

LIENS ENTRE LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET LE VIH/SIDA

**Etude des liens entre les interventions
de santé, droits sexuels et reproductifs
et de lutte contre le VIH/SIDA mises en
œuvre par les partenaires locaux d'ICCO
et d'Oxfam Novib en RD Congo**

30 Mars 2011

Par
Dr Jean Rémy EKONGO LOFALANGA, MD, MPH
Leonard KASEREKA KAVYAVU, MCHD

Consultants

20110713

Remerciements

Au terme de cette étude, l'équipe des consultants composée de Dr Jean Rémy Ekongo Lofalanga et Mr Leonard Kasereka tient sincèrement à remercier toutes les personnes physiques ou morales qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Plus spécialement et spécifiquement, l'équipe de consultants tient à remercier :

- L'Equipe de STOP AIDS NOW ! au siège, à Amsterdam; pour l'appui technique, administratif et financier pour la réalisation de cette étude. Plus particulièrement à Mme Odette Salden pour son spécifique appui technique lors de différents échanges pendant la conclusion de cette étude.*
- Aux Responsables d'OXFAM NOVIB (Goma) et d'ICCO (Bukavu) pour l'accueil, la collaboration et les facilités accordées dans le cadre strict de cette mission. Plus particulièrement à Mr Eugide Bashombana (Oxfam International) et à Mme Tarcile Nabintu (ICCO),*
- Aux responsables des ONG et Associations locales, partenaires opérationnels d'OXFAM NOVIB et d'ICCO ; pour l'accueil dans vos offices, la disponibilité et l'application lors de la phase de collecte des données,*
- Au Coordonnateurs Provinciaux de PNMLS (Dr Pépé Kilimalima Ngwasi) et de PNSR (Dr Nyamugaragaza Bugini), le premier pour avoir mis à notre disposition un bureau, les commodités pour le travail ; et pour les informations fournies en rapport avec la lutte contre le VIH/sida au Sud-Kivu, Le Second ; pour l'entretien fructueux et les référentiels de SRHR en RDC.*

ACRONYMES/ABREVIATIONS

ADECOM	: Action pour le Développement Communautaire
ADI-Kivu	: Action pour le Développement Intégré au Kivu
APIDE	: Appui-conseil aux Projets et Initiatives de Développement
ANAM	: Afia na Maendeleo (Santé et Développement)
ARV	: Antirétroviraux
ASAF	: Action Santé Femmes
CAF	: Country Assistance Framework (Cadre d'Assistance Pays)
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CEPROF	: Comité pour l'Education et la Promotion de la Femme
CEPROSAN	: Centre de Promotion Socio-Sanitaire
CNMLS	: Conseil National Multisectoriel de Lutte contre le sida
CPN	: Consultations Prénatales
CPoN	: Consultations post natales
CRONG	: Conseil Régional des ONG de Développement
DIOBAS	: Démarche pour une Interaction entre les Organisations à la base et les autres sources de savoir
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EPSP	: Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESC	: Enquête de Surveillance Comportementale
ESP	: Ecole de Santé Publique
ESU	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
FARDC	: Forces Armées de la RDC
FHI	: Family Health International
FOPAC	: Fédération des Organisation des producteurs agricoles du Congo
GIPA	: Greater Involvement of People living with AIDS
GLIA	: Great Lakes Initiative against AIDS
GSD	: Genre, Santé et Développement
HSH	: Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HU	: Hommes en Uniforme
IO	: Infections Opportunistes
HSH	: Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HFU	: Hommes et femmes en Uniforme
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LOFEPACO	: Ligue des Organisations des Femmes Paysannes du Congo
LUNACOP	: Lutte Nationale contre la Pauvreté
MALI	: Maniema Liberté
MAP	: Africa Multi-Country HIV/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
OEV	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OGP	: Observatoire Gouvernance et Paix
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/sida
PA	: Personnes affectées
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEC	: Prise en charge
PEPFAR	: Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le sida
PMA	: Paquet Minimum d'Activités

PNC	: Police Nationale Congolaise
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(le)s du sexe
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH/sida
RADHF	: Réseau des Activistes des Droits Humains de Fizi
RCR	: Référence et contre-référence
RECIC	: Réseau d'Education Civique au Congo
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
SARCAF	: Service d'Accompagnement et de Renforcement des capacités et de l'Autopromotion de la femme
S/E	: Suivi & Evaluation
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SFVS	: Synergie des femmes contre les violences sexuelles
SRHR	: à lire dans ce rapport : Santé, Droits sexuels et reproductifs
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SOFIBEF	: Solidarité des Femmes de Fizi pour le Bien-être Familial
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
TARV	: Traitement antirétroviral
TB	: Tuberculose
UCOP+	: Union Congolaise des Organisations de PVVIH
UDI	: Utilisateur de Drogues Injectables
UGEAFI	: Union des Groupes d'Etudes et d'Action pour le Développement de FIZI -Itombwe
UN	: United Nations
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UWAKI	: Umoja wa wamama wa Kulima wa Kivu(Union des femmes paysannes du Kivu)
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VAS	: Volontaires d'Autopromotion Solidaires
VS	: Violences Sexuelles
VVS	: Victimes de Violences Sexuelles
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	: Violences Sexuelles
VVS	: Victimes de violences sexuelles
ZS	: Zone de Santé

Inhoudsopgave

1	RESUME EXECUTIF	7
2	Contexte	17
2.1	Situation de santé, droits sexuels et reproductifs en RDC.	19
2.2	Situation de la lutte contre l'épidémie à VIH en RDC	20
2.3	Situation des interventions établissant des liens entre la santé, les droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida en RDC	22
2.4	Les problèmes/défis transversaux entre le VIH/sida et la SRHR	23
3	JUSTIFICATION	25
4	OBJECTIFS DE L'ETUDE	26
5	PORTEE DE L'ETUDE	27
6	METHODOLOGIE	29
6.1	COMPREHENSION DES TERMES DE REFERENCE	29
6.2	REVUE DOCUMENTAIRE	29
6.3	ELABORATION DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	29
6.4	HARMONISATION PARTICIPATIVE DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	30
6.5	VALIDATION ET PRE-TEST DE L'OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES	30
6.6	ELABORATION ET VALIDATION DU PLAN DE REDEPLOIEMENT SUR LE TERRAIN	31
6.7	DECENTE SUR LE TERRAIN POUR LA COLLECTE DES DONNEES	31
6.8	COMPILATION, TRAITEMENT, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS	31
6.9	ELABORATION ET SOUMISSION DU RAPPORT PRELIMINAIRE	31
6.10	PRODUCTION ET SOUMISSION DU RAPPORT FINAL	31
7	DIFFICULTES RENCONTREES	32
8	ANALYSE DU CONTEXTE LOCAL DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES LOCAUX	33
8.1	Politiques, Plans stratégiques, Lois et principaux acteurs en matière de SRHR	33
8.1.1	Politiques, Lois et Plans stratégiques en SRHR	33
8.1.2	Principaux acteurs dans le domaine de SRHR	35
8.2	Politique, Lois, Plans stratégiques et principaux acteurs en matière de lutte contre le VIH/sida	36
8.2.1	Politiques, Lois et Plans stratégiques en matière de lutte contre le VIH/sida	36
8.2.2	Les principaux acteurs dans la lutte contre le VIH/sida en RDC	36
8.3	LES OBSTACLES A LA REALISATION DES INTERVENTIONS DE SRHR ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	36
9	DETERMINANTS DE LA PERENITE DES INTERVENTIONS DE SRHR ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	37

9.1	LES LECONS APPRISES	37
9.2	LES DEFIS	39
9.3	LES PERSPECTIVES	40
9.4	LES OPPORTUNITES	40
9.5	LES STRATEGIES	40
9.6	QUELQUES OBSERVATIONS PARTICULIERES	41
10	BILAN GLOBAL DE L'ETUDE (RESULTATS, CONCLUSIONS, Gaps/DEFICIT, RECOMMANDATIONS, RESPONSABILITES)	44
11	BIBLIOGRAPHIE	56
12	ANNEXES	57

1 RESUME EXECUTIF

La présente étude a été commanditée par STOP AIDS NOW ! dans le cadre de son partenariat avec deux ONG néerlandaises œuvrant en République Démocratique du Congo qui travaillent en partenariat avec une trentaine d'Organisations locales œuvrant dans les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema et la Ville-Province de Kinshasa pour OXFAM NOVIB et dans les Provinces du Nord et Sud-Kivu pour ICCO.

L'inventaire des partenaires locaux appuyés par ces deux organisations néerlandaises et concernés par cette étude a montré une distribution provinciale suivante (tableau n°1), à savoir :

Tableau n°1 : Nombre de partenaires locaux de deux ONG néerlandaises qui ont participé à l'étude par province d'intervention.

ONG néerlandaises	Nombre des partenaires locaux par province d'intervention				Total
	Nord-Kivu	Sud-Kivu	Maniema	Kinshasa	
OXFAM NOVIB	6	8	5	3	22
ICCO	2	6	0	0	8
Total Général	8	14	5	3	30

Cette étude qui a consisté à **lister les interventions** mises en œuvre par les partenaires locaux appuyés par OXFAM NOVIB et ICCO et **identifier les liens**, les ponts qui existeraient entre les domaines d'intervention de Santé, Droits sexuels et reproductifs d'une part, et celles en rapport avec les interventions de lutte contre le VIH/sida d'autre part. L'Étude présente également un aperçu des activités des autres organisations dans les deux domaines, notamment les programmes spécialisés du Ministère de la Santé (PNSR, PNLs) et de la Présidence de la République (PNMLS), les organismes des Nations-Unies, les ONG nationales et internationales, les œuvres médicales des confessions religieuses; pour cerner le contexte de la mise de ces interventions dans les provinces précitées.

La RDC est un pays qui est officiellement en situation post conflit et son contexte est caractérisé par une crise socioéconomique chronique et une instabilité politique avec des foyers de guerres larvées surtout à l'Est du pays où les groupes armés nationaux et étrangers subsistent et continuent à porter atteinte aux droits de l'Homme notamment en perpétrant des violences sexuelles à grande échelle.

C'est dans ce contexte que les deux ONG néerlandaises précitées, ont financé les organisations de la société civile (ONG et Associations locales) pour apporter leurs contributions à la réponse aux nombreux problèmes auxquels sont confrontées les populations dans les domaines de la Santé et de la Protection.

C'est ainsi que plus **de 30 organisations** dont la distribution par province et par ONG néerlandaise est mieux représentée en sus, avaient bénéficié de financements pour développer des projets et sous-projets axés dans divers domaines mais dont la Santé, Droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida ainsi que les opportunités des liens entre ces deux domaines d'interventions, ont fait l'objet de cette étude.

Le quadrillage des interventions mise en œuvre sur le terrain a montré que la plupart des partenaires locaux, sans posséder les documents de politiques et de plans stratégiques nationaux de la RDC dans ces deux domaines, ont développé des activités qui cadrent avec les objectifs locaux et nationaux en matière de Santé, droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida. D'autre part, il faut signaler que certaines interventions non reprises dans les référentiels nationaux ont été développées par les partenaires locaux à l'instar des activités de lutte contre les violences sexuelles (le PROCOVISE: ICCO et ses partenaires locaux) et celles de lutte contre le VIH/sida en milieu de travail (OXFAM NOVIB et ses

partenaires locaux). A travers le PROCOWISE part exemple, un système de référence et contre-référence "non formalisé" a été mis en place entre les ONG locales et Associations locales à vocation "défense des droits de l'homme"(Ex : Héritiers de la Justice, RADHF) et les structures sanitaires dans le cadre de la prise en charge systématisée de survivants des violences sexuelles (prise en charge médicosanitaire, psychosociale, juridique, socioéconomique,..)

C'est ainsi que l'inventaire différencié des interventions menées sur le terrain par les partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et d'ICCO a mis en relief la couverture des interventions telles que spécifiée dans les lignes qui suivent et qu'on peut mieux découvrir les détails au niveau d'un document détaillé à l'annexe V et intitulé " Cartographie des interventions et des intervenants locaux..."

i) Les interventions de Santé, Droits sexuels et reproductifs

En matière de **Santé, Droits sexuels et reproductifs**, l'étude a trouvé que plusieurs interventions ont été développées conformément aux neuf(9) composantes de la politique nationale et dont les plus saillantes sont axées dans le domaine de la prévention et de la protection à travers les actions de Sensibilisation (IEC/CCC) de populations bénéficiaires. La majorité des partenaires locaux ont développés leurs activités de sensibilisation dans l'une ou l'autre composante de SRHR (cfr encadré n°1, page 41 ci-dessous). Il s'agit de :

- A Kinshasa :
 - ADECOM (Promotion de la Maternité à moindre risque(MMR), de la planification familiale(PF), et du genre, Elimination des pratiques néfastes¹)
 - RECIC (Promotion du Genre dans la campagne "Nous pouvons", et de la Sexualité responsable, élimination des pratiques néfastes)

- A Maniema :
 - CRONGD/Maniema (Promotion du Genre, Elimination des pratiques néfastes)
 - ANAM: Promotion de la PF et du genre, Elimination des pratiques néfastes
 - UWAKI/Maniema : Promotion de la PF, du genre et de la sexualité responsable; Elimination des pratiques néfastes

- Au Nord-Kivu :
 - LOFEPACO : PF, promotion du genre, Elimination des pratiques néfastes
 - ASAF : Promotion de la PF, du Genre, CCC sur les IST, Elimination des pratiques néfastes
 - CRONGD/CEPROSAN : Promotion de la PF, du Genre, Sensibilisation sur les IST, Elimination des pratiques néfastes
 - Synergie des Femmes contre les Violences sexuelles : Promotion du Genre, Prévention des IST, Elimination des pratiques néfastes

- Au Sud-Kivu :
 - APIDE : Promotion de la MMR, du Genre, Prévention des IST, Elimination des pratiques néfastes
 - VAS : Promotion de la PF, du Genre, CCC sur les IST, Elimination des pratiques néfastes
 - LUNACOP : Promotion de la PF, de la sexualité responsable, Elimination des pratiques néfastes
 - UGEAFI : Promotion du Genre, de la sexualité responsable, Elimination des pratiques néfastes
 - UWAKI/Sud-Kivu : Promotion de la PF, du Genre, Prévention des IST, Elimination des pratiques néfastes
 - Groupe MILIMA : Prévention des IST, Elimination des pratiques néfastes

¹ Pratiques néfastes en SRHR = Violences sexuelles dont les viols, violences au foyer, Mutilations génitales féminines, mariages précoces, etc.

- Association ELMU : Prévention des IST, Elimination des pratiques néfastes
- ADI-Kivu : Promotion de la PF
- SARCAF : Elimination des pratiques néfastes
- SOFIBEF : Elimination des pratiques néfastes

Les organisations suivantes ne mettent pas en œuvre les interventions dans le domaine de SRHR. Il s'agit de :

- Province du Maniema : Maniema Libertés,
- Province du Nord-Kivu : FOPAC, DIOBAS/Nord-Kivu,
- Province du Sud-Kivu : OGP et CEPFOP,

Il faut noter depuis le mois de mai 2010, Le PROCOVISE mise en œuvre par ICCO a développé avec ses partenaires locaux une approche holistique couvrant les aspects suivants :

- *Assistance juridique*
- *Accompagnement psychosocial(APS)*
- *Référence médico-sanitaire*
- *Appui socioéconomique (Activités génératrices de revenu, distribution des outils aratoires, organisation des champs communautaires)*
- *Appui ponctuel aux structures de référence selon les besoins et la disponibilité des moyens*

Dans le domaine des infrastructures, l'étude a fortement apprécié les réhabilitations mais surtout le financement de la construction des centres de santé et des maternités à l'instar de ce que l'on retrouve dans la province du Maniema avec ANAM (cfr encadré n°7 en annexe, page 80), du Sud-Kivu avec Groupe Milima et à Kinshasa avec ADECOM pour ne citer que ces exemples. Des véritables "succes story" qui participe à la réalisation de la "feuille de route" pour l'accélération de réduction de la mortalité maternelle en RDC du Programme National de la Santé de la Reproduction(PNSR). Il faut signaler cependant dans toutes les provinces sous étude, hormis les "succes story" relevées, les activités relatives à la Maternité à Moindre Risque, à la planification familiale, la prévention et la prise en charge des avortements clandestins, les soins des IST et les problèmes génitaux non infectieux(fistules, cancers,...) bien qu'ayant été implémentées par quelques partenaires locaux; présentent un taux d'occurrence faible en deçà de 30% pendant qu'elles sont unanimement reconnues et considérées parmi les interventions qui sauvent des vies. La principale raison évoquée qui fait que les partenaires locaux ne s'engagent pas trop dans la mise en œuvre de ces composantes de la santé de la reproduction en RDC est l'insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières) nécessaires consécutive à la faible mobilisation des financements en faveur de ces interventions (voir Défis et Perspectives en annexe, page....)

L'élimination des pratiques néfastes, un des neuf (9) composantes de la politique nationale de santé de la Reproduction en RDC; a été le domaine d'intervention dominante, le plus multiplément implémenté. En effet, à cause des us, coutumes et traditions "rétrogrades"; plusieurs croyances et pratiques répréhensibles et incompatibles avec l'égalité du Genre et les droits de l'Homme sont encore vivaces dans les communautés urbaines mais surtout dans les milieux ruraux où sont perpétrées des violences basées sur le genre notamment les violences sexuelles (viols, esclavage sexuel, le proxénétisme,...), les violences au foyer, les mariages précoces et forcés des filles, les mutilations génitales féminines(voir encadrés n°5 et n°9, pages 71 et 87).

A cause de la situation de guerre larvée à l'Est de la RDC, ces pratiques néfastes ont une prévalence très élevée dans les provinces de Nord-Kivu, du Sud-Kivu et du Maniema où pullulent plusieurs bandes armées nationales et étrangères incontrôlées qui malheureusement ont transformé les corps de femmes "en champ de bataille" à travers les violences sexuelles qu'elles commettent encore et toujours impunément. C'est ainsi que plusieurs partenaires locaux d'Oxfam Novib et d'Icco se sont investis dans la lutte contre ces pratiques néfastes en développant des actions préventives(Sensibilisation)

mais en assurant aussi les Prises en charge (médicosanitaire, psychosociale, socioéconomique, judiciaire, spirituelle, ...) pour atténuer et/ou amortir les conséquences de ces crimes contre l'humanité.

Les **mutilations génitales féminines**(MGF) de la jeune fille passent être une des violences sexuelles les plus couramment pratiquées dans les communautés de l'ancien Kivu (Nord, Sud et Maniema). Dans le cadre de cette étude, les MGF sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la jeune fille et/ou de la femme pour des raisons non médicales. Elles portent les noms de "Kashina" en langue Shi (Sud-Kivu) et de "Kukurura mishuti" en langue Kinyarwanda (Nord-Kivu)... **L'étude a noté qu'aucune intervention n'est adressée pour lutter contre ces MGF** largement pratiquées tant en milieu urbain qu'en milieu rural et banalisées sinon "normalisées" par la socialisation liée au Genre dans **les communautés du Kivu**. Elles ont cependant des complications et des conséquences qui peuvent affecter l'avenir sexuel et conjugal de jeunes filles victimes de cette forme de MGF. Les résultats du focus group organisés dans la ville de Bukavu et dans le territoire de Walungu ont montré que 100% des participantes avaient subi cette forme de MGF considérées comme un rite de préparation à la sexualité responsable. Pour ce qui concerne l'ampleur de ce phénomène, l'OMS estime, à l'échelle mondiale ; de 100 à 132 millions, le nombre constant des filles et des femmes ayant subi des mutilations sexuelles dont environ 120 millions pour le seul continent africains soit 1/3 de la population féminine de l'Afrique². En Afrique, on recense 28 pays où les MGF sont pratiquées,- dont la RD-Congo où l'ampleur du phénomène se situe en deçà de 25%³. L'étude a observé que ce phénomène n'est pas suffisamment documenté en ce qui concerne la RD-Congo.

