

République Démocratique du Congo



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

RAPPORT SUR L'ESTIMATION DES FLUX DE  
DEPENSES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

**2011-2012**



**Juillet 2014**

## PUBLICATION DU PNMLS

### Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

**Huitième édition. Version du 16 juillet 2014**

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

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

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

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

#### Appui Financier



#### Donateurs et appuis techniques



---

PNMLS,  
Croisement Boulevard Triomphal et Avenue de la Libération  
Commune de Kasa-Vubu, Kinshasa,  
République Démocratique du Congo  
Tél : +243 825 749 276 +243 992 146 237  
Courriel : [contact@pnmls.cd](mailto:contact@pnmls.cd)  
Internet : <http://www.pnmls.cd>

# **Remerciements**

Le présent document constitue la huitième édition de l'estimation des flux des ressources et dépenses engagées et déclarées officiellement dans la lutte contre le VIH et le sida en République Démocratique du Congo.

Cette nouvelle édition a voulu élargir d'avantage le spectre des structures qui participent à cet exercice, désormais annuel, en vue de contribuer à lever les obstacles à l'accès universel à la prévention, aux soins et traitement contre le VIH ainsi qu'à la réduction de l'impact négatif du VIH sur la population.

L'exercice se voulait donc largement participatif, tant avec les acteurs nationaux qu'internationaux qui ont choisi la RDC comme site d'interventions.

C'est ainsi que nous ne pouvons que dire merci à tous ceux qui ont contribué par leurs disponibilités, leurs réflexions, leurs conseils, leurs observations, leurs suggestions et par la mise à disposition prompte de leurs informations financières.

Dans la mesure où les informations collectées ont été complètes, l'exercice aura reflété l'image réelle du flux financier engagé dans la lutte. Sur ce, nous ne pouvons que déplorer quelques réticences encore vécues sur le terrain.

Nous apprécions à sa juste valeur la collaboration avec le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS) dont le concours a permis d'accéder à une information de qualité.

Nous remercions également le Gouvernement de la République Démocratique du Congo dont l'appropriation et l'implication se traduisent au fil des années par une contribution significative.

De même, nous disons merci à l'ONUSIDA qui a toujours accompagné l'exercice, tant matériellement que financièrement.

La Bralima et le Grand Hôtel de Kinshasa ont été déterminants pour le lancement de cette enquête. Nous leur disons également merci.

Nous terminerons par remercier d'avance tous les partenaires prêts à soutenir le processus de pérennisation de REDES en République Démocratique du Congo.

**Prof Liévin KAPEND**  
**Secrétaire Exécutif National du PNMLS**

# **Préface**

La question du VIH/sida est restée pendant plus de trois décennies l'une des plus inquiétantes, au vu des affres qu'il a causé et qu'il continue à causer et si la tendance n'est pas inversée, ce qu'il est encore capable de détruire.

Une réponse radicale et de choc doit donc être de mise pour espérer limiter l'impact de ce fléau et garantir l'avenir des générations émergentes, à l'abri du sida, et cela nécessite encore des ressources conséquentes et une attention particulière.

Toutefois, avec la crise financière qui a caractérisé l'économie mondiale ces dernières années, les ressources pour la lutte contre le sida ont été sensiblement réduites, pourtant les besoins sont restés énormes.

Il est désormais plus qu'important de mener des campagnes de mobilisation de ressources pour la pérennisation des interventions qui ont commencé à porter des fruits. Pour ce faire, les ressources mobilisées devraient être alloués de la manière la plus efficiente, c'est-à-dire à des coûts raisonnables, aux interventions prioritaires au bénéfice des populations qui en ont le plus besoin, afin que les moteurs profonds de l'épidémie soient réellement troublés.

Ceci s'avère la condition sine qua non pour garantir une génération RDC sans sida, gage d'un développement harmonieux et durable.

Et en assurer le suivi rigoureux, revient à s'engager davantage au soutien des efforts de traçabilité des ressources et des fonds, de quelque provenance que ce soit, alloués à la lutte contre le sida, dans des exercices comme celui de l'estimation des flux des ressources et dépenses de lutte contre le VIH/sida. Ceci sera le jalon d'une gestion transparente des ressources disponibles pour la riposte au VIH/sida en République Démocratique du Congo.

**Joseph KABILA KABANGE**

**Président de la République et  
Président du Conseil National  
Multisectoriel de Lutte Contre le Sida**

# Sigles et abréviations

ARV	: Antirétroviraux
ASAP	: AIDS Strategy and Action Plan (Stratégie et Plan d'action de lutte contre le VIH sida)
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CIELS	: Comité Interentreprises de Lutte contre le VIH/sida
CNMLS	: Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
DSCRP	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FHI	: Family Health International (Santé Familiale Internationale)
GFATM	: Global Found to Fight Aids, Tuberculosis and Malariae (Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria)
GLIA	: Great Lakes Initiative against AIDS (Initiative des Grands Lacs de Lutte contre le sida)
HSH	: Homme ayant de rapport sexuel avec les hommes
ISBLM	: Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LDPT	: Local Data Processing Tool
MAP	: Multi-Country AIDS Programme (Programme multi-pays pour le VIH/sida en Afrique de la Banque Mondiale)
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
OCHA	: Office of Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires)
OEV	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH
PALS	: Programme de l'Armée de Lutte contre le Sida
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEPFAR	: Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le sida
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNAM	: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNCNS	: Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNTS	: Programme National de Transfusion Sanguine
PNT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s de sexe
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH/sida
RDC	: République Démocratique du Congo
(EF/)REDES	: (Estimation des flux) de ressources et dépenses de lutte contre le sida
RNM	: Resource Need Model
RTS	: Resource System Tracking
SADC	: Southern African Development Community (Communauté de

	Développement des Pays de l'Afrique Australe)
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UCOP+	: Union Congolaise des Organisations de PvVIH
UNGASS	: Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour 'Enfance)
USG	: Agences du Système de Gouvernement Américain
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

# Ont contribué à l'élaboration de ce rapport :

## **PNMLS**

### **Secrétariat Exécutif Nationale du PNMLS**

1. Liévin KAPEND : Secrétaire exécutif National
2. Bernard BOSSIKY : Secrétaire exécutif National Adjoint
3. Jean Pierre KABUAYI : Directeur département suivi et évaluation PNMLS
4. Yves OBOTELA : Chef de Section Recherche/évaluation ; et point focal REDES

## **Equipe nationale REDES**

1. César MOMBUNZA
2. Serge INYONGO
3. Samantha KWIGOMBA
4. Mélia BOSSIKY
5. Adèle MUDIPANU
6. Michel MINGIELE
7. Willy MAFUTA
8. Campo MANDEMBO

## **ONUSIDA**

1. Mamadou Lamine SAKHO : Directeur Pays
2. Christian MOUALA : Chargé de l'information stratégique, RDC

## **Ministère de la Santé Publique**

1. Dr Audace MAKAMBA MBONARIBA : assistant technique au secrétariat général à la santé ;
2. Prof Gérard ELOKO Eya MATANGELO, Directeur du PNCNS

## **Ministère du Plan**

Bob MANWANA MEYA : BCR (Personne ressource REDES-RDC)

## **UCOP+**

Ange MAVULA : Chargé du suivi et évaluation

# Table des matières

<b>Profil de la RDC.....</b>	<b>7</b>
1.1. Contexte du Pays .....	7
1.2. Indicateurs économiques .....	7
1.3. Des tendances sociales.....	8
1.4. Contexte humanitaire et sécuritaire .....	9
1.5. Situation actuelle de l'épidémie .....	9
1.6. Organisation de la riposte au VIH/sida au plan politique et programmatique.....	11
1.7. Source de financement de la lutte contre le VIH/sida en RDC .....	12
<b>Buts et méthodologie de REDES.....</b>	<b>13</b>
2.1. Buts .....	13
2.2. Collecte des données .....	13
2.3. Traitement des données.....	14
2.4. Analyse des données et interprétation des résultats .....	14
2.5 Circuit de transaction .....	15
2.6. Limites de l'estimation .....	16
<b>Profil des dépenses de la réponse nationale au VIH/sida .....</b>	<b>17</b>
3.1. Dépenses par source de financement.....	18
3.2. Dépenses par agent de financement .....	20
3.3. Dépenses par prestataire de service .....	22
3.4. Dépenses par intervention .....	25
3.5. Dépenses par facteur de production.....	29
3.6. Dépenses par population bénéficiaire .....	31
3.7. Couverture financière des efforts de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (e-TME). .....	34
3.8. Prise en charge des populations clés et vulnérables (PS, HSH, CDI, ...) .....	35
3.9. PSN 2010-2014 et REDES 2010-2012 .....	37
<b>Analyse SWOT .....</b>	<b>41</b>
Forces.....	41
Faiblesses .....	41
Contraintes.....	41
Leçons apprises .....	42
<b>Conclusion et Perspectives .....</b>	<b>43</b>
<b>X. Annexes.....</b>	<b>44</b>
Annexe 1 : Termes de référence du processus REDES 2011 et 2012 .....	44
Annexe 2 : Note d'information sur le lancement du processus REDES 2011 et 2012 .....	46
Annexe 3 : Cartographie de financement de la lutte contre VIH et Sida en RDC.....	47
Annexe 4 : Circuit de financement de la lutte contre le VIH et Sida en RDC .....	49
Annexe 5 : Définition des vecteurs REDES .....	51
Annexe 6 : Matrices REDES .....	53

## **Profil de la RDC**

### **1.1. Contexte du Pays**

La République démocratique du Congo est un pays d'une très grande superficie estimée à 2.345.000 km<sup>2</sup>, deuxième en Afrique après l'Algérie. Partageant des frontières avec 9 pays voisins, c'est un pays quasiment enclavé, à l'exception de quelques kilomètres de la côte en bordure de l'océan Atlantique.

La moitié du pays est couverte de forêts denses et marécageuses qui rendent la construction et l'entretien du réseau routier onéreux. Les régions forestières abritent une grande diversité de populations dont une bonne partie, notamment les pygmées, n'est pratiquement pas recensée. Les voies fluviales, nombreuses, constituent souvent la seule alternative au transport routier. Un tel environnement offre à la RDC des opportunités à saisir et des défis à relever<sup>1</sup>. Elle est traversée par l'équateur et comprend le climat équatorial, le climat tropical et le climat de montagne.

Elle est l'un des pays les plus multiethniques d'Afrique et donc à plusieurs cultures, avec une population estimée à plus de 70 millions d'habitants dont 60% vivent en milieu rural.

La spécificité de la RDC au cœur de l'Afrique est de faire partie de plusieurs organisations d'intégration régionale : la CEEAC, la CEPGL, la COMESA et la SADC.

### **1.2. Indicateurs économiques**

Pendant la période sous revue, la situation macroéconomique de la RDC a été marquée par : (i) les effets de la crise économique et financière internationale, (ii) l'allègement de la dette, (iii) la maîtrise de l'inflation, (iv) la stabilité macroéconomique et (v) la rigueur budgétaire.

Les effets de la crise économique et financière internationale ont ralenti la croissance en 2009 ; L'économie congolaise se redresse, notamment grâce à la reprise des activités minières. En 2010, le PIB a augmenté de 7,2% et les prévisions du FMI tablent sur une continuation de la croissance. Au cours de l'année 2012, la croissance économique est demeurée forte et a connu une progression de 6.7% projeté à 7.2% contre 6.9% en 2011.<sup>2</sup>

Sur le plan de la gouvernance économique, diverses réformes ont été engagées en vue d'une part, d'améliorer la collecte des recettes publiques et d'autre part, de rationaliser la gestion des dépenses publiques. Ces efforts de réformes ont permis à la RDC d'atteindre le Point d'achèvement de l'Initiative PPTE en juillet 2010, permettant ainsi de réduire substantiellement le fardeau de sa dette. Offrant ainsi un nouvel environnement favorable à la mise en œuvre de politiques pro-pauvres.

La stabilisation du cadre économique est principalement due à une politique budgétaire prudente. Le gouvernement a réussi de réduire les dépenses et il a continué d'exécuter ses dépenses sur base caisse. Avec la reprise des exportations, les recettes de l'Etat augmentent, même si la capacité de mobilisation de fonds des régies financières reste en-dessous des cibles prévues dans le plan de trésorerie<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Stratégie de développement de l'EPSP, p.8

<sup>2</sup> Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II

<sup>3</sup> Banque Mondiale, Country Economic Memorandum, CEM, 2011

Le secteur privé congolais, dominé par la présence des petites et moyennes entreprises (PME), souffre d'importantes contraintes de financement relevant aussi bien des entreprises que du système bancaire et du pouvoir public<sup>4</sup>.

La mobilisation des recettes publiques a été spectaculaire, nous permettant au pays de financer actuellement des projets de développement sur ressources propres. Les recettes courantes qui ne représentaient que 7,9% du PIB en 2002 se chiffraient à 22% en 2012 »<sup>5</sup>.

### 1.3. Des tendances sociales

En RDC, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural - où environ huit ménages sur dix sont pauvres - et milieu urbain - où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. L'alimentation représente 62,3% des dépenses totales des ménages congolais. Cette structure de la dépense du ménage congolais révèle que toute inflation affectant les produits alimentaires diminuerait leurs revenus réels, augmentant, toute chose égale par ailleurs le nombre des pauvres et des vulnérables<sup>6</sup>.

Le Sida agit négativement sur la productivité nationale car l'infection au VIH est la principale cause de morbidité et de mortalité dans la tranche d'âge productive de 20 à 49 ans. Les malades du Sida sont souvent confrontés à une diminution du revenu liée à la perte du travail (stigmatisation) ou l'incapacité de travailler, ce qui augmente leur risque de tomber dans la pauvreté. La situation de conflit prolongée à l'Est du pays a engendré le phénomène de violences sexuelles exercées particulièrement sur les femmes.

En dépit de la longue période d'instabilité observée dans le pays, période caractérisée par le cycle de conflits sociopolitiques et l'effondrement des infrastructures sociales et économiques, des efforts importants ont été déployés pour réduire la propagation du VIH et son impact dans les communautés.

Sur le plan de l'éducation, les taux bruts de scolarisation et les taux de participation montrent que des progrès ont été réalisés à tous les niveaux du système éducatif au cours de la dernière décennie.

Pourtant, le taux d'analphabétisme est resté élevé à l'instar de beaucoup de pays africains, il est estimé à 30,3%, dont 17,5% pour les hommes et 42,8% pour les femmes. Selon l'enquête démographique et santé (EDS 2007), plus ou moins 18 millions d'adultes (Hommes et femmes) habitant la RDC sont analphabètes<sup>7</sup>.

La situation de sécurité alimentaire en RDC est jugée «d'extrêmement alarmante » tenant compte de l'indice global de la faim<sup>8</sup>. La situation nutritionnelle reste préoccupante, malgré l'amélioration observée sur le niveau national de la malnutrition aigüe globale (passée de 13,4% en 2007 selon l'EDS à 10,7% en 2010 selon le MICS). Parmi les 2 500 000 enfants

---

<sup>4</sup> DSCRP II, page 15

<sup>5</sup> Discours du Premier ministre devant l'assemblée Nationale, 2013

<sup>6</sup> DSCRP II

<sup>7</sup> Plan d'opération de la stratégie nationale de développement de l'alphanétisation et de l'éducation non formelle

<sup>8</sup> IFPRI (2012) Global hunger index

malnutris, plus de 800 000 enfants malnutris sévères et modérés demeurent sans assistance. S'agissant du VIH, 52% de personnes vivant avec le VIH sont malnutries<sup>9</sup>.

#### 1.4. Contexte humanitaire et sécuritaire

La RDC est un pays d'une très grande superficie et des zones enclavées et il est limitrophe de 9 pays dont certains connaissent des taux élevés de prévalence du VIH<sup>10</sup>. La mobilité intérieure et transfrontalière des populations est logiquement l'un des principaux facteurs de la transmission du VIH.

En matière de sécurité, le pays a connu ces dernières années une amélioration considérable de la situation sécuritaire avec une pacification du territoire national, grâce aux opérations militaires menées contre les groupes rebelles, au dialogue et à une diplomatie active envers les pays voisins pour une solution globale et durable intéressant la sous-région des Grands Lacs. Cependant, des groupes armés continuent de menacer la stabilité de certaines zones situées au nord et à l'est du pays.

La RDC abrite 47% des forêts denses tropicales africaines. Outre son rôle de réservoir exceptionnel de la biodiversité, ce patrimoine forestier, en tant que régulateur et stabilisateur de la biosphère, joue un rôle essentiel dans le contexte des changements climatiques (PIC 2010-2013, p. 19). Les forêts sont aussi une source critique de revenus locaux et un enjeu majeur pour l'environnement.

#### 1.5. Situation actuelle de l'épidémie

La RDC est un pays à épidémie généralisée marquée par des tendances à toucher de plus en plus les femmes, les jeunes et le milieu rural. La prévalence du VIH varie en fonction de la source des données. Elle est de 1,1% selon les données modélisées fournies par l'enquête EDS (2007).

A ce jour, le pays a adopté les données de l'enquête EDS 2007 pour faire ses estimations et projections.

En guise de réponse de la situation de VIH, la RDC dispose d'un plan stratégique national en cours de mise en œuvre et couvrant la période de 2010-2014 et parallèlement à cela, les Plans sectoriels dont celui du secteur de la santé 2011-2015.

Malgré les avancées notées ces dernières années, la situation reste néanmoins critique. Le nombre d'orphelins liés au SIDA est estimé à 984.879. Les groupes les plus touchés par l'épidémie sont les professionnel (le)s de sexe (16,9%) les femmes victimes des viols (20%), des femmes déplacées (7,6%), les femmes enceintes (4,3%) les jeunes 15-24 ans (3,6%). 15% seulement des Zones sanitaires, soit 80 ZS sur un total de 515 ZS prennent en charge les cas de coïnfection. (PSN 2010-2014)<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup>PNLS, Etat nutritionnel des PVV et bénéfice de leur prise en charge nutritionnelle dans 8 villes de la RDC, avril 2013

<sup>11</sup> DSCRP II

Plusieurs déterminants apparaissent comme étant les facteurs les plus importants qui favorisent la propagation du VIH dans la population, à savoir : (i) l'ignorance des précautions à prendre pour éviter de contracter le virus, (ii) l'accès limité aux services de prévention, (iii) le contexte de la précarité de la vie, (iv) la promiscuité, (v) la précocité des rapports sexuels, (vi) le multi partenariat sexuel et (vii) la mobilité des populations. Ces facteurs sont amplifiés par la pauvreté généralisée dans certains milieux et les barrières socioculturelles.

Ainsi, la volonté politique a été exprimée par la mise en place du PNMLS sous la haute autorité du Président de la République avec une décentralisation progressive de ses structures de coordination, l'accroissement graduel de l'accessibilité des populations aux activités de prévention dans les domaines de CCSC, de promotion du Dépistage Volontaire, de PTME, de Prise en charge des IST et de sécurité transfusionnelle. Ces efforts ont permis également le renforcement de l'accès aux soins et au traitement aux ARV à travers une mobilisation accrue des ressources pour en assurer la gratuité effective.

Cependant, diverses contraintes fragilisent encore ces efforts, à savoir :

- la faiblesse de la **coordination** qui se traduit par l'insuffisance de **l'alignement** et **d'harmonisation** des interventions conformément aux « Three ones »,
- la faible couverture des principales interventions liées entre autre à la **capacité intrinsèque des établissements de soins** et à la vétusté voire la déliquescence des infrastructures,
- l'**inadéquation** de la réponse aux déterminants identifiés dans les groupes cibles prioritaires,
- l'inexistence et la non actualisation des **données** pouvant permettre une meilleure connaissance de l'épidémie.

Dans le cadre des efforts pays pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, le tableau qui suit, présente un résumé sur l'évolution de nombre de personnes mises sous traitement depuis 2008.

Tableau 1 : Evolution du nombre des personnes vivant avec le VIH sous traitement de 2008-2012

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Nombre des personnes infectées sous TARV</b>	24 245	34 813	43 878	53 554	64 219
<b>Nombre Estimé des personnes infectées éligibles à la TARV</b>	60 000	100 000	298 579	436 361	219 590
<b>Pourcentage</b>	40,4	34,8	14,7	12,3	29,2

**Source : Rapport annuel PNLS (de 2008 à 2012)**

Malgré les avancées notées ces cinq dernières années, la situation reste néanmoins critique. Le nombre de nouvelles infections en 2012 est estimé à 34 000 PVVIH<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Cadre d'investissement RDC

## **1.6. Organisation de la riposte au VIH/sida au plan politique et programmatique**

La RDC s'est alignée aux différents engagements internationaux : accès universel aux soins, génération sans sida, élimination de la transmission de VIH de la mère à l'enfant...

Le développement des normes, directives et guide techniques en lien avec les recommandations et standards internationaux...

L'implication de la communauté/société civile dans la lutte contre le VIH avec des approches salvatrices pour les personnes vivant avec le VIH : relais communautaire, mothers to mothers, child to child, la distribution communautaire des ARV...

Sur le plan politique et programmatique depuis 1984 à ce jour, des avancées significatives ont été acquis par l'entremise de l'Etat et de ces partenaires, quelques uns peuvent être retracée de la manière suivante :

- De 1984 à 1998 : Création d'un centre de recherche multidisciplinaire/Projet Sida (1), du comité national de lutte contre le Sida/CNLS avec un caractère multisectoriel (2), du Bureau central de coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (BCC/SIDA) (3), du Programme National de lutte contre le Sida/PNLS(4) ;
- De 1998 à 2000 : Redémarrage des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec la reprise progressive de la coopération bilatérale et multilatérale (suspendues de suite des pillages de 1991 et 1993), rédaction ainsi qu'adoption d'un document de stratégie nationale de lutte, globalisant et plus ou moins multisectoriel (1), Elaboration de la politique nationale et du plan stratégique national (PSN) 1999-2008 de lutte contre le VIH/SIDA (2) ;
- De 2002 à 2008 : Signature du Protocole d'accord entre le Gouvernement et le secteur privé (GSS/CIPLA) pour l'introduction des médicaments antirétroviraux génériques (1), Promulgation de la loi n° 08/011 du 14 Juillet portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées (2), Signature du Mémorandum d'entente entre le Projet MAP et le Fonds Mondial en vue de l'harmonisation des interventions (3), Création par Décret présidentiel du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNMLS) (4), Elaboration du Plan harmonisé d'approvisionnement en ARVs et autres intrants VIH/Sida (5), Elaboration des plans provinciaux pour l'accélération d'accès universel pour la prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH (6) ;
- De 2009 à 2011: Signature de l'ordonnance loi n°11/023 du 18 Mars 2011 modifiant et complétant le décret loi n°04/029 du 17 Mars 2004 portant création et organisation du PNMLS (1), Elaboration du PSN de lutte contre le VIH/Sida 2010–2014 (2), Elaboration du plan d'action opérationnel 2012-2014 (3), Elaboration du plan national d'élimination de la transmission mère-enfant (4) ;

Toutes fois, les performances de la lutte contre le VIH en RDC sont faibles de loin en dessous des objectifs fixées. Un peu plus de la moitié de la population n'est pas couverte ou atteintes par les activités de lutte contre le VIH et là où les interventions sont disponibles très peu ont accès (localisation sans tenir compte des besoins réel en terme de facteurs de vulnérabilité et prévalence de la population, coût.)

