



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Secrétariat Exécutif National

Rapport de la phase d'évaluation rapide des interventions
et programmes nationaux sur le VIH et les adolescents en
RDC

INITIATIVE «**ALL IN**» EN RDC

Juillet 2016

Contents

Glossaire des termes.....	3
Abréviations et acronymes.....	3
Section 1: Introduction.....	5
1.1 Contexte et justification.....	5
1.2 Objectifs de l'évaluation rapide.....	5
1.2.1. Objectif général.....	5
1.2.2. Objectifs spécifiques.....	5
1.2.2. Résultats attendus.....	6
Section 2: Méthodologie.....	6
Section 3: Principales conclusions.....	7
3.1. Profil démographique des adolescents âgés de 10 à 19 ans.....	7
Comportement sexuel des adolescents.....	7
Fécondité et mariage des adolescents.....	8
Consommation d'alcool et d'autres drogues.....	9
Violences liées au genre parmi les adolescents.....	9
3.2. Profil épidémiologique du VIH chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans.....	9
Prévalence de l'infection à VIH chez les adolescents.....	9
Adolescents vivants avec le VIH et les nouvelles infections parmi les adolescents.....	10
Décès liés au VIH.....	10
3.3. Environnement programmatique.....	11
Dépistage du VIH, traitement est soins.....	11
Approches combinées de prévention du VIH.....	11
Stratégies facilitatrices sur le plan social et programmatique.....	12
3.4. Programmes intersectoriels des Adolescents.....	12
Santé génésique et reproductive des adolescents.....	12
Education et compétence de la vie.....	13
3.5. Défis et perspectives.....	14
Section 4: recommandations.....	14
Section 5: Conclusions et limites.....	15
ANNEXES.....	16
Estimation de la population adolescents.....	16
Populations clés.....	16
Evaluation de l'environnement programmatique.....	17
Evaluation de la phase 1 de « All In ».....	19

Glossaire des termes

ALHIV: Adolescents vivant avec le VIH¹

OEV : Un OEV est « un enfant ayant perdu son père, sa mère ou ses deux parents ; ou vivant en dehors du cadre familial ; avec un tuteur malade chronique ou infecté par le VIH ; ainsi qu'un enfant malade chronique et/ou infecté par le VIH ». ²

Populations clés : Populations clés plus exposées au risque d'infection .Clés pour ce qui est de la dynamique de l'épidémie et clés pour la riposte³.

Transfert monétaire : Cash transfert accordé aux PVVIH pour leur autonomisation

Abréviations et acronymes

AADM: Adolescent Assessment and Decision Maker Tools

DCIP : Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire de soins

DSCRП : Document des Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

ETD : Entités Territoriales Décentralisées

ECZS : Equipe cadre de la zone de santé

EDS : Enquête Démographique et Sanitaire

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IO : Infections Opportunistes

LGBT : Lesbiennes, Gay, bisexuels et transsexuels

MICS: Mixed Cluster Survey

MINAS : Ministère des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité Nationale

OAC : Organisation à Assise Communautaire

OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables

ODD : Objectifs pour le Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OSC : Organisation de la Société Civile

PAP/CDMT : Programme d'Action Prioritaire / Cadre des Dépenses à Moyen Terme

PEPFAR: Presidential Emergency Program for AIDS Relief

¹ *GUIDE: Strengthening Adolescent Component of National HIV Programs through Country Assessments*

² *Compte rendu de la réunion du Groupe consultatif sur les OEV, 11 décembre 2006, MINAS, PNMLS*

³ *Guide de terminologie ONUSIDA 2015.*

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMF : Personnel Militaire Féminin

PMLS : Programme National de Lutte contre le sida

PNMLS : Programme National Multisectoriel de Lutte contre le sida

PNSA : Programme National de la Santé de l'Adolescent

PNSR : Programme National de la Santé de la Reproduction

PNSS : Programme National de la Santé Scolaire

PPE : Prophylaxie Post Exposition

PPF : Personnel Policier Féminin

PSN : Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida

SR : Santé de la reproduction

SSAAJ : Services de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes

UDI : Utilisateurs des Drogues par voie Intraveineuse

USD : United States Dollars

VBG : Violences Sexuelles Basées sur le Genre

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : Violences Sexuelles

ZS : Zone de santé

Section 1: Introduction

1.1 Contexte et justification

La République Démocratique du Congo (RDC) est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend vingt-six provinces, située en Afrique Centrale et étendue sur une superficie de 2 345 409 Km². Elle partage 9 165 kilomètres des frontières avec neuf pays : à l'Est par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; à l'Ouest par la République du Congo ; au Nord par la République Centrafricaine et le Sud-Soudan et au Sud par la Zambie et l'Angola.

La population de la RDC était estimée à 69 300 000 habitants⁴ en 2014 avec un taux d'accroissement démographique de 3 à 3,2% par an.

En République Démocratique du Congo, l'épidémie de VIH est de type généralisé avec une prévalence au sein de la population générale estimée à 1,2% (EDS II, 2013 – 2014). Bien que des avancées significatives ont été enregistrées dans différents domaines de la riposte nationale, les progrès semblent stagner sinon en phase de régression en ce qui concerne les adolescents et les jeunes. On observe une décroissance du nombre de décès dus au VIH dans la population générale tandis que dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans ce nombre est de plus en plus élevé.

Il est à noter que sur le plan mondial, des constats inquiétants ont été formulés en rapport avec l'ampleur des décès des adolescents causés par le VIH :

On note que les décès diminuent dans tous les groupes d'âge à l'exception de celui des 10-19 ans.

Face à ce constat préoccupant, il a été recommandé aux différents pays de procéder à une évaluation rapide de la situation des jeunes et adolescents face au sida en vue d'estimer l'ampleur du problème et rechercher les causes probables afin d'élaborer des programmes appropriés permettant stopper et de redresser la situation.

1.2 Objectifs de l'évaluation rapide

1.2.1. Objectif général

Identifier les évidences susceptibles de guider les interventions pouvant renverser la tendance négative de l'épidémie des jeunes et des adolescents sur l'avenir et le développement de la RDC

1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Réaliser une analyse situationnelle des données épidémiologiques, programmatiques et comportementales de la tranche d'âge de 10 à 19 ans.
2. Alimenter le tableau de bord « All in ».

