, provincial et local une somme totale de 1.671.573,77\$us financée par plusieurs Bailleurs listés dans la deuxième colonne du même tableau. Parmi ces Bailleurs, le Gouvernement Central, vient en premier plan avec 79,29% de ce montant, suivi du Secrétariat Exécutif National du PNMLS pour 7,62%. L'UNICEF vient en troisième position à hauteur de 3,58% et l'UNFPA se situe à la quatrième position avec 2,7%.

Dans la part du Gouvernement Central, une partie importante concerne la rémunération du personnel à travers le pays et qui représente 54,87% du total reçu de tous les Bailleurs en 2014 et donc, 45,13% seulement présente le montant qui a été financé pour le fonctionnement et les activités au cours de cet exercice.