L'étude a mis en relief que la problématique des hommes/femmes ayant des rapports sexuels avec les hommes/femmes, c'est-à-dire **les homosexuels et les lesbiennes** est caractérisée par l'homophobie légalisée par les lois du pays mais surtout celle des communautés érigée en instruments de rejet social, de stigmatisation, de marginalisation, de discrimination et de sévices sociaux. Les partenaires locaux déclarent que ces pratiques sexuelles spécifiques ne sont pas tolérées par les us, mœurs, coutumes et traditions locales et par conséquent **les interventions en SRHR ne leur sont directement adressées** et ils (elles) continuent à vivre dans **la clandestinité**, avec le lourd poids de violences sexuelles subies. A Bukavu, les homosexuels et les lesbiennes ont créé leur Association dénommée "**Rainbow**" ou "**MAPAMBAZUKO**" pour avoir un cadre d'expression et de revendications de leurs droits de Citoyen.

La référence et la contre référence(RCR) en SRHR étant cruciale dans le cadre de la complémentarité et du continuum des services, l'étude a trouvé que les partenaires locaux n'ont pas encore mis en place un système de référence et contre-référence ainsi que celui de la décharge des bénéficiaires de leurs interventions sur le terrain. Cette insuffisance est constatée dans le cadre de système de RCR "interne", entre les partenaires financés par un même bailleur de fonds ainsi que dans celui du système de RCR "externe" entre les partenaires **d'Oxfam Novib et d'Icco** mais aussi entre les partenaires de ces deux ONG néerlandaises et les autres acteurs en SRHR présents dans les rayons d'actions.

ii) Les interventions de lutte contre le VIH et le Sida

En ce qui concerne ce domaine d'interventions, l'une des premières observations faites est celle de l'absence chez la majorité des ONG et Associations locales sous étude, de documents de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida en RDC; produits et diffusés par les Programmes Nationaux de lutte contre cette épidémie (PNLS, PNML). La conséquence de cet état de fait est d'une part, l'insuffisance de vulgarisation de ces référentiels par les Programmes Nationaux de lutte contre le VIH/sida (PNLS, PNMLS) et d'autre part; l'insuffisance de collaboration entre les bailleurs de fonds et leurs partenaires

² http://fr.wikipedia.org/wiki/mutilations_q%C3%A9nitaies_f%C3%A9minines

³ <http://seulsdanslecosmos.hautetfort.com/archive/2010/09/19/violences-faites-aux-femmes-en-afrique.html>

locaux d'un côté, et les programmes nationaux spécialisés de référence (PNLS, PNMLS) de l'autre.

En dépit de ce constat, les actions des partenaires locaux d'Oxfam Novib et d'Icco se sont retrouvées dans les trois grands axes stratégiques de lutte contre le VIH/sida, à savoir : i) La Prévention, ii) La Prise en charge médicales (soins et traitement), iii) L'atténuation de l'impact(le Soutien). Dans le cadre de la Prévention, les partenaires locaux d'Oxfam Novib semble être en avance des approches stratégiques des programmes nationaux en développant "La lutte contre le VIH/sida en milieu de travail"; une intervention importante et essentielle non encore reprise avec une vision et d'approches stratégiques spécifiques par les programmes nationaux(PNLS, PNMLS) qui ne s'adressent qu'aux sociétés privées/Les entreprises à travers le Comité Inter Entreprise de Lutte contre le Sida(CIELS) et non à l'ensemble du monde du travail.

D'ores et déjà, il faut faire remarquer que les activités se sont le plus concentrées dans l'axe stratégique de **Prévention** bien que quelques organisations se soient investies dans les actions d'Atténuation de l'impact (le soutien, le support) et très peu se sont "aventurées" dans la prise en charge médicale(les soins et traitement); en assurant essentiellement le prévention et le traitement des infections opportunistes.

Dans cette Prévention de la transmission du VIH, plusieurs activités ont été développées et ont ciblé des groupes spécifiques en fonction de chaque contexte particulier pendant que d'autres actions ont été adressées à la population générale. Ici, il faut signaler qu'en ce qui les HSH, à l'instar de SRHR; très peu d'interventions spécifiques leur sont adressées et les mêmes observations d'ordre légal, culturel et anthropologique sont de mise (rejet social et autres). Il faut aussi signaler que dans les trois provinces sous cette étude, on trouve un groupe spécifique le plus exposé au risque suite à sa mobilité et ses mœurs sexuelles libertines : ce sont **les miniers** communément reconnus sous le vocable de "**creuseurs**" de minerais. Aucune intervention retrouvée chez les partenaires locaux ne les cible pendant qu'ils constituent un des potentiels les plus redoutables de transmission du VIH (Argent et mœurs sexuelles "légères").

Dans ces actions de prévention, la Sensibilisation à travers l'IEC et la CCC, la promotion et la distribution des préservatifs a été le mode opératoire centrale chez tous les partenaires concernées. L'étude a trouvé une multitude de messages et de contenu de politiques propres à certaines Organisations et Associations locales; adressée parfois aux mêmes cibles dans un même rayon d'action. A la question de savoir quels messages de prévention étaient diffusés lors de séances de sensibilisation, la majorité d'organisations ont répondu que ce sont des messages initiés et conçus par elles-mêmes et différents d'une organisation à une autre. A titre d'exemples : i) à l'annexe IV, l'étude a repris en copie "La politique définie par une ONG locale en matière de lutte contre le VIH/sida en milieu de travail" ne dérivant pas des référentiels nationaux en cette matière; ii) les uns (ONG à vocation sanitaire) considèrent l'héritage des veuves (le sororat) comme une pratique néfaste qui peut assurer la transmission du VIH dans la fratrie tandis que les autres(ONG à vocation défense de droits des enfants) le défendent comme étant une pratique traditionnelle qui assure "la cohésion familiale" et l'avenir des enfants après le décès d'un mari et père d'une famille.

Les autres actions de la prévention n'ont été que faiblement et éparpillement entreprises par les organisations locales notamment la pair éducation, CDV, le don bénévole de sang, le DCIP, les services spécifiques pour les groupes les plus exposés au risque (PS, HSH, UDI, HFU, miniers, ados et jeunes), etc. (cfr tableau en infra). Ce qui représente un GAP important à combler.

Une observation singulière dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/sida par les partenaires locaux **d'Oxfam Novib et d'Icco** est la présence d'une certaine "rupture" entre les actions de sensibilisation, très abondantes d'une part, et l'insuffisance de l'articulation et de l'outillage d'un système de référence et contre-référence "interne" et/ou "externe" d'autre part; qui fait que l'orientation des bénéficiaires vers les **centres de conseils et dépistage (peu nombreux)**; ainsi que vers la prise en charge médicale(**soins et**

traitement) et l'atténuation de l'impact(**soutient, support**) reste un des obstacles dans la chaîne opérationnelle pour la réalisation d'une prise en charge holistique dans le cadre de la lutte contre VIH/sida.

L'étude a relevé qu'il ya très peu de bailleurs qui s'engagent à financer la Prise en charge médicale (soins et traitement). En effet, le pays connaît un grand problème pour assurer la thérapie antirétrovirale (TAR) aux PVVIH éligibles. L'approvisionnement en ARV est en grande partie financé par l'Extérieur et fournis principalement par le FONDS MONDIAL, la BANQUE MONDIALE et la Fondation CLINTON ne couvrent pas les besoins réels du pays et leur approvisionnement et distribution ne permettent pas d'assurer une disponibilité permanente (ruptures de stock fréquentes) des ARV au profit des PVVIH éligibles⁴.

iii) Les interventions établissant des liens entre la SRHR et la lutte contre le VIH et le SIDA

La revue des documents des politiques et plans stratégiques nationaux de SRHR et de VIH/sida préconise les interactions synergiques entre certaines interventions de SRHR et de VIH/sida. La 6^{ème} Composante de la politique nationale de Santé de la Reproduction de la RDC(PNSR) est ainsi libellé : *"Prévention et soins des infections génitales, des IST (y compris le VIH/Sida)"*. Dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et le Sida de PNLS et de PNMLS; mais aussi d'autres programmes qui ont soit la SRHR, soit la lutte contre le VIH/sida dans leurs attributions opérationnelles (PNSA, Tiers Projets VIH/sida); la volonté d'établir des liens, des ponts; est clairement exprimée. Toutefois, tout reste dans les textes, donc théorique. Hormis la PTME dont la mise en œuvre astreint le PNSR et le PNLS à "cohabiter" sur le plan opérationnel, la majorité d'intervention dont les liens ont déjà été établis et les effets bénéfiques réciproques mondialement reconnus; n'ont pas encore amorcée des liens efficaces. C'est le cas de la Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son bébé, etc..; En effet, le PNMLS déclare que la prévalence de VIH chez les personnes victimes de violences sexuelles est de 20% pendant que la lutte contre les violences sexuelles n'est pas une des activités prioritaires dans le cadre des actions prioritaires de la lutte contre le VIH/sida prônées par ce Programme Multisectoriel. Lorsqu'on imagine t que cette prévalence de 20% ne serait que le "sommet de l'iceberg " de la prévalence chez ces Personnes victimes de violences sexuelles dont la majorité se cache et reste dans l'anonymat et la clandestinité suite à la peur de la stigmatisation, de la discrimination, de la marginalisation et voire du rejet familial et/ou social. le développement "isolé" de certaines interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida ne s'expliquerait pas. Néanmoins la majorité des partenaires locaux d'Oxfam Novib et d'Icco perçoivent des liens et des passerelles qui pourraient être activées si des incitants financiers et programmatiques pouvaient être mis à contribution. Pour s'en rendre compte, la nature de ces liens est mieux explicitée en détail dans le listage d'interventions développées par chaque organisation. Toute fois, les possibilités des liens suivants ont été les plus identifiés, à savoir :

a) Des services VIH/sida vers la SRHR

- PTME et CPN
- PTME et CPoN
- Conseil et Dépistage Volontaire du VIH/sida et CPoN
- Prévention du VIH/sida et planning familial
- Procréation chez les PVVIH et Planning familial
- Prévention du VIH/sida et lutte contre les MGF
- GIPA et SRHR
- Prévention du VIH/sida et Services SRHR spécifiques pour les groupes à risque (PS, HSH, UDI, HFU, Miniers, VVS)

b) Des services SRHR vers la lutte contre le VIH/sida

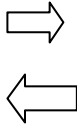
- CPN et PTME
- CPoN et PTME

⁴ Rapport National UNGASS/RD-Congo : Janvier 2008-Décembre 2009 ; soumis le 31 mars 2010

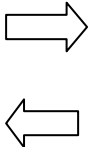
- PF et Prévention de la transmission du VIH
- PF et CDV
- SRHR des jeunes et ados et la Prévention du VIH/sida
- PEC IST et la Prévention de la transmission du VIH
- PF et Procréation chez les PVVIH
- Lutte contre les violences sexuelles et la Prévention du VIH/sida
- Allaitement maternel et PTM
- Promotion du Genre et la lutte contre VIH/sida
- Approvisionnement des intrants SRHR et VIH/sida
- Plaidoyer/lobbying en faveur de la SRHR et la lutte contre le Sid
- Centres de formation sur la SRHR et le VIH/sida

A titre d'illustration, l'étude présente quelques exemples de "ponts" qui peuvent être jetés entre les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH développées par les partenaires locaux sur le terrain :

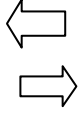
1. Province de Kinshasa

Types de liens	Interventions	Nom de l'Organisation	Liens avec	Interventions	Nom de l'Organisation
Elimination des pratiques néfastes en SRHR et Prévention du VIH/sida	Lutte contre les violences sexuelles	RECIC		DCIP	ADECOM
	Sensibilisation sur la sexualité responsable	RECIC		Prévention du VIH(DCIP)	ADECOM

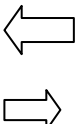
2. Province du Maniema

Types de liens	Activités	Nom de l'organisation	Liens avec	Activités	Nom de l'organisation
Maternité à moindre risque et Prévention du VIH	Sensibilisation sur la planification familiale	UWAKI/Maniema		Conseil et Dépistage du VIH	ANAM
	Sensibilisation pour la CPN	UWAKI/Maniema		PTME	ANAM
	Sensibilisation pour le CPoN	UWAKI/Maniema		PTME	ANAM
	Promotion de l'Allaitement maternel	UWAKI/Maniema		PTME	ANAM
Elimination des pratiques néfastes en SRHR et Prévention du VIH	Lutte contre les violences sexuelles	CRONG/Maniema		-Pair éducation VIH/sida -Sensibilisation contre les VS à la radio	MALI

3. Province du Nord-Kivu

Types de liens	Activités	Nom de l'organisation	Liens avec	Activités	Nom de l'organisation
Planification familiale et Prévention du VIH chez les PVVIH	la planification familiale	LOFEPACO		CDV	ASAF
	Planification familiale	CRONGD/CEPROSAN		CDV	ASAF
Elimination des pratiques néfastes en SRR et Prévention	Lutte contre les violences au foyer	UWAKI/Nord-Kivu		CDV	FOPAC
	Lutte contre les violences sexuelles	LOFEPACO		Soins et traitement	ASAF

4. Province du Sud-Kivu

Types de liens	Activités	Nom de l'organisation	Liens avec	Activités	Nom de l'organisation
PTME et CPoN	Sensibilisation pour la PTME	UWAKI/Sud-Kivu		CPN	APIDE
Violences sexuelles et Prévention du VIH/sida	Prise en charge judiciaire	Héritiers de la justice		Prise en charge médicale avec les Kit PEP	SARCAF
Sexualité responsable	Education sexuelle	VAS		Centres d'information sur le VIH/sida	ADI-Kivu
Maternité à moindre risque et prévention du VIH/sida	CPN, CPoN, Allaitement maternel	Groupe MILIMA		"Intégration"	IEC sur le Prévention de transmission du VIH dans les structures de Santé

Pour une meilleure orientation des liens entre les interventions des partenaires locaux, les priorités devront être définies au cours des concertations et des ateliers ad hoc pour que chaque bailleurs et ses partenaires locaux puissent mettre en relief les résultantes des liens prioritaires à établir et à mettre en œuvre à travers deux mécanismes : i) l'organisation d'un système de référence et contre-référence articulé et outillé (Bon de référence, fiches, registres, moyens de transport spécifiques,), ii) l'intégration des services par l'élargissement du PMA des partenaires locaux si possible.

Le listage des possibilités de liens exprimés par chaque Organisation locale se trouve au niveau de l'annexe V dans le document intitulé la "Cartographie des interventions et des intervenants locaux".

L'étude préconise à ce que chaque bailleur puisse s'en référer et en discuter avec ses partenaires locaux pour rechercher les moyens et les voies de matérialisation de ces liens exprimés.

Les conclusions ont été tirées sur base des principales observations et constatations pertinentes. Les recommandations ont été faites en interrelation avec les conclusions et formulées conséquemment en rapport avec les points forts à consolider et les points faibles à améliorer. **Elles s'articulent autour :**

- De l'analyse institutionnelle, de renforcement des capacités techniques (formations) et opérationnelles (intrants) des ONG et Associations locales en matière de SRHR et de VIH/sida
- De l'acquisition des documents de référence nationaux (politiques nationales, plans stratégiques nationaux, normes et directives, lois, code, modules) par toutes les ONG et Associations locales pour s'en servir comme référentiels dans le développement de leurs projets et la mise en œuvre des interventions sur le terrain en RDC
- De la consolidation de la lutte contre les violences sexuelles à travers un abord holistique (Prévention, Prise en charge, soutien, décharge et réinsertion communautaire)
- De la mise en place d'un paquet minimum et d'un paquet complémentaire d'activités essentielles dans les deux domaines pour répondre aux besoins "vulnérables"⁵ exprimés et/ou ressentis sur le terrain,
- De la mobilisation des ressources complémentaires ou additionnelles pour étendre géographiquement et/ou élargir la dimension (PMA) des interventions,
- De l'intérêt primordial d'élaborer et mettre en œuvre **Un plan intégré de communication** en matière de SRHR et de VIH/sida. Un chapitre de ce plan devra être entièrement consacré à la communication axée sur l'offensive contre les us, mœurs, coutumes et traditions rétrogrades qui entretiennent et pérennisent les pratiques néfastes en matière de SRHR (Mutilations génitales féminines, mariages précoces, violences sexuelles,...) et de lutte contre le VIH/sida (Sororat, lévirat, héritage de femmes comme biens, viols,...). **Les gardiens des us, coutumes et traditions ainsi que les ecclésiastiques (prêtres, diacres, pasteurs)** doivent être spécifiquement et particulièrement ciblés par les actions de ce plan intégré de communication.
- De la mise en place d'un système articulé, ordonné et outillé **de référence et contre-référence** ainsi que la décharge des bénéficiaires (mesures d'accompagnement de sorties du système). *Selon Oxfam Novib, les outils de référence et contre référence existent et qu'il serait souhaitable de procéder au préalable à une formation des partenaires locaux pour que chacun fasse une autoévaluation afin de dégager ses véritables priorités opérationnelles.*
- L'intérêt à adresser les projets à la problématique des groupes spécifiques les plus marginalisés tels que les Hommes/Femmes ayant des rapports sexuels avec les Hommes/Femmes (**Homosexuels et lesbiennes**)
- Du besoin d'adresser des projets à certaines populations parmi les plus exposés au risque dans l'ancien Kivu⁶ mais ignorées par la plupart des interventions et qui constituent un potentiel de propagation important : **les miniers, "les creuseurs des minéraux"** entre autre "**les mamans twangeuses**" (Femmes concasseuses des pierres minérales.
- De l'amélioration de mécanismes de coordination des interventions "intra bailleur"⁷ de fonds (Réunions périodiques, revues périodiques, supervisions pédagogiques, référence et contre référence, standardisation des outils de gestion et de collecte des données, Epreuves de clients mystérieux,...) et "extra bailleur" de fonds (réunions

⁵ Vulnérabilité technique et opérationnelle des besoins.

⁶ Ancien Kivu = Provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et Maniema à l'est de la RD-Congo

⁷ Coordination des interventions "intra bailleur": C'est la coordination des interventions des partenaires locaux financés par le même bailleur. Ici c'est soit les partenaires locaux d'Oxfam Novib ou d'ICCO.

des clusters thématiques : Santé, Protection, Nutrition, Violences sexuelles, réunion de coordination humanitaire, Diagnostic situationnel conjoint, etc...).

- Des possibilités d'établissement des liens entre les interventions de SRHR et de VIH/sida pour assurer les économies d'échelle nécessaires dans des contextes de travail (rayons d'action) où les moyens sont très limités face aux besoins exprimés et/ou ressentis toujours très nombreux.
- Des possibilités de capitaliser les opportunités présentes ou potentielles par le renforcement de **la Coordination (interne, externe) des interventions** à travers un partenariat multiple et interagissant avec **la contre partie gouvernementale** (Ministères de la santé, PNSR, PNSA, PNLS, PNMLS) et **les autres organisations et institutions tant nationales qu'internationales** afin d'assurer les économies d'échelle et d'éviter le gaspillage dû aux chevauchements des interventions et des cibles sur le terrain

Les lignes qui vont suivre vont éclairer davantage sur le contexte, la portée de l'étude, l'approche méthodologique, le déroulement de l'étude, l'état des lieux des interventions, les conclusions tirées ainsi que les recommandations proposées pour consolider les acquis et améliorer les faiblesses observées.

2 Contexte

La République Démocratique du Congo(RDC) est un pays d'Afrique Centrale, qui couvre une superficie de 2.345.409 km² et aligne une frontière de 9.045 km avec neuf pays voisins : Angola, Burundi, République Centrafricaine, République du Congo, Ouganda, Rwanda, Soudan, Tanzanie et Zambie.

FIGURE 1 : LES PAYS FRONTALIERS DE LA RDC



Avec un taux de croissance annuelle de 3,1%, La population de la RDC est actuellement estimée en 72 millions d'habitants⁸

Plus de 70% de cette population vit en milieu rural et 57% a moins de 20 ans. Il existe plus de 300 tribus et environ 250 dialectes⁹.

La langue officielle est le français. En plus des dialectes, la RDC compte quatre langues nationales : le Swahili parlé par environ 40% de la population, le Lingala (27,5%), le Kikongo (17,5%) et le Tshiluba (15%)².