Au niveau mondial, les décès liés au VIH sont à la baisse dans tous les groupes d'âge sauf...
chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans

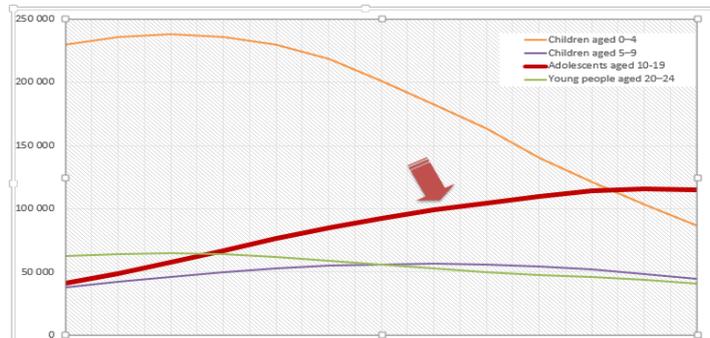


Fig. 1. Les décès liés au VIH chez les adultes et chez les adolescents au niveau mondial

⁴ UN population Division Estimates 2014

3. Procéder à l'identification des goulots d'étranglement et des problèmes prioritaires en matière de la réponse au VIH en milieu des jeunes et adolescents.

1.2.2. Résultats attendus

1. Toutes les données de la tranche d'âge de 10 à 19 ans sont collectées, analysées complétées et validées ;
2. Le tableau de bord « All in » est renseigné ;
3. Problèmes prioritaires sont identifiés.

Section 2: Méthodologie

L'analyse se fera en 2 phases dont la première consiste en une analyse rapide (rapid assessment) et la seconde en une analyse approfondie au cours de laquelle seront identifiées les causes profondes de ce problème assorties d'éventuelles solutions.

Les différentes étapes de la « Phase 1, constituée essentiellement du processus de l'état des lieux du cadre actuel des interventions et programme de lutte contre le sida auprès des adolescents : rapid assessment) » ont été déroulées. Ainsi, sous le leadership du PNMLS, le processus consultatif a été mené avec la participation de toutes les parties prenantes dont les réseaux des jeunes (Racoj, Rajecopod, Youth Fim), les jeunes Vivant avec le VIH de l'ONG Jeunesse Espoir et de l'OAC CEC (Cris des Enfants Concernés), les agences du SNU (ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, UNESCO, OMS, OIT), les organisations bilatérales (PEPFAR, USAID, CDC etc.), les Programmes nationaux (PNSA, PNLS, PNSR, PNMLS, PNSS, EVF), les Ministères (ESU, EPSP, Affaires sociales, Genre Famille et Enfants). En collaboration avec ces Ministères, ONG, Agences NU et bilatéraux, les différentes sources d'informations ont été interrogées pour renseigner les indicateurs clés sur l'état des lieux et les données provenant de ces sources ont été validées. **Un atelier consultatif** a ensuite été organisé avec les réseaux des adolescents et jeunes.

Tout le processus s'est basé sur la revue documentaire avec triangulation des données.

Au cours de la phase préparatoire de l'atelier d'analyse de la situation une commission préparatoire, composée des jeunes vivants avec le VIH, des réseaux des jeunes, de ABEF-ND, de l'Unicef, de l'ONUSIDA, de UNFPA, du PNSA, du PNMLS, a été mise en place pour désagréger les données disponibles, réunir les différents documents de travail et harmoniser l'agenda de l'atelier.

Le déroulement de l'atelier : l'atelier a réuni du 19 au 23 décembre 2015 au centre d'accueil « En Vrac » un plus grand nombre d'acteurs représentant différentes institutions et organisations impliquées dans la lutte.

Il y a eu aussi la participation des adolescents et des associations des jeunes et adolescents ; les travaux se sont déroulés en plénière et en sous-groupes de travail. Des présentations avant les travaux de groupe ont permis d'avoir une compréhension commune des résultats attendus de l'atelier et de clarifier certaines notions et orientations sur les travaux.

Les travaux en groupes consistaient à (I) Collecter toutes les données les plus récentes disponibles en interrogeant les différentes sources y afférentes, (II) Identifier les lacunes programmatiques en termes de performance et d'équité de la réponse au VIH chez les adolescents (âgés de 10-19 ans), (III) Déterminer ensemble les actions prioritaires pour l'accélération et l'amélioration des interventions de prévention, dépistage, soins et traitement.

Les sous-groupes de travail ont évalué les données disponibles sur les interventions et programmes de lutte contre le sida en lien avec les aspects démographiques, épidémiologiques et environnementaux. Les productions des sous-groupes de travail ont été présentées en plénière pour échanges et validations par consensus.

Les données issues des différents rapports d'enquêtes et autres documents normatifs ont subi une évaluation triangulaire avant d'être consignées dans l'outil AADM et transcrites dans les rapports ad hoc.

Section 3: Principaux constats

3.1. Profil démographique des adolescents âgés de 10 à 19 ans

La population de la RDC se caractérise par son extrême jeunesse. En effet, la proportion générale est estimée à 69,3 millions en 2014 avec une proportion de 61% des personnes de moins de 20 ans dont 23 % sont âgées de 10 à 19 ans. Le nombre d'adolescents âgés de 10-19 ans est estimé à 16 340 000 dont 8.200.000 filles (4 390 000 filles de 10 à 14 ans ; 3 760 000 filles de 15 à 19 ans) et 8 190 000 garçons (4 410 000 garçons de 10 à 14 ans ; et 3 780 000 garçons de 15-19 ans) (Annexe : tableau 2)

Comportement sexuel des adolescents

La majorité d'adolescents entretient des rapports sexuels précoces et non protégés. Environ 65% d'adolescents âgés de 15-19 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels dont 22 % avant l'âge de 15 ans. L'âge médian des premiers rapports sexuels étant estimé à 17 ans⁵.

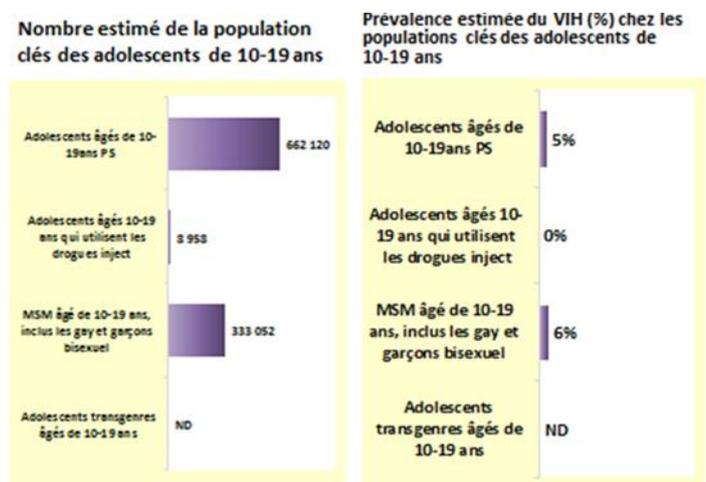
En ce qui concerne l'échantillon des enfants de la rue, les rapports sexuels commencent précocement avec un âge médian de 14 ans au premier rapport sexuel⁶.

Les rapports sexuels chez les adolescents de 15 à 19 ans sont souvent occasionnels avec des partenaires multiples et ne sont pas protégés dans 87,7 % de cas chez les filles contre 82,9% chez les garçons.