## **1.7. Source de financement de la lutte contre le VIH/sida en RDC**

Le financement de la lutte contre le VIH/Sida en RD Congo repose essentiellement sur un trépied constitué des apports extérieurs, des privés (dont les ménages constituent la première source de financement) et du Gouvernement de la République. La santé et le VIH/sida sont parmi les secteurs qui ont mobilisé pendant ces dix dernières années, d'importantes ressources extérieures, bien qu'elles ne soient pas encore suffisantes pour espérer atteindre à coup sûr les OMD à leur échéance.

Toutefois, depuis la déclaration de fin de la crise financière internationale, et ce, malgré les bonnes volontés, les ressources de lutte contre le VIH/sida s'amenuisent, avec comme conséquence la réduction des opportunités du financement. Au niveau du Pays, bien que la lutte contre le VIH/sida apparaisse comme une préoccupation, elle semble de plus en plus diluée et certains des principaux bailleurs de fonds tendraient à réduire progressivement le financement des activités spécifiques de lutte contre le VIH/sida, en axant le financement sur le renforcement du système de santé, qui pourrait, par incidence, permettre d'améliorer la couverture des services de santé comprenant le VIH ; le système de santé étant l'épine dorsale de la riposte nationale au VIH. En même temps, le Gouvernement de la République, avec ses moyens limités, multiplie les efforts en vue d'améliorer le financement de la riposte au VIH/Sida.

La RDC a fourni un effort d'aligner la lutte contre le VIH/Sida dans la formulation et de la nomenclature des dépenses publiques. Toutes fois le budget alloué dans la lutte contre le VIH/Sida demeurent faibles.

## **Buts et méthodologie de REDES**

### **2.1. Buts**

L'estimation des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) a pour objet la maîtrise des flux financiers liés à la riposte nationale à l'épidémie. Elle s'inscrit donc dans le processus de suivi et évaluation permettant de surveiller les transactions financières depuis leur origine jusqu'à leur destination finale, de la source de financement aux bénéficiaires des biens et des services.

Dans une approche multisectorielle, l'estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida va au delà du suivi des dépenses de santé. Ainsi, elle concerne également le suivi des dépenses réalisées dans les autres secteurs clés, inscrits dans le plan stratégique national en cours de mise en œuvre.

### **2.2. Collecte des données**

Après la mise à niveau des consultants REDES, il a été procédé à l'actualisation de la cartographie de tous les intervenants par secteur, à la conception de la stratégie et à la programmation des activités de collecte.

La collecte des données proprement dite a été effectuée dans la ville province de Kinshasa auprès des institutions et structures qui opèrent dans la lutte contre le VIH/sida au niveau central et provincial (pour la plupart)

L'étude REDES a pris en compte les données de l'étude sur les dépenses des ménages publié par le Ministère de la Santé Publique/Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, PNCNS en sigle (Ministère de la Santé Publique).

#### **2.2.1. Dépenses institutionnelles**

Ces dépenses prennent en compte les intervenants du secteur public (le gouvernement, les entreprises publiques et autres services publics), du secteur privé (Entreprises privées, ONG et fondations nationales) et du reste du monde (Coopérations bi et multi latérales, ONG, fondation et initiatives internationales). Ceci a permis de faire un échantillonnage selon les sources et les prestataires par secteur d'intervention présenté ci-dessous :

Tableau 2 : Nombre des structures visitées et ayant accepté de collaborer au niveau National

<b>Structure</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Publiques</b>	17	17
<b>Privées</b>	24	24
<b>Internationales</b>	38	38
<b>Total</b>	79	79

Le processus REDES est de plus en plus accepté par les partenaires et la complétude dans les données est la lecture positive qui se dégage, toutes fois pour les deux années concernées, très peu des partenaires des secteurs Ministériels et des Entreprises ont renseignés sur l'étude. Un effort de plaidoyer doit être fait pour les futures études REDES.

La méthodologie utilisée des collectes de données a porté sur :

- La revue documentaire (rapports financiers, documents nationaux, etc.) pour faire le point sur les différents financements en matière d'IST/VIH/SIDA ;
- L'envoi des outils de collecte par courrier électronique et/ou dépôt des outils avec démonstration pratique en remplaçant directement le canevas avec les intervenants ;
- Les entretiens individuels avec les points focaux ;
- L'actualisation des estimations sur les dépenses de ménages.

Le canevas de collecte a été utilisé selon la dimension de la structure enquêtée (source ou agent de financement ou prestataire).

#### 2.2.2. Les dépenses ménages

Pour les quatre premières éditions de l'étude REDES (De 2005 à 2008), une estimation des dépenses des ménages a été faite partant d'une formule appropriée<sup>13</sup>.

À l'issue d'une enquête menée en 2010 uniquement auprès des PVVIH en RDC par le PNCNS, une estimation des dépenses des ménages a été renseignée et des projections ont été faites pour actualiser ces données pour les exercices allant de 2009 à ce jour. Ces ajustements prennent en compte l'évolution du taux de change et du taux d'inflation des biens et services de santé, le décroissement du nombre de PVVIH.

#### 2.3. Traitement des données

Cette étape s'est déroulée pendant la période allant de Juin à septembre 2013. Le traitement des données a consisté en la reconstitution des flux financiers depuis la source de financement jusqu'à la population bénéficiaire et a été réalisée en deux étapes, d'abord dans un tableau Excel ensuite dans le logiciel Ressource Tracking System en sigle RTS.

Le Tableau des transactions (Excel) est un masque de saisie qui permet de décrire chacune des transactions effectuées. Il convient de noter qu'une transaction complète suppose la définition de la source de financement, de l'agent de financement, du prestataire, des interventions mises en œuvre, des populations bénéficiaires et des objets de la dépense. Pour compléter le tableau, la classification REDES standardisée a été utilisée.

Toutes les données collectées ont été vérifiées et validées par l'équipe REDES avant de les introduire dans le logiciel RTS.

Toutes les transactions effectuées sont exprimées en USD (dollars américains). Pour ce faire, le taux utilisé a été de 919.44 CDF pour 1 USD pour l'année 2011 et 939.12 CDF pour 1 USD pour l'année 2012<sup>14</sup>;

#### 2.4. Analyse des données et interprétation des résultats

L'analyse et l'interprétation des données ont été effectuées suite à l'exploitation des tableaux et graphiques générés à partir des matrices produites par le logiciel RTS.

---

<sup>13</sup> Rapport REDES 2010, page 14

<sup>14</sup> Banque Centrale du Congo, Rapport annuel 2012

L'interprétation des résultats concernant le niveau de financement et de dépenses en VIH/sida, combinés avec l'information démographique, socio-économique et épidémiologique du pays, permettent de présenter des indicateurs de distribution de la dépense et des analyses comparatives avec d'autres pays.

L'analyse comparative a été faite spécifiquement pour les dépenses institutionnelles. Les données des dépenses de ménages en 2011 et 2012 seront quant à elles interprétées en référence aux normes et politiques en vigueur au Pays, notamment la «gratuité du traitement ARV».

Au vu des domaines d'actualité par rapport à une réponse adéquate au VIH/sida et, dans le contexte de l'analyse SWOT, trois dimensions seront examinées :

1. La couverture financière des efforts de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (e-TME), croisement Populations bénéficiaires par Intervention
2. La prise en charge des populations clés et vulnérables par les organisations communautaires au regard de leur vocation, croisement Populations bénéficiaires par Prestataires de service.
3. L'évaluation des dépenses en rapport avec le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (PSN 2010-2014).

## 2.5 Circuit de transaction

Au niveau international, après examen et évaluation des stratégies appliquées dans la lutte contre le VIH, les programmes et les lignes budgétaires ont été axés sur huit catégories de dépenses. Cette classification est aujourd'hui utilisée par la plupart les modèles de planification stratégique pays reconnus par l'ASAP, comme le RNM, le GOAL, l'ASAP HIV/AIDS Costing Model, etc.

La figure n°1 reconstitue le circuit de transaction, telle que captée par la méthodologie REDES. Ce circuit suit la transaction de l'argent dépensé depuis la source jusqu'aux bénéficiaires, en passant par ceux qui le transforment en biens et service pour la production d'activités au bénéfice d'une population déterminée.

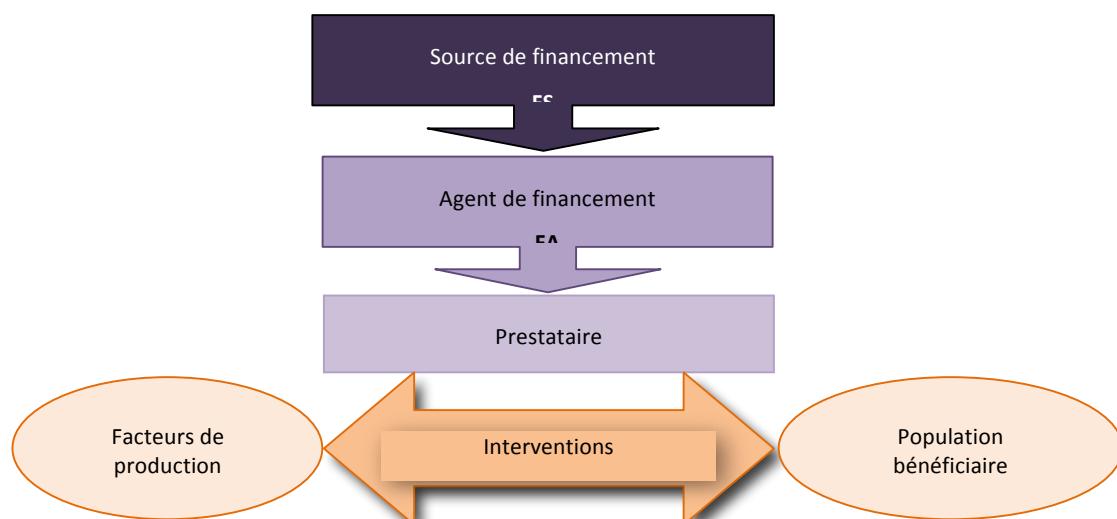


Figure n° 1: Circuit d'une transaction

Les fonds sont générés par les sources de financement, transférés aux agents de financement pour leur allocation avant leur transfert aux prestataires. Ces derniers transforment les ressources reçues en interventions à travers les facteurs de production de services, destinés à des populations données.

## ***2.6. Limites de l'estimation***

Les limites inhérentes à l'analyse REDES, peuvent être résumées comme suit :

- L'étude REDES analyse les dépenses réellement effectuées. En conséquence, elle ne fait pas ressortir l'écart entre les ressources mises à la disposition et les montants transférés ou investis, mais une analyse pourrait être faite pour dégager l'écart éventuel ;
- De même, elle ne renseigne pas sur les contraintes liées à la mobilisation des ressources et les retards dans la mise à disposition des fonds alloués ;
- En l'absence de la tenue d'une comptabilité analytique par les structures du secteur public et par certains prestataires, les outils REDES ne permettent pas de faire une estimation exhaustive des interventions de l'Etat et des coûts des intrants notamment en cas de cofinancements des activités. A cet égard, les efforts de l'Etat sont sous-estimés et certaines dépenses ne sont pas désagrégées par type de facteur de production.
- Les données des dépenses de lutte contre le VIH/Sida captées au niveau provinciale n'ont pas été analysées dans ce rapport.

## Profil des dépenses de la réponse nationale au VIH/sida

Ce chapitre présente les dépenses globales de la lutte contre le VIH/sida en République Démocratique du Congo.

Les dépenses de lutte contre le VIH/sida en 2011 et 2012 s'estiment respectivement à 190.800.215,40 USD et USD 229.278.485,07.

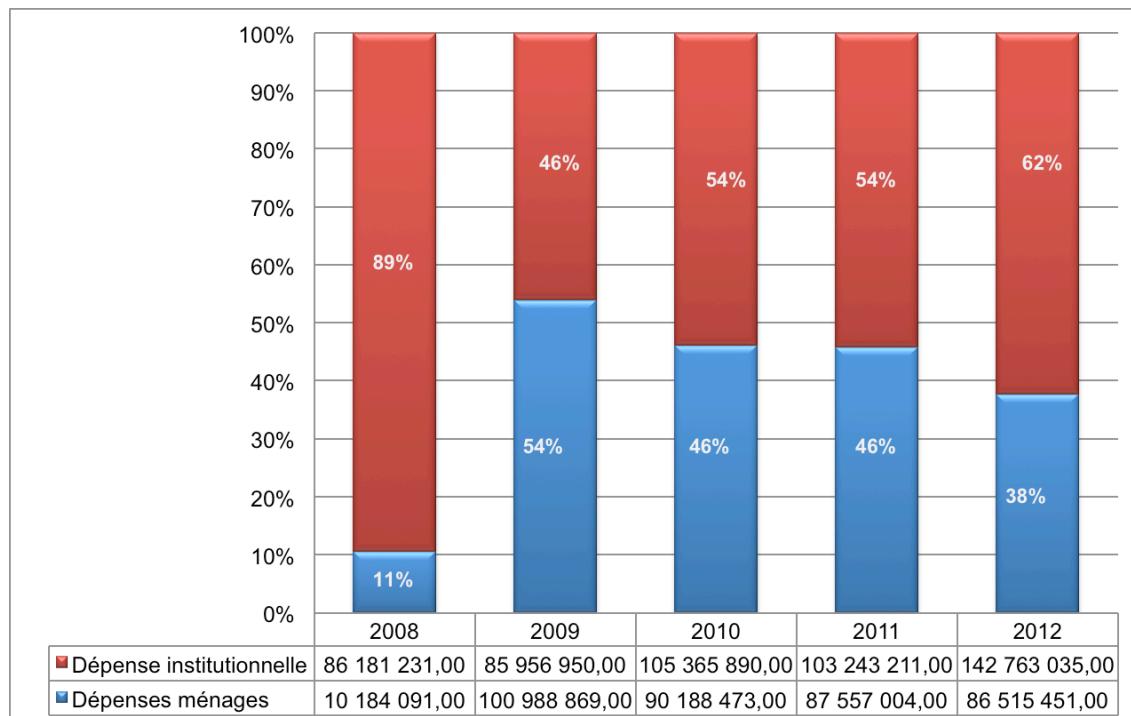
Les dépenses ainsi constituées ont pris en compte les dépenses institutionnelles et les dépenses des ménages. Le tableau n°3 résume la situation.

Tableau n°3. Dépenses globales 2011-2012.

Années	Dépenses ménages		Dépense institutionnelle		Dépense globale (USD)
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%	
2011	87 557 004	46%	103 243 211	54%	190.800.215
2012	86 515 451	38%	142 763 035	62%	229.278.486

Les dépenses institutionnelles de 2011 à 2012 ont connu un net accroissement de 38%. Ceci peut être expliqué par le démarrage des activités avec de nouveaux fonds extérieurs, notamment les fonds américains.

Les dépenses des ménages ont connu une baisse de 3% en raison d'une actualisation des estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH qui constitue une variable de calcul de dépenses des ménages.



Graphique 2 : Evolution des Dépenses de lutte contre VIH/sida en RDC 2008-2012

La graphique n°2 ci-dessus, qui reprend l'évolution des dépenses de 2008 à 2012, inclut un biais lié à la méthodologie utilisée pour l'estimation des dépenses des ménages. En effet, au cours de l'année 2008, contrairement aux autres périodes couvertes (de 2009 à 2012), les dépenses captées ont été générées par une enquête menée uniquement auprès de la seule population des PVVIH alors que la population en général a été prise en compte pour les 4 autres années.

Ainsi, le graphique démontre qu'au cours de ces 4 dernières années, les ménages ont dû s'appuyer sur leur revenu pour faire face aux dépenses en matière de VIH/Sida.

Le constat dégagé est une réduction relativement sensible des dépenses des ménages à côté d'une augmentation des ressources Institutionnelles.

### **3.1. Dépenses par source de financement**

Au cours des années 2011 et 2012, la dépense globale a sensiblement augmenté en fonction d'une contribution accrue des bailleurs internationaux pendant que les fonds privés, incluant les dépenses des ménages, connaissaient une baisse relative. Le tableau ci-dessous présente la dépense par source de financement.

Tableau n° 4 : Dépenses globales par source de financement

Source de financement	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Fonds Publics	1 765 235	0,9	2 710 269	1,2
Fonds privés	87 766 704	46	86 725 151	37,8
Fonds internationaux	101 268 276	53,1	139 843 066	61,0
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486</b>	<b>100</b>

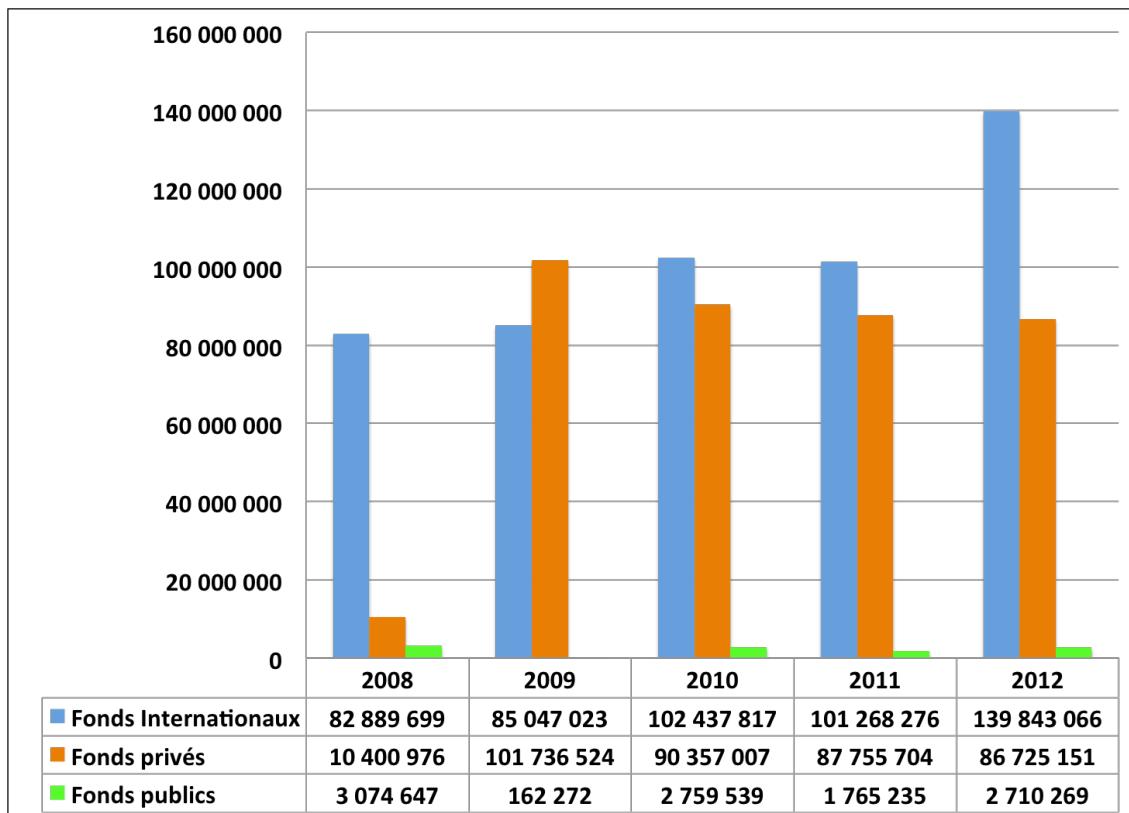
Le même tableau montre que la proportion des fonds publics se situe autour de 1%, malgré un accroissement, en chiffres absolus, de 35 % entre 2011 et 2012. Ces efforts sont dus à la prise en compte d'une ligne budgétaire spécifique au VIH/Sida dans le Budget de l'Etat.

L'augmentation des dépenses institutionnelles a permis une baisse relative des dépenses de ménages, réduisant tant soit peu le poids des dépenses sur les ménages. Ceci va contribuer au constat que la proportion des fonds privés a connu une relative baisse entre 2011 et 2012.

Il faut noter qu'à l'exception de l'année 2009, marquée par une faible complétude dans la récolte des données, la situation financière des dépenses captées sur les fonds de l'USG et particulièrement de l'USAID, a été reconstituée sur base des informations recueillies auprès des prestataires de services qui ont déclaré avoir utilisé ces fonds pendant la période sous étude. Il s'avère que la tendance des sources de financements est restée la même.

Pour toute la période, les fonds extérieurs sont plus importants que les fonds privés et les fonds publics.

Après une baisse relative des fonds publics entre 2008 et 2010, on note qu'en 2011, une augmentation significative en valeur absolue est notée, suivie de nouveau d'une baisse en 2012. La graphique n°3 illustre le constat.



Graphique 3 : Evolution des dépenses globales par source de financement 2008-2012

Les fonds privés, par contre, ont connu une augmentation de 2008 en 2009 à la suite de la prise en compte des dépenses ménages tirées de l'enquête réalisée par les PNCNS. Une diminution de 2010 en 2011 de 2,9% et de 2011 à 2012 de 1,2% s'explique par le fait que les dépenses des ménages ont progressivement baissées.

En faisant abstraction des dépenses des ménages, la situation des dépenses institutionnelles, illustrée sur la tableau n°5 ci-dessous, montre encore une fois, la forte dépendance du financement extérieur et un très faible apport sur l'information financière du secteur privé.

