

REPUBLIQUE DU CONGO

Conseil National de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif Permanent



**CADRE D'INVESTISSEMENT DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA
Document final. Novembre 2013**



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES FIGURES	4
ABBREVIATION	5
INTRODUCTION : POURQUOI UN CADRE D'INVESTISSEMENT VIH/SIDA ?	6
1. EN QUOI LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS EST FAVORABLE AU CI ?	7
2. QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE ?	9
3. COMBIEN DEPENSE LA RDC SUR LE VIH AUJOURD'HUI ET D'OU VIENT L'ARGENT?	12
4. QUELS SONT LES RESULTATS DES INVESTISSEMENTS ACTUELS?	15
5. OU INVESTIR POUR DE MEILLEURS RESULTATS?	19
6. QUELS SONT LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA ?	20
7. A QUOI SONT ALLOUEES LES DEPENSES ACTUELLES ?	21
8. QUEL MONTANT SERA NECESSAIRE POUR LE VIH A L'AVENIR?	24
9. QUELLES SYNERGIES A DEVELOPPER POUR PLUS D'EFFICIENCE ?	26
10. QUELS SERONT LES RETOURS SUR INVESTISSEMENT?	27
11. QUEL EST LE DEFICIT FINANCIER?	29
12. COMMENT LE FINANCEMENT DOMESTIQUE PEUT-IL ETRE AUGMENTE?	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Investissements totaux, en valeur, dans la lutte contre le Sida au Congo par source de financement et par intervention, de 2009 à 2012.....	12
Tableau 2 : Investissements totaux, en pourcentage, dans la lutte contre le Sida au Congo par source de financement et par intervention, de 2009 à 2012.....	13
Tableau 3: Ressources totales nécessaires (FCFA).....	25
Tableau 4 : Activités programmatiques de base	25
Tableau 5 : Facteurs déterminants.....	25
Tableau 6 : Synergies avec d'autres secteurs.....	25
Tableau 7 : Impact attendu d'une augmentation des interventions en matière de prévention et de traitement.	27
Tableau 8 : Analyse des gaps de financement.....	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de décès liés au Sida au Congo	10
Figure 2 : Nouvelles infections par tranches d'âge 2012.....	11
Figure 3 : Répartition en pourcentage des investissements de lutte contre le Sida au Congo de 2009 à 2012.....	13
Figure 4 : Evolution des investissements de sources nationales au Congo de 2009 à 2012, en pourcentage des dépenses totales.....	14
Figure 5 : Evolution des investissements de sources extérieures au Congo de 2009 à 2012, en pourcentage des dépenses totales.....	14
Figure 6 : Evolution des investissements par catégorie de dépense au Congo en 2009 et 2010, en pourcentage des dépenses totales.....	15
Figure 7 : Pourcentage des personnes testées et qui ont eu les résultats par sexe et par région	15
Figure 8 : Evolution de la vente et de la distribution des préservatifs masculins et féminins de 2009 à 2012	16
Figure 9 : Réalisation des tests pour le VIH et utilisation des préservatifs chez les PS et les HSH	16
Figure 10 : Evolution du nombre des femmes en PTME par rapport à celles qui sont éligibles	17
Figure 11 : Synthèse des résultats des prestations de la PTME en 2012.....	18
Figure 12 : Evolution des adultes et enfants pris en charge par les ARV de 2009 à 2012.....	18
Figure 13 : Répartition en pourcentage par composante d'investissement au Congo en 2009 et 2010.....	21
Figure 14 : Répartition en pourcentage par activité de base au Congo en 2009 et 2010.....	22
Figure 15 : Répartition en pourcentage par activité de base au Congo en 2009 et 2010.....	22
Figure 16 : Répartition en pourcentage des facteurs déterminants au Congo en 2009 et 2010.....	23
Figure 17 : Investissements dans les facteurs déterminants au Congo de 2008 à 2012.....	23
Figure 18 : Répartition en pourcentage des synergies au Congo en 2009 et 2010.....	24
Figure 19 : Investissements en valeur dans les synergies au Congo en 2009 et 2010.....	24
Figure 20. Nouvelles infections à VIH.....	28
Figure 21. Décès liés au sida.....	28
Figure 22 : Nombre d'adultes recevant un traitement antirétroviral.....	29
Figure 23. Taux de transmission Mère –enfant du VIH.....	29

ABBREVIATION

ARV	: Antirétroviraux
CI	: Cadre d'Investissement
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
HSH	: Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IDU	: Utilisateur de Drogues Intraveineuses
IEC/CCC	: Information, Education, Communication pour le Changement de
IST	: Infection Sexuellement transmissible
MICS	: Enquête à indicateurs multiples
MOT	: Mode Of Transmission
MSM	: Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
OEV	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
ONUSIDA	: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PEC	: Price en charge
PIB	: Produit Intérieur Brut
PS	: Professionnel(le)s du sexe
CSN	: Cadre Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH/sida
REDES	: Ressources et Dépense sur le Sida
Sida	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNU	: Système des Nations Unies
TARV	: Traitement antirétroviral
TS	: Travailleuse de Sexe

INTRODUCTION : POURQUOI UN CADRE D'INVESTISSEMENT VIH/SIDA ?