Les quatre langues nationales découpent le pays en quatre grandes aires linguistiques:

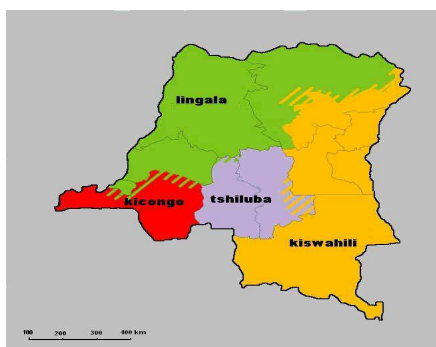


FIGURE 2 : AIRES LINGUISTIQUES DE LA RDC

La majorité des Congolais sont de religion chrétienne. Les catholiques forment 40 % de la population, les protestants, 35 %, les kimbanguistes (une importante Église d'origine africaine), 10 %. Il existe également des communautés musulmanes (12 %), juives et grecques orthodoxe

⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9public_d%C3%A9mocratique_du_Congo

⁹ Ministère de la santé de la RDC : www.minisante_rdc.cd/notreministere.

Actuellement, le territoire national est découpé en 11 provinces dont la ville de Kinshasa, la capitale.

FIGURE 3 : PROVINCES ADMINISTRATIVES ACTUELLES DE LA RDC

1. [Bandundu](#)
2. [Bas-Congo](#)
3. [Équateur](#)
4. [Kasaï-Occidental](#)
5. [Kasaï-Oriental](#)
6. [Katanga](#)
7. [Kinshasa](#)
8. [Maniema](#)
9. [Nord-Kivu](#)
10. [Orientale](#)
11. [Sud-Kivu](#)



Le taux de scolarisation est de 52% et le taux général d'analphabétisme est très élevé(33,2%) et atteint 43,3% chez les femmes.

Des décennies de mauvaise gestion et les récents conflits armés ont freiné le développement et provoqué l'effondrement du tissu économique et le délabrement des l'infrastructures sociales de base.

Les violations des droits humains, resultats des conflits armés, en particuliers des enfants et des femmes, ont eu des repercussions très profondes aux seins des populations.

Ces conflits civils à répétition et les fréquents troubles qu'a connu le pays ont entraîné des mouvements des populations, avec concentration dans certaines cités et des villes. Ces milliers de personnes y vivent avec un statut de déplacés, et à une précarité économique et sociale qui les rend encore plus vulnérables en ce qui concerne la Santé de la Reproduction et vis-à-vis de l'infection à VIH. Bien plus, ces troubles sociaux ont aussi occasionné des violences sexuelles individuelles et collectives à grande échelle surtout à l'est du pays où jusqu'aujourd'hui ; les violences sexuelles continuent largement à s'y perpétrer impunément ; ce qui constitue un autre moyen de propagation du VIH.

En matière de la Santé et des droits sexuels et reproductifs et de la lutte contre le VIH/sida, la RDC à travers les programmes spécialisés du Ministère de la Santé notamment le Programme National de Santé de la Reproduction(PNSR), le Programme National de Lutte contre le Sida(PNLS) et le Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA(PNMLS) s'est dotée des documents de politique nationale de la Santé de la Reproduction(2007), des normes et directives et d'un plan stratégique national de Lutte contre le VIH et le Sida 2008-2012 et d'un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/sida 2010-2014. Ces documents constituent des outils principaux de référence pour toutes les interventions en matière de Santé et droits sexuels et reproductifs et en matière de la lutte contre le VIH/sida en RDC.

2.1 Situation de santé, droits sexuels et reproductifs en RDC

Après l'adoption des résolutions de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, la RDC à travers son Ministère de la Santé ; avait élaboré la première politique nationale de Santé de la reproduction en 1998 ; à l'aune d'une période caractérisé par une succession de conflits armés. Très vite cette politique nationale est devenue anachronique et obsolète dans un contexte international caractérisé par une évolution rapide des approches stratégiques et des concepts en matière de Santé , Droits sexuels et reproductifs d'une part, mais aussi la prise en compte de l'équité « Genre » dans tous les projets et programmes de Développement.

C'est ainsi qu'une première ébauche de révision de cette politique a eu lieu en 2007 et ensuite finalisée en 2008.

L'analyse de la situation en rapport avec la Santé, Droits sexuels et reproductifs en RDC révèle une situation très alarmante caractérisée par une morbidité et une mortalité très élevée de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les facteurs causaux primordiaux et primaires sont nombreux et intriqués. Ils sont politiques, socioéconomiques, démographiques, culturels, anthropologiques tandis que les causes secondaires et tertiaires sont celles liées aux déterminants de couverture en Santé, Droits sexuels et reproductifs, à savoir, la maîtrise de la population cible, la disposition des ressources, l'accessibilité géographique, l'utilisation de services, la couverture adéquate et la couverture effective.

« En principe une femme ne pouvait pas mourir en cherchant à donner la vie » mais aussi « un enfant ne pouvait pas mourir à la suite de morbidités évitables et/ou curables »

Les paramètres qui suivent démontrent à suffisance l'ampleur et la gravité de la situation de Santé, Droits sexuels et reproductifs en RDC¹⁰ :

Tableau n°2 : Indicateurs de la Santé de la Reproduction en RDC.

Indicateurs	Valeur	Référence
Taux de mortalité maternelle	1289/100.000 NV	MICS 2, 2001
Taux de mortalité infantile	126/1000 naissances	MICS2, 2002
Prévalence contraceptive (méthode moderne)	5,7%	EDS, 2007
Séroprévalence à VIH chez les personnes victimes de violences sexuelles	20%	PNMLS, 2010
Indice synthétique de fécondité	6,3	EDS, 2007
PTME du VIH	2,2%	UNGASS/RDC, 2010
Nombre des Maternités couvertes en PTME	9,5%	EDS, 2007
Létalité consécutive aux Interruptions Volontaire de Grossesse chez les adolescentes	30%	ELS, 1998
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (sites sentinelles)	4,6 %	PNLS, enquête 2003-2004
Proportion de femmes VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie antirétrovirale pour la PTME	1,6%	PNMLS, 2006
Taux de grossesses précoces	22%	MICS2, 2001

A ces indicateurs il faut ajouter : **i)** la faible couverture nationale en Structures de référence surtout en milieu rural, pour prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales et néonatales, **ii)** la distribution asymétrique et inéquitable des ressources humaines qualifiées ;

¹⁰ Politique Nationale de Santé de la reproduction de la RDC. Juillet 2008

la moitié de personnel qualifié (médecins, infirmiers, anesthésistes) est confinée à Kinshasa (la Capitale) et les $\frac{3}{4}$ sont dans les 11 grandes villes provinciales ; **iii**) les déterminants de couverture sont au rouge : **a**) la population cible, l'une des bases de toute planification ; n'est pas connue. Pas de recensement de population depuis 1984 ; **b**) l'insuffisance des ressources (humaines, matérielles, financières) à tous les niveaux ; **c**) l'accessibilité physique difficile : insécurité, les routes impraticables ou inexistantes, les moyens et coût de transport prohibitifs ; **d**) la faible utilisation des services : tarifs prohibitif, facteurs culturels et anthropologiques ; **e**) la démotivation du personnel de santé : salaires bas ou impayés ; En plus de tout cela, il faut signaler la fuite ininterrompue des cerveaux vers d'autres pays.

2.2 Situation de la lutte contre l'épidémie à VIH en RDC

Dans l'histoire moderne de l'écllosion de l'épidémie mondiale à VIH, la RDC (ex-Zaïre) a été l'un des pays qui a été au centre de l'intérêt international du fait qu'à l'instar des USA où les premiers cas de syndromes d'immunodéficience acquise ont été signalés dès la fin des années 1970 ; les premiers cas de cette maladie notifiés en RDC l'ont été en 1983. Dès 1984, l'épidémie à VIH avait été reconnue officiellement par le Gouvernement de la RDC (ex-Zaïre), pendant que plusieurs pays cachaient son existence pour des motivations floues et injustifiées.

Il s'en était suivi la mise en place de la réponse, sinon de la riposte à cette épidémie marquée successivement par la création du « Projet SIDA » (1984), du Conseil National de Lutte contre le SIDA (1985) avec des élans multisectoriels, du Bureau Central de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST sous tutelle du Ministère de la Santé (1987),

Dans la décennie 1991-1999, cet élan primordial de réponse face à l'épidémie du VIH avait été considérablement ralenti à cause des troubles sociopolitiques qui ont caractérisés cette période et qui n'ont pas permis la mobilisation des ressources nécessaires et essentielles pour contrer la propagation de ce fléau. Il faut signaler qu'en 1995, avec l'appui de l'OMS et du PNUD, un redémarrage timide mais motivé des activités de lutte avait été amorcé et aboutit à la création du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en 1998.

A la fin des années 1990 et à dans la foulée des accords de paix, une politique nationale sous-tendue par un plan stratégique national décennal 1999-2008 avaient été élaborés pour servir de « boulevard » sur lequel les actions de lutte contre le Sida devraient passer pour freiner la progression de l'épidémie.

Au décours des années 2000, l'approche de la lutte pilotée par le Ministère de la Santé à travers le PNLS et mise en application en référence au plan stratégique décennal, s'est révélée très vite « monosectoriel », obsolète et en déphasage avec l'approche de lutte multisectorielle contre le Sida prônée par les instances internationales de lutte contre le SIDA et soutenue par des Déclarations (OMD, UNGASS, « three ones », 3 by 5, Brazzaville, etc....), des **initiatives et des mécanismes de mobilisation de fonds pour la lutte tels que MAP(2000), Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose(2002) et PEPFAR(2003)** et déjà expérimentée par certains pays grâce à la mobilisation bilatérale et/ou multilatérale de fonds à l'instar de financement des projets MAP par la BANQUE MONDIALE.

C'est ainsi qu'en 2004, à la suite du décret présidentiel n°04/029 du 17 mars 2004 portant création du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) que l'approche de lutte contre le Sida véritablement multisectorielle en RDC a amorcé sa mise en route. Pour permettre au « nouveau-né » (PNMLS) de croître et de se développer ; le Banque Mondiale avait consenti un Accord de Don d'un montant de cent millions de dollars américains sur lesquels devraient s'apparier un apport du Gouvernement de la RDC d'un montant de plus de deux millions de dollars américains pour mobiliser un montant total de plus de 102 millions de dollars américains devant couvrir le financement d'un projet multi annuel de cinq ans (projet MAP/BM).

Ce financement de la Banque Mondiale s'est effectué dans un environnement favorable caractérisé par : (i) L'existence d'un décret présidentiel portant création du PNMLS ; (ii) la promulgation d'une nouvelle constitution découplant le Pays en 26 provinces et proclamant la

¹¹ Wikipédia : Le Syndrome d'Immunodéficience acquise ; -Histoire de la maladie

Décentralisation pour rapprocher les Centres de décision avec les administrés ; (iii) La mise en place des institutions démocratiques issues des élections et la reprise de coopérations bilatérales et multilatérales ;(iv) La feuille de route pour l'accès universel à la prévention, aux soins et traitement 2007-2010 ; (v) Le cadre d'assistance des Nations Unies pour le Développement (CAF/UNDAF 2008-2012) ; (vi) La promulgation de la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant Protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées ; (vii) La mobilisation accrue des ressources additionnelles et/ou complémentaires à travers plusieurs sources bilatérales et/ou multilatérales(PEPFAR, USAID, Fonds Mondial,...)¹²Le Programme National multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA(PNMLS) vise particulièrement l'atteinte des objectifs suivants :

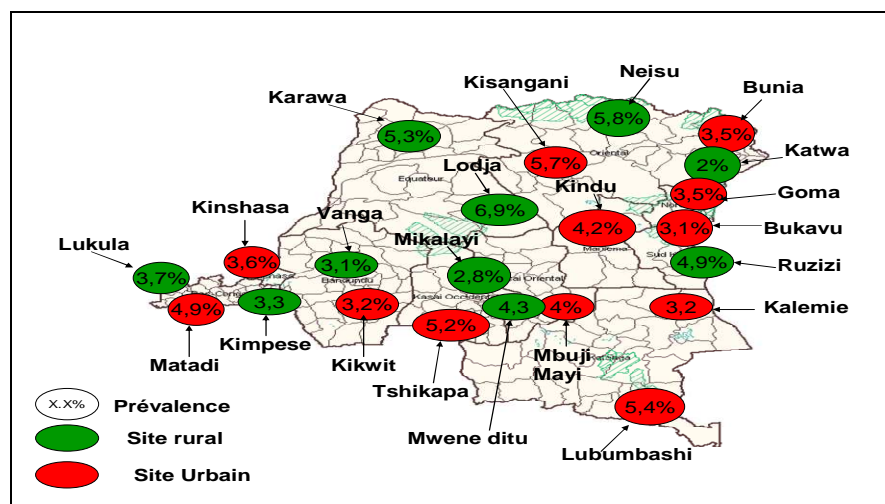
i) La baisse sensible de la propagation de l'infection au VIH/SIDA par la réduction du risque de transmission sexuelle, sanguine et verticale de l'infection,
 ii) l'amélioration de l'état sanitaire et la qualité de vie des personnes vivant avec le virus du SIDA (PVV), par le renforcement et la qualité des services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (soins, traitement, assistance psychosociale), l'atténuation de l'impact socio-économique de l'épidémie sur les populations vulnérables par une plus grande disponibilité des services générateurs de revenus aux PVV et à leurs familles, ainsi que par une protection sociale accrue dans les communautés affectées.

Les principales composantes ce Programme sont :

- Réponse du Secteur Public (Ministère de la santé et autres ministères sectoriels)
- Réponse du Secteur Privé et des Entreprises
- La réponse des ONG & Confessions Religieuses
- Réponse des Initiatives Communautaires
- Coordination, Gestion et Suivi et Evaluation du Projet

La séroprévalence nationale oscille autour de 4 % pendant qu'elle de 3,5% au Nord-Kivu, 3,1% au Sud-Kivu, 4,2% au Maniema et 3,6% dans la ville-Province de Kinshasa ; sites concernés par cette étude. Ces prévalences observées étant au dessus 1%, placent les provinces concernées par cette étude dans une situation d'épidémie généralisée.

Figure 4. Prévalence du VIH/sida dans les sites sentinelles de la RDC en 2007



Source : PNLS, « Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN en 2006 », Kinshasa, Décembre 2007¹³.

¹² PNMLS, Plan stratégique national de lutte contre le sida 2010-2014, page 11

¹³PNLS : Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2008-2012.

En RDC, La lutte contre le VIH/sida est coordonnée par deux grands programmes spécialisés notamment le PNMLS (approche multisectorielle), le PNLS (aspects techniques sanitaires) auxquels il faut adjoindre d'autres programmes spécialisés ayant certaines stratégies de lutte contre le Sida dans leurs attributions, en l'occurrence ; le PNSR (PTME, Violences sexuelles, Santé sexuelle et reproductif des adultes), le PNSA (PTME, violences sexuelles, SSR des adolescents) , PNLT (coïnfection VIH-TUB), PNTS (sécurité transfusionnelle).

Les organismes des Nations-Unies (ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA et les autres), les ONG internationales, les organismes de Coopération bilatérale (CTB, GTZ, USAID, PEPFAR,...), les œuvres médico-sanitaires des églises (BDOM, CARITAS, CEPAC, CELPA, IMA...), les autres organisations de la Société civile ; appuient la lutte à travers des actions dans différents axes stratégiques.

Il faut faire une mention spéciale au FONDS MONDIAL de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et la BANQUE MONDIALE ainsi que la Fondation Clinton dont l'appui au financement des projets de lutte contre le VIH/sida a permis l'accès particulièrement gratuit à la **trithérapie antirétrovirale** à des milliers des PVVIH. *En effet, les données disponibles indiquent que le nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'Antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (aux normes de l'OMS/ONUSIDA) était de 24645 en 2008 contre 34967 en 2009 sur un nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé de 272793 en 2008 contre 283055 en 2009. Ces chiffres donnent un pourcentage de 9,0% (2008) et de 12,4%(2009) d'adultes et d'enfants atteints dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé et qui reçoivent les antirétroviraux en RDC¹⁴.*

La mise en œuvre de la lutte contre le VIH/sida est structurée par des documents de politiques et de plans stratégiques nationaux qui définissent les principaux axes d'interventions auxquels tous les intervenants dans le domaine de la lutte contre le sida sont sensés se référer pour harmoniser leurs logiques d'intervention et aligner **leurs actions** conformément à la **Déclaration de Paris** sur l'efficacité des aides au développement.

En RDC, les axes d'interventions dans la lutte contre le VIH/sida sont : a) La Prévention, b) La prise en charge, c) l'atténuation de l'impact.

La Prévention réfère aux interventions suivantes : (a) la sensibilisation (IEC,CCC), (b) le Conseil et de dépistage du VIH, (c) la sécurité transfusionnelle, (d) Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle (abstinence, fidélité, préservatifs), (e) PTME, (f) Prévention de la transmission du VIH en milieu de travail (Mesures de précaution universelle), (g) Le traitement des déchets biomédicaux, (h) Dépistage et traitement des IST (autres que le VIH)

La prise en charge concerne les interventions ci-après : (a) Prophylaxie et prise en charge des infections opportuniste, (b) La thérapie antirétrovirale, (c) Accompagnement psychosocial et soins à domicile.

L'atténuation de l'impact mobilise les actions suivantes : (a) Lutte contre la stigmatisation et les discriminations, (b) appui socioéconomique aux PVVIH et aux PAVIH, (c) Appui juridique

2.3 Situation des interventions établissant des liens entre la santé, les droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida en RDC

Comme spécifié à l'introduction, en RDC, les documents de politiques et de plans stratégiques nationaux des programmes spécialisés (PNSR, PNLS, PNMLS) mentionnent clairement l'importance des liens entre ces deux domaines d'intervention. Ça c'est sur le papier. Au niveau opérationnel, l'établissement des liens, des « ponts », des passerelles entre les

¹⁴ Rapport National UNGASS, RD-Congo : Janvier 2008-Décembre 2009 ; soumis le 31 mars 2010

interventions, les projets et les programmes semble difficile à se concrétiser. Hormis le PTME qui astreint les programmes à « cohabiter » pour sa mise en œuvre ; les autres interventions dont l'importance des liens et de l'intégration des activités et des services est bien connue et dont les expériences sont actuellement bien documentées.

Selon la revue de la littérature réalisée, l'importance des liens ou mieux, de l'intégration de santé et des droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida n'est plus à démontrer.

En effet, les cinq raisons¹⁵ suivantes justifient, et à juste titre, pourquoi il faut intégrer la santé, droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida :

2.4 Les problèmes/défis transversaux entre le VIH/sida et la SRHR

En Afrique subsaharienne, la transmission du VIH se fait essentiellement par voie hétérosexuelle qui constitue un espace d'intersection entre la SRHR et la lutte contre le VIH/sida. Cette focalisation organique devrait pousser les décideurs à lier la mise en œuvre des interventions de ces deux domaines pour en faire bénéficier les communautés. Actuellement, il est unanimement prouvé que les violences sexuelles représentent une des causes évidentes de la transmission du VIH/sida dans beaucoup de pays et principalement à l'est de la RDC où l'état de guerre larvée et l'absence de l'autorité de l'Etat dans plusieurs sites; favorisent les violences envers les femmes notamment les viols et l'esclavage sexuel. Dans la plupart des cas les femmes victimes de violences sexuelles (viols) restent souvent dans l'anonymat et la clandestinité pendant la séroprévalence à VIH dans ce groupe est très élevée et de l'ordre de 20% selon le PNMLS¹⁶.

Il va sans dire que organiser la lutte contre les violences sexuelles sans lier voire intégrer avec la lutte contre le VIH/sida serait une démarcation stratégique inopportune et vice versa.