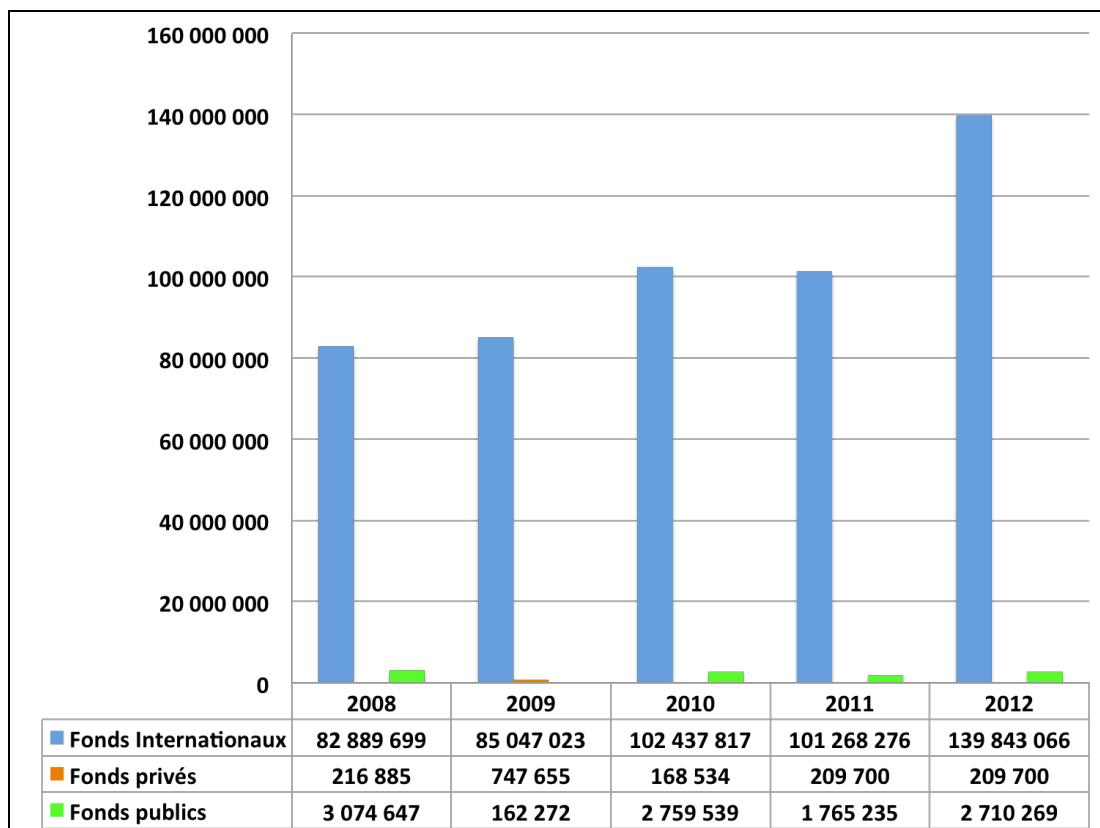
Tableau n° 5 : Dépenses institutionnelles par source de financement

Sources de Financement	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
<b>Fonds publics</b>	1 765 235	1.7	2 710 269	1.9
<b>Fonds privés</b>	209 700	0.2	209 700	0.1
<b>Fonds internationaux</b>	101 268 276	98.1	139 843 066	98.0
<b>Total</b>	<b>103 243 211</b>	100	<b>142 763 035</b>	100

Les dépenses institutionnelles, essentiellement supportées par les sources extérieures en 2011 et en 2012, provenaient essentiellement des organismes multilatéraux à hauteur de 60% en 2011 pour un montant de 61 238 506,00 USD et de 63% en 2012 pour une valeur de 88 277 198,00 USD.

Dans le même ordre d'idées, les organismes de coopération bilatérale ont participé au même financement à hauteur de 35 265 481 USD en 2011 (35%), et 47 615 844 USD en 2012 (34%).

Les autres organismes et fondations internationales à but non lucratif sont intervenus à hauteur de 5% en 2011, correspondant à 4 764 289 USD et de 3% en 2012 pour une valeur de 3 950 024 USD.



Graphique n° 4 : Evolution des Dépenses institutionnelles par source de financement 2008-2012

Le graphique ci dessus montre une stagnation dans les dépenses publiques, quoique constamment faibles. Comme déjà noté par le passé, les dépenses institutionnelles ont été essentiellement financées par les sources extérieures et cette contribution tourne autour de 98%.

Du fait de la faible adhésion des entreprises à l'enquête couvrant les exercices financiers 2010 et 2012, on doit malheureusement constater que la contribution du secteur privé à la lutte est très faible, en deçà de 1%.

### **3.2. Dépenses par agent de financement**

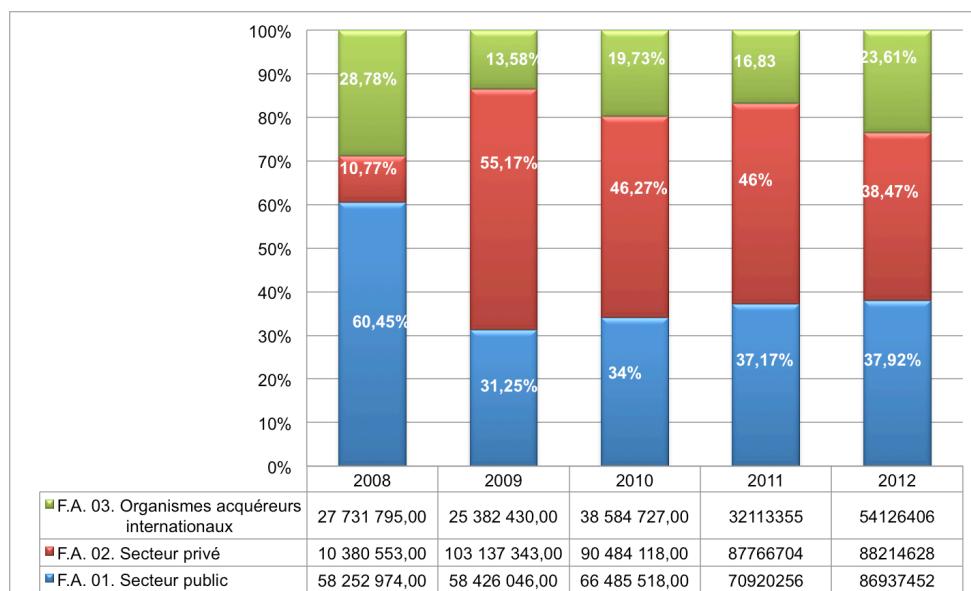
L'analyse des dépenses par agent de financement montre que le secteur privé a joué un rôle prépondérant dans ce domaine. C'est ce qu'illustre le tableau 6.

Cette situation n'est pas surprenante lorsque l'on a à l'esprit que les ménages constituent encore une source très importante de financement. Il est donc logique que les agents privés apparaissent plus influents que les autres en matière d'affectation des ressources aux dépenses, partant, il faut reconnaître que le secteur privé a été, en 2011 et 2012, l'agent le plus important en termes d'orientation des ressources aux activités.

Tableau n° 6 : Dépenses globales par agent de financement

Agent de Financement	2011		2012	
	Dépense(USD)	%	Dépense(USD)	%
Secteur public	70 920 256	37,2	86 937 452	37.9
Secteur privé	87 766 704	46,0	88 214 628	38.5
Organismes acquéreurs internationaux	32 113 355	16.8	54 126 406	23.6
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486</b>	<b>100</b>

Du point de vue des dépenses institutionnelles, le tableau et graphique ci-dessous présentent l'évolution des dépenses par agent de financement entre 2008 et 2012.



Graphique n°5 : Evolution des Dépenses globales par agent de financement

A l'exception de l'année 2008 où les dépenses des ménages étaient très peu captées, le graphique dénote que le secteur privé décide plus de l'affectation des ressources, tout simplement parce que l'allocation des revenus propres aux dépenses dépend en grande partie, directement des ménages. Ainsi donc, les ménages continuent à payer le lourd fardeau dans sa contribution en matière du VIH/Sida.

Tableau n°7 : Dépenses institutionnelles par agent de financement

Agents de Financement	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Secteur public	70 920 256	68.7	86 937 452	60.9
Secteur privé	209 700	0.2	1 699 177	1.2
Organismes acquéreurs internationaux	32 113 255	31.1	54 126 406	37.9
<b>Total</b>	<b>103 243 211</b>	<b>100</b>	<b>142 763 035</b>	<b>100</b>

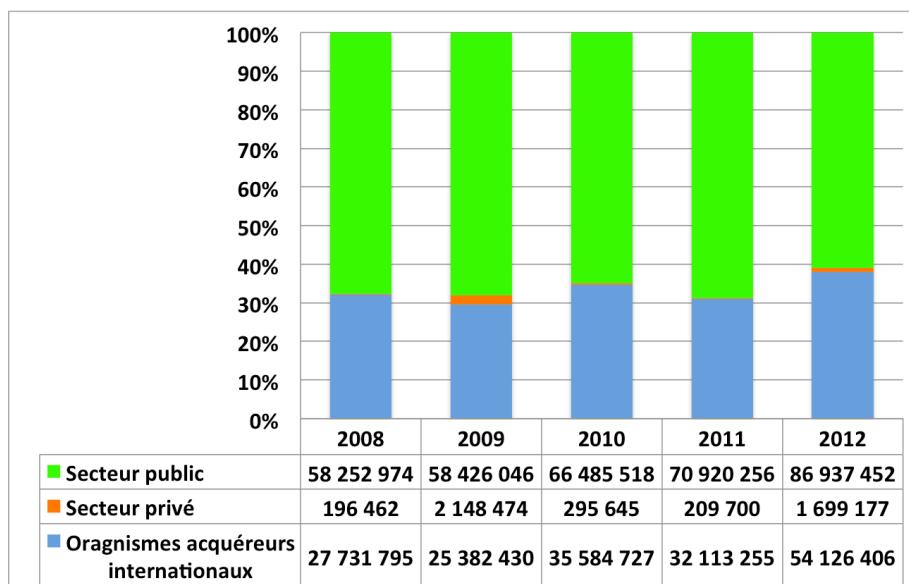
Le tableau n° 7 ci-dessus démontre que les fonds orientés par le secteur public ont augmenté considérablement de 2011 à 2012 respectivement de 4 434 738 USD en 2011 à 16 017 196 USD en 2012; soit respectivement de 6,7% et de 22,6%.

Le secteur public demeure le principal agent financier avec 70 920 256 USD mobilisés contre 1 765 235 USD de contribution en 2011 et 86 937 452 USD mobilisés contre 2 710 269 USD de contribution en 2012. Cette allocation des ressources représente 68.69% pour 2011 et 60.90% pour 2012 des dépenses totales par année.

Dans le secteur public, l'organisme national de coordination de la lutte contre le sida est le principal agent financier (représenté en RDC par l'Instance Nationale de Coordination/CCM, le Ministère de la santé publique et le PNMLS), avec 54.100.759 USD, soit 52,4% du total des ressources institutionnelles en 2011 et avec 81 180 678 USD soit 56,9% du total des ressources institutionnelles en 2012.

Les Organismes acquéreurs internationaux enregistrent une diminution de 6 471 472 USD de 2010 à 2011 et une augmentation de 22 013 151 USD de 2011 à 2012. Le secteur privé enregistre une diminution de 85 945,00 USD de 2010 à 2011 et une augmentation de 1 489 477,00 USD.

Toutefois, sur base des données disponibles les organismes de secteur privé n'ont su mobiliser les ressources pour les orienter dans la lutte, à l'exception d'une entreprise à but lucratif qui a pu inscrire des ressources pour la lutte contre le sida pendant la période sous revue a autant décidé de l'affectation de ses ressources propres 209 700,00USD en 2011 et le même montant en 2012.



Graphique n°6 : Evolution des Dépenses institutionnelles par agent de financement 2008-2012

A l'instar des années précédentes, on note que le secteur public, tout en ne mobilisant que très peu des ressources locales dans les dépenses totales de la lutte contre le VIH/Sida en RDC, demeure le principal agent financier.

S'agissant des organismes internationaux comme agents de financement, la dépense effectuée par ces derniers reste encore élevée, couvrant essentiellement les coûts d'opérations pour leur propre compte.

### 3.3. Dépenses par prestataire de service

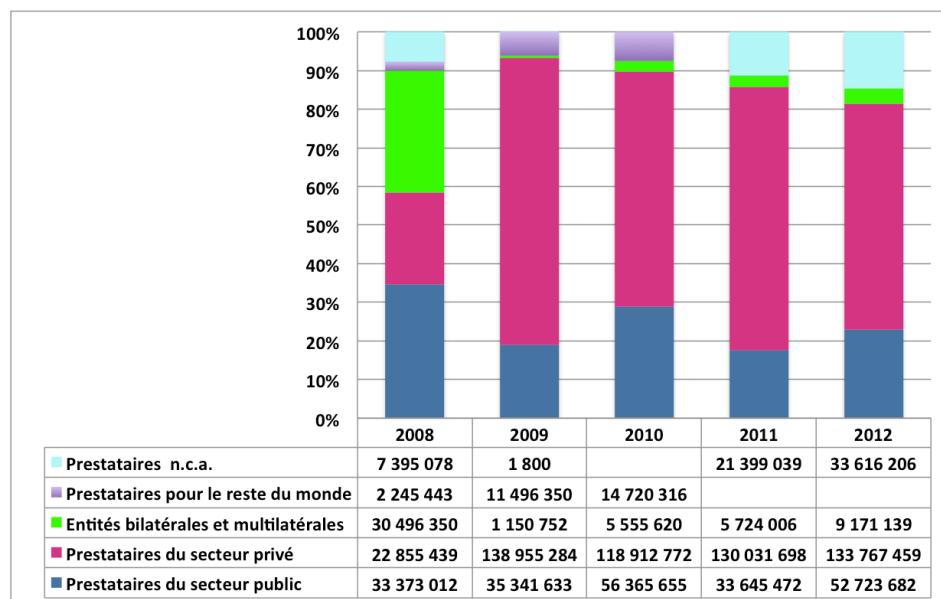
Les prestataires de service qui ont effectué plus de dépenses relèvent du secteur privé. Etant producteurs de ses propres ressources à affecter à la prise en charge, les ménages sont

logiquement plus représentatifs sur le poids de la contribution à la lutte dans le secteur privé comme le montre le tableau n°8. Les ménages sont ainsi les plus importants contributifs en terme de transformation des ressources financières en biens et services liés au VIH/sida.

Tableau n° 8 : Dépenses globales par prestataire de service

Prestataires de service	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Prestataires du secteur public	33 645 472	17.6	52 723 682	23,0
Prestataires du secteur privé	130 031 698	68.2	133 767 459	58.3
Entités bilatérales et multilatérales	5 724 006,40	3,0	9 171 139,44	4,0
Prestataires pour le reste du monde	-	-	-	-
Prestataires n.c.a.	21 399 038,60	11.2	33 616 205,56	14.7
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486,00</b>	<b>100</b>

Les dépenses effectuées par les prestataires pour le reste du monde n'ont pas été captées au cours des années concernées. Il s'agit essentiellement des dépenses effectuées pour les évacuations vers l'étranger, mais malheureusement, les informations financières n'ont pas été désagrégées par type de maladie au niveau de la source d'information (Ministère du budget). De même, les institutions nationales de recherche n'ont pas donné suffisamment d'informations exploitables sur les échantillons évacués pour traitement.



Graphique n° 7 : Evolution des Dépenses globales par prestataire de service 2008-2012

Les prestataires du secteur public viennent en deuxième position, au fil du temps. Cela suppose que l'offre des services des prestataires nationaux s'est améliorée, au vu de l'accroissement des dépenses observé au niveau des organisations du secteur public.

Les prestataires du secteur privé composé des ménages d'une part et des partenaires de mise en œuvre d'autre part, transforment les fonds soit en biens soit en services. On comprend dès lors pourquoi ils sont en première position au cours des cinq dernières années.

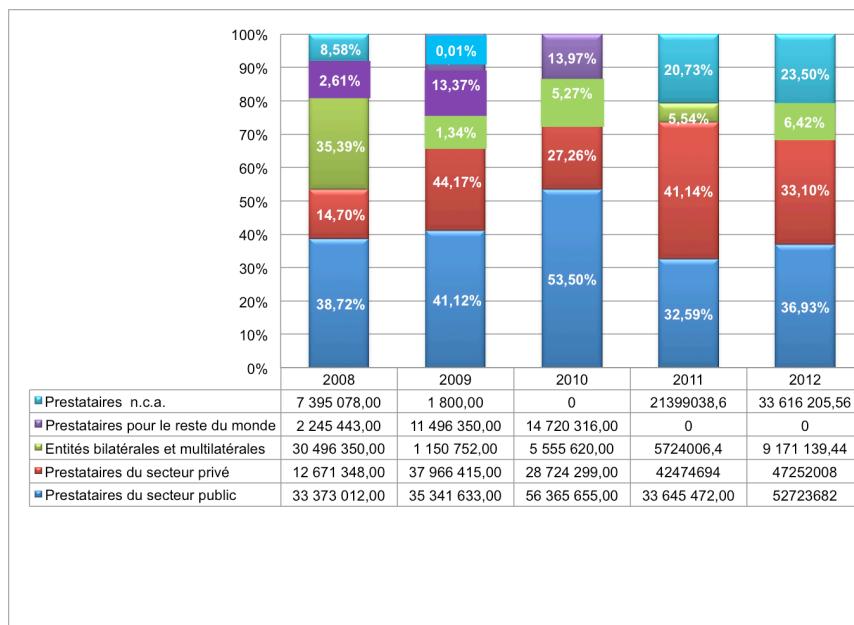
Quant aux prestataires externes (Entités bilatérales et multilatérales, prestataires pour le reste du monde et prestataires non classifiés ailleurs), une décroissance des prestations est enregistrée au profit des deux précédents, toutefois, les prestations ont plus été relatives à leur fonctionnement autrement dit, il s'agissait des dépenses directes.

Tableau n° 9 : Dépenses institutionnelles par prestataire

Prestataires de service	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Prestataires du secteur public	33 645 472	32.6	52 723 682	36.9
Prestataires du secteur privé	42 474 694	41.1	47 252 008	33.1
Entités bilatérales et multilatérales	5 724 006,40	5,5	9 171 139,44	6.4
Prestataires pour le reste du monde	-	-	-	-
Prestataires non classifiés ailleurs	21 399 038,60	20.7	33 616 205,56	23.6
<b>Total</b>	<b>103 243 211</b>	<b>100</b>	<b>142 763 035</b>	<b>100</b>

Sur les dépenses institutionnelles par prestataire, il y a eu globalement une évolution des dépenses dans deux secteurs, bien que plus significative pour les prestataires publics en 2012, soit de 56,7 % et du secteur privé de 11,2%.

Contrairement à l'année 2010, il ressort une nette amélioration de l'offre des services à travers les prestataires de service de classe 2 (secteur privé) et de classe 3 (entités bilatérales et multilatérales).



Graphique n°8 : Evolution des Dépenses institutionnelles par prestataire 2008-2012

Contrairement aux dépenses globales, les dépenses institutionnelles enregistrent une amélioration des prestations faites par les prestataires non classifiés ailleurs et les entités bilatérales et multilatérales, en termes de couverture.

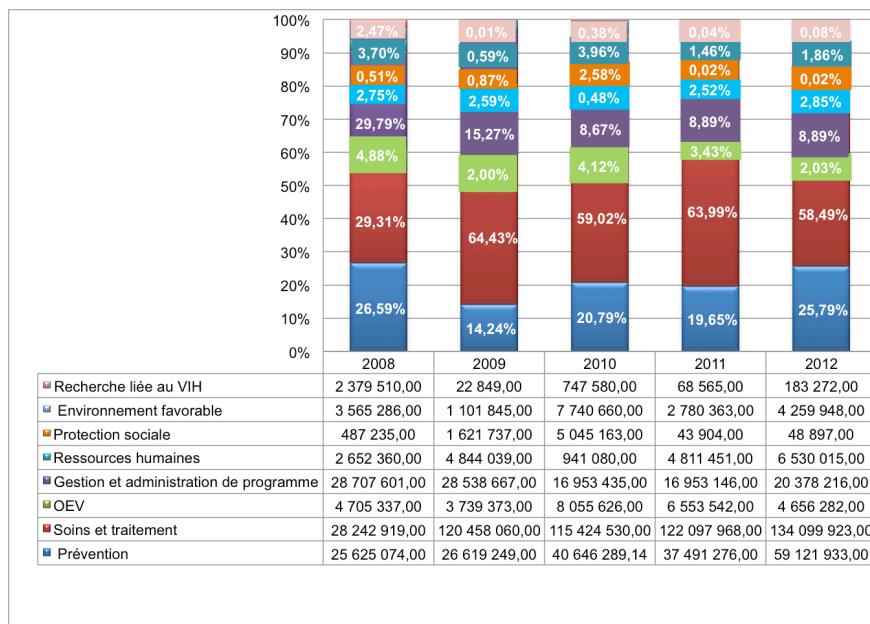
### 3.4. Dépenses par intervention

A la suite de l'analyse des affectations des ressources aux interventions, on constate que le domaine qui a le plus bénéficié des interventions est celui des soins et traitement qui avait englouti 122 097 968 USD, soit 63.99% en 2011 et 134 099 923 USD, soit 58,49% en 2012. En valeur absolue, les dépenses ont connu une augmentation d'une valeur de 12 001 955 USD. Ensuite vient le domaine de prévention, pour lequel la liste des interventions a concerné les ménages, spécifiquement autour du marketing social du préservatif. Les détails sur les dépenses par intervention sont repris sur le tableau n°10.

Tableau n° 10 : Dépenses globales par intervention

Interventions	2011		2012	
	Dépense(USD)	%	Dépense(USD)	%
Prévention	37 491 276	19,65	59 121 933	25,79
Soins et traitement	122 097 968	63,99	134 099 923	58,49
OEV	6 553 542	3,43	4 656 282	2,03
Gestion et administration de programme	16 953 146	8,89	20 378 216	8,89
Ressources humaines	4 811 451	2,52	6 530 015	2,85
Protection sociale	43 904	0,02	48 897	0,02
Environnement favorable	278 0363	1,46	4 259 948	1,86
Recherche liée au VIH	68 565	0,04	183 272	0,08
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486</b>	<b>100</b>

Le profil des dépenses par intervention a été quasi constant au fil des années, en partant de 2008. Les domaines des soins et traitement ainsi que celui de la prévention ont toujours été privilégiés en ce qui concerne les interventions. La graphique n°9 illustre ce constat.