En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs par les enfants de la rue, le taux est plus faible chez les filles soit 10% contre 13,9% chez les garçons. De façon générale, le rythme d'utilisation du préservatif est faible ; 22,8% ne l'utilisent jamais et seuls 19,4% l'utilisent à chaque rapport sexuel⁷.

En plus dans la même tranche d'âge, 82,5% des filles n'ont pas des connaissances avérées sur les stratégies et moyens de lutte contre l'infection à VIH contre

Figure 1: Populations clés parmi les adolescents



⁵ Rapport, RDC : Enquête démographie et de santé EDS II 2013-14

⁶ Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013

⁷ Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013

79,7% chez les garçons⁸ ; et 94,5% d'adolescents sexuellement actifs (15-19 ans) ne connaissent pas leur statut sérologique du VIH.

On estime à environ 662 000 adolescents âgés de 10 à 19 ans qui ont des rapports sexuels payants et au moins 5.5% d'adolescents mâles sont homosexuels et ou bisexuel ; et plus de 333 000 garçons de 10 à 19 ans ont des rapports sexuels avec les hommes. On a moins de 100 adolescents transgenres.

Les données en rapport avec leurs comportements positifs face à l'épidémie de l'infection à VIH sont encore peu ou non disponibles au niveau national (*Annexe : tableau 3*).

Fécondité et mariage des adolescents

Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde augmentent rapidement avec l'âge, passant de 6% à 15 ans à 47% à 19 ans. En moyenne 27% de filles adolescentes de 15-19 ans sont enceintes de leur premier enfant ou ont déjà accouché⁹. Plus de 37% de jeunes filles âgées de 20 à 24 ans sont en unions ou mariées avant l'âge de 18 ans (*Figure 2*).

Toutes les provinces sont concernées à l'exception de la ville de Kinshasa et de la Province du Nord-Kivu où cette proportion est inférieure à 20% (*Carte n° 1*).

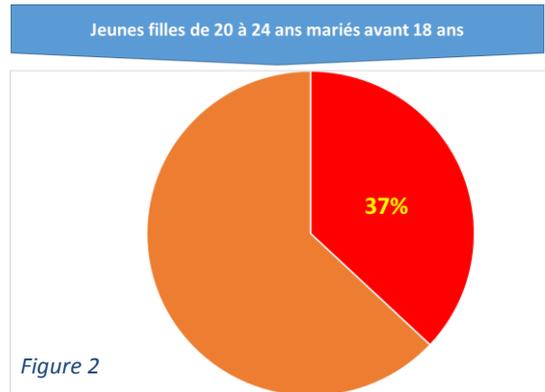
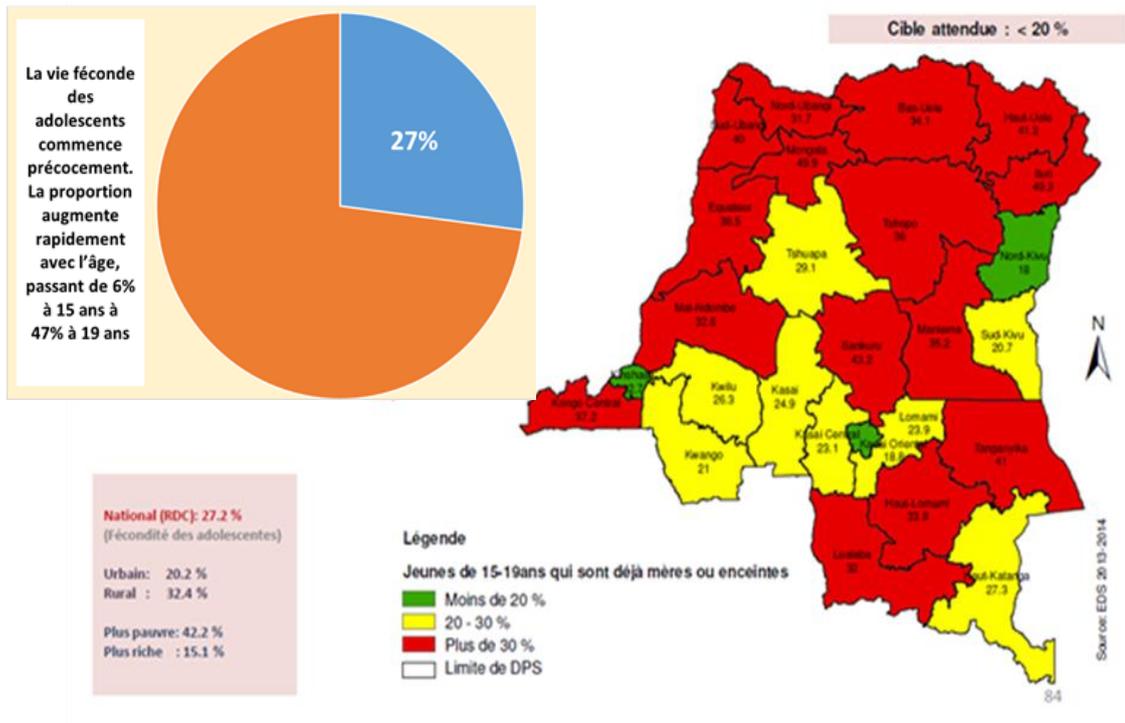


Figure 2

Carte 1: Fécondité des adolescents de 15 à 19 ans



⁸ Rapport, RDC : Enquête démographie et de santé EDS II 2013-14

⁹ Rapport, RDC : Enquête démographie et de santé EDS II 2013-14

Consommation d'alcool et d'autres drogues

La prévalence de consommation des boissons alcoolisées avant l'âge de 15 ans est de 17,5%. On estime à plus de 8 960 adolescents qui utilisent des drogues injectables

Violences liées au genre parmi les adolescents

Environ 2 filles adolescentes de 15 à 19 ans sur 10 (16,4%) ont subi des actes de violence sexuelle dont 4.3% pour la première fois avant d'atteindre l'âge révolu de 15 ans. Les actes de violence chez les adolescentes de 17 à 18 ans sont sous la forme physique et sexuelle et s'observent dans une proportion de 7%

Quant aux enfants de la rue, dans l'ensemble un sur cinq avait déjà été forcé physiquement à avoir des rapports sexuels. Les proportions sont similaires à travers les provinces enquêtées¹⁰.

3.2. Profil épidémiologique du VIH chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans

Prévalence de l'infection à VIH chez les adolescents

Chaque année, plus d'un adolescent sur 20 contracte une infection sexuellement transmissible (IST) guérissable (11,7 % chez les filles et 9,2% chez les garçons)¹¹.

Un garçon de la rue sur 7 (13%) et une fille de la rue sur 9 (11%) avaient eu des symptômes suggestifs d'IST au cours de la période de 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux ayant eu un symptôme suggestif d'IST seuls 22,5% des garçons et 32,7% des filles avaient été chercher des soins dans une formation sanitaire et environ un enfant de la rue sur deux avait demandé conseil dans une pharmacie¹².