La revue de la littérature internationale démontre à suffisance qu'il y a intérêt pour les projets, les programmes, les gouvernements et les bailleurs de fonds de mettre en liaison les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida pour les raisons évidentes suivantes :

- a) **Il y a un consensus international sur les bénéfices de l'intégration de Santé sexuelle, les droits sexuels et reproductifs et du VIH.** Depuis 2004, six organisations internationales et un certain nombre de forums internationaux ont décidé de promouvoir l'intégration (voir Tableau 1). L'Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA et d'autres collaborateurs ont publié des lignes directrices pour aider les preneurs de décision et les responsables de programmes à poursuivre l'intégration d'une manière stratégique et efficace du point de vue des coûts

Tableau 3 : Déclarations de Politiques de Gestion Internationales sur les liens entre PF/SR et le VIH pour atteindre les objectifs du Caire et les Objectifs de Développement du Millénaire 2004-2009

Année	Organisation	Rapport/Politique de gestion
2004	OMS/FNUAP :	L'Appel à l'Action Glion sur la Planification Familiale et le VIH/SIDA parmi les femmes et les enfants
2004	FNUAP/ONUSIDA/ Family Care International :	L'Appel à l'Action de New York pour l'Engagement : Lier le VIH/SIDA et la Santé Reproductive et Sexuelle
2005	ONUSIDA :	La Stratégie ONUSIDA, Intensifier la Prévention du VIH, identifie l'intégration des interventions comme une action de politique de gestion essentielle
2006	AG de l'ONU :	La Déclaration d'Engagement pour le VIH/SIDA recommande le renforcement des liens pour les politiques de gestion et les programmes entre la santé

¹⁵ <http://www.prb.org/frenchContent/Articles/2010/integretingfp-fr.aspx>

¹⁶ PNMLS : Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2010-2014.

2006	Union Africaine :	L'Accès Universel aux Services de Santé Reproductive et Sexuelle Intégrés en Afrique : recommande l'intégration des services pour le VIH/SIDA aux services de santé reproductive
2006,	OMS :	Consultation Technique sur l'Intégration des Interventions VIH dans les Services de Santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant
2007	UNICEF, OMS:	Guide pour une Augmentation d'Echelle mondiale de la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant : les liens entre la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant et les services de santé reproductive et sexuelle sont une stratégie clef.
2009	ONUSIDA, OMS :	Considérations Stratégiques pour le Renforcement des Liens entre les Politiques de Gestion, les Programmes et les Services de Planification Familiale et de VIH/SIDA, un Appel à l'Action

a) Certaines interventions de SRHR peuvent constituer des véritables opportunités de lutte contre le VIH/sida à l'instar de La planification familiale qui est une stratégie clef de la prévention du VIH mais elle est largement sous-utilisée. L'importance de la Planification Familiale pour réduire la transmission de la mère à l'enfant ne reçoit pas assez d'attention. Chaque année, on évite environ cinq millions grossesses non désirées parmi les femmes séropositives en Afrique sub-saharienne grâce à la contraception. Il est certes essentiel que toutes les femmes qui ont besoin de thérapie antirétrovirale (TARV) y aient accès, mais l'utilisation de la contraception évite déjà un plus grand nombre d'infections à VIH parmi les nourrissons que la TARV. A ce niveau, le pourcentage des femmes VIH positives ayant reçu les ARV pour la PTME est de 2,2% en RDC. Le pourcentage de nourrissons né des mères VIH positives infectés au VIH est de 23%. Si le besoin non satisfait de contraception parmi toutes les femmes de la région qui ne souhaitent pas tomber enceintes était satisfait, 533 000 grossesses supplémentaires non désirées pourraient être évitées parmi les femmes séropositives chaque année. En RDC, la prévalence contraceptive est 5,8% (EDS 2007) tandis le besoin non satisfait en planning familial chez les femmes mariées est de 24%(EDS 2007).

b) L'intégration est rentable, améliore l'accès aux soins de santé et accroît la durabilité financière. L'intégration est rentable pour le client et le système de santé qui sont capables de partager les sites de services. On évalue que la fourniture de services de planification familiale dans les centres de traitement de soins VIH permet d'économiser presque US\$25 pour chaque dollar dépensé¹⁷.

Etant donné qu'on a à ce jour réalisé peu de progrès pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH ou répondre à la demande croissante de PF, l'intégration est une stratégie pour maximiser les ressources limitées et fournir de meilleurs services aux clients

D'autre part, la santé et les droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida sont essentiels pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement(OMD) et sont respectivement ciblés sous l'OMD5 et l'OMD6. La synergie et/ou la complémentarité de ces deux domaines d'interventions sont d'une nécessité quasi impérieuse.

¹⁷ <http://www.prb.org/frenchContent/Articles/2010/integretingfp-fr.aspx>

3 JUSTIFICATION

Le commanditaire de cette étude, STOP AIDS NOW!, est un partenariat entre AIDS Fonds (Fondation néerlandaise pour la lutte contre le Sida) et les quatre principales organisations de coopération au développement aux Pays-Bas : Cordaid, Hivos, ICCO et Oxfam Novib. Il a été fondé pour renforcer la riposte de ses partenaires néerlandais au sida dans les pays de l'hémisphère Sud en voie de développement incluant la République Démocratique du Congo dans les Provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema et dans le ville-Province de Kinshasa. Au cours de la période allant de 2010-2015, STOP AIDS NOW! S'attachera à accroître les efforts de ses partenaires pour lier ou intégrer la Santé et les droits sexuels et reproductifs (sigle en anglais : SRHR) et le VIH/sida.

Les interactions sont manifestes entre les SRHR et le VIH/sida, car la plupart des infections à VIH sont transmises sexuellement ou sont liées à la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. En outre, la mauvaise santé de la reproduction et le VIH et le sida ont des causes fondamentales analogues qui incluent la pauvreté, l'inégalité sociale et l'inégalité entre les sexes ; outre la marginalisation des populations les plus vulnérables (OMS, 2006).

Désormais, des données de plus en plus nombreuses révèlent qu'il existe d'importantes synergies entre les SRHR, la prévention du VIH et les efforts déployés en matière de prise en charge et de traitement. Selon l'OMS, « forger des liens plus étroits entre ces secteurs de programmes devra entraîner d'importants avantages au plan de la santé publique, et est nécessaire pour atteindre les objectifs et les cibles du développement international » (OMS, 2006)¹⁸.

C'est dans cette optique que cette étude a été parrainée par STOP AIDS NOW !, pour faire le point sur l'état de lieux actuel des interventions de Santé et droits sexuels et reproductifs et le VIH/sida mises en œuvre par les partenaires locaux d'ICCO et d'OXFAM Novib à travers les provinces précitées.

¹⁸ Odette Salden : Termes de références de cette étude.

4 OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif général

Identifier un domaine d'intervention pour renforcer les efforts des associations locales soutenus par les partenaires néerlandais de STOP AIDS NOW ! en RDC, à relier la santé et les droits sexuels et reproductifs à la réponse au VIH, et vice versa.

Objectifs spécifiques

- *Objectif spécifique n°1* : Répertorier les interventions (les activités) développées dans les domaines de Santé et droits sexuels et reproductifs, de lutte contre le VIH/sida ainsi que celles établissant les rapprochements entre les deux domaines d'interventions mises en œuvre par les partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et d'ICCO.
- *Objectif spécifique n°2* : Analyser le contexte local en rapport l'existence de politiques, de lois et de plans en matière de SRHR et de VIH/sida mis en œuvre en RDC tout en identifiant les principaux acteurs ainsi que les obstacles sur le terrain.
- *Objectif spécifique n°3* : Documenter les leçons apprises, les défis, les stratégies, les opportunités et les perspectives en matière de Santé et Droits sexuels et reproductives et la lutte contre le VIH/sida.

5 PORTEE DE L'ETUDE

La présente étude a été effectuée dans quatre provinces de la RD-Congo. Il s'est agit de : Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema et la ville-Province de Kinshasa.

Les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et du Maniema, « l'ancienne KIVU », sont situées à l'Est du pays et présente en commun ; les principaux caractéristiques suivants, à savoir :

- Une situation de guerre larvée occasionnée par une multitude des groupes armés nationaux et étrangers,
- La présence de populations déplacées internes qui vivent dans le dénuement et dans un état d'instabilité et de promiscuité,
- La proximité des pays voisins ayant de prévalence de VIH relativement élevée ;
- Leur positionnement dans le corridor de l'Afrique de l'Est favorise la mobilité de populations et le trafic routier transfrontalier avec toutes les conséquences en matière de circulation de maladies ;
- L'exploitation minière artisanale à grande échelle ;
- La pauvreté généralisée de la population dont 80% vit avec moins de 2 dollars par jour¹⁹ ;
- Les violences sexuelles continuent à être perpétrées au sein des communautés
- A cause de ces guerres à répétition, les infrastructures sociales et sanitaires de base sont dans un état de délabrement avancé.

Les populations du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et du Maniema sont estimées respectivement à plus de 5,5 millions, 4,8 millions et 3,7 millions.

La ville-province de Kinshasa est la capitale du pays. Elle est située à l'Ouest à plus de 2000 km à vol d'oiseau des provinces sus citées. Elle a 24 communes. C'est une mégapole habitée par plus de 10 millions d'habitants et dont les problèmes socioéconomiques, culturels et anthropologiques sont nombreux et variés. Elle est une synthèse des us, coutumes et traditions ainsi que de cultures de plus de 250 tribus qui constituent la RDC mais aussi l'expression de différents maux caractéristiques des mégapoles des pays en voie de développement : Chômage, bidonvilles, insalubrité, promiscuité, etc....Autant de facteurs socioéconomiques, culturels et anthropologiques qui favorisent la survenue et l'entretien des problèmes en rapport avec Santé, Droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida.

Cette étude en rapport avec les interventions de la SRHR et le VIH/sida a impliqué vingt(23) partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et sept(7) partenaires d'ICCO selon une distribution géographique par bailleur et par province telle présentée dans le tableau ici-bas.

Tableau 4 : Distribution géographique et nominale des partenaires locaux

	PROVINCES	PARTENAIRES LOCAUX		OBSERVATIONS
		OXFAM NOVIB	ICCO	
1	Kinshasa	1. ADECOM		
		2. RECIC		
		3. HRW		N'a pas participé
		4. NOUS POUVONS		N'a pas participé
	Sous-total 1	04	0	

¹⁹ http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9publique_d%C3%A9mocratique_du_Congo

2	Maniema	1. Cohésion Sociale		Intégrée dans CRONG
		2. CRONGD		
		3. ANAM		
		4. UWAKI		
		5. MANIEMA LIBERTE		
	Sous-total 2	05	0	
3	Nord-Kivu	1. CRONGD	Synergie des femmes contre les violences sexuelles	
		2. POLE INSTITUTE		
		3. LOFEPACO		
		4. DIOBAS		Inclus sur conseil de Novib/Goma
		5. ASAF		
		6. FOPAC		Inclus sur conseil de Novib/Goma
	Sous-total 3	06	01	
4	SUD-KIVU	APIDE	ELIMU	
		VAS	SARCAF	
		UWAKI	ADI-KIVU	
		OGP	SOFIBEF	
		LUNACOP	HERITIERS DE LA JUSTICE	
		UGEAFI	RADHF	
		GROUPE MILIMA		
		CEPROF		
	Sous-total 4	08	06	
	Total par partenaire	23	07	
	Total Général	30		

6 METHODOLOGIE

6.1 COMPREHENSION DES TERMES DE REFERENCE

L'étude porte sur l'état des lieux des interventions de santé et droits sexuels et reproductifs et de VIH/sida mise en œuvre respectivement par 23 partenaires locaux appuyés par OXFAM NOVIB dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Maniema et dans la ville-Province de Kinshasa et 7 partenaires locaux appuyés par ICCO dans les Provinces du Sud-Kivu et du Nord-Kivu.

Elle consiste à lister les activités des partenaires locaux et à faire une analyse de la situation en rapport avec les interventions de santé et droits sexuels et reproductifs et de VIH/sida implémentées par ces 30 organisations locales avec l'appui financier d'OXFAM NOVIB et d'ICCO.

Cet inventaire devrait conduire à identifier et ensuite dégager les interventions qui offrent les possibilités de liens entre ces deux domaines d'intervention.

C'est une étude exploratoire qui a été diligentée pour collecter les données qualitatives et quantitatives pour rendre compte du degré d'implémentation de différentes activités dans les deux domaines précités ainsi que les possibilités des "ponts" qui existent entre ces deux domaines. En même temps, l'environnement dans lequel ces activités ont été mises en œuvre devrait être scruté afin d'en ressortir les interactions et les enjeux. Plus spécifiquement l'étude a exploré le contexte de violences sexuelles faites aux femmes ainsi que l'accès de celles-ci aux services de SRHR et de VIH/sida

6.2 REVUE DOCUMENTAIRE

Une fois les termes de référence assimilés, la recherche des informations de base en rapport avec l'étude a été menée. Elle a consisté à la consultation des documents de référence de politiques, de textes légaux, des normes et directives des programmes spécialisés en matière de Santé, Droits sexuels et reproductifs et de lutte contre le VIH/sida en RDC. Cette documentation a été complétée par une revue de la littérature internationale en rapport avec les trois domaines sous étude. cfr Bibliographie

6.3 ELABORATION DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Sur base de la revue des référentiels nationaux en matière de Santé, Droits sexuels et reproductifs et de lutte contre le VIH/sida en RD-Congo notamment "la politique nationale de Santé de la Reproduction(2008), la "feuille de route" pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en RDC(PNSR, 2006) , le Plan stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida(PNLS, 2008-2012) et le Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH et le Sida(PNMLS, 2010-2014); un questionnaire semi-ouvert a été élaboré pour collecter les informations sur l'état des lieux des interventions de Santé ,Droits sexuels et reproductifs et de lutte contre le VIH/sida ainsi que celles rapprochant les deux domaines.

Cette approche avait pour but et avantage de confronter la logique d'interventions mise en œuvre par les partenaires locaux d'Oxfam Novib et d'Icco avec les exigences techniques et opérationnelles telles que prévues dans ces documents nationaux de référence qui représentent des bons outils de base.

D'ores et déjà; après la lecture, il faut reconnaître que ces référentiels nationaux ont des limites sur le plan technique (interventions, activités) ainsi que sur les recommandations stratégiques et opérationnelles que l'étude a tenu compte dans l'analyse des résultats et l'appréciation des efforts consentis par les organisations locales (ONG, Associations) pour développer les activités dans ces deux domaines (SRHR et VIH/sida). C'est pour ça que l'étude a également listé des activités essentielles qui ne sont pas reprises par les politiques et les plans stratégiques nationaux tel qu'on peut le découvrir dans l'annexe V de ce rapport.

Ce questionnaire comportait quatre sections, à savoir :

- Section I : Identification des partenaires enquêtés et des consultants

- Section II : Etat des lieux des interventions (activités) de Santé, Droits sexuels et reproductifs mises en œuvre par les partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et d'ICCO dans les quatre provinces concernées.

-Section III. : Etat des lieux des interventions (activités) de lutte contre le VIH/Sida mises en œuvre par les partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et d'ICCO dans les quatre provinces concernées

-Section IV : Etat des lieux des interventions (activités) exprimant les liens (possibles) entre la SRHR et la lutte contre le VIH/Sida mises en œuvre par les partenaires locaux de ces deux organisations néerlandaises dans les quatre provinces concernées

Il (questionnaire) a été libellé en quatre colonnes comportant un numéro d'ordre par section, la question proprement dite, la liste de vérification là où c'était nécessaire ainsi que les réponses telle que détaillé dans l'exemple ici-bas.

Tableau 5 : Exemple n°1 : Grille du questionnaire a vec une question fermée

N°	Question	Liste de vérification	Réponse
SRH10 1	Quelles sont les domaines d'interventions mises en œuvre par votre organisation sur le terrain ? 1=Oui 2=Non	1. La santé et les droits sexuels et reproductifs(SRHR) 2. La lutte contre le VIH/sida 3. Les deux à la fois	1 2 1 2 1 2

Tableau 6: Exemple n2 : Grille du questionnaire av ec une question ouverte

N°	Question	Réponses
SRH103	Si oui aux assertions de la question précédente, Quelles sont les actions ou les interventions que votre organisation développe pour contribuer à répondre à chacune de ces quatre objectifs ci-haut ? Enumérer les en détails.	a. Objectif n°1 (Actions/Interventions) : Etc. b. Objectif n°2(Actions/Interventions) : Etc. c. Autres (préciser) :

6.4 HARMONISATION PARTICIPATIVE DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Après l'élaboration du questionnaire, une harmonisation participative a été faite avec le siège de SAN ! Elle consisté à la révision et l'intégration de certaines questions pour répondre aux attentes du commanditaire. Des ajouts et des retouches ont été proposées à l'appréciation des consultants pour produire un outil définitif susceptible de capter les informations essentielles de l'étude.

6.5 VALIDATION ET PRE-TEST DE L'OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES

Après l'élaboration du questionnaire définitif, STOP AIDS NOW! l'a soumis à ses partenaires néerlandais pour prise de connaissance et validation à l'issue de laquelle l'outil a reçu l'aval d'être pré testé afin de marquer le début effectif de l'étude.

6.6 ELABORATION ET VALIDATION DU PLAN DE REDEPLOIEMENT SUR LE TERRAIN

Pendant que la finalisation et la validation du questionnaire étaient en cours, un plan de redéploiement sur le terrain avait été élaboré et soumis à l'appréciation de STOP AIDS NOW!. La période de l'étude devait s'étaler du 15 décembre 2010 au 21 janvier 2011.

6.7 DECENTE SUR LE TERRAIN POUR LA COLLECTE DES DONNEES

Sur base du plan de redéploiement sur le terrain, les consultants se sont partagé les sites d'étude pour une économie d'échelle et de temps.

C'est ainsi que le Consultant n°1 s'est déployés dans les sites suivants : Kinshasa et Sud-Kivu (axe Bukavu et Uvira) et le Consultant n°2 a couvert le Nord-Kivu et le Maniema.

Pour une célérité dans la collecte de données, le questionnaire avait été préalablement envoyé par voie électronique (e-mail) à tous les partenaires locaux impliqués dans cette étude pour prise de connaissance et pour leur permettre de se familiariser avec cet outil de collecte des données afin de rendre par la suite son administration plus aisée.

Les partenaires locaux ont été ensuite contactés par e-mail et par téléphone pour annoncer l'arrivée des consultants dans leurs sites et pour prendre des rendez-vous ad hoc.

Après confirmation des rendez-vous, les consultants sont descendus sur le terrain pour administrer les questionnaires.

6.8 COMPILATION, TRAITEMENT, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Après la collecte de données, deux matrices ont été élaborées afin de faciliter le dépouillement des données (voir les formats en annexe). Il s'est agi d'une matrice pour le traitement et l'analyse des données en rapport avec les questions fermées et une autre matrice en rapport avec les questions ouvertes. Les questions à réponses multiples ont fait l'objet d'une troisième matrice séparée, de traitement et d'analyse.

La constitution de la base des données a été facilitée par le tableur EXCEL. Il s'est agi de la constitution d'une espèce de « carte génétique » des interventions de SRHR, de VIH/sida et des éventualités « des ponts » entre les deux domaines. Cette « carte génétique » devrait être « décryptée » à l'aide d'une grille d'analyse et d'interprétation des résultats afin de générer les tableaux et les graphiques qui ont servi à l'interprétation des résultats.

6.9 ELABORATION ET SOUMISSION DU RAPPORT PRELIMINAIRE

Sur base des résultats obtenus, le rapport préliminaire a été produit et soumis à l'appréciation du commanditaire qui devra le partager avec ses partenaires néerlandais pour prise de connaissance dans le but de recueillir leurs impressions et avis sur la qualité intrinsèque dudit rapport et sur l'atteinte des résultats escomptés en conformité avec les TDRs.

6.10 PRODUCTION ET SOUMISSION DU RAPPORT FINAL

Après les échanges d'usage, les améliorations et l'intégration des avis et commentaires pertinents ce rapport final a été produit ; remis et distribué à qui de droit.