Graphique n° 9 : Evolution des Dépenses globales par intervention 2008-2012

Il faut relever le fait que dans les domaines de prévention et des soins et traitement sont très élevés, les ménages continuent à se prendre en charge et ce, malgré la contribution significative de l'Etat et des bailleurs importants tels que Fonds Mondial et PEPFAR. Bien que les ARV soient distribués gratuitement dans une large mesure, les besoins connexes des PVVIH demeurent encore pris en charge par elles-mêmes.

Toutefois, du point de vue des dépenses institutionnelles, la structure des dépenses est assez différente. Pour ce faire, il faudrait au préalable ressortir les dépenses des ménages afin de dégager les interventions dans lesquelles ils consentent les dépenses. Ainsi, le tableau n°12 ci-dessous présente les interventions financées à travers les dépenses effectuées par les ménages et la graphique n°10 présente la proportion des dépenses des ménages.

Tableau n° 12 : Dépenses des ménages

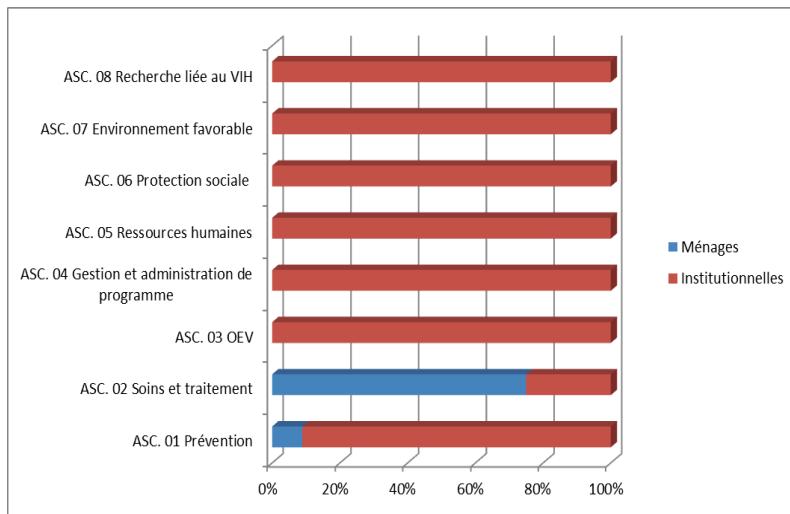
Interventions	2011	2012
	Dépense (USD)	Dépense (USD)
<b>Prévention</b>	<b>3 502 280</b>	<b>3 460 618</b>
Marketing social de préservatif	35 02 280	3 460 618
<b>Soins et traitement</b>	<b>84 054 724</b>	<b>83 054 833</b>
Prophylaxie ambulatoire des infections opportunistes	9 631 270	10 381 854
Traitemen ambulatoire	48 156 352	45 853 189
Suivi en laboratoire spécifique au VIH	22 764 822	23 359 172
Services de soins hospitaliers non classifiés ailleurs	3 502 280	3 460 618
<b>Total général</b>	<b>87 557 004</b>	<b>86 515 451</b>

Comme le démontre le tableau ci dessus, il ressort que l'acquisition des ARV a été subventionnée par le Fonds mondial à hauteur de 23.967.378,00 USD en 2011 et 37.309.310,00 USD en 2012. Cette intervention a été pour la prise en charge médicale des PVVIH estimé à 53.554 PVVIH en 2011 et 64.219 en 2012.

En outre le montant global des dépenses liées à la prise en charge des PVVIH représentent des PVVIH s'élève à 122 097 968,00 USD, dont 84 054 724,00 USD par les PVVIH pour 2011 et de 134 099 923,00 USD dont 83 054 833,00 USD par les PVVIH pour 2012, soit 69% en 2011 et 62% en 2012.

L'ensemble des dépenses des ménages pour l'année 2011 et 2012 ont été respectivement évalué à 87 557 004,00 USD et 86 515 451,00 USD, répartis, en 2011, pour les soins et traitement à hauteur de 84 054 724,00 et pour la prévention à hauteur de 3 502 280,00 USD et, en 2012, les chiffres s'élèvent à 83 054 833,00 USD pour les soins et traitement tandis que pour la prévention, on a dénombré 3 460 618,00 USD.

La contribution des ménages aux efforts des interventions est illustrée sur la graphique n°10.



Graphique n°10 : Contribution des ménages dans les dépenses de lutte contre le VIH/sida par intervention

Pourtant, les dépenses des ménages n'ont pas encore été prises en compte dans la planification nationale. Aussi, tous les exercices de planification se mènent avec l'hypothèse selon laquelle les ménages ne dépensent rien pour la lutte contre le sida, alors que l'analyse de la riposte est biaisée en termes des résultats obtenus par les efforts personnels des ménages. C'est sur base de cette perception que les dépenses institutionnelles sont présentées dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau n° 13 : Dépenses institutionnelles par intervention

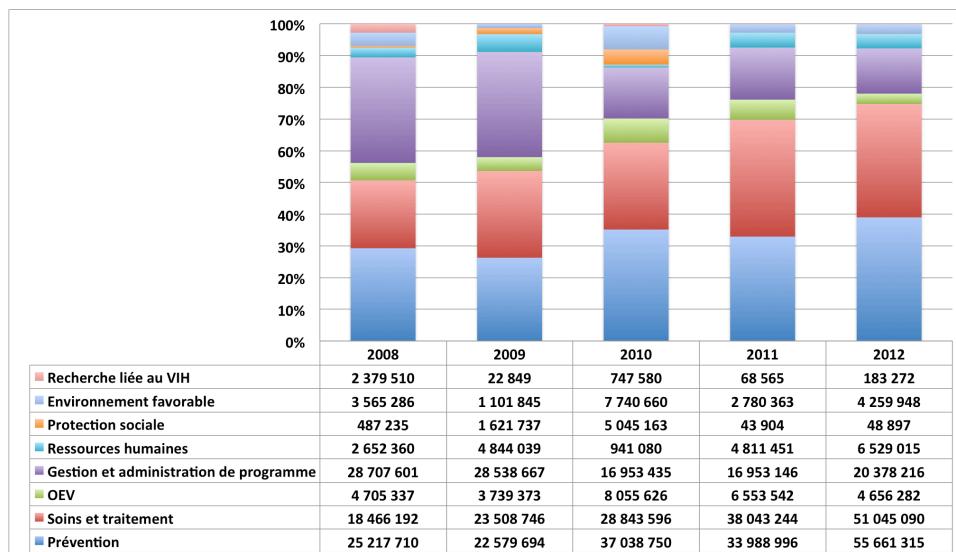
Interventions	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Prévention	33 988 996	32,92	55 661 315	38.99
Soins et traitement	37 117 816	36,15	51 045 090	35.76
OEV	6 553 542	6.35	4 656 282	3.26
Gestion et administration de programme	16 953 146	16.42	20 378 216	14.27
Ressources humaines	4 811 451	4.66	6 530 015	4.57
Protection sociale	43 904	0.04	48 897	0.03
Environnement favorable	2 780 363	2.69	4 259 948	2.98
Recherche liée au VIH	68 565	0.07	183 272	0.13
<b>Total</b>	<b>103 243 211</b>	<b>100</b>	<b>142 763 035</b>	<b>100</b>

Il est en outre observé une diminution relative des dépenses consenties pour les OEV entre 2011 et 2012. Le souci de protection sociale est faiblement ébauché alors qu'on note une amélioration pour le compte de l'Environnement favorable.

Quant aux Ressources humaines, on observe une légère augmentation entre 2011 et 2012.

Malgré l'augmentation en chiffres absolus des dépenses liées au compte Soins et traitement, on constate que le pourcentage est quasi constant sur l'ensemble du paquet des interventions, au moment où sur terrain, la couverture de la prise en charge aux ARV s'est améliorée.

Par contre, le compte Prévention a connu une légère augmentation en chiffres et en proportion sur le paquet. Cette situation est le résultat du renforcement des efforts de prévention avec le démarrage des activités du PEPFAR.



Graphique n°11 : Evolution des Dépenses institutionnelles par interventions 2008-2012

L'évolution des dépenses dans le domaine des interventions a subi des changements très positifs, comme le démontre le graphique ci-dessus. La gestion et l'administration de programme dont les dépenses atteignaient 33% en 2008 se sont retrouvées à 14% au cours de l'année 2012. Ainsi donc, on peut considérer que plus de ressources ont été consacrées aux interventions en faveur des bénéficiaires. Toutes fois, il sied de signaler qu'en 2010, ces dépenses ont connu une baisse très sensible par rapport aux années antérieures à la suite de retrait de certains bailleurs internationaux, mais la situation s'est redressée à la suite de l'implication de l'Etat congolais. A cette période là, on pouvait considérer que les structures de coordination et de mise en œuvre avaient achevé leur phase de déploiement et qu'elles avaient acquis le renforcement tant institutionnel qu'organisationnel.

Les dépenses dans le domaine de prévention ont augmenté progressivement, particulièrement autour des activités visant un changement de comportement. C'est cela qui est illustré sur le tableau n°14, ci-dessous, qui présente le croisement des dépenses institutionnelles par intervention de la prévention quant au changement de comportement.

Les dépenses relatives aux activités visant la communication pour le changement de comportement représentent pour 2011, 4.36% des dépenses institutionnelles et pour 2012, 8.14%. Ces dépenses ont été orientées vers la population générale, puis les jeunes dans le milieu scolaire et non scolaire.

Tableau n°14 : Dépenses relatives aux activités visant un changement de comportement (2011-2012)

Interventions	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Communication pour le changement social et comportemental	3 046 409	67,8	8 844 323	76,1
CCC dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	86 396	1,9	648 402	5,6
Prévention – jeunes gens scolarisés	1 035 268	23	1 436 744	12,4
Prévention – jeunes gens non scolarisés	225 697	5	337 137	2,9
CCC dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH parmi les PVV	6 528	0,2	246 967	2,1
CCC dans le cadre des programmes destinés aux professionnels (le)s du sexe et à leurs clients	79 859	1,8	45 275	0,4
CCC dans le cadre des programmes destinés aux HSH	-	0	7 340	0,1
CCC dans le cadre des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)	-	-	-	-
CCC dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail	16 622	0,4	52 276	0,5
Total	<b>4 496 779</b>	<b>100</b>	<b>11 618 379</b>	<b>100</b>

La Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail ne représente que 0,37% en 2011 et 0,45% en 2012 sur le total des dépenses relatives au changement de comportement. Dans ce domaine, on a enregistré une faible collaboration avec les Entreprises.

### 3.5. Dépenses par facteur de production

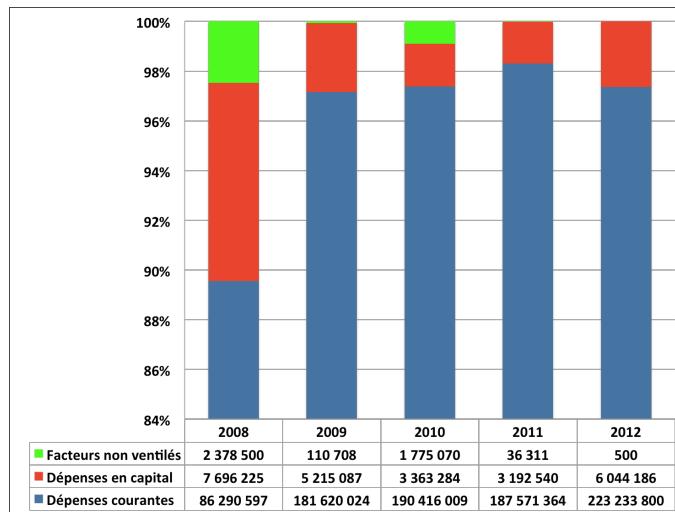
En ce qui concerne les dépenses par facteur de production, force est de constater que plus de 97% des ressources ont été classées dans les dépenses courantes. Le tableau n°15 présente les données des dépenses par facteur de production.

Tableau n° 15 : Dépenses globales par facteur de production

Facteurs de production	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Dépenses courantes	187 571 364	98,3	223 233 800	97,4
Dépenses en capital	3 192 540	1,7	6 044 186	2,7
Facteurs non ventilés	36 311	0,02	500	< 0,001
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486</b>	<b>100</b>

Globalement, le profil des dépenses n'a pas sensiblement varié depuis 2008. Elles ont été essentiellement consacrées à l'acquisition des médicaments et aux revenus du travail dont les salaires.

Les ménages n'étant pas en mesure d'acquérir des biens d'investissement, l'on comprendra alors que les dépenses courantes, pour cette catégorie des sources en même temps bénéficiaires, soient davantage orientées vers les soins et traitements, notamment pour l'acquisition des médicaments.



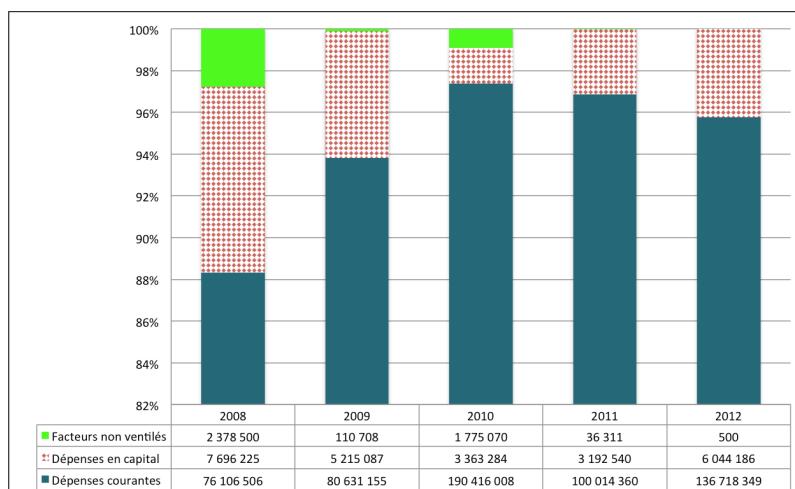
Graphique n° 12 : Evolution des Dépenses globales par facteur de production 2008-2012

Toutefois, en excluant les dépenses des ménages, une toute autre lecture peut être faite des dépenses par facteurs de production, comme le présente le tableau n°16. Ainsi, ne seront prises en compte que les dépenses institutionnelles.

Tableau n°16 : Dépenses institutionnelles par facteurs de production

Facteurs de production	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
Dépenses courantes	100014360	96.9	136718349	95.8
Dépenses en capital	3192540	3.1	6044186	4.2
Facteurs non ventilés	36 311	0.04	500	<0.001
<b>Total</b>	<b>103243211</b>	<b>100</b>	<b>142763035</b>	<b>100</b>

On se rend compte qu'un effort a été fourni dans l'exercice d'affectation des dépenses et très peu de ressources ont été enregistrées dans la catégorie des facteurs non ventilés. Ceci atteste que les partenaires veillent de plus en plus que les ressources soient orientées de façon à retrouver leurs traces. Ce constat reste constant lorsqu'on se projette dans le temps jusqu'en 2008 comme illustré sur la graphique 13.



Graphique n°13 : Dépenses institutionnelles par facteurs de Production 2008-2012

La courbe de tendance, évaluée en termes de proportion sur l'ensemble, montre que celle des dépenses courantes a évolué, au cours de la période 2008-2012, vers une augmentation tandis que celles d'investissements vers la diminution.

Ceci répond aux attentes des partenaires extérieurs, principales sources de financement, qui insistent sur le fait de voir leur intervention allouée de moins en moins aux problèmes d'investissement (constructions et réhabilitations de bâtiments, etc.).

### **3.6. Dépenses par population bénéficiaire**

Au cours des années 2011 et 2012, l'analyse des dépenses par catégories des bénéficiaires montre que la plupart des ressources ont été utilisées pour les personnes vivant avec le VIH.

Ensuite vient la catégorie des « autres groupes des populations clés », catégorie fort hétérogène comprenant 11 sous-groupes : les orphelins et autres enfants rendus vulnérables, les enfants nés ou à naître des femmes vivant avec le VIH, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leurs pays, les migrants/populations mobiles, les groupes autochtones, les détenus et personnes placées en institutions, les chauffeurs routiers, les enfants et jeunes gens vivant dans la rue, les enfants et jeunes membres de gangs, les enfants et jeunes gens non scolarisés, les enfants et jeunes gens placés en institutions, les partenaires de PVVIH et enfin les transfusés ou receveurs de produits sanguins. Ainsi constituée, on comprendra la part consacrée à cette catégorie.

Le tableau n°17 présente les données des dépenses par population bénéficiaire

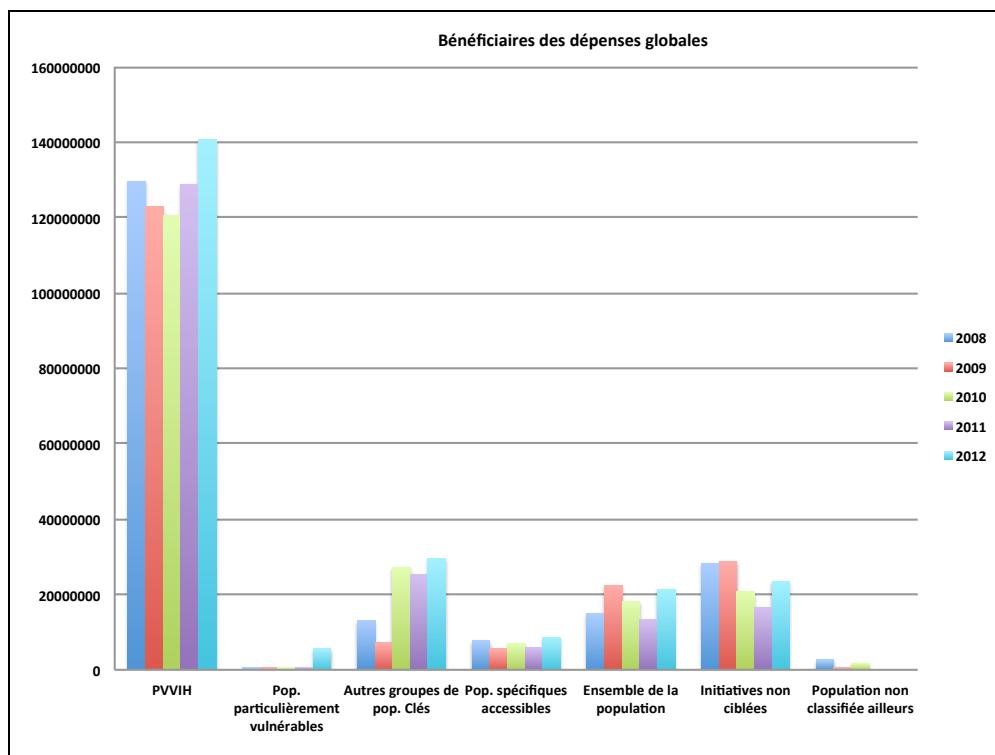
Tableau n° 17 : Dépenses globales par population bénéficiaire

Population bénéficiaire	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
PVVIH	128 835 579	67,52	140 660 596	61,35
Populations particulièrement vulnérables	720 216	0,38	5 682 036	2,48
Autres groupes de pop. Clés	25 356 395	13,29	29 441 268	12,84
Pop. spécifiques accessibles	5 993 408	3,14	8 658 709	3,78
Ensemble de la population	13 248 418	6,94	21 414 303	9,34
Initiatives non ciblées	16 646 199	8,72	23 421 574	10,22
Population non classifiée ailleurs	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>190 800 215</b>	<b>100</b>	<b>229 278 486</b>	<b>100</b>

Tenant compte des dépenses engagées par les ménages, il est logique que les PVVIH aient été bénéficiaires de plus de 60% des ressources et les autres groupes aient enregistré moins de 15% des dépenses orientées à leurs profits.

Ceci montre clairement que les activités ont ciblé beaucoup plus la population des PVVIH à près des deux tiers, suivie des autres groupes de population clé à hauteur d'environ 13%.

Une attention particulière est porté aux OEV faisant partie des autres groupes de populations clés car la pluparts d'entre eux sont très souvent soit personne affectée (ayant un parent et/ou deux parents décès lier au VIH/Sida) soit PvVIH.



Graphique n° 14 : Evolution des Dépenses globales par population bénéficiaire 2008-2012

Au cours des cinq années concernées, les PvVIH ont été plus bénéficiaires des dépenses que les autres groupes. La raison évoquée plus haut reste valable : les ménages ont orienté leurs propres ressources.

Le graphique n°14 montre aussi que dans le groupe des populations particulièrement vulnérables, les PS et HSH ont enregistré une amélioration des interventions dont elles sont bénéficiaires, par contre, très peu d'effort (sinon inexistant) sont orientés vers les consommateurs de drogues injectables (CDI).

A l'analyse des dépenses institutionnelles, le profil du choix des bénéficiaires des interventions se rapproche de celui des dépenses globales telles que reprises sur le tableau 18.

Aucune intervention n'est enregistrée dans la population non classifiée ailleurs au cours des années 2011 et 2012, car, les dépenses réalisées ont été clairement ciblées sur les populations qui ont le plus besoin des services.

Aussi, progressivement, les interventions ciblant les PvVIH et les populations particulièrement vulnérables ont respectivement connu une augmentation significative, avec une moyenne de 35,6% et de 1.6%.