La prévalence du VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans en RD Congo est de 0.5%. Cette prévalence est 3 à 4 fois plus élevée chez la fille (0.7%) que chez le garçon (0.2%). Elle est multipliée par 4 chez les adolescents professionnels de sexe (2%) et par 12 chez les adolescents homosexuels et bisexuels (6%).

La prévalence du VIH auprès des enfants de la rue est estimée à 1,6% (95% CI = 1,0 – 2,2). La prévalence varie selon les sites. Elle est la plus élevée à Goma (3,3%) et la plus faible à Matadi (0,0%).

La prévalence varie en fonction du sexe. Elle est de 0,3% auprès des garçons et de 4,3% chez les filles.

¹⁰ Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013

¹¹ Rapport, RDC : Enquête démographie et de santé EDS II 2013-14

¹² Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013

Tableau 1 : Situation épidémiologique du VIH en 2014 en RDC

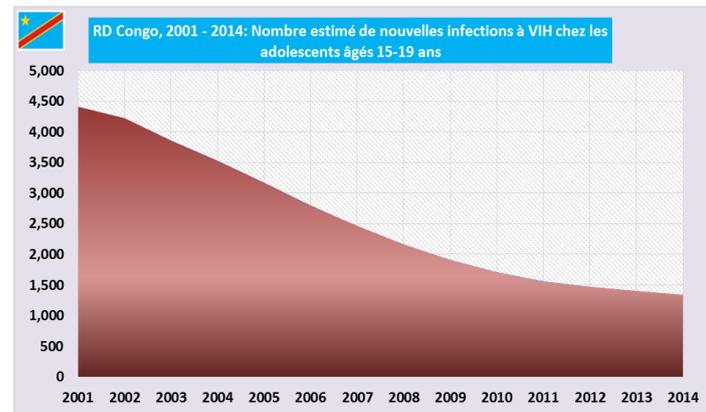
Adolescents vivants avec le VIH et les nouvelles infections

En 2014, on a estimé à environ 36.700 adolescents de 10 à 19 ans vivant avec le VIH dont 22% ont été infecté lors de la grossesse, à la naissance ou au cours de l’allaitement. Ce nombre global d’adolescents de 10 à 19 ans vivant avec le VIH est passé de 21 300 cas à 37 600 cas entre 2001 et 2014.

Prévalence du VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans	0,5%
Filles de 10-19 ans	0,7%
Garçons de 10-19 ans	0,2%
Nombre estimé d'adolescents vivant avec le VIH	36700
Adolescents de 10-14 ans	19300
Adolescents de 15-19 ans	17400
Filles de 10-19ans	19750
Garçons de 10-19ans	17600
Adolescents de 10 à 19 ans infectés	22%
Nombre estimé des nouvelles infection au VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans	1300
Filles de 10-19 ans	900
Garçons de 10-19 ans	400
Nombre des décès chez les adolescents de 10 à 19 ans	1600

Figure3 : Les nouvelles infections et les décès dus au VIH parmi les adolescents de 15-19 ans

Quant au nombre des nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents de 15 à 19 ans, on a 1 337 cas de nouvelles infections enregistrées, dont les filles représentent une proportion de 70% (936 filles de 15 à 19 ans contre 401 garçons), La courbe montre une réduction de nouvelles infections dans cette tranche d’âge (Figure 3).



Décès des adolescents liés au VIH/sida

Le nombre des décès causé par les maladies liées au VIH dans la population générale en RDC est en baisse. Cependant, les estimations actuelles démontrent un accroissement des décès dû aux maladies liées au VIH chez les adolescents et les jeunes. Environ 1600 décès dû aux maladies liées au VIH ont été répertoriés chez les adolescents de 10 à 19 ans. Ce nombre a sensiblement augmenté de plus de 40% entre 2001 (1 100 décès) et 2014 (1 600 décès).

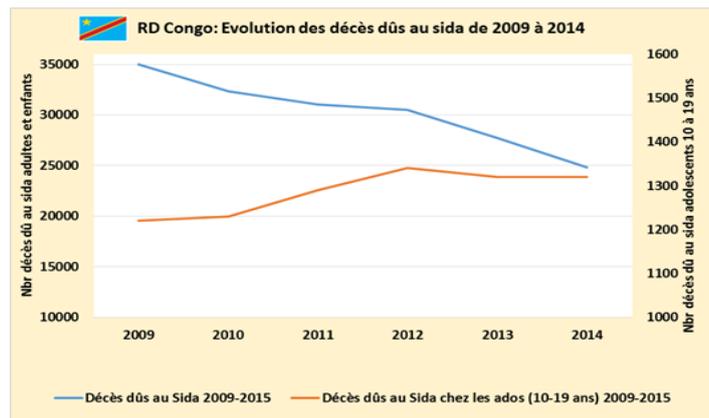


Figure 4: Evolution des décès dû au sida chez les adultes et chez les adolescents de 10-19 ans

3.3. Environnement programmatique

Dépistage du VIH, traitement et soins

Des progrès substantiels ont été observés sur le plan des politiques en rapport avec l'accès au dépistage du VIH¹³, traitement ARV, soins et réduction de la charge virale. Néanmoins en rapport avec l'accès au dépistage du VIH, l'énoncé du code de la famille en RDC fixe l'âge de consentement au mariage à **15 ans révolus chez la fille** contre **18 ans révolus**

chez le garçon¹⁴ et fixe l'âge de consentement au dépistage du VIH à 18 ans. Cette disposition constitue une barrière non négligeable pour les adolescents qui souhaitent connaître leur statut sérologique du VIH

Intervention	Politique	Coordination & Management	Stigma	Légende	
				Bonne Voie	Progrès substantiels
dépistage VIH	3	2	2	Très peu de Progrès	Non amorcé
TARV	5	2	2	Très peu de Progrès	Non amorcé
PTME	5	2	2	Très peu de Progrès	Non amorcé
Réduction de la charge virale	3	2	2	Très peu de Progrès	Non amorcé

Figure 5: Environnements programmatiques du dépistage du VIH, soins et traitement

Très peu de progrès ont été enregistrés par rapport à la coordination et la gestion des programmes destinés aux adolescents ainsi qu'en rapport avec la stigmatisation. Il existe une taskforce qui est piloté par le Programme national de la santé des adolescents et jeunes (PNSA) qui coordonne les aspects de lutte ciblant les Adolescents et les Jeunes. La loi 06 portant protection des personnes infecté ou affectées par le VIH a des dispositions qui criminalisent certains comportements.