7 DIFFICULTES RENCONTREES

Tableau 7 : Les difficultés rencontrées et les solutions

N°	Difficultés rencontrées	Solutions proposées
1.	Perturbation du chronogramme des activités suite à la succession des périodes festives de fin d'année et de nouvel an	✓ Contact avec les partenaires locaux pour le réajustement du calendrier des activités
2.	La longueur de l'outil et sa non maîtrise par les partenaires enquêtés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Envoie préalable du questionnaire aux partenaires locaux pour prise de connaissance et début de réponse ✓ Organisation de sessions groupées pour éclaircissement et démonstration de remplissage du questionnaire ✓ Suivi des partenaires dans leurs Bureaux pour l'administration complète du questionnaire
3.	Les longues distances à parcourir et éparpillement des partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Répartition des tâches entre les consultants ✓ Adaptation du plan de redéploiement pour atteindre les partenaires ciblés en dehors du champ prévu de l'étude. Exemple : Pour CRONGD Nord-Kivu et LOFEPACO supposés être localisés à Goma, le consultant a dû les rejoindre à Butembo situé à environ 300 km de Goma sans moyens additionnels.
4.	Bien que prévu dans le plan de redéploiement, le transport aérien a été sujet à des perturbations d'horaires ; ce qui a entraîné de pertes de temps	✓ Adaptation aux horaires irréguliers de vol des compagnies aériennes pour atteindre la province du Maniema et la Ville-Province de Kinshasa
5.	Les perturbations et les coupures intempestives du courant électrique.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obligation de travailler au delà des heures prévues de travail ✓ Sollicitations des endroits où la fourniture de l'énergie électrique est régulière auprès des tiers ✓ Recours à l'utilisation d'un Générateur électrique (Groupe électrogène)
6	Le désistement et le refus de participation à l'étude de certains partenaires locaux	✓ Information du siège de SAN ! concernant ce refus

8 ANALYSE DU CONTEXTE LOCAL DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES LOCAUX

8.1 Politiques, Plans stratégiques, Lois et principaux acteurs en matière de SRHR

8.1.1 Politiques, Lois et Plans stratégiques en SRHR

Comme expliqué dans chapitre 2 relatif au contexte général, la mise en œuvre des activités de Santé, Droits sexuels et reproductif a été balisée par un certain nombre des documents, de textes légaux et réglementaires. A cause la récurrence de crises humanitaires à l'Est de la RDC consécutives à l'instabilité et l'insécurité dues à l'état de guerre larvée qui caractérise cette partie du pays depuis plusieurs années, et singulièrement les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et du Maniema sous cette étude; l'arsenal de documents nationaux de référence s'est enrichi de documents catalyseurs qui justifient spécifiquement les actions menées dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles.

Sans avoir la prétention d'avoir été exhaustif dans l'inventaire de politiques, des lois et plans stratégiques actuellement en vigueur en RDC ; les principaux référentiels sont :

Politique Nationale et Plan Directeur de Développement de la Santé de la Reproduction. Juin 2004

Politique Nationale de la Santé de la Reproduction. Février 2007

Politique Nationale de Santé de la Reproduction 2008-2012. Juillet 2008 : ***C'est actuellement le document de référence pour la mise en œuvre de toutes les interventions de SRHR en RDC. L'étude l'a utilisé comme principal référentiel pour l'élaboration du questionnaire qui a servi à la collecte des données auprès des partenaires locaux d'OXFAM NOVIB et d'ICCO.***

Feuille de route pour accélérer la réduction de morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Octobre 2005: ***Ce document est considéré actuellement comme "le plan stratégique national" du PNSR en RDC. Il a été aussi consulté pour l'élaboration du questionnaire ayant servi pour cette étude.***

Recueil des Directives et Outils de gestion des Maternités de Référence en SRHR. Février 2007.

La loi n°010/87 du 01 août 1987 portant code de la famille.

Loi n°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant en RDC

Loi n°06/018 du 20 juillet 2006 portant répression des violences sexuelles en RDC: C'est un arsenal de peines sévères à appliquer contre les auteurs de crimes et violences sexuelles. Elle est insuffisamment traduite dans les quatre (4) langues véhiculaires/nationales et dans plusieurs centaines de langues vernaculaires/locales et insuffisamment vulgarisée. Elle a la particularité de protéger les jeunes filles/Garçons et les adolescent(e)s avant l'âge de 18 ans, en considérant tous les rapports sexuels avant cet âge comme étant de viols ; qu'ils aient eu consentement ou non.

Déclaration de Goma pour les Droits de victimes des violences sexuelles : Une mobilisation pour une stratégie commune. 2009

Loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées. Mai 2009.

Document du « Programme de Stabilisation et de Reconstruction des Zones sortant des conflits armés, STAREC en sigle » : Composante humanitaire et sociale. 2008 : *Dans la foulée de l' « Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles en RDC » lancée en 2006 avec de financements multiples, bilatéraux (Coopération canadienne, néerlandaise,..) et multilatéraux (Pooled Fund,..) et « copiloté » par UNFPA, UNICEF, BNUDH mais sous le leadership de UNFPA à travers un partenariat multiple avec le Gouvernement et les*

organisations de la Société civile ; **le STAREC**, actuellement piloté par le Gouvernement congolais en collaboration avec ses partenaires internationaux viendrait « capitaliser » certains acquis de cette initiative mais en apportant des approches novatrices qui « capitaliseraient » les leçons apprises de cette **Initiative Conjointe** dans un format remanié où à travers la « Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le Genre » en vigueur depuis le 25 novembre 2009. Avec cette nouvelle approche, l'UNICEF assure le « co-leadership » de la composante multisectorielle de lutte contre les violences sexuelles en situation d'Urgences (Prise en charge des cas) en « co-partenariat » avec le Ministère de Genre, Femmes et Famille et celui de la Santé tandis que le volet « Prévention et Protection » dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles à l'Est de la RDC serait chapeauté par le UNHCR.

En synergie et/ou en complémentarité avec cette kyrielle de documents et textes nationaux, les conventions et autres textes internationaux ayant la « Santé, Droits sexuels et reproductifs » dans leurs arcanes impératifs et ratifiés par la RDC ; l'étude cite électivement, avec les réserves de la non exhaustivité :

La Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes. Adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Entrée en vigueur le 03 septembre 1981²⁰.

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits de femmes en Afrique, connu sous le diminutif de « Protocole de MAPUTO. 11 juillet 2003. Son article 14, dans son point 2, alinéa C ; a soulevée beaucoup de polémiques dans sa compréhension et dans son acception telles que l'a démontré les réactions et les campagnes de pression pour la non ratification de ce protocole organisée à travers l'Afrique par certaines organisation de la Société civile^{21, 22}.

Encadré 1 : Protocole de Maputo » : Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction

Article 14 du « Protocole de Maputo » : Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction

1. Les **Etats** assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :

- a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité;
- b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances;
- c) le libre choix des méthodes de contraception;
- d) le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA;
- e) le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues;
- f) le droit à l'éducation sur la planification familiale.

2. Les **Etats** prennent toutes les mesures appropriées pour :

- a) **assurer** l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural;
- b) **fournir** aux femmes des services pré et post-natals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants;
- c) **protéger** les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

²⁰ **Références sur la Polémique sur l'article 14 du Protocole de MAPUTO :**

http://fr.wikipedia.org/wiki/Convention_sur_l'_%C3%A9limination_de_toutes_les_formes_de_discrimination_%C3%A0_l'_%C3%A9gard_des_femmes

²¹ Idem : www.leprotocoledemaputo.net/french_protocole.pdf www.leprotocoledemaputo.net/;

²² Idem : http://www.libertepolitique.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5232

En consultant les quelques références ci-dessus glanées sur internet, l'on peut facilement se rendre compte que cette déclaration de Maputo qui avait pour objectif de protéger les droits de la femme en SRHR; a été diversement interprété et cela en défaveur de la femme et des prestataires des services. Cette situation est une catastrophe pour les populations vivant à l'est de la RDC, lorsqu'on considère les cas récurrents de grossesses issues de viols. Les décideurs en matière de SRHR devraient prévoir l'encadrement et l'accompagnement des textes internationaux ayant la SRHR dans leurs champs d'application et ratifié par le Pays, pour éviter les contradictions et les confusions au sein de populations.

8.1.2 Principaux acteurs dans le domaine de SRHR

En faisant un récapitulatif des principales parties prenantes en matière de SRHR en RDC, l'étude les sériées de la façon suivantes :

a) Le secteur gouvernemental :

- Le Ministère de la Santé et ses programmes spécialisés (PNSR, PNSA)
- Le Ministère de Genre, Femme et Famille
- Le Ministère des Affaires sociales
- Le Ministère de la Jeunesse, cultures et Arts
- Le Ministère de l'Intérieur (Police Nationale Congolaise)
- Ministère national de la justice et droits humains
- Ministères Provinciaux correspondants aux ministères ci-dessus

b) Le secteur non gouvernemental :

- Les Agences du Système des Nations Unies : UNICEF, UNFPA, UNHCR, PNUD, OMS, BNUDH, OCHA
- Les ONG internationales : CORDAID, OXFAM, ICCO, IRC, CRS, WORLD VISION, MDM-France, AMI-France, PMU Interlife, PIN, CAP ANAMUR, ASF/PSI, ACTION AID International, V-DAY
(Bien qu'intervenant dans la SRHR en RDC, les organisations suivantes n'ont pas été citées par les partenaires locaux interrogés. Il s'agit de : UNIFEM, Women for Women, FHI, CARE International, IMC,)
- Les ONG nationales : HEAL AFRICA, FONDATION PANZI, FEMME PLUS, AAP
- Les ONG et Associations locales partenaires d'Oxfam Novib et d'ICCO notamment :
 - A Kinshasa : ADECOM et RECIC
 - Au Maniema : ANAM, CRONGD/Maniema, UWAKI/Maniema,
 - Au Nord-Kivu : LOFEPACO, ASAF, CRONGD/CEPROSAN, SFVS,
 - Au Sud-Kivu : APIDE, VAS, SARCAF, ADI-Kivu, Groupe MILIMA, Association ELIMU, UGEAFI, UWAKI/sud-Kivu, LUNACOP, RADHF
- La Société civile : Les Œuvres médicales des Eglises (BDOM, CEPAC, CELPA, CBECA)
- Les organismes de coopération bilatérale et/ou multilatérale : USAID, FONDS MONDIAL

L'étude a observé que les interventions menées sur le terrain par les parties prenantes ci-haut mentionnées souffrent d'une carence de Coordination. Les partenaires locaux en ont fait allusion lorsqu'ils trouvent qu'il n'y a pas assez d'opportunités pendant que plusieurs projets et programmes ayant la SRHR en application dans leurs rayons d'action sont mis en œuvre. Quant aux Responsables étatiques de programmes spécialisés en SRHR qui ont décriés ce déficit de coordination de différentes interventions, ils regrettent la non harmonisation et le non alignement à la politique nationale de SRHR de la part de beaucoup de partenaires internationaux.

8.2 Politique, Lois, Plans stratégiques et principaux acteurs en matière de lutte contre le VIH/sida

8.2.1 Politiques, Lois et Plans stratégiques en matière de lutte contre le VIH/sida

Au niveau du Pays la mise en œuvre de lutte contre le VIH/sida a été quadrillée par un certain nombre de textes légaux exprimant (la manifestation d'intérêts) la volonté des responsables politiques à organiser la riposte contre cette épidémie de manière cohérente et coordonnée. C'est ainsi que les documents légaux ci-dessous ont été élaborés et diffusés afin de permettre aux parties prenantes dans la lutte contre le VIH/sida en RDC de s'y référer dans l'implémentation de leurs interventions. Il s'agit de :

- Plan Stratégique de lutte contre le Sida 2008-2012. PNLS, 2008
- Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2010-2014. PNMLS, Juillet 2009
- La loi n°08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées.

A côté de ces textes nationaux, il faut ajouter l'arsenal de documents internationaux et régionaux adoptés par la RDC et spécifiquement ceux de l'OMS et de l'ONUSIDA.

8.2.2 Les principaux acteurs dans la lutte contre le VIH/sida en RDC

- **Secteur gouvernemental**
 - Présidence de la république (PNMLS)
 - Ministère de la santé (PNLS)
 - Autres ministères sectoriels (27 ministères impliqués dans le PNMLS)
- **Secteur non gouvernemental**
 - Les agences du système des Nations Unies : UNICEF, OMS, UNFPA, ONUSIDA, PNUD/Fonds Mondial, UNHCR, PAM,
 - ONG Internationales: CORDAID, ICCO, OXFAM, AMI-France, CARE International, MSF, MDM-France, CRS/AXXESS, IRC, ACTION AID International, ASF/PSI,
 - ONG, institutions nationales, Plateformes : BDOM/CODILUSI, FEMME PLUS, FOSI,

8.3 LES OBSTACLES A LA REALISATION DES INTERVENTIONS DE SRHR ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain, l'étude a identifié plusieurs facteurs intriqués qui interfèrent négativement et significativement avec la réalisation des activités dans les deux domaines. Il s'agit entre autres :

- **Sur le plan politique** : L'affectation insuffisante voire insignifiante des ressources par le Gouvernement de la RDC en faveur de la SRHR et de la lutte contre le VIH/sida, La persistance des conflits armés surtout à l'Est de la RDC, l'Instabilité politique, les violations des droits humains (violences sexuelles), la Mauvaise gouvernance, etc....
- **Sur le plan socioéconomique** : La pauvreté (80% de la population vit sous le seuil de la pauvreté), Analphabétisme, Le chômage,....
- **Sur le plan socioculturel** : Les inégalités du Genre, La persistance des us, traditions et coutumes rétrogrades; Le statut inférieur de la femme, La valeur économique accordée à l'enfant (les filles),
- **Sur le plan judiciaire** : Impunité, La corruption, Faible couverture nationale en institutions judiciaires

Ce listage est loin d'être exhaustif mais épingle les facteurs principaux qui interfèrent négativement avec les interventions de SRHR et de lutte contre le Sida en RDC.

9 DETERMINANTS DE LA PERENITE DES INTERVENTIONS DE SRHR ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

9.1 LES LECONS APPRISES

a) En rapport avec la mise en œuvre des interventions de SRHR et de VIH/sida

- Globalement la mise en œuvre des interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida par les partenaires locaux s'est faite sans référence aux documents de politiques et plans stratégiques nationaux. En effet, Plus de 90 % d'ONG et Associations interrogées, ne disposent pas de ces référentiels nationaux.
- Dans la mise en œuvre des différentes interventions, les activités en rapport avec **la Sensibilisation** occupent une position centrale sinon l'essentiel des activités déployées sur le terrain.
Au sujet de ces activités de sensibilisation, l'étude n'a pas pu déceler les différentes activités et tâches qui se cachent derrière de concept et se pose les questions suivantes : Quels sont les contenus des messages diffusés? Quels sont les canaux utilisés pour les diffuser? Quel est le niveau et/ou le degré d'adhésion des bénéficiaires? Quels sont les résultats et pour quel l'impact?
- Cette sensibilisation s'adresse à une population majoritairement analphabète et vivant sous le seuil de la pauvreté dans un contexte où les Us, Coutumes et traditions sont encore vivaces au sein des communautés; interfèrent avec les activités développées sur le terrain.
- Ces interventions se déroulent dans des contextes où les populations cibles ne sont pas maîtrisées. En effet, la population bénéficiaire est la base de toute planification des interventions; or il se fait qu'en RDC, depuis 1984, aucun recensement de la population n'a été fait. Chaque année, la population est estimée sur base du taux d'accroissement naturel (3,1%). Avec les conflits et les mouvements de populations, il y a lieu de craindre soit la sous-estimation, soit la surestimation de populations ciblées par les différents et programmes.
- En référence aux 9 composantes de la SRHR en RDC, les partenaires locaux se focalisent essentiellement sur celles liées à **la promotion et l'égalité du Genre** et à **l'élimination des pratiques néfastes** dont **la lutte contre les violences sexuelles** et contre les mariages précoces occupent une place de choix. La lutte contre les mutilations génitales féminines(MGF) est aussi évoquée mais manque de contenu. En effet, l'étude n'a pas permis d'identifier le type de MGF visées au niveau de chaque contexte particulier. Toute fois, l'étude a retrouvé un type de mutilation génitale féminine largement pratiqué au Kivu chez la petite fille qui consiste à l'allongement du clitoris et des petites lèvres par des séances de traction à répétition sur ces parties des organes génitaux. En langue Shi du Sud-Kivu, on l'appelle "*Kashina*" pendant qu'elle est nommée "*Kurura mishuti*" en langue Kinyarwanda largement parlée au Nord-Kivu. Ces pratiques bien qu'ayant des conséquences sur la santé sexuelle de la future femme, semble être acceptées par l'ensemble de tribus qui les pratiquent et n'ont pas été mentionnées comme de pratiques néfastes à combattre.

- Les interventions axées sur la maternité à moindre risque bien qu'ayant un effet significatif dans la réduction de la mortalité maternelle ne sont pas encore suffisamment ciblées par les différentes parties prenantes (Partenaires locaux et leurs différents bailleurs).
 - La planification familiale, base fondamentale pour la maîtrise de la démographie, est effleurée par les différentes interventions sur le terrain
 - L'étude a constaté que la possession d'une structure de santé par une ONG locale, est une des meilleures opportunités pour le développement et l'intégration des activités de SRHR à l'instar d'ADECOM (Kinshasa), ANAM (Maniema) et GROUPE MILIMA (Hauts plateaux d'Uvira, Sud-Kivu) pour ne citer que ces exemples parmi tant d'autres. En effet, les ONG et les Associations locales qui ont des Centres de Santé, des Maternités ou des Centres hospitaliers à l'instar de ces deux organisations précitées, ont la facilité ou les possibilités de lier ou d'intégrer les services de SRHR et de lutte contre le VIH/sida au sein d'une même structure(Exemple :Maternité à moindre risque(CPN,CPoN) et la PTME, la transfusion sanguine et la qualification du sang (tests HIV, syphilis,hépatite B, ...)
 - Le réseautage des Organisations et Associations locales est une bonne approche pour la mise en place des interventions de SRHR ou de lutte contre le VIH/sida au niveau communautaire
 - Les us, coutumes et traditions représentent un des obstacles à l'adhésion communautaire aux messages de SRHR et de lutte contre le VIH/sida. En effet, les gardiens de coutumes jouent un rôle incontournable dans le maintien ou non, des us, coutumes et traditions rétrogrades qui interfèrent avec les différentes interventions en SRHR et dans la lutte contre le VIH/sida.
 - La pauvreté de la population constitue un des facteurs qui défavorise l'accès et l'utilisation des services de SRHR et de lutte contre le VIH/sida. Partout, les acteurs de terrain ont identifié ce facteur comme un véritable frein à la mise en œuvre des interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida.
 - La non gratuité et l'absence de subvention de certains services essentiels de SRHR notamment les préservatifs, les contraceptifs mais aussi certaines interventions SRHR (SOBU, SONU, Pose de DIU & Implants, Vasectomie, circoncision) constituent des obstacles à l'accès et l'utilisation des services SRHR.
 - Les prestataires des soins et services de SRHR et VIH/sida sont insuffisamment formés en gestion de projets et programmes de SRHR ou de VIH/sida conformément à la politique nationale.
 - Les ressources allouées aux interventions de SRHR et de VIH/sida demeurent insuffisantes et ne permettent pas la mise en place d'un paquet minimum et d'un paquet complémentaire des activités de SRHR ou lutte contre le VIH/sida pour couvrir les besoins exprimés par les bénéficiaires ou ressentis par les prestataires des soins et services de SRHR ou de VIH/sida
 - Partant de ce constat, la couverture de rayon d'action des partenaires locaux en différentes interventions assurant un continuum d'activités essentielles (Prévention, Prise en charge, soutien) reste faible. En effet, l'étude s'est posé la question du sort des nombreuses personnes sensibilisées et adhérentes aux messages sur leur orientation vers la continuité des services. Y a-t-il un continuum des services pour résorber la multitude des clients sensibilisés pour utiliser tel ou tel service additionnel?
- b) En rapport avec la Coordination des interventions sur le terrain**
- L'étude a identifié un déficit de mécanismes de coordination des interventions entre les partenaires locaux d'un même bailleur opérant dans un même contexte (Coordination intra

bailleur) et entre les partenaires locaux de différents bailleurs œuvrant dans même contexte et développant les activités semblables (Coordination extra bailleur). Cette insuffisance de coordination risquerait d'entraîner un chevauchement d'intervention sur le terrain et un entremêlement des cibles potentielles avec comme conséquence, le gaspillage des ressources rares.

- Ce déficit de coordination a entraîné une faible connaissance des interventions déployées par les unes (organisations) et les autres. En effet, l'étude constate que plusieurs interventions en rapport avec la SRHR financées par plusieurs bailleurs de fonds se déroulent simultanément dans le même contexte et sur le même terrain opérationnel sans que les uns et les autres sachent exactement qui fait quoi? Quand? Comment? Avec quoi? Avec qui?
Par la logique de projets et de programmes, certaines organisations travaillent de façon enfermée et totalement à "huit clos".