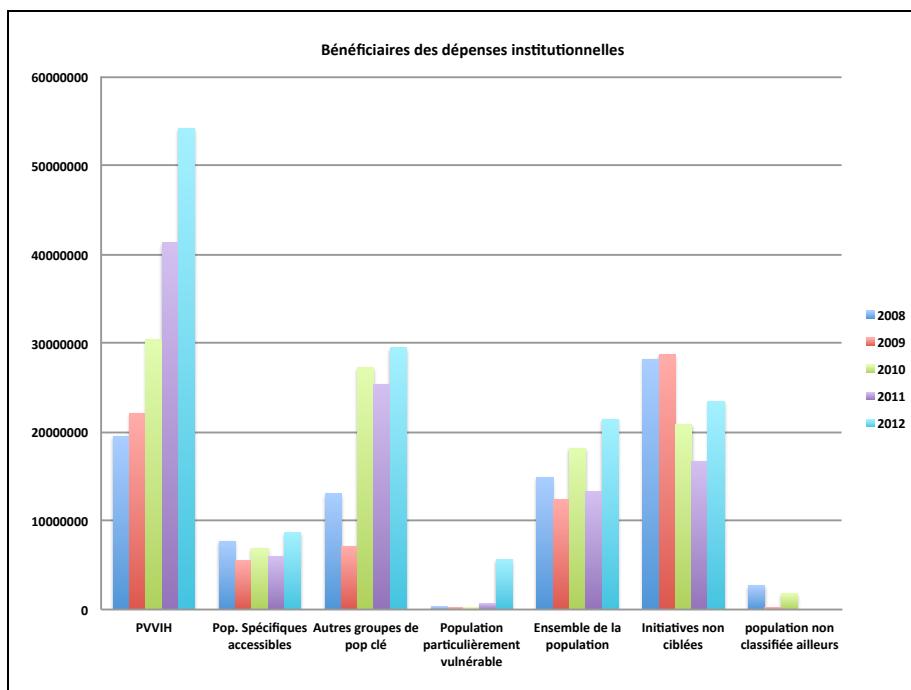
Tableau n°18 : Répartition des dépenses institutionnelles par population bénéficiaire

Population bénéficiaire	2011		2012	
	Dépense (USD)	%	Dépense (USD)	%
PVVIH	41278575	40.0	54145145	37.9
Populations particulièrement vulnérables	720216	0.7	5682036	4.0
Autres groupes de pop. Clés	25356395	24.6	29441268	20.6
Pop. spécifiques accessibles	5993408	5.8	8658709	6.1
Ensemble de la population	13248418	12.8	21414303	15.0
Initiatives non ciblées	16646199	16.1	23421574	16.4
Population non classifiée ailleurs	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>103243211</b>	<b>100</b>	<b>142763035</b>	<b>100</b>

Pour ce qui est des populations particulièrement vulnérables (HSH, PS y compris), les interventions menées en leur faveur étaient très diluées dans les années précédentes et probablement enregistrées dans les non classifié ailleurs.

En ce qui concerne la population en général (ensemble de la population), les populations spécifiques accessibles ainsi que les initiatives non ciblées, la graphique 14 renseigne que les interventions ciblant ces trois groupes ont été réduites légèrement en 2011 respectivement avec une baisse de 4.42%, de 0.76% et de 3.62% et ont augmenté timidement en 2012 avec une hausse de 2.17% pour la population générale, de 0.26% en faveur des populations spécifiques accessible et de 0.29%, dirigé vers les initiatives non ciblées.

Toutefois, les interventions ciblant les autres groupes de population clés ont une amélioration sur les années 2011 et 2012.



Graphique n°15 : Evolution des Dépenses institutionnelles par population bénéficiaire 2008-2012

À l'exception des dépenses orientées vers les initiatives non ciblées, l'allure des dépenses globales par population bénéficiaire se rapproche de celle des dépenses Institutionnelles.

### 3.7. Couverture financière des efforts de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (e-TME).

Dans la perspective de la poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'on est en droit de se demander si les années 2011 et 2012 ont contribué à l'avancée vers la réduction et/ou l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En outre, il faut se demander si les prestataires de service communautaire, très attendus dans l'activité, ont une maîtrise des cibles réellement concernées.

Ainsi, à travers les différents croisements qui suivent, une analyse est faite par rapport à ces deux thématiques.

Conformément aux prévisions, les interventions attendues dans le domaine ont été identifiées et reproduites sur le tableau n°19.

Tableau n°19 : Répartition des dépenses de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants (PTME) en USD

Interventions	% (prévisions)	2011		2012	
		montant	%	montant	%
Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	0,97%	1 162 586	1.13	718 087	0.50
Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés séropositifs au VIH	3,31%	4 538 621	4.40	8 283 523	5.80
Pratiques d'alimentation infantiles sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	0,12%	398 608	0.39	553 236	0.39
Marketing social du préservatif et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes de PTME	0,02%	22 356	0.02	49 440	0.03
Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	0,68%	4 465 146	4.32	2 811 585	1.97
Activités de PTME, non classifiées ailleurs	0	0	0	5172	0.00
<b>Total</b>	<b>5,10%</b>	<b>10 587 317</b>	<b>10.25</b>	<b>12 421 043</b>	<b>8.70</b>

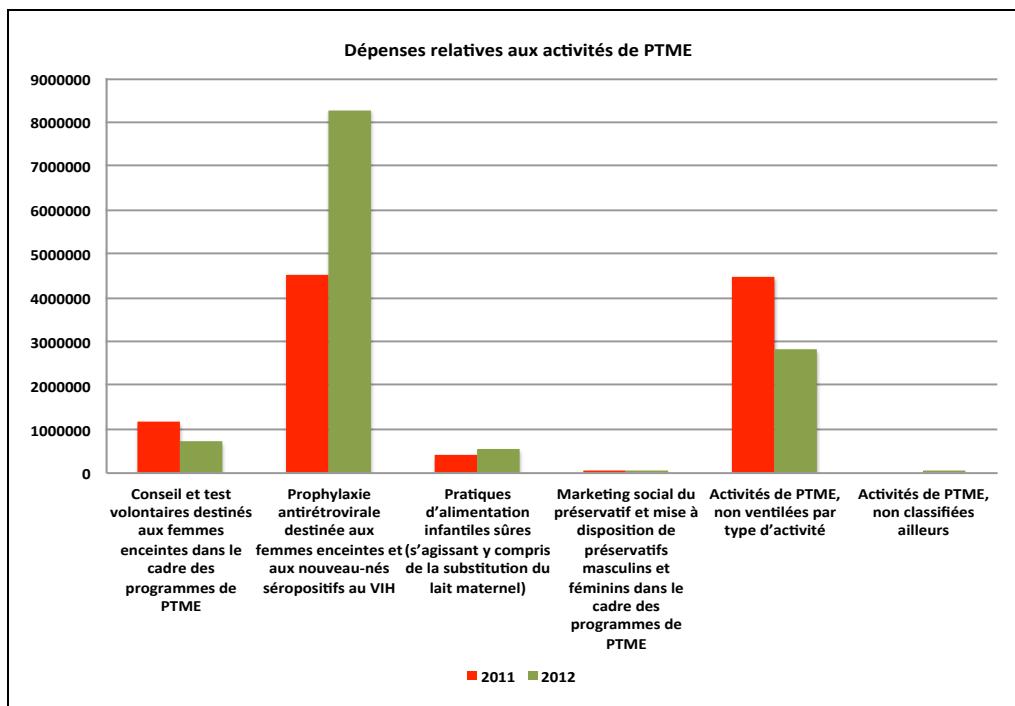
Au vu des cibles et des interventions mises en œuvre par rapport au total des dépenses, il y a lieu de relever que les dépenses consenties dans le cadre de l'élimination de la transmission du VIH/sida sont sensiblement réalistes. En effet, en prenant en compte les quatre (4) piliers de l'e-TME (15), l'on estime à 10 587 317,00 USD la hauteur de dépenses liées à la PTME en 2011 et 12 421 043,00 USD en 2012.

---

15 Note : Voir le plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour les classifications de l'e-TME.

Cela est d'autant plus perceptible dans la mesure où les dépenses liées à la PTME n'incluent pas celles effectuées par les PVVIH dans l'estimation des dépenses des ménages. La graphique ci-dessus, reportées sur les dépenses institutionnelles en est l'illustration.

En ce qui concerne le Pilier 3 (Réduction de la transmission verticale du VIH) proprement dit, le tableau ci-dessous présente, dans les détails, les interventions qui ont été mises en œuvre.



Graphique n°16 : Dépenses de préventions de nouvelles infections à VIH chez les enfants

Le pilier 3 renferme en lui-même la Réduction de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant, autrement dit la PTME. L'intervention prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés séropositifs au VIH a connu une nette amélioration progressive, année par année, de l'ordre de 4 538 621,00 USD en 2011 à 8 283 523,00 USD en 2012.

Les interventions logées dans la rubrique non ventilées par type d'activités concernent les activités de prévention pour le changement de comportement et le renforcement des capacités des acteurs de la PTME.

### 3.8. Prise en charge des populations clés et vulnérables (PS, HSH, CDI, ...)

Les dépenses orientées vers les populations particulièrement vulnérables ont considérablement augmenté, passant de 40 000,00 USD en 2010 à 5 682 036,00 USD en 2012.

Au regard de ces résultats, une désagrégation plus large de celle-ci expliquerait mieux la nature des activités visant les populations clés comme le présente le tableau 20.

Jusqu'en 2012, aucune dépense n'a été orientée vers les Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels, alors que ce groupe est pris en compte dans le PSN 2010-2014. Aucune activité programmatique les concernant n'a été développée, partant aucune intervention n'a pu être enregistrée.

Tableau n°20. Dépenses relatives aux activités visant les populations particulièrement vulnérable (PS, HSH et CDI)

PARAMETRES	CDI et leurs partenaires sexuels		Professionnelles du sexe et leurs clients		PS données non ventilées par sexe, et leurs clients		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		Groupes de population particulièrement vulnérables, données non ventilées par type d'activité	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Mobilisation communautaire	-	-	-	-	-	17 028	-	-	-	-
CTV pour population rendus vulnérables accessibles	-	-	-	4 421 627	-	-	-	-	-	-
CCC pour population rendus vulnérables accessibles	-	-	5 000	-	-	-	-	-	-	11 920
Initiatives non ventilées pour population vulnérables accessibles	-	-	-	-	-	-	-	-	555 186	
CTV pour PS et clients	-	-	37 674	183 030	-	-	-	-	-	-
Marketing social et préservatifs masculins et féminins pour PS et clients	-	-	-	-	1 000	-	-	-	-	-
Prévention et traitement des IST pour PS et clients	-	-	40 000	-	-	-	-	-	-	-
CCC pour PS et clients	-	-	79 859	35 863		10 171	-	-	-	-
CCC pour HSH	-	-	-	-	-	-	-	7 340	-	-
Initiatives non ventilées pour HSH	-	-	-	-	-	-	414 957	-	-	-
Prévention, diagnostic et traitement des IST	-	-	1 497	994 557	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	164 030	5 635 077	1 000	27 199	414 957	7 340	555 186	11 920

Le tableau ci-dessus renseigne que les interventions ciblant les Professionnelles du sexe et leurs clients ont considérablement augmenté et sont placés en 1<sup>ère</sup> position, suite aux contributions du gouvernement américain.

Les programmes ciblant les HSH sont très peu développés jusqu'en 2011. Les données captées n'ont pas permis de désagréger les activités menées à leur endroit. Une seule activité dans le cadre de la prévention a été menée à leur faveur en 2012 : la communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux HSH.

Il faudrait reconnaître que pour la première fois, en 2012, la distribution des dépenses par population bénéficiaire paraît équilibrée par rapport aux prestations, parce que le ciblage est meilleur et pointu.

### 3.9. PSN 2010-2014 et REDES 2010-2012

Le PSN est le document de base des activités et interventions inscrites dans la réponse nationale au VIH. C'est ainsi qu'il primordial que l'exercice REDES établisse un lien formel avec le PSN au cours de la période de 2010 à 2012.

Le tableau ci-dessous renseigne sur les prévisions par domaine suivant la nomenclature REDES et les axes du PSN 2010-2014.

Tableau n°21 : Répartition des axes du PSN 2010-2014 selon la Nomenclature du REDES

N	AXES du PSN	% PSN	Interventions REDES	% REDES
1	Prévention	39.4	Prévention	39.4
2	Pris en charge	33.9	Soins et traitement	33.9
3	Atténuation de l'impact (OEV seulement)	7.7	OEV	7.7
4	Soutien au PSN	19	Gestion et administration des programmes	13.4
			Ressources humaines	2.4
			Recherche	1.6
			Environnement favorable et protection sociale	1.6

Source : PSN 2010-2014, page 68

Les pourcentages des trois premiers axes ou domaines d'interventions sont identiques. Le quatrième axe (Soutien au PSN : 19%) est subdivisé, pour le REDES, en 4 interventions : la gestion et l'administration des programmes (13.4%), les ressources humaines (2.4%), la recherche (1.6%), l'environnement favorable et la protection sociale (1.6%).

#### Mobilisation et allocation des ressources

La mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du PSN a été très faible, environ 25% des fonds prévu ont pu être mobilisés en 2010, 16% en 2011 et 15% en 2012 (hormis les fonds ménages).

Conformément aux données disponibles, la répartition des fonds mobilisés a produit le tableau n°22, lequel fait ressortir une allocation pas toujours conforme aux priorités du Pays.

Tableau n° 22 : Dépenses institutionnelles par intervention du REDES

Interventions	2010	2011	2012
Prévention	35,2%	32,9%	39,0%
Prise en charge	27,4%	36,8%	35,8%
Atténuation de l'impact	7,6%	6,3%	3,3%
Gestion et administration de programme	16,1%	16,4%	14,3%
Ressources humaines	0,9%	4,7%	4,6%
protection sociale	4,8%	0,04%	0,03%
environnement favorable	7,4%	2,7%	3,0%
Recherche liée au VIH	0,7%	0,1%	0,1%

Ceci est du au fait que la répartition REDES dépend plus des agents de financement qui orientent les fonds disponibles.

Aussi, selon les deux tableaux ci-dessus, l'affectation des fonds alloués à l'axe soutien du PSN a été de 29,8% pour 2010, 23,9% en 2011 et de 22,0% en 2012, pourcentages chaque fois supérieurs aux prévisions.

Ce dépassement n'a pas du tout concerné les fonds alloués à la recherche et à la protection sociale.

Il faut aussi noter que les fonds alloués aux OEV ont été décroissants alors que les prévisions se portaient dans un sens contraire. Les deux années en examen ont été marquées d'abord par une petite réduction en 2011 suivie d'une plus significative en 2012.

Pour l'exercice 2011 et 2012, la distribution des dépenses rejoint plus ou moins la structure du Plan stratégique 2010-2014, avec la prévention et les soins et traitement comme les axes les plus onéreux.

Tableau n° 23 : Répartition des Dépenses institutionnelles REDES selon les axes stratégique du PSN

2010	PSN	REDES	GAP	Niveau de réalisation
Prévention	176 715 650,7	37 038 750,0	139 676 900,7	21,0%
Prise en charge	143 156 879,4	28 843 596,0	114 313 283,4	20,1%
Atténuation de l'impact	22 185 071,5	8 055 626,0	14 129 445,5	36,3%
Soutien au PSN	80 383 536,4	31 427 918,0	48 955 618,4	39,1%
<b>TOTAL</b>	<b>422 441 138,0</b>	<b>105 365 890,0</b>	<b>317 075 248,0</b>	<b>24,9%</b>
2011	PSN	REDES	GAP	Niveau de réalisation
Prévention	269 953 780,3	33 988 996,0	235 964 784,3	12,6%
Prise en charge	203 728 339,7	38 043 244,0	165 685 095,7	18,7%
Atténuation de l'impact	48 527 096,9	6 553 542,0	41 973 554,9	13,5%
Soutien au PSN	122 719 166,0	24 657 429,0	98 061 737,0	20,1%
<b>TOTAL</b>	<b>644 928 382,9</b>	<b>103 243 211,0</b>	<b>541 685 171,9</b>	<b>16,0%</b>
2012	PSN	REDES	GAP	Niveau de réalisation
Prévention	377 084 710,5	55 661 315,0	321 423 395,5	14,8%
Prise en charge	298 408 299,7	51 045 090,0	247 363 209,7	17,1%
Atténuation de l'impact	75 200 778,1	4 656 282,0	70 544 496,1	6,2%
Soutien au PSN	176 413 040,3	31 400 348,0	145 012 692,3	17,8%
<b>TOTAL</b>	<b>927 106 828,6</b>	<b>142 763 035,0</b>	<b>784 343 793,6</b>	<b>15,4%</b>

A l'ère de la promotion de l'atteinte des OMD visant à la fois la réduction de la pauvreté en RDC dont le seuil est de 70% et le VIH/sida étroitement corrélé à la pauvreté, les ménages (spécifiquement les PVVIH) sont encore obligés de faire face à des coûts parfois énormes pour leur auto-prise en charge, ce, en dépit de multiples subventions de lutte contre le sida en RDC.

Aussi, malgré tous les efforts de mobilisation des ressources, les ménages restent la source la plus importante de financement de la lutte contre le sida en RDC (plus ou moins 60%).

Tableau n° 24 : Taux de réalisation du Budget PSN 2010-2012

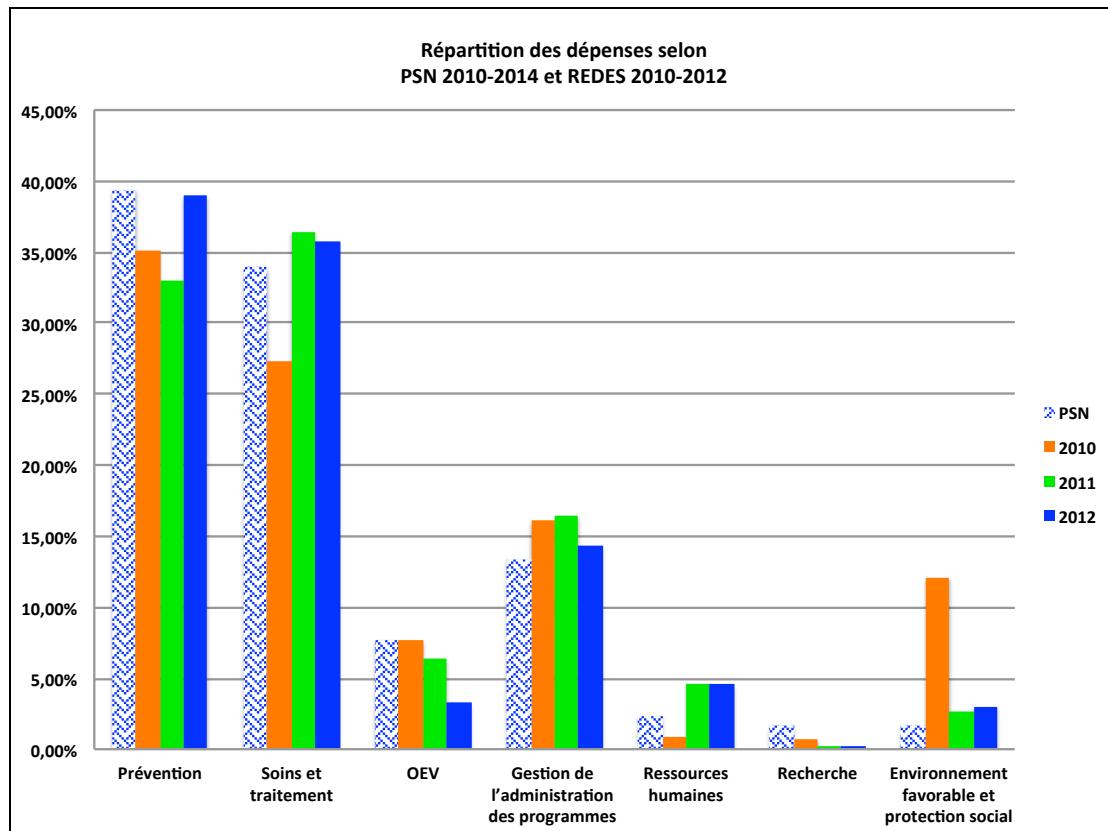
Année	2010	2011	2012
<b>PSN</b>	422 441 137,99	644 928 382,87	927 106 828,62
<b>REDES</b>	105 365 890,00	103 243 211,00	142 763 035,00
%	24,9%	16,0%	15,4%

Le tableau ci-dessus illustre le fait que le budget du PSN a été réalisé à 25% en 2010, à 16% en 2011 et à 15% en 2012, le taux de réalisation décroît année après année.

Compte tenu de cette situation, il est capital que la mobilisation des ressources locales devienne une priorité étant donné le gap est très important et que les ressources extérieures allouées au VIH se raréfient de plus en plus

Autrement, il serait difficile d'atteindre les objectifs fixés par le PSN 2010-2014, à l'horizon de l'évaluation des OMD en 2015.

De manière globale, on peut résumer la situation des dépenses captées confrontées aux prévisions du PSN selon la graphique n°17.



Graphique n°17 : Répartition des fonds par axe dans le PSN

Sur les trois années déjà passées selon le PSN 2010-2014, la proportion des dépenses consenties pour la prévention a connu une baisse en 2010 et 2011 pour revenir à la hauteur du PSN en 2012.

Quant à celle relative aux soins et traitement, la réduction a été significative en 2010 seulement.

En ce qui concerne l'année 2011, une diminution des interventions de prévention est enregistrée au profit des soins et traitement en suivant ce qui avait été retenu sur les rounds du Fond Mondial et le PEPFAR, privilégiant les interventions dans ces deux axes précités avec la PTME recentrée.

L'allocation des ressources en 2012 a été mieux orientée et proportionnelle aux axes du PSN. Cela est lié au fait que les fonds alloués à la prévention étaient de plus en plus ciblés avec les apports des fonds américains ciblant les populations particulièrement vulnérable, les enfants né et à naître, les HSH et PS y compris.

La proportion consacrée aux OEV n'a évolué que vers la baisse.

Le pourcentage des prévisions au soutien au PSN est resté supérieur aux prévisions surtout en ce qui concerne la gestion et l'administration des programmes, les ressources humaines et l'environnement favorable tandis que la proportion consacrée à la recherche est très faible si pas quasi inexistante.

## **Analyse SWOT**

### **Forces**

- Engagement du Président du Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
- Complétude des agences du Système du Gouvernement américain (USG)
- Stabilité du pool national d'experts chargés du REDES
- Dynamisme et bonne collaboration au sein de l'Equipe REDES
- Actualisation de la cartographie des intervenants au niveau national;
- Implication progressive de la majorité des acteurs nationaux (public, privé et société civile) et internationaux;
- Mise à jour des données de dépenses des ménages des personnes vivant avec le VIH issues des Comptes Nationaux de la Santé ;
- Collaboration avec le Programme national des Comptes Nationaux de la Santé

### **Faiblesses**

- Elasticité de la période de collecte due (i) à la lenteur dans la transmission des données présentées de façon agrégée et à la réticence dans la participation de quelques partenaires, ce qui a occasionné la multiplicité des rencontres ; (ii) aux difficultés d'utiliser correctement le canevas par les informateurs-clés
- Collecte effectuée uniquement au niveau national. Déperdition de l'information des dépenses provinciales locales et impossibilité de disposer d'une cartographie des flux financiers au niveau des provinces.
- Réticence à ce jour de certains partenaires, (Secteur Privé : Entreprise à but lucratif, Banque ; et les Coopérations bilatérales)
- Non implication des secteurs pour une collecte améliorée et décentralisée.