Approches combinées de prévention du VIH

Les normes et directives définissent des stratégies de préventions du VIH en général et prennent en compte des interventions ciblant les adolescents¹⁵. Différents documents règlementent l'approvisionnement et la distribution des préservatifs, la prophylaxie post exposition au risque de transmission du VIH.

Cependant, on observe l'absence de progrès par rapport aux interventions liées au transfert monétaire et à la réduction des risques associés à l'utilisation de drogues injectables.

Intervention	Politique	Coordination & Management	Stigma	Légende	
				Bonne Voie	Progrès substantiels
Condoms	5	2	1	Très peu de Progrès	Non amorcé
Circoncision Medic	5	5	5	Progrès substantiels	Bonne Voie
Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	5	1	1	Très peu de Progrès	Non amorcé
Transfers Monétaires	1	1		Très peu de Progrès	Non amorcé
Prophylaxie post-exposition	5	3	1	Très peu de Progrès	Non amorcé
Reduction des Risques lies a l'usage de drogues injectables	2	2	2	Très peu de Progrès	Non amorcé

Figure 6: Environnements programmatiques de l'approche combinée de prévention du VIH

La circoncision est quasiment ancrée dans les us et coutumes des populations de la République Démocratique du Congo. Ce qui constitue une bonne pratique en RDC.

¹³ Normes et directives en conseil et dépistage volontaire du VIH, PNMLS/PNLS septembre 2004

¹⁴ Code de la famille de la RDC, Paragraphe 2 : Article 352.

¹⁵ Programmes intégrés d'éducation pour la prévention du VIH/sida et des IST dans les écoles, PNMLS, EPSP, UNESCO 2005

La coordination et la gestion de l'approche combinée de prévention a des progrès substantiels mais des efforts doivent être déployer pour certaines interventions en particulier en rapport avec la prophylaxie pré et post exposition et la reduction des risques liés à l'usage des drogues injectables

La protection sociale par le transfert monétaire est inexistante et la stigmatisation reste un poids social dans la communauté.

Stratégies facilitatrices sur le plan social et programmatique

Des progrès sont en bonne voie en rapport avec l'existence des politiques et lois protectrices¹⁶, normes et directives liée à la « Connaissance complète du VIH »¹⁷, à l'accès aux medias et à la protection sociale.

Dans la même optique, on enregistre des progrès substantiels dans la coordination et la gestion des

stratégies facilitatrices dans le domaine social et le domaine programmatique¹⁸ (Existence de Plan Stratégique 2016-2020 des Adolescents et jeunes, Plan d'Action National en faveur des OEV vivant en RDC 2010-2014....).

Intervention	Légende		
	Politique	Coordination & Management	Stigma
Connaissances complètes du VIH	5	4	5
Accès aux médias	5	4	4
Lois protectrices	5	4	5

3.4. Programmes intersectoriels des Adolescents

Santé génésique et reproductive des adolescents

Les besoins en santé génésique et sexuelle des adolescents de 15 à 19 ans ne sont pas suffisamment pris en compte par les programmes de planification familiale et de lutte contre les maladies. La majorité des services de promotion de la santé et d'offre des soins de santé ne sont pas adaptés aux problèmes de santé sexuelle des adolescents. Moins de 16% de formations sanitaires (FOSA) ont amorcé le processus d'intégration des interventions de soins de santé adaptés aux adolescents. Les interventions de prévention et de prise en charges des infections sexuellement transmissible (IST) chez les adolescents de 10 à 19 ans sont insuffisantes. La Prévalence auto déclarée des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents de 15 à 19 ans est de 19% chez les Jeunes filles et de 12% chez les garçons. Moins de 19% de filles adolescentes sexuellement actives ont leurs besoins en matière de planification familiale par des méthodes modernes satisfaits (offre des services conviviaux).

¹⁶ Loi n°08/011 du 14 Juillet 2008 portant protection des PVVIH et des personnes affectées

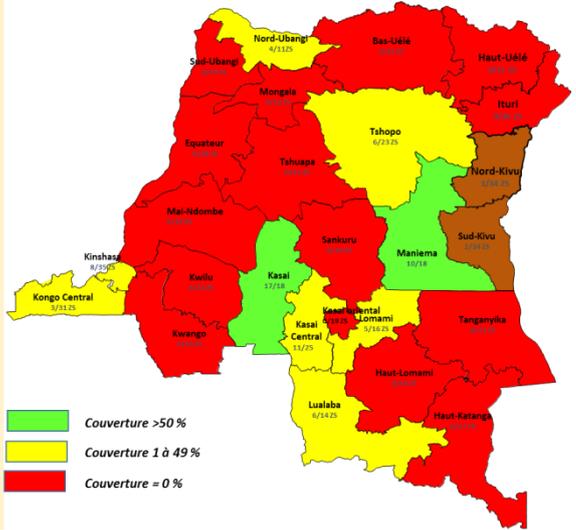
¹⁷ Guide de Prise en charge psycho-sociale des PVVIH

¹⁸ Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017, PNMLS

Dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans, la majorité des filles adolescentes enceintes bénéficient d'un paquet de services et soins de santé maternelle n'ayant pas intégré les interventions de lutte contre l'infection à VIH. En effet plus 80% de filles adolescentes enceintes bénéficient d'au moins 4 Consultations Prénatales (CPN) auprès d'un prestataire de soins, mais seulement 15,5 % ont pu être dépistées pour le VIH et une fine proportion a été initiée aux ARV pour la PTME. De même une faible proportion d'adolescentes enceintes avec un test positif de la Syphilis ont reçu un traitement. Au moins 80% de naissances vivantes chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont été assistées par un personnel de santé qualifié. Environ 21% des adolescentes enceintes qui souffrent de malnutrition ont été supplémentées en acide folique et fer.

ouverture en Zones de Santé offrant des interventions adaptées aux adolescents

La majorité des Zone de Santé n'ont pas intégré les interventions adaptées aux problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ces derniers n'ont pas accès à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées



Carte 2 : Santé sexuelle et reproductive chez les adolescents

Les interventions de prévention et de prise en charge du VIH sont axées sur la population générale et visent faiblement les adolescents. Les adolescents de 10 à 19 ans ont de faible et insuffisant niveau de connaissances sur les stratégies et moyens de prévention contre l'infection à VIH. Plus de 57 % d'adolescents de 10 à 19 ans ne possèdent pas une information correcte sur les moyens de prévention contre l'infection à VIH et 94,5% d'adolescents sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans ne connaissent pas leur statut sérologique du VIH.