En effet, les responsables de la contre partie gouvernementale (PNSR, PNMLS) déplorent l'insuffisance de concertation, de collaboration, d'harmonisation, d'alignement et de coordination des actions des partenaires locaux financés par des bailleurs internationaux. Ce fait est bien matérialisé par la non possession des documents de politiques et de plans stratégiques nationaux qui guident et orientent toutes les actions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida en RDC. Cette contre partie gouvernementale se questionne sur la finalité des résultats obtenus par les différentes interventions des partenaires locaux; qui ne sont pas comptabilisés dans la banque de données nationale. Contribuent-ils à l'atteinte des objectifs nationaux relatifs à la SRHR et à la lutte contre le VIH/sida? Ces résultats ne satisfassent pas seulement la logique des projets?

c) En rapport avec la référence et contre référence de populations bénéficiaires

- Il est globalement admis que les projets et programmes mobilisent toujours les ressources très limitées qui se confrontent aux besoins toujours illimités des bénéficiaires. Chaque bailleur de fond et ses partenaires locaux développent des activités en fonction des moyens disponibles pour contribuer à l'abord d'un problème important et vulnérable, identifié dans la communauté. Chaque partenaire apporte un projet ou un programme en fonction de ses capacités techniques, administratives, financières et opérationnelles. Pour assurer un paquet minimum d'interventions à la population bénéficiaire; la synergie et/ou la complémentarité des interventions ou d'activités apportées par chaque bailleur de fond ensemble avec ses partenaires locaux devraient être une préoccupation incontournable si l'on veut faire profiter aux populations bénéficiaires, les bénéfices de tous les projets et programmes mise en œuvre dans un contexte bien déterminé.
- L'étude a constaté un grand déficit et une absence **d'un système de référence et contre référence**, articulé et outillé pouvant permettre de faire bénéficier à la population d'un continuum des services SRHR et/ou VIH/sida. En effet, Il a été observé d'une part, un déficit de référence et contre référence "Interne", entre les partenaires locaux financés par un même bailleur, et d'autre part; un déficit de mécanismes de référence et contre référence "externe", entre les partenaires financés par des bailleurs différents. Les uns et les autres travaillant plus ou moins en "vase clos", ne connaissant pas avec exactitude ce que développent les uns et les autres.

9.2 LES DEFIS

La synthèse des principaux défis à relever par les partenaires tournent autour de:

- Renforcement des capacités techniques (formations), institutionnelles et opérationnelles (moyens de transport,)
- Obtention de financements complémentaires et/ou additionnels pour développer les projets d'envergure et à impact perceptible en faveur de populations bénéficiaires,
- Difficultés à résorber les us, coutumes et traditions rétrogrades y inclus l'opposition des églises contre certains services préventifs (préservatifs)
- Renforcement des capacités de coordination des faïtières et plateformes

- L'expansion (intégration) et de l'extension (couverture) des services
- L'implication et de l'appui des autorités aux interventions
- Mobilisation de fonds par le Gouvernement à travers le Budget national au profit des interventions en SRHR et dans la lutte contre le VIH/sida

9.3 LES PERSPECTIVES

Les principales perspectives exprimées sont en rapport avec :

- Le renforcement des capacités institutionnelles des ONG et Associations locales
- La mobilisation des ressources additionnelles pour renforcer, étendre et intégrer les interventions
- L'expansion géographique des interventions
- Le souhait d'obtenir les moyens complémentaires et/ou additionnels pour assurer un **continuum des services** au profit des bénéficiaires (assurance de la chaîne opérationnelle des services)

9.4 LES OPPORTUNITES

Les efforts doivent être fournis pour capitaliser toutes les opportunités qui se trouvent dans chaque contexte particulier. Les bailleurs de fonds et leurs partenaires locaux devraient explorer tous les financements en cours et additionnels, le partenariat dans les domaines de leurs interventions et s'organiser, à travers la mise en place **d'un système de référence et contre référence** pour d'une part, assurer **la synergie et la complémentarité de leurs actions**; et d'autre part, profiter de l'ensemble de fonds mobilisés par les bailleurs internationaux dans le cadre de coopérations bilatérales ou multilatérales pour consolider et étendre les actions en faveur des populations bénéficiaires mais aussi pour faire des économies d'échelle.

D'autre part une pro activité est requise envers la contre partie gouvernementale (Ministère de la Santé, Ministère du Genre, femmes et familles et leurs services spécialisés) pour harmoniser les stratégies afin de s'aligner aux politiques et plans stratégiques nationaux dans les deux domaines sous cette étude.

9.5 LES STRATEGIES

Pour affronter les différentes préoccupations rencontrées auprès des partenaires locaux, l'étude propose les stratégies opérationnelles ci-après :

a) Aux gardiens des coutumes et aux ecclésiastiques (lutte contre les us, mœurs, coutumes et traditions rétrogrades)

- Initiation, formulation et élaboration d'un **plan intégré de communication** pour contrer avec les croyances, us, coutumes et traditions des arguments péremptoires
- A travers les partenaires locaux, rendre effectivement opérationnel ce plan intégré de communication contre les pratiques, us, mœurs, coutumes et traditions rétrogrades.

b) Aux partenaires locaux

- En ce qui concerne la Sensibilisation : Harmonisation, standardisation et adaptation des messages au contexte.
- Adaptation des outils d'IEC au contexte. L'étude a révélé que le **Pénis en bois**, utilisé largement pendant les séances de démonstration publique du port du condom heurte certains prescrits anthropologiques dans certaines tribus. Il faudra trouver de techniques

alternatives, des espaces adaptés et des auditorios appropriés pour voir dans quelle mesure annihiler ces prétendus "affronts" culturels.

- Voir de quelle manière s'orienter vers une approche de spécialisation opérationnelle pour se répartir les domaines d'intervention afin d'agir en synergie et/ou en complémentarité dans le but de mettre en place un paquet minimum d'activités au profit des populations bénéficiaires
- Rendre opérationnel un système de référence et contre référence (RCR) articulé, structuré et outillé. Un système de RCR "intra bailleur" apparié à un système de RCR "extra bailleur". Ce mécanisme permettrait d'offrir et de faire profiter à la population bénéficiaire de l'ensemble des services se trouvant dans un rayon d'action déterminé et assurerait des économies d'échelle et une offre des services de bonne qualité.
- Améliorer et renforcer la coordination "interne" (partenaires locaux et leur bailleur) ainsi que la coordination "externe" (les autres partenaires, le gouvernement) afin de partager les expériences (repiquage des bonnes pratiques, des succès story) et les charges opérationnelles.

c) Aux bailleurs de fonds

- Augmentation des appuis pour mettre en place un continuum de services essentiels en faveur de populations bénéficiaires
- Financement des évaluations ex-ante pour la collecte des données de base afin d'adresser les projets vers les besoins réels et exprimés par les populations
- Accompagnement des partenaires locaux sur le terrain pour s'assurer que le processus de planification soit participatif (un processus "from bottom up") et non impératif (Processus "Top down")
- Harmonisation avec la contre partie gouvernementale et alignement aux politiques et plans stratégiques nationaux pour que les résultats des projets puissent être comptabilisés dans ceux du pays.
- Participation active à la mise en place d'un système cohérent (cohérence interne, cohérence externe) de référence et contre référence.
- Organisation de la coordination des partenaires locaux et de partage d'expérience (repiquage des bonnes pratiques, des succès story)

9.6 QUELQUES OBSERVATIONS PARTICULIERES

- Avant de conclure et de proposer des recommandations, l'étude vient faire les remarques suivantes :
- Le niveau d'éducation (analphabétisme) de la population constitue un des principaux facteurs qui interfère négativement dans l'obtention des résultats en rapport avec les interventions de SRHR et VIH/sida. Il faudra développer un plaidoyer à un très haut niveau pour valoriser le Genre et l'éducation afin de mettre en place des mécanismes pour favoriser l'éducation des filles et des garçons, mais aussi des adultes à travers un partenariat multiple et interagissant, complémentaire et synergique, sans quoi de nombreux projets seront voués à l'échec.

- On fait beaucoup de sensibilisation mais moins de recherche opérationnelle pour s'assurer de l'efficacité des messages sur le changement de comportement des bénéficiaires. Aussi, dans un contexte où le continuum des services n'est pas toujours assuré; s'assure-t-on du sort des clients sensibilisés? Où vont-ils après les campagnes et les séances de sensibilisation?
- L'étude a observé que beaucoup de prestataires de terrain ne sont pas formés conformément aux prescrits de gestion de projets et des programmes en accord avec les politiques nationales dans les deux domaines explorés dans ce listage d'interventions. Comment font-ils pour développer les activités dont la finalité est de contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux? Ne travaille-t-on pas "sans gouvernail et sans boussole"?
- Une autre observation est celle du développement "isolé" des interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida dans un même contexte alors qu'elles ont en commun de référents organiques et opérationnels qui devraient en principe astreindre les projets et les programmes à l'établissement des liens, des ponts et des passerelles dans un but de rationalité et d'efficacité opérationnelle.
- A ce propos, les programmes spécialisés en RDC (PNLS, PNSR, PNMLS) n'ont pas encore franchi le pas de l'établissement des liens et de l'intégration de services SRHR et VIH/sida. Hormis la PTME qui constitue une contrainte de "cohabitation" opérationnelle, les autres interventions implémentées sur le terrain et qui offrent la possibilité des liens ne se rapprochent pas encore, et pourtant, les bénéfices pour la population ne seraient plus à démontrer car l'intégration des services est une des approches actuellement recommandées par les instances internationales habilitées.
- L'activité de sensibilisation dans la prévention de la propagation du VIH/sida est confrontée à l'insuffisance des Centres de Conseil et Dépistage Volontaires (CCDV) de VIH qui permettent aux populations de connaître leur statut sérologique. Les CCDV constituent des portes d'entrée vers les différentes formes de prise en charge (psychosociale, médicale, Soutien).
- Les PVVIH éligibles à la thérapie antirétrovirale sont confrontés à l'insuffisance des structures de soins et traitement mais surtout à la rupture de stock très fréquentes en ARV (trithérapie) et en médicaments contre les infections opportunistes. En effet, en RDC, deux grands bailleurs assuraient, avec la limite de leurs moyens, l'approvisionnement du pays en ARV et autres intrants de lutte contre le VIH/sida. Il s'agit de : PNUD/FONDS MONDIAL (différents Rounds) et la BANQUE MONDIALE (Projet MAP/PNMLS) Il se fait qu'actuellement, le projet MAP/PNMLS a pris fin officiellement le 31 janvier 2011 avec une courte période de prorogation jusqu'au mois de mai 2011. Les perspectives en termes d'approvisionnement du pays et des PVVIH en ARV sont donc peu reluisantes.
- Le Gouvernement de la RD-Congo ne consacre pas assez de ressources en faveur de la SRHR et de la lutte contre le VIH. Beaucoup d'interventions dans ces deux domaines sont financées par les bailleurs internationaux.
- ASF/PSI étant le leader national en ce qui concerne la mise à disposition de certaines commodités de SRHR (préservatifs, contraceptifs) et de lutte contre le VIH/sida (préservatifs masculins et féminin), l'étude s'étonne que la majorité de partenaires locaux œuvrant dans le même contexte que cette organisation n'aient signalé de contacts ou d'espace d'intersection et de collaboration pour l'approvisionnement régulier en commodités et autres intrants appropriés.
- Dans la ville de Bukavu, l'étude a trouvé que les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (homosexuels) et les femmes ayant les rapports sexuels avec les femmes (lesbiennes) sont très nombreux et sont actuellement regroupés dans une association dénommée "MAPAMBAZUKO" ou "Rainbow". Ces groupes sexuels

spécifiques sont confrontés à de très nombreux problèmes dont les principaux sont l'Homophobie, le rejet social, la stigmatisation et la discrimination. L'étude a pu rencontrer leurs représentant(e)s et collecter "leur calvaire" qui corrobore les informations recueillies dans le cadre de cette étude. En rapport avec leur spécificité sexuelle, aucune intervention de SRHR ou de lutte contre le VIH/sida ne leur est adressée pendant qu'ils (elles) constituent en même temps les victimes et les coupables ignorés (e)s en ce qui concerne respectivement la contamination (victimes) et la transmission (coupables) des IST y compris le VIH/sida. Les réponses données par les partenaires locaux d'Oxfam et d'Icco sont des preuves éloquentes qui témoignent sur la situation de ces personnes ayant des rapports sexuels avec les personnes de même sexe (homosexuels et lesbiennes). Ces réponses sont mieux détaillées dans l'annexe V de ce rapport.

- Les synthèses d'exemples d'association entre les leçons apprises, les défis et les perspectives avec les partenaires locaux qui les ont émis sont classées dans les annexes VI, VII et VIII de cette étude aux pages 142, 143 et 144

10 BILAN GLOBAL DE L'ETUDE (RESULTATS, CONCLUSIONS, Gaps/DEFICIT, RECOMMANDATIONS, RESPONSABILITES)

Pour mieux lister les activités, il a été utile de recourir aux référentiels afin de rester conforme à ce qui est réellement prévu par les Programmes nationaux spécialisés en Santé, Droits sexuels et reproductifs et en lutte contre le VIH/sida et les confronter à ce qui a été réellement implémenté sur le terrain par les partenaires d'OXFAM NOVIB et d'ICCO.

En tenant compte des limites consécutives à leurs formulations, la classification de ces activités et leur listage se font en référence aux neuf (9) composantes de Santé, Droits sexuels et reproductifs et aux trois(3) domaines d'interventions de lutte contre le VIH/sida (Prévention, Prise en charge, Atténuation de l'impact) ainsi qu'un domaine transversale de communication à travers le Plaidoyer et le Lobbying; tels que prévus dans les documents de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction(PNSR, 2008) et la "feuille de route" pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en RDC (PNSR, 2006) ainsi que le plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida(PNLS, 2008-2012) et le Plan stratégique national Multisectoriel de lutte contre le VIH/sida en RDC(PNMLS, 2010-2014).

D'autre part, l'étude a tenu compte également à répertorier d'autres activités développées par les prestataires locaux mais qui ne sont pas dans la nomenclature officielle des activités du PNSR, du PNLS et du PNMLS.

Pour cerner les interventions développées sur le terrain par les organisations et associations locales, la référence aux activités prévues par les programmes spécialisés nationaux, en l'occurrence le PNSR pour la Santé, Droits sexuels et reproductifs; le PNLS(aspects sanitaires) et le PNMLS(approche multisectorielle) pour la lutte contre le VIH/sida était nécessaire pour apprécier si la multitude des activités implémentées sur le terrain cadrent avec les plans stratégiques de ces deux domaines et contribuent effectivement à la réalisation des objectifs nationaux dans le cadre de Santé, Droits sexuels et reproductifs et de la lutte contre le VIH/sida en RDC.

Les encadrés n°2 et n°3 présentent respectivement un aperçu des 9 composantes de Santé, Droits sexuels et reproductifs telles que spécifiées dans la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction(2008) ainsi que les trois principaux axes stratégiques de lutte contre le VIH/sida préconisés par les plans stratégiques nationaux du PNLS et du PNMLS en RDC.

Encadré 2: Les 9 composantes de Santé, Droits sexuels et reproductifs de la politique nationale de la RDC et les interventions essentielles y rattachées

Les 9 composantes de Santé, Droits sexuels et reproductifs de la politique nationale de la RDC et les interventions essentielles y rattachées :

1. **Maternité à moindre risque :**
 - soins prénatals recentrés, focalisés,
 - accouchement à moindre risque,
 - soins essentiels en cas de complications obstétricales (Soins obstétricaux d'Urgence)
 - soins aux nouveau-nés,
 - soins post-natals
 - allaitement maternel.
2. **Information et services en matière de Planification familiale :**
 - IEC/CCC
 - Plaidoyer auprès des leaders communautaires
 - Formation sur les méthodes contraceptives
 - Services de Planification familiale
3. **Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme**
 - Diagnostic et prise en charge de la stérilité féminine/masculine
 - Diagnostic et prise en charge de dysfonctionnements sexuels chez l'homme et chez la femme.
4. **Prévention et prise en charge des complications de l'avortement.**
 - Education à la vie,
 - Promotion de l'abstinence chez les jeunes,
 - Promotion de l'usage des préservatifs,
 - Soins post-abortions de qualité
5. **Information des hommes en vue de leur implication dans la Santé de la Reproduction et leur coresponsabilisation pour améliorer le rôle et le statut de la femme.**
 - Plaidoyer auprès des leaders locaux
 - Formation sur le genre et développement
 - Promotion du Genre
 - Scolarisation équitable des enfants
6. **Prévention et prise en charge des infections génitales, notamment les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) y compris des infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)**
 - IEC/CCC
 - Promotion de l'usage des préservatifs
 - Dépistage des IST y compris de le VHI (Laboratoire, tests)
 - Soins et traitement
 - Référence des cas (IST, PVVIH)
7. **Promotion d'un développement sexuel sain à partir de la préadolescence, des rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et de l'égalité entre les sexes.**
 - Centres ami des jeunes
 - Renforcement des capacités en Genre et Développement
 - Promotion de l'égalité du Genre
8. **Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation génitale féminine, le mariage précoce, la violence au foyer et les violences sexuelles à l'encontre de l'être humain.**
 - Lutte contre les mutilations génitales féminines(MGF)
 - Lutte contre les mariages précoces
 - Lutte contre les violences au foyer
 - Lutte contre les violences sexuelles
9. **Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations génitales féminines et les problèmes de santé de la reproduction associés à la ménopause et à l'andropause.**
 - Réparation des fistules et des complications des mutilations génitales féminines
 - Détection et soins de cancers du Col et du Sein
 - Prise en charge de la Ménopause et de l'andropause

Les axes stratégiques et les activités essentielles à développer dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida sont repris dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 3 : Axes d'intervention et activités essentielles de lutte contre le VIH/sida prévues par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida en RDC (PNLS, PNMLS)

Axes d'intervention et activités essentielles de lutte contre le VIH/sida prévues par les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida en RDC (PNLS, PNMLS)

N°	AXE D'INTERVENTION	ACTIVITES PREVUES		
1	La prévention	IEC/ CCC		
		La paire éducation		
		Don bénévole du sang		
		Sécurité transfusionnelle		
		PEC des IST		
		CDV		
		DCIP		
		PTME		
		Promotion et distribution des préservatifs		
		Promotion et pratique de la circoncision masculine		
		Production et distribution d'outils d'IEC		
		Appui au micro entrepreneuriat des jeunes		
		Lutte contre les violences sexuelles		
		Lutte contre les pratiques abrasives traditionnelles		
		Promotion de la protection universelle et de la biosécurité dans les services		
2	Soins et traitements	PEC des IO		
		La thérapie Antirétrovirale		
		Visites et soins palliatifs à domicile		
		PEC des soins médicaux des PVVIH		
		Mise en place des post-tests clubs		
		Médiation conjugale/ familiale		
		Thérapie psychologique		
		4	Atténuation de l'impact	Appui alimentaire
				Activités génératrices de revenus(AGR)
				Apprentissage des métiers
Alphabétisation des adultes				
5	Plaidoyer et Lobbying	Appui/Accompagnement judiciaire		
		Appui aux OEVs		
		Journées porte ouverte avec les autorités politiques, administratives et militaires		
		Campagnes de plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH/sida ciblant les autorités dans leur milieu de travail		
		Plaidoyer auprès des gouvernements centraux et provinciaux en faveur de la lutte contre le VIH/sida		
Organisation des mouvements de Lobbying (groupes de pression) en faveur de la lutte contre le VIH/sida				

N.B. : La liste ci-dessus n'a pas la prétention d'être exhaustive mais reprend les interventions essentielles dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en RDC.

Selon les termes de référence de cette étude, un des résultats attendus était de lister les interventions développées par les partenaires locaux dans les domaines de la Santé, Droits sexuels et reproductifs et la lutte contre le VIH/sida et mettre en relief les interventions qui prédisposent aux liens entre ces deux domaines.

Pour des raisons de structuration pratique de ce rapport de cette étude, un document supplémentaire de cartographie des interventions et des intervenants locaux issu d'une analyse détaillée des actions de chaque partenaire local d'Oxfam Novib et d'ICCO est versé aux annexes qu'on retrouvera plus bas. Il dresse un inventaire détaillé des activités effectivement réalisées par ces Organisations et Associations locales sur le terrain. Cette analyse détaillée est intitulée : " Les interventions et les intervenants locaux en SRHR et en VIH/sida appuyés par Oxfam Novib et ICCO en RDC". Il relate l'essentiel des interventions développées par les partenaires locaux ainsi que les possibilités de liens entre les actions de SRHR et de lutte contre VIH/sida.