### **Contraintes**

- La nomenclature ne permet pas la désagrégation de certaines interventions majeures qui se trouvant ainsi couvertes dans une seule ;
- Difficulté d'accéder à la comptabilité analytique des structures de l'Etat en vue de mieux appréhender toutes les informations relatives à la lutte contre le VIH ; on aboutit ainsi à la sous-estimation des dépenses du domaine public ;
- Accès aux données détaillées de dépenses des ménages pour une analyse plus fouillée, après leur validation au niveau national ;

- Difficulté de désagréger les données du gouvernement, issues des états de suivi budgétaire selon la méthodologie REDES.

## **Leçons apprises**

- La tendance des dépenses institutionnelles par an n'évolue toujours pas de façon significative. Sous réserve de l'exhaustivité des données rapportées, celles-ci laissent entendre que la capacité d'absorption du Pays est estimable à un peu près de 100.000.000 USD. Elle a une tendance à la hausse (près de la moitié soit plus de 142 000 000 USD) cette année.
- Depuis les premières estimations de la dépense des ménages, une question se pose avec récurrence : En termes de proportion, les soins et traitement offerts par les acteurs institutionnels sont encore faibles et que les résultats obtenus sont réellement soutenus par la contribution individuelle de différents ménages.
- Cela revient à dire qu'une PVVIH ne peut pas se faire soigner si elle n'a pas un appui financier dans le ménage qui est pourtant pauvre. Partant, il faut noter que la prise en charge de la PVVIH va aggraver le degré de sa pauvreté de son ménage.
- Du fait de l'instabilité des ressources humaines, il est difficile de respecter les proportions des dépenses pour cette rubrique.
- Les OEV, malgré leur statut de personnes vulnérables, bénéficient de moins en moins de l'attention des bailleurs de fonds en matière de lutte contre le sida.
- Les dépenses de lutte contre le VIH/sida évoluent de façon de plus en plus ciblée, tenant compte des prioritaires définies au cours de temps (e-TME). Ceci constitue une opportunité pour la finalisation du plan national d'e-TME en termes d'analyses de gap financier et aussi pour améliorer la coordination des activités qui se mettent déjà en œuvre sur le terrain.

## **Conclusion et Perspectives**

- Reconduction de l'Equipe Nationale REDES pour les exercices futurs;
- Implication des provinces et secteurs dans le renforcement des capacités sur la méthodologie REDES ;
- Amélioration de la collecte REDES en provinces (décentralisation progressive)
- Actualisation de la nomenclature pour la prise en compte d'une désagrégation plus appropriée de certains vecteurs des dépenses ;
- Développement d'une stratégie pour l'estimation de toutes les dépenses de l'Etat dans la lutte contre le VIH et le SIDA (révision de la nomenclature des dépenses publiques de l'Etat) ;
- Améliorer la communication avec les informateurs clés afin qu'ils s'accoutument davantage avec les outils REDES ;
- La relance des REDES en provinces, pour la consolidation des acquis en dépit de la contrainte majeure de la forte déperdition du personnel et du manque de ressources pour l'organisation d'un exercice REDES en provinces

## X. Annexes

Annexe 1 : Termes de référence du processus REDES 2011 et 2012

### République Démocratique du Congo



### Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida Secrétariat Exécutif National

Suivi des ressources financières et des dépenses liées au VIH.

Kinshasa, République Démocratique du Congo

#### Termes de référence pour l'élaboration du rapport REDES 2011 et 2012

##### I. Contexte et justification

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

Aussi, dans un contexte de ressources limitées, l'analyse et le suivi des financements et des dépenses liés à la lutte contre le VIH sont d'une importance cruciale pour une meilleure utilisation des ressources et pour une affectation plus efficiente des fonds alloués à la réponse nationale.

Les données sur les fonds alloués à la lutte contre le sida sont des informations stratégiques qui apportent un soutien non négligeable au niveau national pour évaluer la portée et l'efficacité de leurs programmes, et elles fournissent à la coordination nationale de la lutte contre le sida la base de l'affectation des ressources et de l'amélioration des processus de planification stratégique

Pour ce faire, l'ONUSIDA, à travers sa division pour le Financement et l'Economie (AFE), fait de l'implantation de REDES (Estimation des flux des ressources et dépenses nationale de lutte contre le SIDA) son cheval de bataille, lequel est un système d'information utilisé par l'ONUSIDA pour les activités d'allocation des ressources. En effet, REDES a été conçu comme un outil pour collecter, estimer, observer, organiser l'information et accroître la compréhension des ripostes à la propagation du virus du SIDA.

Depuis 2007, le processus de suivi des ressources et dépenses est devenu un exercice annuel et périodique. Progressivement, la culture du suivi financier s'est intégrée dans le chef des partenaires dans la lutte contre le sida, une collecte des données a été effectuée dans 5 provinces dont la ville-Province de Kinshasa pour les années 2005, 2006 et 2007. En 2008, une autre collecte des données a été effectuée ; 3 consultants internationaux avaient été recrutés par l'ONUSIDA afin de permettre au pays d'avoir une équipe d'experts (Consultants) REDES qui piloteront les exercices à venir. Dans le souci de couvrir toute la République, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida a mené l'exercice 2009 dans toutes les provinces afin d'avoir une information plus globalisante du financement de la lutte et un autre exercice 2010 au niveau central.

Actuellement, les dernières données disponibles au pays sont celles de l'année 2010.

Dans le cadre de l'élaboration du rapport REDES 2011, un focus sera mis sur désagrégation de dépense par province, l'élimination verticale ainsi la réduction de la mortalité maternelle liée VIH/sida, les dépenses par types de prestataires vis-à-vis des populations bénéficiaires. La méthodologie du travail se définit de la manière suivante :

### **1. Mise en place du groupe de travail.**

Sous la supervision du département de suivi et évaluation, une équipe sera composée au niveau national de 8 Consultants et au niveau provincial des points focaux REDES appartenant à l'équipe REDES.

Le Directeur du Département de Suivi et Evaluation est l'interlocuteur entre les consultants et le Programme National, il supervise le processus de l'exercice et donne ces orientations et avis pour la réussite de l'exercice.

Un Consultant National Principal : Assure la conduite de l'exercice jusqu'à la production de rapport final et travail pendant Quarante jours ouvrables

Les Consultants nationaux d'appui : 7 consultants appuieront l'exercice dans la collecte des données, le traitement des données et analyse des données y compris des provinces et le draft du rapport et seront sous la supervision de Consultant principal. Ces consultants travailleront pendant trente jours ouvrables.

Périodiquement (à mi-parcours et la fin du processus), l'équipe rendra compte à la Task force de suivi-évaluation.

### **2. Etape de la mise en œuvre**

#### **Lancement officiel (réunion de haut niveau)**

Comme le recommandent les directives, l'implication à très haut niveau (CNMLS) est un préalable pour amorcer le processus et donc obtenir l'engagement des politiques (cfr grille d'évaluation)

***La remise à niveau de l'équipe technique Nationale ainsi que la mise en place de nouveaux pools provinciaux a travers un renforcement des capacités***

- Le pool national REDES devra bénéficier d'une remise à niveau afin de se mettre à jour sur les nouvelles directives avant le début de l'exercice proprement dit.
- Il faudrait également mettre en place de nouveaux pools provinciaux pour assurer la mise en œuvre du REDES dans les provinces. L'information sur la disparité du financement par province étant une information capitale.

#### ***Suivi rapproché de collecte de données au niveau provincial***

Bien que les capacités des points focaux des provinces seront renforcées, un suivi rapproché sera très important pour les provinces où il y a un changement significatif des anciens points focaux pour s'assurer de la qualité des données collectées.

#### ***Collecte, analyse et traitement des données***

Une fois les équipes au point, elles vont se répartir les structures sensées renseigner et le traitement sera fait à partir des outils standards (Fiches de collecte des données, RTS, et NASA). Les données seront traitées et analysées au fur et à mesure de leur introduction dans le NASA. Un rapport préliminaire sera introduit au Comité d'analyse externe avant sa validation par la task force élargie.

#### ***Comité d'analyse externe***

Une fois le rapport final produit, un comité scientifique externe analysera le rapport et y apportera des amendements éventuels.

## Annexe 2 : Note d'information sur le lancement du processus REDES 2011 et 2012



# PNMLS

PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL  
DE LUTTE CONTRE LE SIDA



*Le Conseil National*

Kinshasa, le 14 MAI 2013

A Madame/Monsieur -----

Institution/Organisation -----

**A Kinshasa/RD CONGO**

N/Réf. : CNMLS/S&E/179 /2013

**Concerne : Note d'information sur le processus de collecte des données  
pour le rapport de suivi des ressources et dépenses de lutte  
contre le sida(REDES) en RDC exercices 2011 et 2012**

**Madame/Monsieur,**

Les données sur les fonds alloués à la lutte contre le sida sont des informations stratégiques qui apportent un soutien non négligeable au niveau national pour évaluer la portée et l'efficacité de leurs programmes, et elles fournissent au Secrétariat Exécutif National du PNMLS, base de l'affectation des ressources et de l'amélioration des processus de planification stratégiques.

Outre le souci de collecter, estimer, observer et organiser l'information, cet exercice «REDES » offre l'avantage d'accroître la compréhension des ripostes à travers le pays, les intervenants et leurs interventions, avec le concours de l'ONUSIDA.

Au cours des exercices qui ont couvert les années 2005, 2006, 2008, 2009 et 2010, nous avons apprécié à sa juste valeur les contributions transparentes de chacun pour un rapport le plus proche possible de la réalité, tout en déplorant la réticence de certaines institutions qui, espérons-nous, voudront cette fois, participer à cet exercice de bonne gouvernance.

Pour ce faire, nous sollicitons par la présente, votre implication personnelle et la disponibilité de vos services pour l'information recherchée en toute transparence.

**Dr. Félix KABANGE NUMBI MUKWA MPA**

*2<sup>ème</sup> Vice-Président du CNMLS  
et Ministre de la Santé Publique*

Croisement Boulevard Triomphal et de l'avenue de la Libération, Commune de Kasavubu – Kinshasa – R.D. Congo  
Tél : +243 825 749 276 – +243 992 146 237 - +243 994 001 111  
E-mail : cn\_pnmls@pnmls.cd – cn\_pnmls@yahoo.fr – Site : http://www.pnmls.cd

### Annexe 3 : Cartographie de financement de la lutte contre VIH et Sida en RDC

I.					
N	STRUCTURE	PERSONNE DE CONTACT	FONCTION	EMAIL	TELEPHONE
1	ASDI/PGAI	Mokuté Fidèle	Administrateur	<a href="mailto:mokutelitanga@yahoo.fr">mokutelitanga@yahoo.fr</a>	081 526 29 94
2	Assemblée Nationale	Moussa KALUPALA	Point focal VIH	<a href="mailto:sidasensibilisation@yahoo.fr">sidasensibilisation@yahoo.fr</a>	081 434 84 50
	Assemblée Nationale	Diane MOLE	Coord. Adjointe	<a href="mailto:moledianemak@yahoo.fr">moledianemak@yahoo.fr</a>	082 121 11 54
3	Chaine de la dépense	Sylvain IBONDO	Gest. base des données	<a href="mailto:ibondosylvain@yahoo.fr">ibondosylvain@yahoo.fr</a>	081 320 27 98
4	CAG	Dr Godé KANYEBA	Suivi et évaluation	<a href="mailto:drhebykanyebe@yahoo.fr">drhebykanyebe@yahoo.fr</a>	099 993 96 80
5	CENTRE BOMOTO	Odon LUBWILA	Coordonateur	<a href="mailto:odonlubwila@yahoo.fr">odonlubwila@yahoo.fr</a>	081 516 40 54
6	EPSP/LCS	Christine NEPANEPA	Coord. Cellule VIH	<a href="mailto:nepanepakabala@yahoo.fr">nepanepakabala@yahoo.fr</a>	081 069 68 96
	ESP/CISSIDA	Arlette MAVILA	PF S&E et VBG	<a href="mailto:arlette_mavila2000@yahoo.fr">arlette_mavila2000@yahoo.fr</a>	081 811 21 50
	ESP/CISSIDA	Manday Teddy	S&E	<a href="mailto:teddymanday@yahoo.fr">teddymanday@yahoo.fr</a>	081 499 30 80
7	GEFAE/LCS	Joseph BULABULA	Coord. Cellule VIH	<a href="mailto:jbula_bula@yahoo.fr">jbula_bula@yahoo.fr</a>	089 853 72 82
8	MINAS	PHOLO FUTI Honorine	Coord. Adjoint	<a href="mailto:hpholo10@yahoo.fr">hpholo10@yahoo.fr</a>	081 404 76 04
9	Min. transport	Prudence KIYAYU	PF VIH	<a href="mailto:prudencemukadi@fr">prudencemukadi@fr</a>	099 436 58 64
10	OCC	Dr KYMRIS Ngamuyeka	PF VIH	<a href="mailto:Kymrisgey_poy@hotmail.com">Kymrisgey_poy@hotmail.com</a>	081 810 36 28
11	ONATRA	Dr Aimé MATUMBU	PF VIH	<a href="mailto:ingmousa@yahoo.fr">ingmousa@yahoo.fr</a>	081 882 78 78
12	PALS	Anthony MBUYI	Coordonnateur	<a href="mailto:mbuyimutombanthony@yahoo.com">mbuyimutombanthony@yahoo.com</a>	081 813 30 00
13	Min. Santé/PARSS	Danny MITONGO	Chargé des finances	<a href="mailto:danymitongo@yahoo.fr">danymitongo@yahoo.fr</a>	099 753 72 60
14	PMILS	Ben MULOMBA	Coord Provincial	<a href="mailto:benmulumba@yahoo.fr">benmulumba@yahoo.fr</a>	081 810 53 5 4
15	PNCNS	ELOKO EYA MATANGELO	AG	<a href="mailto:gerardeloko@yahoo.fr">gerardeloko@yahoo.fr</a>	099 990 55 06
16	PNLS	Franck FWAMBA	Médecin Directeur	<a href="mailto:franckfwamba@yahoo.fr">franckfwamba@yahoo.fr</a>	081 800 13 60
	PNLS	WA ILUNGA SAV benjamin	CDAF	<a href="mailto:savilunga@yahoo.fr">savilunga@yahoo.fr</a>	099 999 65 34
17	PNMLS	Michée KIBWA	Directeur Financier	<a href="mailto:michee.kibwa@pnmls.cd">michee.kibwa@pnmls.cd</a>	081 262 93 31
18	PNLT	Jacques KIVUVU	Comptable	<a href="mailto:jacqueskv@yahoo.fr">jacqueskv@yahoo.fr</a>	081 511 33 59
19	PNSR	WEMBO NDJADI	CDAF	<a href="mailto:wjeandedieunono@yahoo.fr">wjeandedieunono@yahoo.fr</a>	089 810 12 38
II. STRUCTURES PRIVEES AYANT REPONDU A L'ENQUETE					
1	AIDES	Alfonse Zengani	Ass. Représentant Nat	<a href="mailto:alsnze2007@yahoo.ca">alsnze2007@yahoo.ca</a>	081 416 47 86
	AIDES	Théodore LEUSA MUSEBE	Médecin coordinateur	<a href="mailto:theoleusa@yahoo.fr">theoleusa@yahoo.fr</a>	081 805 79 40
2	ABEF	BIYANGA Eugène	En charge du S&E	<a href="mailto:biyangamasya@yahoo.fr">biyangamasya@yahoo.fr</a>	081 569 89 35
3	ACF	LUTETE SAMY	En Charge de Finance	<a href="mailto:Lutetesamy@yahoo.fr">Lutetesamy@yahoo.fr</a>	099 929 03 80
4	AMOCONGO	NTAMBWE ALAIN	Assistant Financier	<a href="mailto:mukalamusi@yahoo.fr">mukalamusi@yahoo.fr</a>	099 758 11 76
5	BRALIMA	Anita KAJEMBA	PF VIH	<a href="mailto:kajemba@heineken.nl">kajemba@heineken.nl</a>	099 801 11 11
6	BRACONGO	MBAMBI	Chef de service médical a.i	<a href="mailto:mbambijacques@gmail.com">mbambijacques@gmail.com</a>	089 693 25 46
7	CARITAS CONGO	Thérèse TSHITENDA	Point Focal VIH/SIDA	<a href="mailto:theresetshitenda@yahoo.fr">theresetshitenda@yahoo.fr</a>	099 930 39 27
8	CFAO MOTORS	John MBUKILA	Chef du personnel	<a href="mailto:imbukila@cefao.org">imbukila@cefao.org</a>	081 503 48 95 081 884 14 15
9	CIELS	Floribert LUMPUNGU	En charge du S&E	<a href="mailto:floribertlumpungu@gmail.com">floribertlumpungu@gmail.com</a>	081 50 290 50
10	CNOS	Emmanuel NYAMBENDA BUNANE	Secrétaire Général	<a href="mailto:afe2002@gmail.com">afe2002@gmail.com</a>	099 890 06 87
11	CONERELA	Vital MAYULA	Président	<a href="mailto:Vmalula@gmail.com">Vmalula@gmail.com</a>	081 452 69 22
12	CROIX ROUGE RDC	Dr BALELIA WEMA	PF VIH	<a href="mailto:ibalelia@yahoo.fr">ibalelia@yahoo.fr</a>	089 891 55 44
13	F.FEMME PLUS	Bernadette MULELEBWE	Coordonatrice	<a href="mailto:Femmeplus-rdc@iccd">Femmeplus-rdc@iccd</a>	099 855 97 32
14	F.MZEE L.D.KABILA	MUDUNGURE NZIKWIHA JOSEPH	CHEF DE CENTRE VIH/sida	<a href="mailto:mudugunz2000@yahoo.fr">mudugunz2000@yahoo.fr</a>	081 880 00 51
15	FOLECO	NSAMBU Jean Marie	Secrétaire Exécutif	<a href="mailto:Foleco2005@yahoo.fr">Foleco2005@yahoo.fr</a>	099 303 01 47
16	FORFEM/CTB/UCAG-EPSP	Blondin MUKWEY KADZIAL	Expert	<a href="mailto:bmiiae@yahoo.fr">bmiiae@yahoo.fr</a>	097 004 55 58
17	FOSI	Dr Georges ENGWANDA	Président	<a href="mailto:Forumsida2@yahoo.fr">Forumsida2@yahoo.fr</a>	099 824 46 08
18	GHK	BIYEMBA	Président du comité de LCS	<a href="mailto:byemba,wabulasa@gh,cd">byemba,wabulasa@gh,cd</a>	081 812 37 51
	GHK	Jean claude MUNTU WUMBA	membre du comité	<a href="mailto:muntu,jeanclaude@gh,cd; jclmuntu@yahoo.fr">muntu,jeanclaude@gh,cd; jclmuntu@yahoo.fr</a>	081 812 78 83
19	KIMBAGUISTE	Dr DIVENGI Jean Paul	Médecin directeur	<a href="mailto:ipdivengel@yahoo.fr">ipdivengel@yahoo.fr</a>	081 812 48 48
20	MEMISA	Emery Bewa Gidaye	Coordon Projet	<a href="mailto:emerybewa@yahoo.fr">emerybewa@yahoo.fr</a>	099 839 88 03
21	PSSP	Dr Hilaire MBWOLIE	Coordonateur	<a href="mailto:hmbwolie@psspong.org">hmbwolie@psspong.org</a>	081 730 07 25
22	RACOJ	Trésor KASIA	Coordonnateur	<a href="mailto:tresorkasia@yahoo.fr">tresorkasia@yahoo.fr</a>	081 015 50 23
23	RENADEF	Zaina NYOMBLO	Coordinatrice	<a href="mailto:nyombozaina@yahoo.fr">nyombozaina@yahoo.fr</a>	081 312 82 39
24	RIGIAC	Anny LUTETE	Coordinatrice	<a href="mailto:rigiac_rdc@yahoo.fr">rigiac_rdc@yahoo.fr</a>	089 891 38 46
25	RENOAC	Jean Lukela Nkoy	Coordon. National	<a href="mailto:jeanlukela@yahoo.fr">jeanlukela@yahoo.fr</a>	082 117 76 58
31	SWAA RDC	Aimée MUKIKADI	Coordinatrice	<a href="mailto:aimeemukikadi@yahoo.fr">aimeemukikadi@yahoo.fr</a>	081 520 87 13
32	UCOP+	Ange MAVULA	En charge du S&E	<a href="mailto:Ange.mavula@gmail.com">Ange.mavula@gmail.com</a>	081 141 40 07
33	VORSI CONGO	Cosmas MWAMBA	DAF	<a href="mailto:cosmamwamba@yahoo.fr">cosmamwamba@yahoo.fr</a>	099 999 32 07
III. STRUCTURES INTERNATIONALES AYANT REPONDU A L'ENQUETE					
1	ASF/PSI	Godefroid MPANYA	PF VIH	<a href="mailto:gmpayanya@psicongo.congo">gmpayanya@psicongo.congo</a>	099 590 20 27
2	BAD	Mr Phillippe Ngwala	Expert en Développement	<a href="mailto:p.ngwala@afdb.org">p.ngwala@afdb.org</a>	081 327 13 3
3	BIT	Constantin YEBE	Point focal VIH	<a href="mailto:yebe@ilo.org">yebe@ilo.org</a>	081 148 13 79
4	CDC	Kassim SIDIBE	Directeur	<a href="mailto:rdc@cdc.gov">rdc@cdc.gov</a>	081 225 52 32
5	CICR	Dédé Ewane	Point focal VIH	<a href="mailto:dewane@icrc.org">dewane@icrc.org</a>	081 715 18 23