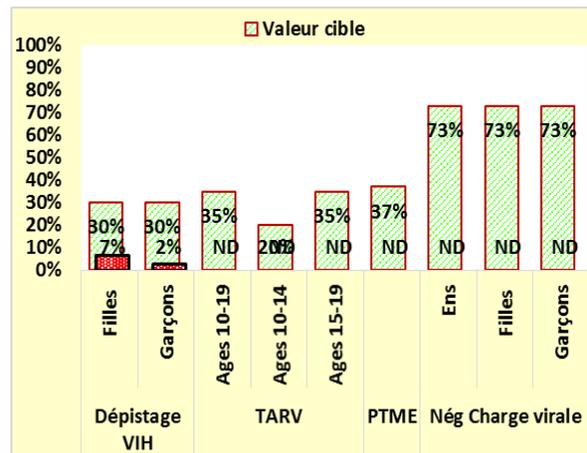


Figure 7: Les interventions de préventions et de prise en charge du VIH chez les adolescents

Très peu ou pas d'adolescents vivant avec le VIH ont accès au traitement antirétroviral et peu ou pas d'adolescentes de 15-19 ans vivant avec le VIH enceintes ont été initiés aux ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même les adolescents de 15-19 ans agressés sexuellement n'ont pas accès à la prophylaxie post-exposition au VIH dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle.

Education et compétence de la vie

Le taux net de fréquentation scolaire est de 36,6% pour les filles de 10 à 15 ans contre 49,1% pour les garçons de la même tranche d'âge. Le programme d'éducation à la vie familiale est encore en phase pilote. Il est intégré dans 5 provinces éducationnelles sur 30.

3.5. Défis et perspectives

Principaux défis	Perspectives
Éliminer les barrières législative et sociale à l'accès au dépistage et à la prise en charge de l'infection à VIH chez les adolescents	<ul style="list-style-type: none">— Adapter/changer les lois, politiques et attitudes qui continuent à entraver le plein exercice des droits des adolescents en matière de soins de santé sexuelle et reproductive— Améliorer l'environnement social et programmatique ainsi que la gestion des problèmes spécifiques aux adolescents pour leur assurer davantage l'accès universel aux soins, à l'information, à l'éducation tenant compte de l'égalité entre les sexes.
Renforcer la synergie entre les secteurs et l'intégration des interventions à haut impact	Implication des Ministères de : santé publique, jeunesse et sport, Communication et médias, Femme famille et enfant, Affaires sociale et solidarité, EPS-INC, Enseignement technique et formation professionnelle, ESU, Justice, Plan et reconstruction, Finance, Budget, Culture-art et tourisme, Agriculture et Développement rural, intérieur et sécurité, Décentralisation et Affaires Coutumières dans les interventions ciblant les adolescents en mettant en œuvre en commun la stratégie ville.

Section 4: recommandations

1. Prendre des dispositions législatives et légales pour mieux garantir aux adolescents les droits fondamentaux à la santé et au bien-être ainsi que des mesures positives pour protéger les populations clés à la discrimination (*Gouvernement et Parlement*) ;
2. Prendre des mesures pour orienter ou élargir les interventions intégrées pour mieux répondre aux besoins des adolescents dans le respect d'équité et d'égalité des sexes et des droits fondamentaux en matière de sexualité et de reproduction (*Tous les secteurs en charge des adolescents et jeunes*) :
3. Renforcer la participation des adolescents dans tout le processus de programmation, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des interventions à haut impact adaptées à leurs besoins de santé génésique et reproductive et de bien-être tout en garantissant leur plein développement des capacités/compétences à prendre des décisions éclairées concernant leur bien-être (*Ministère de la santé, de l'éducation et de la jeunesse*).

Section 5: Conclusions et limites

Les données programmatiques disponibles sur le VIH en RDC sont présentées de sorte qu'on a des difficultés pour alimenter les informations stratégiques sur les adolescents, bien que des données désagrégées soient disponibles au niveau opérationnel.

La leçon tirée est que le programme devra adapter les outils de collecte des données de sorte que les tranches d'âges des adolescents soient intégrées pour un meilleur rapportage des résultats dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH en faveurs des adolescents.

Des dispositions légales et législatives spécifiques aux adolescents en rapport avec la santé sexuelle et reproductive manquent cruellement dans les politiques en matière.

Les structures offrant des interventions de promotion, de prévention et de prise en charges des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive ne sont pas toujours adaptées aux adolescents et jeunes. La coordination et la gestion des programmes destinés aux jeunes et adolescents semblent peu efficaces et moins efficientes.

ANNEXES

Estimation de la population adolescents

Tableau 2: Données démographiques des adolescents et jeunes en RD Congo (2014)

Données démographiques : RD Congo 2014	Valeur
Population totale estimée	69 300 000
Nombre estimé d'adolescents âgés de 10-19 ans	16 300 000
Nombre estimé de filles adolescentes âgés de 10-19 ans	8 200 000
Nombre estimé de filles adolescentes âgés de 10-14 ans	4 400 000
Nombre estimé de filles adolescentes âgés de 15-19 ans	3 800 000
Nombre estimé de garçons adolescents âgés de 10-19 ans	8 190 000
Nombre estimé de garçons adolescents âgés de 10-14 ans	4 400 000
Nombre estimé de garçons adolescents âgés de 15-19 ans	3 800 000
Proportion estimée de la population adolescente âgée de 10-19 ans	24 %

Populations clés

Tableau 3 : Données sur les populations clés des adolescents et jeunes

indicateur standard	Valeur	Valeur validée	Source des Données/Année
Nombre estimé adolescents âgés de 10-19 ans UDI	9 000	8 958	Key population Size estimation
Population estimée de HSH âgés de 10-19 ans, incluant les garçons gay et bisexuels	330 000	333 053	Key population Size estimation
Population estimée d'adolescents transgenres âgés de 10-19 ans	<100	ND	
Prévalence du VIH (%) parmi les adolescents âgés de 10-19 ans prostitués ¹⁹	2%	2,2%	BSS 2012

¹⁹ Terme utilisé uniquement pour la prostitution juvénile, sinon on utilise professionnel(le) du sexe

Prévalence du VIH (%) parmi les adolescents âgés de 10-19 ans UDI	ND	ND	
Prévalence du VIH (%) parmi les garçons HSH âgés de 10-19 ans, incluant les garçons gay et bisexuel	6%	5,5%	ND
Prévalence du VIH (%) parmi les adolescents transgenres âgés de 10-19 ans	ND	ND	
Pourcentage des adolescents prostitués âgés de 15-19 qui ont utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel	ND	ND	
Pourcentage des adolescents UDI âgés 15-19 ans qui ont utilisé un dispositif stérile d'injection lors de leur dernière injection	ND	ND	
Pourcentage des jeunes garçons HSH, incluant les garçons gay et bisexuel âgés de 15-19 ans qui ont utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel	ND	ND	
Pourcentage des adolescents transgenres âgés de 15-19 ans qui ont utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel	ND	ND	