Par la suite, notre appréciation a consisté à rapprocher ce qui a été réalisé sur le terrain, à ce qui est prévue dans les référentiels nationaux afin de juger de leur conformité et de leur contribution à l'atteinte des objectifs des programmes nationaux de SRHR et de lutte contre le VIH/sida.

En effet, la présentation de résultats de cette cartographie des interventions et des intervenants locaux s'est fait par province, par partenaire local et par domaine d'intervention.

Pour une meilleure compréhension des résultats de cette étude, cette cartographie de référence qui est placée à l'ANNEXE III du présent rapport, est structurée de la manière suivante :

Nom de l'Organisation

1. Identification

Mission :

Localisation :

Rayon d'action

Classification :

2. Listage des interventions développées dans le domaine de la SRHR

3. Listage des interventions développées dans le domaine de VIH/sida

4. Listage des interventions établissant des liens entre ces deux domaines

L'étude invite les parties prenantes et les autres tiers intéressés, à découvrir ce document pour les appréciations particulières et pour usage approprié.

Le tableau n°8 ci-dessous agrège treize(13) principaux résultats de l'étude jugés pertinents pour la planification des actions correctrices (Plan d'action à court et moyen terme de la mise en œuvre des recommandations de l'étude) ainsi que les conclusions appropriées, les Gaps/Déficit y rattachés et les recommandations y afférentes. Les responsabilités stratégiques et opérationnelles de la mise en œuvre du plan d'action à court et moyen termes (s'il est envisagé) en rapport avec cette étude sont résumées comme suit :

Tableau n°8. Résultats, Conclusions, Gaps/Déficit, Recommandations de l'étude

	PRINCIPAUX RESULTATS	CONCLUSIONS	Gaps/DEFICIT	RECOMMANDATIONS	RESPONSABLES
1.	La majorité des partenaires locaux développent les activités avec un personnel non ou insuffisamment formé en matière de SRHR et de lutte contre le VIH/sida mais aussi en Genre, santé et développement(GSD)	Les interventions de SRHR et de VIH/sida sont mis en œuvre par personnel non formé ou insuffisamment formé en gestion de projets et programmes conformément aux normes et directives de politiques nationales et plans stratégiques nationaux de SRHR (feuille de route) et de lutte contre le VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque de formation initiale en SRHR, en VIH/sida et en GSD ✓ Insuffisance de formation continue dans les trois domaines 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer un plan dynamique de formation en SRHR, en VIH/sida et en GSD ✓ Produire les modules de formation ad hoc ✓ Renforcer les capacités techniques du personnel dans les domaines de SRHR et de Lutte contre le VIH/sida ainsi que les liens entre les deux domaines 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tous les Partenaires locaux
2.	La majorité de partenaires locaux ne possèdent pas des documents de politique et de plans stratégiques nationaux pouvant leur servir de référentiels dans la mise en œuvre des leurs interventions	Les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida sont mises en œuvre sans référence aux politiques et plans stratégiques nationaux de PNSR, de PNLS et de PNMLS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non possession de documents de référence nationaux en matière de SRHR et VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acquérir ces référentiels auprès des instances habilitées(PNSR,PNLS,PNMLS) et en assurer une large diffusion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tous les Partenaires locaux ✓ OXFAM NOVIB ✓ ICCO
3.	Les us, coutumes et traditions rétrogrades représentent un des obstacles majeurs à l'adhésion communautaire aux interventions de SRHR et de VIH/sida.	Il y a une perpétuation des comportements et pratiques néfastes qui interfèrent négativement et contrarient l'atteinte des objectifs de SRHR et de lutte contre le VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence d'un plan intégré de communication pour lutter contre les comportements et les pratiques néfastes en SRHR et en lutte contre le VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventorier les us, mœurs, coutumes et traditions rétrogrades (étude exploratoire) ✓ formuler et Elaborer un plan intégré de communication axé sur la lutte contre les comportements et pratiques néfastes en SRHR et la VIH/sida ✓ Former les acteurs en techniques de communication en SRHR et en VIH/sida ✓ Mettre en œuvre le plan intégré de communication budgétisé. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partenaires locaux des provinces : 1) Kinshasa :RECIC 2) Maniema: Uwaki , ANAM, CRONG 3) Sud-Kivu : APIDE, VAS, UWAKI, LUNACOP, Groupe Milima, UGEAFI, Association Elimu, Héritiers de justice, SOFIBEF, RADHF,CEPROF 4) Nord-Kivu : ASAF, CEPROSAN, SFVS, LOFEPACO, FOPAC

4.	Dans les us, coutumes, tradition et pratiques locales, les mutilations génitales féminines ("Kashina" ou Kukurura mishuti) considérées comme des rites auxquels la jeune fille est astreinte de subir	Les mutilations génitales féminines sont largement pratiquées par les différentes tribus du Kivu ("Kashina" ou "Kukurura mishuti") et peuvent avoir des conséquences néfastes sur la jeune fille (infections, traumatisme ...)	✓ Insuffisance d'informations et de sensibilisation pour lutter contre ces Mutilations Génitales Féminines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser une étude pour mettre en relief la prévalence de Mutilations génitales féminines ✓ Dans le plan intégré de communication, intégrer la problématique des MGF au Kivu ✓ Organiser des campagnes de sensibilisation contre les MGF ciblant les mutilatrices et leurs complices 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partenaires locaux des provinces : <ul style="list-style-type: none"> 1) Kinshasa : RECIC 2) Maniema: Uwaki , ANAM, CRONG 3) Sud-Kivu : APIDE, VAS, UWAKI, LUNACOP, Groupe Milima, UGEAFI, Association Elimu, Héritiers de justice, SOFIBEF, RADHF,CEPROF 4) Nord-Kivu : ASAF, CEPROSAN, SFVS, LOFEPACO, FOPAC
5.	Les personnes ayant des rapports sexuels avec les personnes de même sexe (homosexuels et lesbiennes) sont nombreux dans les communautés et sont stigmatisés, discriminés, marginalisés et se cachent.	<p>A cause de cette homophobie, il n'y a pas d'interventions spécifiques de SRHR et de lutte contre le VIH/sida adressées spécifiquement à ces groupes sexuels spécifiques</p> <p>Les communautés marginalisent et discriminent les homosexuels et les lesbiennes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'interventions spécifiques adressées à ces groupes sexuels spécifiques ✓ Absence de lois protégeant les homosexuels et les lesbiennes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobiliser les moyens en faveur des projets intégrant les préoccupations et les besoins de des personnes ayant des rapports sexuels avec les personnes de même sexe (homosexuel et lesbiennes) ✓ Organiser le plaidoyer auprès des autorités pour l'élaboration et la promulgation des lois protégeant les homosexuels et les lesbiennes 	Tous les partenaires locaux
6.	Il ya beaucoup de populations sensibilisées dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida mais il y a très peu de centres de conseils et de dépistage volontaires du VIH	Les populations sensibilisées et orientées vers les CCDV ont des difficultés de trouver ces centres pour leur permettre de connaître leur statut sérologique à VIH	✓ Insuffisance des Centres de Conseils et Dépistages Volontaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobiliser les moyens pour implanter les CCDV communautaires ou, ✓ Rendre disponible des CCDV mobiles (Fourgonnettes équipées + Equipes de techniciens mobiles) pour palier à la faible couverture des rayons 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partenaires locaux des provinces : <ul style="list-style-type: none"> 1) Kinshasa : ADECOM, RECIC 2) Maniema: Uwaki,

				d'action des partenaires locaux en CCDV.	ANAM, CRONG 3) Sud-Kivu : APIDE, UWAKI, LUNACOP, Groupe Milima, UGEAFI, Association Elimu, 4) Nord-Kivu : ASAF, CEPROSAN, SFVS, LOFEPACO,
7.	Il y a une très faible offre nationale en ARV de qualité pour permettre aux PVVIH éligibles d'accéder à la thérapie antirétrovirale et au traitement contre les infections opportunistes	Les PVVIH éligibles à la thérapie antirétrovirale ont des difficultés d'avoir les ARV et les médicaments contre les infections opportunistes et donc ne peuvent pas suivre les soins de façon appropriée	✓ Insuffisance d'approvisionnement du pays en ARV	✓ Initier un plaidoyer au niveau international pour mobiliser le financement pour l'achat des ARV afin de s'aligner à la politique internationale de l'accès universel aux soins et traitement (trithérapie)	✓ Oxfam Novib ✓ ICCO ✓ Avec l'appui de SAN!
8.	En dépit des interventions développées, les pratiques néfastes continuent à se perpétuer en SRHR et en lutte contre le VIH/sida (comportements sexuels à risque, violences sexuelles dont les viols)	Les moyens et les stratégies d'interventions utilisées ne permettent pas de lutter efficacement contre les pratiques néfastes en SRHR et en VIH/sida (comportements sexuels à risque, violences sexuelles dont les viols)	✓ Insuffisance des moyens mobilisés en faveur des interventions de SRHR et de VIH/sida ✓ Insuffisance de Stratégies d'abord et de lutte contre les pratiques néfastes en SRHR et en lutte contre le VIH/sida	✓ Mobiliser les moyens additionnels pour développer les sous-projets, projets ou les programmes de SRHR et de lutte contre le VIH/sida ✓ Développer /renforcer les stratégies d'abord et de lutte contre les pratiques néfastes (Ex: Plan intégré de communication y compris un plan de plaidoyer.) ✓ Développer le Plaidoyer en ciblant les gardiens des coutumes, les autorités civiles et militaires, les leaders religieux et de la société civile. ✓ Créer et développer le lobbying à travers les mouvements et groupes de pression pacifiques	✓ Partenaires locaux des provinces : 1) Kinshasa : RECIC 2) Maniema: Uwaki, ANAM, CRONG 3) Sud-Kivu : APIDE, UWAKI, LUNACOP, Groupe Milima, UGEAFI, Association Elimu, Héritiers de la justice, RADHF, 4) Nord-Kivu : ASAF, CEPROSAN, SFVS, LOFEPACO, FOPAC

9.	Dans un même rayon d'action, les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida sont implémentées "isolement" bien que les possibilités des liens opérationnels coexistent	Il n'y a pas de liens (intégration) entre certaines interventions spécifiques de SRHR et de lutte contre le VIH/sida mises en œuvre dans les mêmes rayons d'action	✓ Déficit d'établissement des liens opérationnels et pratiques entre les services de SRHR et de lutte contre le VIH/sida	✓ Intégrer les services qui offrent les possibilités opérationnelles de liens à l'instar de : - Planification familiale et Conseil et dépistage volontaire du VIH - Prévention des violences sexuelles et la lutte contre le VIH/sida - La maternité à moindre risque et la prévention de la transmission du VIH/sida - Les CPN focalisées et la PTME+ - La promotion du Genre en SRHR et la prévention du VIH/sida - Lutte contre les MGF et la prévention du VIH/sida - Promotion de l'allaitement maternel et la PTME+ ✓ Mettre en place et faire fonctionner un système articulé et outillé de Référence et contre-référence entre certains services de SRHR et de lutte contre le VIH/sida	✓ Tous les partenaires locaux ✓ Oxfam Novib ✓ ICCO Avec l'appui de SAN!
10.	La majorité de partenaires locaux développent les activités dans le domaine de la SRHR et de la lutte contre le VIH/sida se limitent simplement à la sensibilisation	Les populations sensibilisées n'ont pas la possibilité d'accéder à une prise en charge holistique en SRHR et en lutte contre le VIH/sida	✓ Insuffisance de moyens pour assurer le continuum des soins et services de SRHR et de VIH/sida	✓ Mobiliser les moyens complémentaires et/ou additionnels pour assurer la continuité successive des soins et services de SRHR et de VIH/sida : Sensibilisation et référence → Services de prévention (PF, CDV, CPN, CPoN, PTME, Centres Ami des jeunes, etc.) → Services de PEC (Maternité, SOBU, SONU, PEC des IO, TAR, soins palliatifs, ...) → Atténuation de l'impact (soutien, support) → Décharge et accompagnement	Tous les partenaires locaux avec l'appui d'Oxfam Novib et d'ICCO
11.	Dans cette sensibilisation comme activité principale, les messages et les outils diffusés transmettent des informations non appropriées	Les partenaires locaux diffusent les messages de SRHR et de VIH/sida et utilisent des outils de sensibilisation non standardisés et non	✓ Absence/Manque d'un guide de messages opérationnel en SRHR	✓ Lors de l'élaboration du plan intégré de communication, lister et élaborer un guide de référence	✓ Tous les partenaires locaux

	et parfois non adaptées au contexte	adaptés à chaque contexte particuliers	et en VIH/sida <ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence d'un plan intégré de communication en SRHR et en lutte contre le VIH/sida ✓ Insuffisance dans la conception d'Outils de sensibilisation (d'IEC/CCC) harmonisés et standardisés et adaptés à chaque contexte particulier 	des messages et des outils de sensibilisation (IEC/CCC) harmonisés et standardisés et adaptables à chaque contexte particulier	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oxfam Novib ✓ ICCO Avec l'appui technique de PNSR, PNLS, PNMLS
12.	Les autres activités de la chaîne verticale et transversale de Prévention sont insuffisamment mise en œuvre dans le cadre de SRHR et de lutte contre le VIH/sida	Les autres activités stratégiques de la Prévention en SRHR et dans la lutte contre le VIH/sida ne sont pas suffisamment développées par la majorité des partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuffisance des moyens pour la diversification des activités de Prévention en SRHR et dans la lutte contre le VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobiliser les moyens additionnels et ou complémentaires pour implémenter d'autres activités de prévention notamment : <ul style="list-style-type: none"> • En VIH/sida : <ul style="list-style-type: none"> - Le don bénévole de sang - La sécurité transfusionnelle - La pair éducation VIH/sida - Le traitement des déchets biomédicaux - La prévention en milieux de travail - La promotion des mesures de protection universelle - etc... - la GIPA • En SRHR : <ul style="list-style-type: none"> - La maternité à moindre risque - La prévention et soins des avortements - La lutte contre les MGF - La prise en charge des dysfonctions sexuelles - Etc.. • VIH/sida et SRHR (cfr supra) 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Kinshasa : ADECOM, RECIC 2) Maniema : ANAM, UWAKI, CRONG 3) Sud-Kivu : APIDE, VAS, LUNACOP, Groupe Milima, UGEAFI, Centre Elimu, SARCAF 4) Nord-Kivu : ASAF, SFVS, LOFEPACO, CEROSAN
13	Insuffisance de coordination inter-partenaire d'un bailleur et/ou de coordination inter-bailleur finançant les mêmes activités sur terrain à travers leurs partenaires locaux.	Il y a un risque évident de chevauchement des interventions et des intervenants sur le terrain ainsi que de gaspillage des ressources rares et limitées face aux besoins très nombreux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ insuffisance de coordination de la mise en œuvre des interventions sur le terrain ✓ Ignorance des activités 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place des mécanismes internes (réunions périodiques, revues périodiques, ...) de Coordination des partenaires locaux par domaine d'activité ou 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les partenaires locaux, Oxfam Novib et ICCO

			développées par les partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ par rayon d'action Développer des mécanismes externes (réunions périodiques, partage d'informations stratégiques) de Coordination des interventions avec les partenaires locaux, nationaux et internationaux à travers les différents "clusters" sous la coordination générale de OCHA. 	PNSR et PNMLS
15.	En ce qui concerne le partenariat dans les actions, il a été noté une insuffisance de concertation et de coordination avec la contre partie gouvernementale qui ignore l'effectivité des activités/interventions développées sur terrain par les partenaires locaux	Les activités financées par OXFAM NOVIB et ICCO à travers leurs partenaires locaux ne sont comptabilisées par la contre partie gouvernementale (les programmes nationaux spécialisés) et non pris en compte dans les résultats(les efforts) locaux, provinciaux et nationaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuffisance de collaboration et de concertation avec les contres partie gouvernementales (PNSR, PNLS, PNMLS) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseiller la signature de Memoranda of Under standing (MOU) entre la partie gouvernementale et les deux ONG néerlandaises 	Oxfam Novib ICCO
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseiller la signature des conventions de collaboration avec les instances socio sanitaires locales (Zones de santé, hôpitaux, Centres de santé,...) ✓ Rapporter les activités de SRHR et/ou du VIH/sida aux Zones de Santé et aux Programmes spécialisés (PNSR, PNLS, PNMLS) 	Tous les partenaires locaux
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence d'alignement des projets aux politiques et plans stratégiques nationaux de SRHR et de lutte contre le VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se référer à la "Déclaration de PARIS sur l'efficacité de l'aide au Développement" qui recommande l'alignement de tous les partenaires octroyant de l'aide au développement sur les politiques et plan stratégiques nationaux des pays en voie de Développement. ✓ Se référer aux politiques nationales et aux plans 	Tous les partenaires locaux Oxfam Novib ICCO

				stratégiques nationaux de SRHR et de la lutte contre le VIH/sida et autres référentiels existants	
			✓ Absence d'une représentation régionale de SAN! Pour le suivi et évaluation rapprochés des financements	✓ Ouvrir une cellule technique régionale (Burundi, RDC) pour la représentation, le suivi et évaluation rapprochés des activités et des financements y afférents	SAN!
16.	La majorité de partenaires locaux ignorent des opportunités qui coexistent concomitamment dans leurs champs et / ou rayon d'action et se focalisent exclusivement sur les financements d'Oxfam Novib ou de ICCO	La majorité des partenaires locaux se retrouvent dans l'impossibilité de développer des synergies et de complémentarité qui pourraient améliorer le cout-efficacité ou encore réduire les charges liées à leurs interventions.	✓ Absence d'une cartographie actualisée des intervenants et des intervenants dans les domaines de la SRHR et de la lutte contre le VIH/sida	✓ Initier et Elaborer une cartographie actualisée des intervenants et leurs interventions en SRHR et en VIH/sida dans chaque rayon d'action	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tous les partenaires locaux ✓ Oxfam Novib et ICCO ✓ SAN!
			✓ Absence d'un Guide de référence actualisé des intervenants et des interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida	✓ A l'aide de la cartographie actualisée, produire et distribuer des Guide de référence (interventions, intervenants, localisation, durée de l'intervention,...)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partenaires locaux ✓ Oxfam Novib et ICCO ✓ SAN!
12.	Absence d'un circuit articulé et outillé (bon, fiche, registres, moyens de transport, suivi et évaluation, cadre d'interconnexion stratégique,...) de référence et contre-référence des clients/Personnes touchées par les interventions de SRHR et de VIH/sida	Les clients sensibilisés ne profitent pas de la continuité et de l'ensemble des services de SRHR et de VIH/sida disponible dans un rayon d'action déterminé	✓ Absence de système de référence et contre-référence articulé, outillé, suivi et évalué	✓ Former les prestataires sur l'organisation technique et opérationnelle d'un système de référence et contre-référence	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un Expert ✓ Tous les partenaires locaux ✓ Oxfam Novib ✓ ICCO
				✓ Développer les outils de référence et contre référence (Bon, fiches, registres, canevas de Suivi et Evaluation....)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un Expert ✓ Tous les partenaires locaux ✓ Oxfam ✓ ICCO
				✓ Mettre en place un système	

				interne (Partenaires locaux) et externe (autres organismes et institutions) de référence et contre-référence	<input checked="" type="checkbox"/> Oxfam Novib et ICCO <input checked="" type="checkbox"/> Partenaires locaux
				<input checked="" type="checkbox"/> Doter ce système de la logistique nécessaire pour la référence et contre -référence (moyens de transport et de communication)	<input checked="" type="checkbox"/> Oxfam Novib et ICCO <input checked="" type="checkbox"/> Partenaires locaux
17.	Les hommes et les femmes ayant des rapports sexuels avec les personnes de mêmes sexes (Homosexuel et lesbienne) sont nombreux dans les communautés mais vivent dans l'anonymat et la clandestinité.	Les hommes et les femmes ayant des rapports sexuels avec les personnes de même sexe sont victime de la stigmatisation, de la discrimination, de marginalisation, du rejet social et brimades familiales et communautaires	<input checked="" type="checkbox"/> Existence des us, mœurs, coutumes et coutumes rétrogrades qui ne tolèrent pas ces pratiques sexuelles	<input checked="" type="checkbox"/> Développer et mettre en œuvre un plan intégré de communication avec des volets qui contrent les us, mœurs, coutumes et traditions rétrogrades	Tous les partenaires locaux
			<input checked="" type="checkbox"/> Présence des lois rétrogrades qui culpabilisent et condamnent ces pratiques sexuelles	<input checked="" type="checkbox"/> Faire un plaidoyer et monter des groupes de pression pour militer pour l'abrogation de ces lois rétrogrades	Tous les partenaires locaux PNSR et PNMLS
			<input checked="" type="checkbox"/> Absence d'un cadre d'encadrement et d'accompagnement	<input checked="" type="checkbox"/> Faire une évaluation formative de base pour cerner les problèmes liés à ces groupes sexuels spécifiques <input checked="" type="checkbox"/> Mettre en place un cadre d'encadrement et d'accompagnement de ces groupes sexuels spécifiques	<input checked="" type="checkbox"/> Tous les partenaires locaux <input checked="" type="checkbox"/> Oxfam Novib et ICCO
			<input checked="" type="checkbox"/> Absence de projets spécifiques ciblant ces groupes sexuels spécifiques en priorité	<input checked="" type="checkbox"/> Planifier, obtenir le financement et mettre en œuvre des projets spécifiques ciblant en priorité ces groupes sexuels	<input checked="" type="checkbox"/> Tous les partenaires locaux
18.	Les partenaires locaux ont identifié les liens entre les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida dans leurs rayons d'action	Il y a des possibilités de lier, de jeter "les ponts" et des passerelles entre les interventions de SRHR et de lutte contre le VIH/sida en faveur des populations bénéficiaires	<input checked="" type="checkbox"/> Les partenaires locaux n'ont pas établi les interventions "prioritaires" à lier dans leur rayon d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Lors de l'atelier de formation sur " la référence et contre-référence, insérer un chapitre sur l'établissement des interventions prioritaires à lier dans chaque rayon d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Oxfam Novib et ICCO <input checked="" type="checkbox"/> Tous les partenaires locaux