6	CRS	Nicole SHABANI	Coordonatrice Santé	<a href="mailto:nigle.shabani@crs.org">nigle.shabani@crs.org</a>	099 100 95 00
7	CHRISTIAN AIDS	ILUNGA Jean	Senior Programme Officer	<a href="mailto:ilunga@christian-aid.org">ilunga@christian-aid.org</a>	099 101 57 18
8	CORDAID	Christian BAHIZI	Administrateur ad	<a href="mailto:cbacor@cordaid.net">cbacor@cordaid.net</a>	081 699 54 10
9	DFID	Albert MUDINGAYI	PF VIH	<a href="mailto:a-mudingayi@dfid.gov.uk">a-mudingayi@dfid.gov.uk</a>	081 907 28 42
	DFID	Maguy MAKUSUDI	Programme Officer	<a href="mailto:m.makusudi@dfid.gov.uk">m.makusudi@dfid.gov.uk</a>	081 716 04 84
10	DREAM	Julien NEZE	Coordinateur Médical		099 861 18 13
11	ELISABETH GLASER	Dr Jo BAKUALUFU Ntumba Mushitu	Directeur Technique	<a href="mailto:imushitu@pedaids.org">imushitu@pedaids.org</a>	099 839 98 88
12	FAO	Xavier FARHAY	POINT FOCAL VIH	<a href="mailto:Xavier.Farhay@fao.org">Xavier.Farhay@fao.org</a>	081 435 37 28
	FAO	Guylaine MATINDI	Chargée du Genre	<a href="mailto:guylaine.matindi@fao.org">guylaine.matindi@fao.org</a>	082 415 82 67
13	FHI	Eddy KUVITUANGA	PF VIH	<a href="mailto:ekuvituang@fhi.org">ekuvituang@fhi.org</a>	099 815 68 64
14	F.BILL CLINTON	Esther BAMENGA	National Coordinator	<a href="mailto:ebamenga@clintonfoundation.org">ebamenga@clintonfoundation.org</a>	099 995 55 95
15	GIZ	Dr. Michel MUHEMERI	Coordonateur	<a href="mailto:bizibu.muhemeri@giz.de">bizibu.muhemeri@giz.de</a>	099 100 66 89
16	HCR	Dr Robert ANUNU	PF VIH	<a href="mailto:anunu@unhcr.org">anunu@unhcr.org</a>	081 514 04 59
17	IRC	Dr Pascal Ngoy	Directeur Santé IRC DRC	<a href="mailto:pascal.ngoy@rescue.org">pascal.ngoy@rescue.org</a>	099 520 00 05
18	MONUSCO	Anne Murambi	Ass. HIV Officer	<a href="mailto:murambi@un.org">murambi@un.org</a>	081 890 65 80
19	MDM FRANCE	Maria SOLEDAD	Coord.général.adm	<a href="mailto:Adminco.drc@medecindumonde.net">Adminco.drc@medecindumonde.net</a>	
20	MSF/BELGIQUE	DIALLO	Coordonnateur	<a href="mailto:Msfocb-kinshasa-sida-coord@brussels.msf.org">Msfocb-kinshasa-sida-coord@brussels.msf.org</a>	081 715 26 04
21	OCHA	Cally MALANKUBIKILA	Chargée des affaires Hum.	<a href="mailto:malankubikila@un.org">malankubikila@un.org</a>	099 813 86 25
22	OMS	Dr MANZENGZO CASIMIR	NPO VIH	<a href="mailto:manzengoc@cd.afro.who.int">manzengoc@cd.afro.who.int</a>	081 700 64 15
23	ONUFEMME	Catherine ODIMBA	Chargé des programmes	<a href="mailto:catherine.odimba@unwomen.org">catherine.odimba@unwomen.org</a>	081 603 51 64
24	ONUSIDA	Roger KATONDO	En charge des finances	<a href="mailto:katondor@unaids.org">katondor@unaids.org</a>	09 99 30 83 01
25	PAM	TIMI-TIMI Odon	Programme assistant	<a href="mailto:Odon.Timi-Timi@wfp.org">Odon.Timi-Timi@wfp.org</a>	081 700 68 50
26	PEPFAH	Lolem NGONG	Coordinatrice Nationale	<a href="mailto:ngongl@state.gov">ngongl@state.gov</a>	081 710 63 53
27	PNUD/FM	Martin MASEMBO	Budget Officer	<a href="mailto:martin.masembo@undp.org">martin.masembo@undp.org</a>	081 958 00 95
28	PNUD/ULCP	Anna PALACIOS	En charge du VIH	<a href="mailto:anna.palacios@undp.org">anna.palacios@undp.org</a>	099 227 79 22
	PNUD/ULCP	Erick NGOIE	Associé au Programme VIH	<a href="mailto:Erick.ngoie@undp.org">Erick.ngoie@undp.org</a>	097 388 33 56
29	PROVIC	Gilbert Kapila	Coord Provincial	<a href="mailto:gilbertkapila@hotmail.com">gilbertkapila@hotmail.com</a>	099 200 06 12
30	UNC	Xavier MBUYI	Comptable	<a href="mailto:xmbimi@yahoo.fr">xmbimi@yahoo.fr</a>	081 525 66 68
31	UNESCO	Pierre GABEMBO	Spécialiste de l'éducation	<a href="mailto:p.gambembo@unesco.org">p.gambembo@unesco.org</a>	099 818 63 78
	UNESCO	Gabriel NSAKALA	Point focal VIH	<a href="mailto:g.nsakala@unesco.org">g.nsakala@unesco.org</a>	099 813 63 66
32	UNFPA	Dr Alfonse MATONDO	Chargé des programmes VIH	<a href="mailto:matondo@unfpa.org">matondo@unfpa.org</a>	081 268 63 17
33	UNICEF	Silène MARTINO	Programme Officer/survie	<a href="mailto:smartinalmeras@unicef.org">smartinalmeras@unicef.org</a>	099 930 10 80
34	UNION EUROP.	Gérard Clerc	Assistant technique	<a href="mailto:gerard.clerc@europa.eu">gerard.clerc@europa.eu</a>	081 894 66 98
35	UNOPS	Hubert DOMAI	Analyste	<a href="mailto:hubertd@unops.org">hubertd@unops.org</a>	081 715 21 01
36	USAID	Dr Charlie MAMPUYA	PF VIH	<a href="mailto:cmampuya@usaid.org">cmampuya@usaid.org</a>	081 710 63 54
37	WORLD VISION	Elie MUKINDA	Coordonateur	<a href="mailto:elie-mukinda@yahoo.fr">elie-mukinda@yahoo.fr</a>	099 100 89 55

Annexe 4 : Circuit de financement de la lutte contre le VIH et Sida en RDC

N°	Sources de financements	Agences de financement	Prestataires des services
1	ASDI	ASDI	MSF Espagne
2	BANQUE MONDIALE	PNMLS	PNMLS PNTS PNSR WAGENIA PNLS CONSEIL SANTE CARITAS CONGO CIELS UCOP+
3	BRACONGO	BRACONGO	BRACONGO CIELS
4	BRALIMA BRALIMA	BRALIMA BRALIMA	BRALIMA CIELS
5	CDC	ECOLE DE LA SANTE PUBLIQUE	PNLS
6	CHRISTIAN AID	CHRISTIAN AID	VORSI CONGO
7	CRS	CRS	VORSI CONGO
8	DFID	DFID UNOPS	IRC PNMLS
9	DOD	FHI	PALS
10	ELISABETH GLASERS	ELISABETH GLASER	PALS
11	FAO	FAO	SAMWAKI HOPE IN ACTION
12	FEDERATION INTERNATIONALE CROIX ROUGE	FEDERATION INTERNATIONALE CROIX ROUGE	CROIX-ROUGE ET CROISSANT ROUGE
13	FONDATION BILL CLINTON	FONDATION BILL CLINTON	FONDATION BILL CLINTON
14	FONDATION MARC	FONDATION MARC	FEMMES PLUS
15	FONDS HUMANITAIRE	UNFPA	FEMMES PLUS
16	FONDS MONDIAL	CCM RDC	PNLS MEMISA ZONE DE SANTE SANRU PNUD PNTS CORDAID GROUPE DES ONGS TRAVAILLANT AVEC CORDAID
17	GOUVERNEMENT CENTRAL	MINISTERE DE LA SANTE	PNTS
18	GRAND HOTEL DE KINSHASA	GRAND HOTEL DE KINSHASA	GRAND HOTEL DE KINSHASA CIELS
19	HCR	HCR	AIDS HCR IMC AHA OXFAM
20	INRB	INRB	INRB
21	MSF/Belgique	MSF/Belgique	RENOAC MSF/Belgique
22	MONUSCO	MONUSCO	MONUSCO
23	OCHA	OXFAM	OXFAM
24	OFID	UNESCO	EPSP
25	OMS	OMS	MINISTERE DE LA SANTE
26	ONUSIDA	ONUSIDA	PNMLS PNLS RENADEF UCOP+ MINISTERE DE LA JUSTICE ONUSIDA DAT YOUTHFIM

N°	Sources de financements	Agences de financement	Prestataires des services
27	OMS	OMS	PNSA
28	PAF	ONUSIDA	CENTRE IST MATONGE
29	PAM	PAM	GROUPE DES ONGS
30	PNUD	PNUD	PNUD
31	PNTS	PNTS	PNTS
32	UBRAF	ONUSIDA	FEMMES PLUS
33	UNFPA	UNFPA	CENTRE BOMOTO PALS GROUPE DES ORGANISATIONS DE JEUNES CENTRE DE JEUNES PNMLS
34	UNICEF	UNICEF	PNSA RACOJ UCOP+ HOPE INTERNATIONAL PNSR MIN. DE LA SANTE PNLS PNMLS
35	USAID	ICAP CDC USAID PROVIC ESP/CISSIDA FHI ONUSIDA MINISTERE DE LA SANTE USAID WORLD VISION	ACTION CONTRE LA FAIM ARMEE DU SALUT ZONE DE SANTE PNLS PNTS ASF/PSI FEMMES PLUS UJDS FEMMES PLUS PNLS/PROVINCIAL FEMMES PLUS ECOLE DE LA SANTE PUBLIQUE PALS ONUSIDA PNLS/PROVINCIAL UCOP+ PNMLS RENADEF ONUSIDA GROUPE DES ORGANISATIONS DE JEUNES GROUPE DES ONGS TRAVAILLANT AVEC CORDAID PNTS SWAA ZONE DE SANTE WORLD VISION
36	WORLD VISION	WORLD VISION	WORLD VISION

## Annexe 5 : Définition des vecteurs REDES

### 2.5.1. Définition des vecteurs REDES

Les vecteurs REDES sont les différentes dimensions de l'analyse selon la méthodologie. Les dépenses sida estimées sont classifiées suivant ces vecteurs et une lecture spécifique peut être faite de la répartition des dépenses, vecteur par vecteur. Comme en comptabilité nationale, les différents vecteurs sont codifiés selon une nomenclature précise.

Les différents vecteurs sont : (1) les sources de financement (2) les agents financiers (3) les prestataires (4) les catégories de dépenses sida ou les interventions (5) la population bénéficiaire et (6) les facteurs de production

#### 2.5.1.1 Sources de financement

Les sources de financement sont des entités qui fournissent des ressources au financement des agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Elles peuvent être du public, du privé ou du reste du monde.

L'analyse de ces sources dans le cadre de la réponse au VIH et au sida permet de voir l'entité qui supporte le plus la lutte contre cette pandémie.

#### 2.5.1.2 Agents financiers

Les Agents Financiers sont des entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement et les transfèrent pour financer un programme ou pour payer des biens ou des services. Ils sont soit des secteurs public, privé ou international.

#### 2.5.1.3 Prestataires

Ce sont toutes les entités qui se livrent à la production de biens, services ou activités en réponse au VIH et au sida. Ils peuvent être du gouvernement, du privé ou de l'étranger.

#### 2.5.1.4. Catégories de dépense SIDA

La classification des dépenses relatives au sida est une classification par fonction, comprenant la prévention, les soins et le traitement, ainsi que d'autres services sanitaires ou non sanitaires liés au VIH.

Les différentes catégories de dépense SIDA sont les suivantes :

##### **ASC 01. Prévention**

La prévention est définie comme un large ensemble d'activités ou de programmes destinés à réduire les comportements à risque. Elle permet de faire baisser le taux d'infection à VIH parmi la population et d'améliorer la qualité ainsi que la sûreté des traitements administrés exclusivement ou principalement aux patients séropositifs au VIH dans les établissements de santé. Les services de prévention supposent l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de matériels adaptés à la langue, à la culture et à l'âge de la population bénéficiaire.

##### **ASC 02. Soins et traitement**

La catégorie soins et traitement comprend les dépenses, achats, transferts et investissements réalisés pour mettre au point les activités dans des dispensaires, à domicile et dans des communautés afin de dispenser le traitement et les soins aux adultes et enfants séropositifs au VIH.

##### **ASC 03. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables**

Il s'agit de toutes les dépenses encourues pour assurer la prise en charge d'enfants, en remplacement de leurs parents décédés du sida. Il importe d'enregistrer ici également les

dépenses encourues pour atténuer les difficultés sociales d'orphelins des deux ou d'un seul parent(s).

Les services destinés à tous les orphelins vivant en dessous du seuil de pauvreté national sont associés au sida. Il convient d'enregistrer ici tous les services destinés à améliorer la vie des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables, ainsi que celle des familles affectées par le VIH.

#### **ASC 04. Gestion et administration de programmes**

Les dépenses liées aux programmes regroupent les services tels que la gestion des programmes de lutte contre le sida, le suivi et évaluation, la sensibilisation, la formation avant l'entrée en fonctions, l'amélioration des structures au moyen d'achats d'équipements de laboratoire et de télécommunication. Cela comprend également les investissements à long terme, tels que la construction d'établissements de santé, qui profitent à l'ensemble du système.

#### **ASC 05. Ressources humaines**

Cette catégorie regroupe les services liés au personnel, dont la formation, le recrutement, le maintien en poste, le déploiement et la gratification des professionnels de santé et de leurs responsables, au regard de leurs performances dans le domaine de la lutte contre le VIH. Ces dépenses ont pour objectif d'accroître la disponibilité en ressources humaines dans le secteur de la santé. Les activités relevant de cette catégorie comprennent uniquement les mesures incitatives complémentaires visant ce dernier objectif.

#### **ASC 06. Protections sociales et services sociaux**

Protection sociale fait généralement référence aux avantages financiers ou en nature octroyés par des organisations gouvernementales ou non gouvernementales à certaines catégories de personnes définies par des critères tels que la maladie, la vieillesse, le handicap, le chômage, l'exclusion sociale, et autres...

La protection sociale comprend les services sociaux et la sécurité sociale personnalisés. Elle regroupe les dépenses relatives aux services et aux moyens financiers accordés aux personnes et aux ménages et celles liées aux services fournis collectivement.

#### **ASC 07. Environnement favorable**

C'est la promotion et le soutien du développement d'un environnement VIH fort à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel spécifique au SIDA, et autres...

#### **ASC 08. Recherche liée au VIH (À l'exception de la recherche opérationnelle)**

La recherche liée au VIH/SIDA est définie comme la création de connaissances pouvant être utilisées pour la prévention de la maladie, la promotion, la restauration, le maintien, la protection, l'amélioration du développement et du bien-être social.

##### **2.5.1.5. Population bénéficiaire**

La population bénéficiaire représente le nombre réel de la population couverte par une intervention en contrepartie des ressources dépensées. Elle est désagrégée selon les exigences d'une planification rationnelle avec des cibles spécifiques pour les interventions.

##### **2.5.1.6. Facteurs de production (items budgétaires ou objets de dépense)**

Les facteurs de production représentent le bien ou le service que les ressources ont servi à payer pour une intervention donnée.

## Annexe 6 : Matrices REDES

### 1. Répartition des dépenses par source

Sources de financement	Dépenses 2011 (USD)	%	Dépenses en USD 2012	%
<b>FS.01 Fonds publics</b>	1 765 235	1,7	2 710 269	1,9
FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	1 509 894	1,5	2 710 269	1,9
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	1 509 894	1,5	2 452 446	1,7
FS.01.01.02 Recettes du gouvernement aux niveaux de l'Etat/de la province	234 385	0,2	226 387	0,2
FS.01.99 Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	20 956	0,02	31 436	0,02
<b>FS.02 Fonds privés</b>	209 700	0,2	209 700	0,2
FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	209 700	0,2	209 700	0,2
<b>FS.03 Fonds internationaux</b>	101 268 276	98,1	139 843 066	98
FS.03.01 Contributions bilatérales directes	35 265 481	34,2	47 615 844	33,4
FS.03.01.04 Gouvernement canadien	-	-	232 650	0,2
FS.03.01.19 Gouvernement suédois	1 890 744	1,8	2 178 894	1,5
FS.03.01.21 Gouvernement britannique	82 200	0,1	56 400	0,04
FS.03.01.22 Gouvernement américain	33 292 537	32,3	45 147 900	31,6
FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	61 238 506	59,3	88 277 198	61,8
FS.03.02.02 Commission européenne	-	-	1 552 628	1,1
FS.03.02.03 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	37 851	0,04	-	-
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	49 199 715	47,7	82 509 899	57,8
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	680 387	0,7	-	-
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	1 307 434	1,3	306 616	0,2
FS.03.02.11 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	318 480	0,3	220 877	0,1
FS.03.02.13 Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	462 346	0,5	326 096	0,2
FS.03.02.15 Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et autres mécanismes de financement dans le domaine humanitaire	1 238 071	1,2	-	-
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	806 052	0,8	428 745	0,3
FS.03.02.18 Banque mondiale (BM)	4 497 527	4,4	-	-
FS.03.02.19 Programme alimentaire mondial (PAM)	2 241 861	2,2	-	-
FS.03.02.20 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	126 870	0,1	105 000	0,1
FS.03.02.99 Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.	321 912	0,3	2 827 337	2
FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	4 764 289	4,6	3 950 024	2,8
FS.03.03.12 Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	240 000	0,2	240 000	0,2
FS.03.03.18 Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Comité international de la Croix-Rouge et Sociétés nationales de la Croix-Rouge	97 708	0,1	66 197	0,1
FS.03.03.20 Médecins sans Frontières	3 515 227	3,4	3 515 227	2,5
FS.03.03.25 Fondation Clinton	635 938	0,6	-	-
FS.03.03.33 World Vision	235 000	0,2	-	-
FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	40 416	0,04	128 600	0,1
FS.03.04 Organisations internationales à but lucratif	-	-	-	-
FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>103 243 211</b>	<b>100</b>	<b>142 763 035</b>	<b>100</b>

## 2. Répartition des dépenses par agent de financement

<b>Agent de financement</b>	<b>Dépense 2011 (USD)</b>	<b>%</b>	<b>Dépense 2012 (USD)</b>	<b>%</b>
<b>FA.01 Secteur public</b>	70 920 256	68,7	86 937 452	60,9
FA.01.01 Gouvernements territoriaux	70 920 256	68,7	86 937 452	60,9
FA.01.01.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)	12 993 086	12,6	1 111 500	0,8
FA.01.01.02 Ministère de l'Education (ou entité du même secteur)	3 719 868	3,6	3 046 505	2,1
FA.01.01.05 Ministère des Finances (ou entité du même secteur)	68 565	0,1	1 561 333	1,1
FA.01.01.10 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	54 100 759	52,4	81 180 678	56,9
FA.01.02.99 Autres entités aux niveaux de l'Etat/de la province/de la région non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	6 000	<0,01
FA.01.03.01 Département de la Santé (ou entité du même secteur)	17 022	0,02	-	-
FA.01.04 Organismes parapublics et entités extrabudgétaires	20 956	0,02	31 436	0,02
<b>FA.02 Secteur privé</b>	209 700	0,2	1 699 177	1,2
FA.02.01 Sécurité sociale du secteur privé	-	-	-	-
FA.02.02 Programmes d'assurance pour les employés du secteur privé	-	-	-	-
FA.02.03 Compagnies d'assurance privées (autres que pour l'assurance sociale)	-	-	-	-
FA.02.04 Foyers privés (dépenses consenties par les particuliers)	-	-	-	-
FA.02.05 Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)	-	-	1 489 477	1,0
FA.02.06 Organismes et entreprises non parapublics privés (autres que pour l'assurance santé)	209 700	0,2	209 700	0,2
FA.02.99 Autres agents de financement du secteur privé non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>FA.03 Organismes acquéreurs internationaux</b>	32 113 255	31,1	54 126 406	37,9
FA.03.01 Bureaux de pays des organismes bilatéraux administrant les ressources externes et faisant office d'agents de financement	16 790 297	16,3	39 776 981	27,9
FA.03.01.19 Gouvernement suédois	1 890 744	1,8	2 139 450	1,5
FA.03.01.21 Gouvernement britannique	25 800	0,02	-	-
FA.03.01.22 Gouvernement américain	14 873 753	14,4	37 637 531	26,4
FA.03.02 Organismes multilatéraux administrant des ressources externes	9 852 394	9,5	9 932 285	7,0
FA.03.02.02 Commission européenne	-	-	1 552 628	1,1
FA.03.02.03 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	37 851	0,04	39 444	0,03
FA.03.02.07 Secrétariat de l'ONUSIDA	938 118	0,9	753 507	0,5
FA.03.02.08 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	243 406	0,2	781 934	0,6
FA.03.02.10 Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	318 480	0,3	253 429	0,2
FA.03.02.11 UNESCO	35 900	0,03	49 800	0,03
FA.03.02.12 Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	462 346	0,5	306 596	0,2
FA.03.02.16 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	812 177	0,8	105 238	0,1
FA.03.02.18 Programme alimentaire mondial (PAM)	2 241 861	2,2	1 855 523	1,3
FA.03.02.19 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	126 870	0,1	237 650	0,2
FA.03.02.99 Autres entités multilatérales non classifiées ailleurs (n.c.a.)	4 635 385	4,5	3 996 536	2,8
FA.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	5 470 564	5,3	4 417 140	3,1
FA.03.03.12 Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	240 000	0,2	240 000	0,2
FA.03.03.18 Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge ...	97 708	0,1	66 197	0,1
FA.03.03.20 Médecins sans Frontières	3 515 227	3,4	3 515 227	2,5
FA.03.03.25 Fondation Clinton	635 938	0,6	-	-
FA.03.03.33 World Vision	885 000	0,9	-	-
FA.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	96 691	0,1	595 716	0,4
FA.03.04 Organisations internationales à but lucratif	-	-	-	-
FA.03.99 Autres agents internationaux de financement non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>Total</b>	103 243 211	100	142 763 035	100