Evaluation de l'environnement programmatique



Programme	Intervention	Indicateur		COVERAGE GAP	Politique	Coordination	Stigma	Commentaires équipe technique	
Dépistage du VIH, traitement et soins	dépistage VIH	Pourcentage d'adolescents sexuellement actifs (15-19 ans) qui ont été dépistés et reçus les résultats dans les 12 derniers mois, la plupart des données récentes sont disponibles	Girls	24%	3	2	2	Existence d'un Guide de CDV et normes DCIP, et taskforce au sein du programme PNSA qui coordonne les aspects de lutte ciblant les Adolescents et Jeunes	
			Boys	28%					
	TARV	Pourcentage d'adolescents vivant avec le VIH mis sous traitement antirétroviral	Ages 10-19	ND	5	2	2		
			Ages 10-14	ND					
			Ages 15-19	ND					
	PTME	Proportion des adolescentes enceintes 15-19 ans qui ont été initiés aux ARV pour la PTME	ND	5	2	2			
	Réduction de la charge virale	Pourcentage d'adolescents (âgés de 10-19) vivant avec le VIH sous ARV et ayant une charge virale réduite.	All	ND	3	2	2		Existence des documents de politique et des stratégies sur le laboratoire prenant en compte la charge virale
Girls			ND						
Boys			ND						
Approches combinées de Prévention du VIH	Condoms	Pourcentage d'adolescents de 15-19 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport	Girls	8%	5	2	1	Existence des documents de politique et des stratégies sur le préservatif	
			Boys	13%					
	Circoncision Médicale	Pourcentage d'adolescents de 15-19 ans circoncis	4%	5	5	5	La circoncision est ancrée dans les us et coutumes des populations RD Congolaises		
	Prophylaxie préexposition (PrEP)	Pourcentage d'adolescents éligibles sexuellement actifs de 15-19 ans ayant déclaré avoir utilisé de la prophylaxie préexposition		5	1	1	Existence des politiques et stratégies sur le PrEP Kit		
	Transferts Monétaires	Pourcentage des ménages les plus pauvres qui reçoivent des transferts monétaires dans les 3 derniers mois			1		Voir Minas		
	Prophylaxie post-exposition	Pourcentage d'adolescents de 15-19 ans admissibles à la prophylaxie post-exposition au VIH, ayant signalé son usage dans les 72 heures suivant une agression sexuelle	Girls	!	5	3	1		Existence des politiques et stratégies sur le PEP Kit
Boys									

	Réduction des Risques liés à l'usage de drogues injectables	Pourcentage d'adolescents de 15-19 ans utilisant des drogues injectables, ayant déclaré avoir utilisé du matériel stérilisé lors de leur dernière injection	Girls					Existence d'une stratégie peu vulgarisée
			Boys		2	2	2	
Stratégies Facilitatrices sur les plans social et programmatique	Connaissances complètes du VIH	Pourcentage des Filles adolescentes de 10-19 ans ayant une connaissance complètes sur le VIH	Ages 10-14					Existence des études et enquêtes documentant le niveau de connaissance sur le VIH chez les ados filles et garçons
			Ages 15-19	43%	5	4	5	
	Accès aux médias	Pourcentage de Garçons adolescents de 10-19 ans ayant des connaissances complètes sur le VIH	Ages 10-14					Existence des rapports et des documentations sur l'accès aux media des ados et jeunes en lien avec la thématique sur le VIH
			Ages 15-19	40%	5	4	5	
Lois protectrices	Existence d'une Volonté politique de réduire l'âge de consentement au dépistage du VIH à moins de 18 ans (Oui Non)			-	5	4	5	Manque de politiques et des stratégies d'accès aux services de dépistage du VIH pour les ados de moins de 18 ans

Evaluation de la phase 1 de ALL IN

Description de l'activité	Statut et commenter les progrès
a. Examiner les évaluations existantes et en cours sur le VIH et les adolescents en vue de documenter ce qui est connu, les lacunes et d'assurer la complémentarité.	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Les études EDS 2007 et 2013, Cartographie des Interventions et Intervenants sur les Adolescents et jeunes en RDC par le PNSA, BSS 2012 et Enquête de séro-surveillance 2013 PNLS, Rapport Estimations de la taille des populations clés
b. Assistance technique permettant de rassembler des données nationales et infranationales <u>existantes</u> sur des indicateurs pertinents convenus pour utilisation en évaluation relevées et en place.	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Assistance Technique Internationale assurée par le Bureau régional
c. Groupe de travail technique convoquer notamment des représentants du gouvernement, de financement et de mise en œuvre des partenaires, la société civile et des représentants des réseaux de l'adolescents et l'équipe mixte de l'ONU.	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Tenue des réunions techniques avec toutes les parties prenantes (Gouvernement, PTF, ONGs de la société civile) avec une implication actives des Adolescents et jeunes affectés et infectés. Tenue de l'Atelier pour analyser les données.
d. Convoquer une réunion des <u>représentants des groupes d'adolescents et de réseaux</u> carte adolescent engagement et participation au processus décisionnel et programme du VIH, et de terminer l'évaluation du programme environnement porteur	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Réunion à convoquer a la 1ere quinzaine de janvier 2016 avec les ONGs des Adolescents et jeunes ainsi que le PNSA

e. Multisectorielle des intervenants validation assemblée convoquée avec représentation des décideurs, des planificateurs et des gestionnaires d'organismes gouvernementaux pertinents, financement et mise en œuvre des partenaires, des représentants des réseaux de l'adolescents et l'équipe conjointe des Nations Unies d'examiner, approuver et faire avancer les recommandations issues de l'évaluation.	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Réunion à convoquer après la réunion des ONGS des Adolescents et jeunes ainsi que le PNSA pour restituer et valider.
f. Accepté les actions et les cibles de validation réunion intégrés dans les plans sectoriels pertinents, possibilités de mobilisation de programmes et de ressources (précisez dans status report, p. ex. Loi sur les PEFPAR et les rêves, GFATM, secteur domestique budgétisation)	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire :
g. Mettre en place le groupe de travail technique pour faire l'analyse approfondie des interventions des faibles performances, de stratégies d'amélioration de données système et de soutien à l'implantation.	Terminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Ne pas fait <input type="checkbox"/> Commentaire : Activité à programmer fin janvier et/ou début février 2016
h. Décisions	Priorité les populations adolescentes : Endroits prioritaires pour la prise en charge renforcée : Interventions du programme prioritaire pour la prise en charge renforcée : Commentaire :

Secrétariat technique du processus « All In » en RDC

N°	Noms et post nom	Institution/organisation	Fonction	téléphone	adresse e-mail
1.	Benjamin Bola	PNMLS	Chef Sect Renforcement des Capacités	0812003068	ben.bola2009@gmail.com
2.	Didier Lukeme	PNSA	S&E	0814036601	didierayenos@gmail.com
3.	Edmond Magazani	PNMLS	Directeur S&E	0813776152	edmond.magazani@pnmls.cd
4.	Freddy Salumu	UNICEF	Health Specialist MNCH/PMTCT	0817096213	fsalumu@unicef.org
5.	Laurent kapund	UNICEF	Chargé de programme PTME	0811991059	lkapund@unicef.org
6.	Marcel Kabeya	UNFPA	Chargé de programme	0817151946	kabeya@unfpa.org
7.	Priya Miriam Lerberg	UNAIDS	Programme Officer	0991388651	lerbergp@unaids.org