Au Congo, le Sida est considéré comme un véritable défi de développement économique et social, d'où l'engagement du Président de la République et du Gouvernement dans la mise en œuvre d'une riposte efficace et durable contre ce fléau. A cet égard, l'une des questions clés est la pérennisation des ressources financières dans un contexte marqué par les effets de la crise financière et de la raréfaction des ressources. Globalement, le financement de la lutte contre le SIDA connaît quatre grandes limites : les carences entre les besoins et les ressources disponibles, l'insuffisance dans la mobilisation des ressources nationales, la pérennité et le manque d'optimisation des ressources. C'est la raison pour laquelle, le Gouvernement Congolais a fait du financement de la politique nationale de lutte contre le Sida une priorité. En vue d'assurer l'optimisation des ressources, l'efficacité et l'impact des interventions et la pérennisation du financement de la réponse nationale, le Congo a opté, avec l'appui de l'ONUSIDA, pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre d'investissement. Le Congo est aujourd'hui en situation d'opérer une transition vers la réduction de la dépendance des ressources externes, l'auto prise et la durabilité de la riposte nationale du fait de l'engagement et du leadership politique et de l'existence de potentiel réel. Il doit le faire pour les raisons suivantes :

Le poids de l'épidémie demeure parmi les plus lourds dans la région avec une prévalence de 3.2% en 2009 et une féminisation de l'épidémie. Le Sida touche en premier les groupes foyers et véhicules de l'épidémie (les professionnelles du sexe, les MSM, les détenus), les groupes sociaux vulnérables (les filles-mères; les jeunes non scolarisés et déscolarisés ; les veuves et autres femmes chefs de ménages ; les orphelins et enfants vulnérables ; les PPVIH et les peuples autochtones), les groupes économiquement actifs (les commerçants et commerçantes ; les transporteurs ; les travailleurs des secteurs publics et privé), les ressources humaines (les élèves et étudiants ; les enseignants ; les professionnels de santé). L'analyse de la composition socio économique et de la distribution de la prévalence montre que le Sida impacte à la fois la vulnérabilité et la précarisation, le capital humain et le développement économique.

Le Congo est classé pays à revenu intermédiaire qui doit être capable de faire des efforts significatifs d'auto financement de la riposte. Dans le contexte de raréfaction des ressources et des effets de la crise financière internationale, il sera de plus en plus difficile de financer la lutte contre le Sida selon les schémas traditionnels de dons ou de subventions, le pays n'étant pas prioritaire en fonction des critères de situation économique.

La vision stratégique du gouvernement pour le développement du pays est centrée sur la création d'un environnement favorable à la croissance économique par, entre autres, le développement des ressources humaines, la promotion des investissements étrangers directs, la promotion de l'attractivité du pays et de son image. Dans la logique de cette vision, il est fondamental de situer la lutte contre le Sida au centre des politiques publiques et de concrétiser ceci par l'allocation conséquente et pérenne des ressources financières.

La situation actuelle des financements confronte la riposte nationale à des risques majeurs de continuité des services et de pérennité que révèlent les conclusions de la dernière réunion du CNLS.

L'existence des possibilités réelles en termes de disponibilité des ressources est l'une des raisons principales pour investir dans la lutte contre le Sida. La croissance soutenue au cours des dernières années, l'amélioration de la situation des finances publiques, l'augmentation des recettes, l'accroissement du PIB et du PIB hors pétrole et les projections de croissance indiquent qu'il ya suffisamment d'espaces budgétaires et de marges pour le gouvernement de mobiliser les ressources à travers le budget de l'état, les mécanismes novateurs et le secteur privé.

L'investissement dans la lutte contre le Sida est un investissement qui aura un impact significatif sur le capital humain, la productivité nationale, l'allègement des dépenses publiques liées à la prise en charge des malades du SIDA et sur la réduction de la vulnérabilité.