### 3. Répartition des dépenses par prestataires de service

Prestataires des services	Dépense 2011 (USD)	%	Dépense 2012 (USD)	%
<b>PS.01 Prestataires du secteur public</b>	33 645 472	32,6	52 723 682	36,9
PS.01.01 Organismes gouvernementaux	33 605 472	32,6	52 723 682	36,9
PS.01.01.01 Hôpitaux	15 831 007	15,3	17 018 219	11,9
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	3 000	<0,01	-	-
PS.01.01.05 Laboratoires et centres d'imagerie	17 022	0,02	-	-0
PS.01.01.06 Banques du sang	2 714 457	2,6	3 450 022	2,4
PS.01.01.10.02 Education secondaire	35 900	0,03	25 000	0,02
PS.01.01.13 Institutions de recherche	-	-	17 023	0,01
PS.01.01.14.01 Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	4 980 871	4,8	794 270	0,6
PS.01.01.14.02 Départements relevant du Ministère de la Santé ou équivalent (y compris les PNLS)	9 437 421	9,1	27 790 278	19,5
PS.01.01.14.03 Départements relevant du Ministère de l'Education ou équivalent	128 277	0,1	79 800	0,1
PS.01.01.14.05 Départements relevant du Ministère de la Défense ou équivalent	381 632	0,4	1 981 737	1,4
PS.01.01.14.06 Départements relevant du Ministère des Finances ou équivalent	68 565	0,1	1 561 333	1,1
PS.01.01.14.08 Départements relevant du Ministère de la Justice ou équivalent	7 320	0,01	-	-
PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	6 000	<0,01
PS.01.02 Organismes parapublics	40 000	0,04	-	-
PS.01.02.02 Soins ambulatoires	40 000	0,04	-	-
PS.01.99 Prestataires du secteur public, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>PS.02 Prestataires du secteur privé</b>	42 474 694	41,1	47 252 008	33,1
PS.02.01 Prestataires du secteur privé à but non lucratif	42 248 538	40,9	43 661 645	30,6
PS.02.01.01.01 Hôpitaux	51 125	0,1	54 559	0,04
PS.02.01.01.14 Structures d'entraide et communautaires informelles	61 376	0,1	-	-
PS.02.01.01.15 Organisations de la société civile	42 025 161	40,7	43 539 566	30,5
PS.02.01.02.14 Organisations de la société civile	110 876	0,1	67 520	0,1
PS.02.02 Prestataires du secteur privé à but lucratif (y compris les organisations confessionnelles à but lucratif)	226 156	0,2	3 590 363	2,5
PS.02.02.01 Hôpitaux	-	-	3 352 227	2,4
PS.02.02.15 "Sur le lieu de travail"	226 156	0,2	238 136	0,2
<b>PS.03 Entités bilatérales et multilatérales – dans les bureaux de pays</b>	5 724 006,4	5,5	9 171 139,4	6,4
PS.03.01 Organismes bilatéraux	-	-	-	-
PS.03.02 Organismes multilatéraux	5 724 006,4	5,5	9 171 139,4	6,4
PS.04 Prestataires pour le reste du monde	-	-	-	-
PS.99 Prestataires non classifiés ailleurs (n.c.a.)	21 399 038,6	20,7	33 616 205,6	23,6
<b>Total</b>	103 243 211	100	142 763 035	100

#### 4. Répartition des dépenses par facteurs de production

<b>Facteurs de production</b>	<b>Dépense 2011 (USD)</b>	<b>%</b>	<b>Dépense 2012 (USD)</b>	<b>%</b>
<b>PF.01 Dépenses courantes</b>	100 014 360	96,9	136 718 349	95,8
PF.01.01 Revenus du travail (indemnisation des employés et rémunération des propriétaires)	8 506 21	8,2	16 190 878	11,3
PF.01.01.01 Salaires	4 725 946	4,6	11 144 313	7,8
PF.01.01.02 Contributions sociales	86 645	0,1	1 040 475	0,7
PF.01.01.03 Revenus salariaux indirects	3 691 674	3,6	3 919 491	2,8
PF.01.01.98 Revenus du travail, données non ventilées par type	1 946	<0,01	86 599	0,1
PF.01.01.99 Revenus du travail non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
PF.01.02 Fournitures et services	91 497 914	88,6	118 090 505	82,7
PF.01.02.01.01 Antirétroviraux	32 039 036	31,0	47 595 620	33,3
PF.01.02.01.02 Autres médicaments et produits pharmaceutiques (à l'exception des antirétroviraux)	3 289 047	3,2	4 329 170	3,0
PF.01.02.01.03 Fournitures médicales et chirurgicales	8 374 551	8,1	10 075 853	7,1
PF.01.02.01.04 Préservatifs	3 750 721	3,6	3 504 979	2,5
PF.01.02.01.05 Réactifs et matériels	12 641 842	12,2	18 080 266	12,7
PF.01.02.01.06 Produits alimentaires et nutriments	4 444 093	4,3	3 206 765	2,3
PF.01.02.01.07 Uniformes et matériel scolaire	4 694 284	4,6	1 603 333	1,1
PF.01.02.01.98 Matériels, données non ventilées par type	690 688	0,7	109 876	0,1
PF.01.02.02.01 Services administratifs	2 604 202	2,5	2 332 654	1,6
PF.01.02.02.02 Maintenance et services de réparation	577 988	0,6	158 099	0,1
PF.01.02.02.03 Services liés à la publication, à la production cinématographique, à la radiodiffusion, et à l'élaboration de programmes	4 372 971	4,2	5 871 411	4,1
PF.01.02.02.04 Services de consultants	623 699	0,6	1 748 097	1,2
PF.01.02.02.05 Services de transport et de déplacement	3 096 389	3,0	6 304 602	4,4
PF.01.02.02.06 Services d'hébergement	546 137	0,5	1 265 101	0,9
PF.01.02.02.07 Services logistiques liés à des manifestations, s'agissant y compris de services de restauration	3 352 972	3,3	8 250 134	5,8
PF.01.02.02.08 Services d'intermédiation financière	218 672	0,2	85 710	0,1
PF.01.02.02.98 Services, données non ventilées par type	5 750 365	5,6	3 568 835	2,5
PF.01.02.02.99 Services non classifiés ailleurs (n.c.a.)	430 257	0,4	-	-
PF.01.98 Dépenses courantes, données non ventilées par type	10 235	0,01	2 215 461	1,6
PF.01.99 Dépenses courantes non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	221 505	0,2
<b>PF.02 Dépenses en capital</b>	3 192 540	3,1	6 044 186	4,2
PF.02.01 Constructions	547 870	0,5	137 344	0,1
PF.02.01.01 Modernisation des laboratoires et autres infrastructures	42 260	0,04	129 844	0,1
PF.02.01.02 Constructions de nouveaux établissements de santé	8 534	0,01	2 500	<0,01
PF.02.01.98 Constructions, données non ventilées par type	497 076	0,5	5 000	<0,01
PF.02.02 Equipements	1 717 306	1,7	5 734 206	4,0
PF.02.02.01 Véhicules	245 886	0,2	198 286	0,1
PF.02.02.02 Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)	362 167	0,4	139 237	0,1
PF.02.02.03 Laboratoires et autres équipements médicaux	720 370	0,7	4 892 466	3,4
PF.02.02.98 Equipements, données non ventilées par type	388 883	0,4	504 217	0,34
PF.02.98 Dépenses en capital, données non ventilées par type	378 573	0,4	132 636	0,1
PF.02.99 Dépenses en capital, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	548 791	0,5	40 000	0,03
PF.98 Facteurs de production, données non ventilées par type	36 311	0,04	500	<0,01
<b>Total</b>	103 243 211	100	142 763 035	100

## 5. Répartitions des dépenses par interventions

<b>Population bénéficiaires</b>	<b>Dépenses 2011 (USD)</b>	<b>%</b>	<b>Dépenses 2012 (USD)</b>	<b>%</b>
<b>BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)</b>	41 278 575	40,0%	54 145 145	37,9%
BP.01.01 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	-	-	-	-
BP.01.01.01 Adultes et jeunes hommes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	-	-	42 220	<0,1%
BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	1 890 744	1,8%	2 141 439	1,5%
BP.01.01.98 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe	30 000	<0,1%	-	-
BP.01.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.01 Garçons (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.02 Filles (âgées de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	1 070 895	1,0%	-	-
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	38 286 936	37,1%	51 961 486	36,4%
<b>BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables</b>	720 216	0,7%	5 682 036	4,0%
BP.02.01 Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels	-	-	-	-
BP.02.02 Professionnel(l)e(s) du sexe et leurs clients	-	-	-	-
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	164 030	0,2%	5 635 077	3,9%
BP.02.02.02 Hommes travestis professionnels du sexe (et leurs clients)	-	-	-	-
BP.02.02.03 Hommes non travestis professionnels du sexe (et leurs clients)	-	-	-	-
BP.02.02.98 Professionnel(l)e(s) du sexe, données non ventilées par sexe, et leurs clients	1 000	<0,1%	27 199	<0,1%
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	-	-	7 840	<0,1%
BP.02.98 Groupes de population particulièrement vulnérables, données non ventilées par type d'activité	555 186	0,5%	11 920	<0,1%
<b>BP.03 Autres groupes de population clés</b>	25 356 395	24,6%	29 441 268	20,6%
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	6 566 678	6,4%	2 813 529	2,0%
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	9 788 168	9,5%	11 775 139	8,2%
BP.03.03 Réfugiés (déplacés hors de leur pays)	1 238 071	1,2%	26 490	0,0%
BP.03.04 Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (en raison d'une situation d'urgence)	5 200	<0,1%	117 230	0,1%
BP.03.05 Migrants/populations mobiles	-	-	-	-
BP.03.06 Groupes autochtones	2 000	<0,1%	-	-
BP.03.07 Détenus et personnes placées en institutions	-	-	-	-
BP.03.08 Chauffeurs-routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial	18 073	<0,1%	107 999	0,1%
BP.03.09 Enfants et jeunes gens vivant dans la rue	-	-	-	-
BP.03.10 Enfants et jeunes gens membres de gangs	-	-	-	-
BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés	225 697	0,2%	5 778 029	4,0%
BP.03.12 Enfants et jeunes gens placés en institutions	732 315	0,7%	-	-
BP.03.13 Partenaires de personnes vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	6 589 673	6,4%	8 804 048	6,2%
BP.03.98 Autres groupes de population clés, données non ventilées par type d'activité	190 520	0,2%	18 805	<0,1%
BP.03.99 Autres groupes de population clés, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles</b>	5 993 408	5,8%	8 658 709	6,1%
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST	685 206	0,7%	693 158	0,5%
BP.04.02 Elèves d'écoles élémentaires	-	-	-	-
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	217 958	0,2%	1 597 495	1,1%
BP.04.04 Etudiants à l'université	-	-	-	-
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	4 618 681	4,5%	4 669 908	3,3%
BP.04.06 Marin	-	-	21 000	0,0%
BP.04.07 Militaires	181 065	0,2%	1 387 192	1,0%
BP.04.08 Représentants de la police et d'autres services en uniforme (autres que les militaires)	-	-	-	-
BP.04.09 Ex-combattants et autres groupes armés dépourvus d'uniforme	-	-	-	-
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	286 856	0,3%	268 335	0,2%
BP.04.98 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non ventilées par type d'activité	3 642	<0,1%	21 621	<0,1%
BP.04.99 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>BP.05 Ensemble de la population</b>	13 248 418	12,8%	21 414 303	15,0%
BP.05.01 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans)	-	-	-	-
BP.05.01.01 Population adulte masculine	951 743	0,9%	951 743	0,7%
BP.05.01.02 Population adulte féminine	1 886 228	1,8%	1 886 228	1,3%
BP.05.01.98 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans), données non ventilées par sexe	-	-	-	-
BP.05.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans)	-	-	-	-
BP.05.02.01 Garçons	37 974	<0,1%	277 938	0,2%
BP.05.02.02 Filles	30 784	<0,1%	256 104	0,2%
BP.05.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans), données non ventilées par sexe	-	-	-	-
BP.05.03 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans)	-	-	-	-
BP.05.03.01 Jeunes hommes	7 081	<0,1%	35 000	<0,1%
BP.05.03.02 Jeunes femmes	14 200	<0,1%	-	-
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	349 251	0,3%	33 223	<0,1%
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	9 971 157	9,7%	17 974 067	12,6%
<b>BP.06 Initiatives non ciblées</b>	16 646 199	16,1%	23 421 574	16,4%
BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données non classifiées ailleurs (non classifiés ailleurs.)	-	-	-	-
<b>Total</b>	103 243 211	100%	142 763 035	100%

## 6. Répartition des dépenses par Population Bénéficiaire

<b>Population bénéficiaires</b>	<b>Dépenses 2011 (USD)</b>	<b>%</b>	<b>Dépenses 2012 (USD)</b>	<b>%</b>
<b>BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)</b>	41 278 575	40,0%	54 145 145	37,9%
BP.01.01 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	-	-	-	-
BP.01.01.01 Adultes et jeunes hommes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	-	-	42 220	<0,1%
BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	1 890 744	1,8%	2 141 439	1,5%
BP.01.01.98 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe	30 000	<0,1%	-	-
BP.01.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.01 Garçons (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.02 Filles (âgées de moins de 15 ans) vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.01.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	1 070 895	1,0%	-	-
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	38 286 936	37,1%	51 961 486	36,4%
<b>BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables</b>	720 216	0,7%	5 682 036	4,0%
BP.02.01 Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels	-	-	-	-
BP.02.02 Professionnel(le)s du sexe et leurs clients	-	-	-	-
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	164 030	0,2%	5 635 077	3,9%
BP.02.02.02 Hommes travestis professionnels du sexe (et leurs clients)	-	-	-	-
BP.02.02.03 Hommes non travestis professionnels du sexe (et leurs clients)	-	-	-	-
BP.02.02.98 Professionnel(le)s du sexe, données non ventilées par sexe, et leurs clients	1 000	<0,1%	27 199	<0,1%
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	-	-	7 840	<0,1%
BP.02.98 Groupes de population particulièrement vulnérables, données non ventilées par type d'activité	555 186	0,5%	11 920	<0,1%
<b>BP.03 Autres groupes de population clés</b>	25 356 395	24,6%	29 441 268	20,6%
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	6 566 678	6,4%	2 813 529	2,0%
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	9 788 168	9,5%	11 775 139	8,2%
BP.03.03 Réfugiés (déplacés hors de leur pays)	1 238 071	1,2%	26 490	0,0%
BP.03.04 Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (en raison d'une situation d'urgence)	5 200	<0,1%	117 230	0,1%
BP.03.05 Migrants/populations mobiles	-	-	-	-
BP.03.06 Groupes autochtones	2 000	<0,1%	-	-
BP.03.07 Détenus et personnes placées en institutions	-	-	-	-
BP.03.08 Chauffeurs routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial	18 073	<0,1%	107 999	0,1%
BP.03.09 Enfants et jeunes gens vivant dans la rue	-	-	-	-
BP.03.10 Enfants et jeunes gens membres de gangs	-	-	-	-
BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés	225 697	0,2%	5 778 029	4,0%
BP.03.12 Enfants et jeunes gens placés en institutions	732 315	0,7%	-	-
BP.03.13 Partenaires de personnes vivant avec le VIH	-	-	-	-
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	6 589 673	6,4%	8 804 048	6,2%
BP.03.98 Autres groupes de population clés, données non ventilées par type d'activité	190 520	0,2%	18 805	<0,1%
BP.03.99 Autres groupes de population clés, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles</b>	5 993 408	5,8%	8 658 709	6,1%
BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST	685 206	0,7%	693 158	0,5%
BP.04.02 Élèves d'écoles élémentaires	-	-	-	-
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	217 958	0,2%	1 597 495	1,1%
BP.04.04 Etudiants à l'université	-	-	-	-
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	4 618 681	4,5%	4 669 908	3,3%
BP.04.06 Marins	-	-	21 000	0,0%
BP.04.07 Militaires	181 065	0,2%	1 387 192	1,0%
BP.04.08 Représentants de la police et d'autres services en uniforme (autres que les militaires)	-	-	-	-
BP.04.09 Ex-combattants et autres groupes armés dépourvus d'uniforme	-	-	-	-
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	286 856	0,3%	268 335	0,2%
BP.04.98 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non ventilées par type d'activité	3 642	<0,1%	21 621	<0,1%
BP.04.99 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-
<b>BP.05 Ensemble de la population</b>	13 248 418	12,8%	21 414 303	15,0%
BP.05.01 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans)	-	-	-	-
BP.05.01.01 Population adulte masculine	951 743	0,9%	951 743	0,7%
BP.05.01.02 Population adulte féminine	1 886 228	1,8%	1 886 228	1,3%
BP.05.01.98 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans), données non ventilées par sexe	-	-	-	-
BP.05.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans)	-	-	-	-
BP.05.02.01 Garçons	37 974	<0,1%	277 938	0,2%
BP.05.02.02 Filles	30 784	<0,1%	256 104	0,2%
BP.05.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans), données non ventilées par sexe	-	-	-	-
BP.05.03 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans)	-	-	-	-
BP.05.03.01 Jeunes hommes	7 081	<0,1%	35 000	<0,1%
BP.05.03.02 Jeunes femmes	14 200	<0,1%	-	-
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	349 251	0,3%	33 223	<0,1%
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	9 971 157	9,7%	17 974 067	12,6%
<b>BP.06 Initiatives non ciblées</b>	16 646 199	16,1%	23 421 574	16,4%
BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données non classifiées ailleurs (non classifiées ailleurs.)	-	-	-	-
<b>Total</b>	103 243 211	100%	142 763 035	100%

## 1. Croisement source de financement et Interventions 2011

Catégories des dépenses liées au SIDA	TOTAL									SOURCES DE FINANCEMENT						SOURCES PRIVÉES		
	SOURCES PUBLIQUES				SOURCES INTERNATIONALES					Multilatérales			Autres sources internationales			Institutions et entreprises à but lucratif	Autres sources privées	
	USD	Public (sous-total)	Sous-national	Remboursements aux Banques de développement	Aide Sociale	Autres sources publiques	International (sous-total)	Agences des Nations Unies	Fonds Mondial	Banques de développement non-reboursable	Autres sources multilatérales	Autres sources internationales	Prisé (sous-total)	Institutions et entreprises à but lucratif	Autres sources privées			
TOTAL USD	103 243 211	1 765 235	1 509 894	234 385	-	-	20 956	101 268 276	33 292 528	1 972 948	7 219 353	49 199 716	4 497 528	321 912	4 764 291	4 27 063	-	
Prévention	37 491 276	1 344 576	1 217 363	107 757	-	-	19 456	32 644 526	12 788 829	71 400	2 188 764	16 221 269	646 093	217 604	510 567	-	-	
Soins et traitement	122 097 968	17 022	-	17 022	-	-	-	37 939 022	8 951 603	-	1 997 074	24 686 117	20 717	-	2 273 511	97 094	97 094	
OEV	6 553 542	-	-	-	-	-	-	6 553 542	2 190 180	-	4 394	4 116 263	-	19 704	222 401	-	-	
Gestion et administration des Programme	16 953 146	335 072	223 966	109 606	-	-	1 500	16 508 468	6 097 769	-	2 474 323	2 506 208	3 746 556	7 900	1 675 712	109 606	109 606	
Ressources humaines	4 811 451	-	-	-	-	-	-	4 811 451	2 553 433	10 804	464 748	1 655 704	84 162	36 000	6 600	-	-	
Protection sociale	43 904	-	-	-	-	-	-	43 904	-	-	4 200	-	-	19 704	20 000	-	-	
Environnement favorable	2 760 363	-	-	-	-	-	-	2 777 363	710 714	1 890 744	85 250	14 155	0	21 000	55 500	3 000	3 000	
Recherche liée au VIH	68 565	68 565	68 565	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Pays: République démocratique du Congo.

Cycle de rapport : Année civile (janvier à décembre 2011)

Monnaie locale: Franc congolais (CDF)

## 2. Croisement source de financement et Interventions 2012

Catégories des dépenses liées au SIDA	TOTAL										SOURCES DE FINANCEMENT										SOURCES PRIVÉES			
	SOURCES PUBLIQUES					Contributions bilatérales directes					Contributions multilatérales					Autres sources internationales		Institutions et entreprises à but lucratif		Autres sources privées				
	USD	Public (sous-total)	Sous-national	Central / National	Remboursements aux Banques de développement	Autre Sociale	Autres sources publiques	International (sous-total)	Fonds américains PEPPAR	Autres contributions bilatérales directes	Agences des Nations Unies	Fonds Mondial	Banques de développement, non-reimboursable	Autres sources multilatérales	Autres sources internationales	Prévié (sous-total)	209 700	209 700	Autres sources privées					
Catégories des dépenses liées au SIDA																								
TOTAL USD	142 763 036	2 770 031	2 452 446	226 387	59 762	-	-	31 436	139 783 305	45 147 901	2 457 944	1 115 259	82 509 899	-	4 592 248	3 950 024	209 700	209 700	-	-	-	-	-	
Prévention	55 661 315	415 982	308 001	78 045	-	-	-	29 936	55 135 833	25 761 122	56 400	119 800	27 903 455	-	1 004 592	290 464	109 500	109 500	-	-	-	-	-	
Soin et traitement	51 045 090	17 023	-	17 023	-	-	-	-	50 930 867	6 748 546	-	-	40 572 593	-	1 749 959	1 859 769	97 200	97 200	-	-	-	-	-	
OEV	4 656 282	-	-	-	-	-	-	-	4 656 282	4 033 229	-	-	19 500	587 289	-	-	16 254	-	-	-	-	-	-	
Gestion et administration des programme	20 378 216	2 153 754	2 020 935	131 319	-	-	-	1 500	18 224 462	3 497 304	218 376	884 272	10 210 869	-	1 631 533	1 762 108	-	-	-	-	-	-	-	
Ressources humaines	6 530 016	-	-	-	-	-	-	-	6 530 016	4 590 143	52 650	78 195	1 722 542	-	76 400	10 086	-	-	-	-	-	-	-	
Protection sociale	48 897	-	-	-	-	-	-	-	-	48 897	46 329	1 068	-	-	-	-	1 500	-	-	-	-	-	-	
Environnement favorable	4 259 948	-	-	-	-	-	-	-	-	4 256 948	471 228	2 139 450	13 522	1 513 141	-	109 764	9 843	3 000	3 000	-	-	-	-	
Recherche liée au VIH	183 272	183 272	123 510	-	59 762	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Pays: République démocratique du Congo.

Cycle de rapport : Année civile (janvier à décembre 2012)

Monnaie locale: Franc congolais (CDF)

Taux moyen de change pour l'année 2012: 1 USD = 939,120 CDF