Liste des participants à la phase 1 du processus « All In » en RDC

N°	Noms et post nom	Institution/organisation	Fonction	téléphone	adresse e-mail
8.	Alladji Osseni	UNAIDS	Chargé de Programme	0999308305	alladjo@unaid.org
9.	Aimee Bitakuya	CORDAID	Suivi et Evaluation	0994020460	
10.	Audrey kabanga	RAJECOPOD	Membre	0811982138	audreykabanga@gmail.com
11.	Bekonda Thérèse	LADH	Assistante Technique	0994274844	bekondathrese@gmail.com
12.	Bernard Bossiky	PNMLS	SENA	0819010494	bernard.bossiky@pnmls.cd
13.	Christian Kwete	RAJECOPOD	S&E	0812518690	Kwetechristian@yahoo.fr
14.	Delphin Antwisi	UNFPA	Ass.tech PNMLS	-	antwisi@unfpa.org
15.	Didier Pemba	RACQJ	Etudes& planification	081459918	dmpemba@gmail.com
16.	Didier NKiere	PNMLS KINSHASA	CC S&E	0810725438	drkiere@gmail.com
17.	Etienne Mpoyi	OMS	TB/VIH	-	mpoyi@who.org
18.	Mbutuku Marica	Femme active DH	Ass .tech	0818410137	maricaville@yahoo.fr
19.	Nicole Kande	PNMLS	CS	0820060708	kathokande@yahoo.fr
20.	Paul Bongongo	PNSR	PFIPTME	0815180832	bongongopaul@gmail.com
21.	Georges Biock	PNUD	Chargé de programme	0810001652	Georges.biock@
22.	Georges Ntumba	PNMLS	Dir.Planification/RC	0992303914	Georges.ntumba@pnmls.cd
23.	Jacqueline Mulaj	PNMLS	Ass .Planification	0997026317	itchomulaj@yahoo.fr
24.	Jean Robert Musitu	SANRU	Suivi et Evaluation		
25.	Jinette Ndahindwa	PNMLS	Ass/S&E	0828178752	Jinettekavira@pnmls.cd
26.	Kibangu Manianga	Jeunesse espoir	Ch.ado	0891050170	-
27.	Kitsita Christophe	PNSR	CD	0998188615	Kitsita Christophe
28.	Kongolo Bertin	PNSA		0810895939	Kongolo bertin
29.	Kusisa Emmanuel	BPC PNLs	S&E	0812576688	Kusisa Emmanuel
30.	Kyavira Noella	PNSA	CD	0998113444	Kyavira noella
31.	Lievin Kapend	PNMLS	SEN	0994001111	lievin.kapend@pnmls.cd
32.	Melia Bossiky	PNMLS	CS Redes	0999944405	Melia Bossiky

33.	Moise Mbila	ABEF/IPPF	coordonateur	-	Moise Mbila
34.	Nguya Nyaweza	Femme Active DH	Assistante Technique	0810951435	Nguya Nyaweza
35.	Nsimba Malanda	MINI. Agriculture	Evaluateur National	815317010	Nsimba Malanda
36.	Olivier Kalombo	PEPFAR/DOD	Program Manager	817006241	Olivier Kalombo
37.	Patrice Badibanga	PAM	HIV Nutrit. Officer	817006787	Patrice Badibanga
38.	Paul panzu	EPSP	S&E	0850743868	Paul panzu
39.	Guy Ndongala	PNMLS	CS/ planification	0812037680	guyndongala@gmail.com
40.	Pholo Futi	MINAS	Ch.programme	0991388651	Pholo Futi
41.	Prudence Kiyayu	MIN.TRANS.V &COM	PF/VIH	994365864	Prudence Kiyayu
42.	Sarah Mbombo	YOUTHFIM	Secrétaire	0812701214	sarahmbombo@gmail.com
43.	Serge Bokuma	INS	Dir. de statistique social	0813752416	sbokuma@yahoo.fr
44.	Serge Kimbenga	YOUTHFIM	Coord.adjoint	0813658522	jskimbenga@gmail.com
45.	Steve yoka	RACIJ	Ass .planification	0850009855	steveyoka@yahoo.fr
46.	Susie Villeneuve	UNICEF	Senior Health Specialist MNCH/PMTCT	0817150479	svilleneuve@unicef.org
47.	Toussaint Ngundoli	Jeunesse Espoir	Encadreur	0815687799	Toussaint.ngundoli@gmail.com
48.	Djambu	Jeunesse Espoir	sec	0992207129	Djambu002@gmail.com
49.	Yves Obotela	PNMLS	CS DNS	0859030000	Yves.obotela@pnmls.c.d

Bibliographie

1. Annuaire statistique 2014, INS RD Congo
2. Code de la famille de la RDC, Paragraphe 2 :
3. Compte rendu de la réunion du Groupe consultatif sur les OEV, 11 décembre 2006, MINAS, PNMLS
4. Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013
5. Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, Aout 2013
6. Guide de Prise en charge psycho-sociale des PVVIH
7. Guide de terminologie ONUSIDA 2015
8. Guide intégrateur PEC du VIH 2013, PNLS
9. Guide national de prise en charge des IST selon l'approche syndromique, PNLS janvier 2006
10. GUIDE: Strengthening Adolescent Component of National HIV Programs through Country Assessments
11. La Loi sur les violences sexuelles (Loi N° 06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le décret du 30 janvier 1940 portant code pénale congolais)
12. Loi n°08/011 du 14 Juillet 2008 portant protection des PVVIH et des personnes affectées
13. MICS 2011
14. Normes et directives en conseil et dépistage volontaire du VIH, PNMLS/PNLS septembre 2004²⁰
15. Plan National de contingence de prise en charge holistique des survivants des violences sexuelles en RDC 2016-2020, PNSR 2016
16. Plan stratégique national de planification familiale 2014-2020, PNSR
17. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017, PNMLS
18. Politique nationale sur le préservatif en RDC, PNMLS 2008
19. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'adulte et de l'adolescent dans le contexte du VIH/sida (PCIMA/VIH), PNLS juillet 2006
20. Rapport, RDC : Enquête démographie et de santé EDS II 2013-14
21. Rapports annuel, Enseignement Primaire et Professionnel
22. UN population Division Estimates 2014
23. Programmes intégrés d'éducation pour la prévention du VIH/sida et des IST dans les écoles, PNMLS, EPSP, UNESCO. Editions 2005

²⁰ Normes et directives en conseil et dépistage volontaire du VIH, PNMLS/PNLS septembre 2004