11 BIBLIOGRAPHIE

1. www.société civil.cd. Le portrait de la société civil en RDC.
2. Politique Nationale de la Santé de la Reproduction en RDC.2008,
3. "Feuille de route " pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en RDC. 2006,
4. PNLS : Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2008-2012,
5. PNMLS : Plan stratégique National Multisectoriel de Lutte contre le VIH et le SIDA 2010-2014,
6. IMT/A, ASAP(ONUSIDA), ESP/UNIKIN : Rapport de l'analyse de la situation de l'épidémie à VIH en RDC. 2008
7. Nations-Unies : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. 1979
8. Nations-Unies : Résolution 1325. 31/10/2000
9. Raf Clusters : Le plan STAREC du Gouvernement congolais. IPIS, Août 2009
10. Rapport de l'Atelier de consensus national sur l'avant-projet de la loi-cadre sur la santé publique. Kinshasa du 23 au 25 août 2010
11. Journal officiel de la RDC: Code de la famille, 44^{ème} année, numéro spécial, 25 avril 2003
12. Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) 2011-2015. Kinshasa, mars 2010
13. Willy Musitu Lufungula : La femme congolaise: Pilier de l'économie informelle en milieu urbain. 2006.
14. Module de formation des prestataires: Intégration du PMA de la PTME dans les services de santé de la reproduction. Version révisée. Août 2005
15. GTZ : La santé sexuelle et reproductive des jeunes: Expériences tirées des projets.
16. Dieudonné Malekera : Sud-Kivu : les prostituées aussi sont violées, in Syfia Grands lacs. 19 juin 2009.
17. OMS, UNFPA, ONUSIDA: La Santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida : un cadre des liens prioritaires. 2005
18. PNMLS : Rapport d'audit technique externe des activités du PNMLS pour les exercices 2008 et 2009. Février 2011.
19. CCM : Couverture de la PTME en RDC. Présentation au Ministère de la santé en 2009.
20. Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes en RDC. MICS2/2001.
21. Rapport National UNGASS/RDC : Janvier 2008-Décembre 2009, soumis le 31 mars 2010

12 ANNEXES

ANNEXE I.

LISTE DES PERSONNES RECONTREES

N°	Prénoms et Noms	Organisation	Fonctions
1.	Eugide Bashombana	Oxfam International	DRC Joint Oxfam officer
2.	Tercile Nabintu	ICCO	Coordinatrice PROCOVISE
3.	Nestor	ADECOM	Coordonnateur
4.	Gérard	RECIC	Coordonnateur
5.	Jean Michel	RECIC	Chargé de Genre
6.	Dr Valérien Ilombe Mbilishi	APIDE	Secrétaire Général
7.	Romain Mukunda Bussi	APIDE	Secrétaire Général Adjoint
8.	Anicet Mutima	APIDE	Analyste des projets
9.	Benjamin Mukunda	APIDE	Chargé des projets/Santé
10.	Jeannette Kito	APIDE	Animatrice Sanitaire
11.	Ernestine Wakulungwa	UWAKI/Sud-Kivu	Secrétaire Exécutive
12.	Liliane Wakusomba	UWAKI/Sud-Kivu	Genre et point focal VIH/sida
13.	Aristide Wilondja	LUNACOP	Coordonnateur
14.	Suzanne Lokanyi	VAS	Coordinatrice
15.	Bernard Mulamba	VAS	
16.	Bibish Balola	VAS	
17.	Régine Byakya	VAS	
18.	Joséphine Salumu	VAS	
19.	Maurice Namwira	HDJ	
20.	Jully Nzogu Fatuma	HDJ	
21.	Téléphore NAMUKAMA	HDJ	
22.	Chantal Bilulu	HDJ	
23.	Jean Paul Wany	HDJ	
24.	J.C. Mugaruka	ADI-KIVU	
25.	Marie Jeanne Mugabe	SARCAF	
26.	Alain Makelele Kauchu	SARCAF	
27.	Jean Jacques Mirindi	ICCO	
28.	Albin Kabadji	DIOBASS/Nord-Kivu	Point focal VIH/sida
29.	Théogène Kambere	CRONGD/Nord-Kivu	Chargé de programmes
30.	Jérémie Kibukila	RADHF	Secrétaire Exécutif
31.	Baobe Nabalongelwa	CEPROF	Coordinatrice
32.	Naum B. Butoto	UGEAFI	Directeur Général
33.	Marie Musukyo	SOFIBEF	Directrice a.i.
34.	Kakitsa Songya	FOPAC	Suivi de projets
35.	Germain Musombo	MALI	Point Focal VIH/sida
36.	P.K. Isamura	CRONG/CEPROSAN	Coordonnateur
37.	Kakule Mesokuona	CRONG/CEPROSAN	Point Focal VIH/sida
38.	Veal Kaghoma	LOFEPACO	Coordinatrice
39.	Vyalirendi Kambale	LOFEPACO	Chargé des programmes
40.	Tibère Kajemba	OGP	Chercheur/Animateur
41.	Oswald Kambale	CRONGD/Nord-Kivu	Secrétaire Exécutif
42.	Tati Kabengwa	ANAM	Coordonnateur
43.	Kabibi Mwinyipanzi	ANAM	Genre et PMI
44.	Désiré Salumu	ANAM	Superviseur
45.	Jack Kahora	ASAF	Coordonnateur Provincial
46.	Musafiri Mushambaro	Groupe MILIMA	Coordonnateur
47.	Jules Nteba Bakumba	ELIMU	Coordonnateur
48.	Kaay Kasaka	UWAKI/Maniema	Secrétaire Exécutive
49.	Denis Mugoli	CRONGD/Maniema	Secrétaire Exécutif
50.	Dr Kilimalima Ngwasi Pépé	PNMLS/Sud-Kivu	Coordonnateur Provincial
51.	Dr Nyamugaragaza Bugini	PNSR/Sud-Kivu	Coordonnateur Provincial
52.	Bahizire Kajemba	UNFPA	
53.	Dr Alain	PNMLS/Nord-Kivu	

ANNEXE II : Exemple de vision et politique pour chaque organisation

1

POLITIQUE DE MANIEMA LIBERTES SUR LE VIH/SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL

Introduction

Maniema Libertés, MALI en sigle, est une association sans but lucratif créée le 13 Juillet 1997 par des personnes physiques, Acteurs de la Société Civile du Maniema, face aux multiples exactions des droits humains que connaissent les habitants de la Province du Maniema. MALI est reconnue par Arrêté Provincial N°01/010/CAB-GP/MMA/2002, enregistré sous le numéro F.92/878 de la requête en obtention de la personnalité juridique avec autorisation de fonctionnement N°JUST.GS/SG/20/99 du 17 Septembre 2005.

MOTIVATION

Le VIH/SIDA constitue un danger permanent en RDC en général et dans le monde du travail en particulier ;

- Constatant le tableau clinique que présente le Maniema sur le VIH/SIDA avec certaines zones appelées à haut risques ;
- Soucieux du développement et du progrès social sur le défis du VIH/SIDA lancé en Province et en milieu du travail ;
- Connaissant le militantisme de MALI sur la sensibilisation en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Vu l'importance d'une lutte d'ensemble afin d'aboutir à l'obtention d'un environnement sain en se solidarisant avec les autres associations déjà impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA,
- Vu l'ampleur que revêt cette pandémie avec de statistiques trop effrayant ;
- Voyant la situation dans laquelle le Maniema se trouve avec les deux guerres qui se sont succédées avec tout ce qui a comme conséquences ;

Soucieux de se solidariser avec les autres associations déjà impliquées dans la lutte ;
Constatant le niveau de l'ignorance des certains agents sur le VIH/Sida en milieu du travail et dans les familles respectives.
MALI est déterminé à s'impliquer de manière générale pour une intégration transversale en utilisant les mécanismes nécessaires sur cette question.

Mission/Vision globale de l'organisation

MALI a comme mission de s'engager à œuvrer pour la promotion du bien être de la population du Maniema à travers une approche basée sur les droits de l'homme par l'accompagnement de la population dans la promotion des droits ci-après :

- civils et politiques ;
- économiques et sociaux ;
- à la sécurité et à la paix ;
- à la diversité ;
- aux services sociaux de base.

Vision par rapport à la lutte contre le VIH/SIDA

La politique de MALI dans la lutte contre le VIH-SIDA Est d'intégrer transversalement l'action de lutte contre le VIH-SIDA au sein de l'Association dans tous les programmes, avec une attention soutenue sur les jeunes filles et garçons mais beaucoup plus aux filles compte tenu de leurs vulnérabilités (situation biologique).

ANNEXE III.

TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE

TERMES DE RÉFÉRENCE - CONSULTANT

ÉTUDE : LISTER ET ANALYSER L'ENVIRONNEMENT DE :

'LES SERVICES ET LES ACTIVITÉS DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ET DU VIH/SIDA'

EN R.D. CONGO

I. INTRODUCTION

STOP AIDS NOW! est un partenariat entre le Dutch Aids Fonds et les quatre principales organisations de coopération au développement aux Pays-Bas : Cordaid, Hivos, ICCO et Oxfam Novib. Il a été fondé pour renforcer la riposte de ces partenaires néerlandais au sida, dans le Sud. Au cours de la période 2010-2015, STOP AIDS NOW! S'attachera à accroître les efforts de ses partenaires pour *lier ou intégrer la Santé et les droits sexuels et reproductifs (sigle en anglais : SRHR) et le VIH/sida.*

Les interactions sont manifestes entre les SRHR et le VIH/sida, car la plupart des infections à VIH sont transmises sexuellement ou sont liées à la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. En outre, la mauvaise santé de la reproduction et le VIH et le sida ont des causes fondamentales analogues qui incluent la pauvreté, l'inégalité sociale et l'inégalité entre les sexes ; outre la marginalisation des populations les plus vulnérables (OMS, 2006). Désormais, des données de plus en plus nombreuses révèlent qu'il existe d'importantes synergies entre les SRHR, la prévention du VIH et les efforts déployés en matière de prise en charge et de traitement. Selon l'OMS, « forger des liens plus étroits entre ces secteurs de programmes devra entraîner d'importants avantages au plan de la santé publique, et est nécessaire pour atteindre les objectifs et les cibles du développement international » (OMS, 2006).

II. FAITS ET JUSTIFICATION

Les partenaires néerlandais de STOP AIDS NOW! Souhaitent identifier un domaine d'intervention pour renforcer les efforts des associations locales, qu'ils soutiennent en RDC, à relier la santé et les droits sexuels et reproductifs à la réponse au VIH, et vice versa.

Il est donc crucial de **connaître les activités présentes des partenaires locaux et les services offerts par eux; et le point sur lequel les travaux sur les SRHR et le VIH pourraient le plus profiter de ces efforts ; ainsi que l'environnement politique, social and culturel qui explique comment les partenaires opèrent.** Par conséquent, STOP AIDS NOW! propose d'initier cette étude auprès de ses partenaires en RDC.

Sur la base des résultats de l'étude exploratoire, STOP AIDS NOW! définira des activités concrètes spécifiques qui renforcent les travaux des partenaires de STOP AIDS NOW ! et de leurs homologues en RDC. L'évaluation des besoins envisagée sera conduite pour les partenaires ICCO et Oxfam Novib

III. RÉSULTATS

Le principal résultat attendu de cette consultance est un **aperçu 1) des activités et des services des partenaires locaux sur le domaine de la Santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction (SRHR) et le VIH/sida et 2) des activités et des rôles des autres auteurs nationaux, dans le contexte des activités des partenaires, touchant divers domaines (politiques, lois, la culture, etc) et tenant compte de la situation de conflit du pays qui peut empêcher les activités des partenaires. Concernant la situation de conflit et la violence envers les femmes, il faut faire attention spécifiquement à la situation des femmes qui éprouvent les obstacles à leur utilisation des services.**

Cet aperçu devra permettre de mieux connaître :

Niveau 1: définition de la situation actuelle des partenaires locaux : qu'impliquent les travaux des organisations mentionnées ? Se concentrent-ils sur les SRHR et/ou le VIH/sida et quel type d'activités prend place ?

Niveau 2 : définition de la situation du contexte local :

Quels sont les politiques, les lois et les plans en matière de SRHR et de VIH/sida mis en œuvre en RDC ? Quels sont les autres acteurs principaux ? Quels sont les obstacles dans le contexte ?

Niveau 3 : définition des défis et des opportunités :

Quels sont les défis dans les activités des partenaires locaux ? Quelles sont les opportunités ? Quels sont les défis dans la politique et les plans nationaux, le contexte, la culture ? Quelles stratégies sont nécessaires pour les résoudre ?

IV. TÂCHES ET RESPONSABILITÉS

Sous la supervision générale du responsable de politique auprès de STOP AIDS NOW!, et en collaboration avec l'agence locale d'ICCO/Oxfam Novib, le consultant élaborera et présentera :

- a. Un questionnaire d'entretien comportant des questions sans réponses sur l'établissement de liens entre les SRHR et le VIH/sida et leur intégration.
- b. Un rapport contenant le résultat (une analyse) des entretiens et des documents (de politique) sur les SRHR et le VIH/sida.
- c. Des rapports d'entretien (données brutes) sur chaque entretien conduit.

V. PRODUITS ET CHRONOLOGIE

Début de la consultation : **la dernière moi de novembre**

1. Questionnaire développé au plus tard le :
2. Rapport de résultat le :
3. Rapports d'entretien (numériques) le :

VI. MÉTHODOLOGIE/APROCHES SUGGÉRÉES

- Le consultant examinera les documents existants sur les SRHR et le VIH/sida en RDC et le cadre de recherche et autres documents (en particulier le Plan stratégique 2010-2015 de STOP AIDS NOW !) élaborés par STOP AIDS NOW ! et ses partenaires.
- Elle/il travaillera en collaboration avec l'agence locale de Cordaid/ICCO/Oxfam Novib et pour l'aide logistique.

Approche de la recherche

Étant donné le sujet de la recherche, une perspective *qualitative* sera appliquée, puisque l'étude vise à comprendre les besoins des organisations qui participent à l'étude.

Des calendriers d'entretiens seront la méthode de recherche la plus adéquate pour cette étude (évaluation des besoins).

Après la collecte de l'information tirée des calendriers d'entretiens, le chercheur analysera les entretiens dans le but d'identifier des « thèmes » ou questions qui reviennent sans cesse. Cette analyse permettra une analyse consécutive, destinée à évaluer la valeur ajoutée que peut avoir STOP AIDS NOW ! en travaillant en RDC dans le domaine des SRHR, du VIH et du sida.

Aspects éthiques

Les participants interviewés seront pleinement informés de l'objectif de la recherche. Les participants se verront également donner le choix de participer ou non à l'étude, et le choix de la personne sera respecté.

VII. QUALIFICATIONS ET EXPÉRIENCE DEMANDÉESConnaissances professionnelles/expertise technique

Le consultant aura une expertise démontrable dans les Santé et droits en matière de sexualité et de VIH/sida à différents niveaux possibles (niveaux des services de santé, de l'élaboration de politiques et de programmes). En outre, le consultant aura une expérience éprouvée de la programmation d'ONG dans des contextes de conflit et de post-conflit.

Réflexion analytique et stratégique

Le consultant identifie et analyse l'information et les problèmes ; il a l'aptitude et la capacité intellectuelle nécessaires pour traiter des questions complexes.

Orientation des résultats

Le consultant manifeste la volonté d'atteindre des résultats ; il convient de résultats de haute qualité du plan de travail et respecte les délais.

Le candidat sera prié de soumettre son curriculum vitae et un échantillon de travail écrit, analogue à l'ouvrage qui est demandé à Mme Odette Salden
OSalden@stopaidsnow.nl

VIII. RESPONSABILITÉS DU CONSULTANT

Le consultant travaillera sous contrat de STOP AIDS NOW! Il sera en contact direct avec le responsable de politique de STOP AIDS NOW!, auquel elle/il soumettra tous les documents et autres résultats attendus mentionnés dans le contrat et les termes de référence (TdR).

Comme il sera indiqué dans le contrat, le paiement du consultant aura lieu à la remise des résultats définis dans les présents TdR.

Le consultant respectera les délais fixés dans le contrat, et les documents présentés auront une qualité optimale. Les documents produits par le consultant seront considérés comme adéquats, et le contrat sera considéré comme terminé de manière satisfaisante, uniquement après l'approbation des parties concernées.

Tous les documents tirés de cette consultance sont la propriété de STOP AIDS NOW ! et seront traités confidentiellement.

ANNEXE IV.

Déclaration de **Mme Dr Marijke Wijinroks**, Ambassadrice des Pays-Bas pour le sida au Secrétariat de l'ONUSIDA

Pour renforcer ce qui précède, Mme Dr Marijke Wijinroks, Ambassadrice des Pays-Bas pour le sida au Secrétariat de l'ONUSIDA déclare en février 2010 lors d'une interview avec les organes de presse d'ONUSIDA :

« « En tant qu'Ambassadrice des Pays-Bas pour le sida, je représente le Ministère néerlandais des Affaires étrangères pour les questions touchant au sida.

Notre gouvernement mène une politique qui porte à la fois sur le VIH et sur les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction (DSSR), dans la mesure où nous pensons qu'il s'agit de deux questions fortement liées.

Cette politique est axée d'une part, sur la prévention, et d'autre part, sur la promotion et la protection des droits associés à la santé sexuelle et reproductive. Elle porte sur la prévention de l'infection à VIH, la prévention des grossesses non désirées et la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles, ainsi que sur la protection et la promotion des droits humains des personnes vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH, y compris les droits concernant la reproduction et à la sexualité.

A l'intérieur de large cadre d'action, j'essaie de me concentrer sur deux aspects. D'abord, il y a ce qu'on appelle la « normalisation » de la riposte au sida. Cette normalisation vise d'une part, à intégrer les services en rapport avec le sida au sein des systèmes de santé et d'autre part, à mettre en évidence les liens entre le sida et les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction. Je crois que cela se rapproche beaucoup de ce que Michel [Sidibé] appelle l'agenda « Sida plus OMD » ou sortir le sida de son isolement » »

•