Le cadre d'investissement concourt à la réalisation des engagements régionaux et internationaux auxquels le Congo a souscrit et concourt à leur réalisation. En effet, les leaders politiques de l'Union Africaine ont convenu en 2012 de plusieurs actions prioritaires y compris la diversification des sources de financement, l'accroissement de l'allocation des ressources domestiques et de l'investissement stratégique qui soutient les communautés dans la prévention du VIH. La Déclaration de politique 2011 sur le VIH/Sida des Nations Unies engage les états à une réduction du déficit des moyens pour la lutte contre le VIH/Sida d'ici 2015 par des investissements à long terme plus importants, par la poursuite d'un financement interne et international pour

permettre aux pays d'avoir des ressources financières prévisibles et stables et à des sources de financement novatrices.

L'objectif global du présent document est de permettre au pays de disposer d'un outil pour fonder et justifier l'investissement dans la lutte contre le VIH/Sida et la mobilisation des ressources adéquates pour une réponse durable. Plus précisément, le cadre d'investissement poursuit des objectifs de (i) analyse et connaissance de la situation de l'épidémie, sa distribution spatiale et socio économique, ses tendances, la situation des groupes foyers de l'épidémie, (ii) fourniture de l'information stratégique et des données pour fonder et orienter les décisions de programmation et d'allocation des ressources, (iii) définition d'un paquet d'interventions à haut impact cohérentes avec l'analyse de la situation de l'épidémie, adaptées au contexte du pays et susceptibles d'être mises à l'échelle pour faire la différence, (iv) proposition d'une allocation des ressources plus efficace et plus efficiente et qui génère plus de résultats et d'optimisation des ressources, (v) démonstration de l'impact attendu et du retour d'investissement de l'approche d'investissement stratégique et (vi) identification du potentiel de mobilisation des ressources pour un financement durable.

Le cadre d'investissement a été élaboré suivant une démarche participative et inclusive centrée autour du leadership et de l'appropriation nationale et de la responsabilisation de l'ensemble des parties prenantes. En vue de garantir l'appropriation et l'adhésion des différents acteurs et de renforcer les capacités nationales dans les approches basées sur l'investissement stratégique, le SP/CNLS a mis en place avec l'appui de l'ONUSIDA un groupe multisectoriel de pilotage et de coordination. L'approche méthodologique utilisée a reposé sur les volets (i) le plaidoyer de haut niveau et les rencontres avec les décideurs, les administrations, les OSC, le secteur privé et les PTF, (ii) l'organisation d'un atelier de familiarisation et de formation des acteurs de la réponse sur le cadre d'investissement, (iii) la collecte et l'utilisation de l'information stratégique et de la documentation pertinente (iv) les entretiens approfondis avec l'ensemble des parties prenantes et (v) l'organisation d'une retraite du groupe multisectoriel pour le consensus et les arbitrages et la validation du contenu du Cadre d'investissement. La formulation du CI a été guidée par le souci de cohérence avec la politique nationale de lutte contre le Sida. Ainsi les interventions à haut impact identifiées sont étroitement liées d'une part à l'analyse de la situation et la réponse faite au Congo en prélude à l'élaboration du nouveau Plan Stratégique 2014-2018, et d'autres part aux orientations stratégiques, priorités et interventions considérées à haut impact retenues dans ce document.

1. EN QUOI LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS EST FAVORABLE AU CI ?

Cadre macro économique

La population du Congo est estimée en 2011 à 4,085 millions d'habitants avec un taux de croissance moyen de 3,0%. Le profil démographique se caractérise par la jeunesse de la population (40,0% ayant moins de 15 ans, et plus de deux personnes sur trois ayant moins de 30 ans), l'importance relative des femmes qui représentent 51,7% contre 48,3% d'hommes et la tendance croissante vers l'urbanisation. En 2011, le milieu urbain et semi-urbain concentre 67% des habitants, contre 58% en 2005.

Le Congo est classé comme pays à revenu intermédiaire avec un PIB par habitant de 4600\$. Son économie repose principalement sur l'exploitation des hydrocarbures le long de la côte Atlantique ; cette activité représente environ 90 % des exportations du pays. Le bois représente une part importante des exportations du Congo, dont la surface est couverte de forêts à près de 60 %, pour un total de vingt-et-un millions d'hectares. En plus de la production agricole (manioc, des fruits et légumes), le Congo produit et commercialise les produits de la canne à sucre. L'activité industrielle est principalement basée sur la production de biens tels que cigarettes, ciment, textile, savon, boissons alcoolisées, chaussures, etc.

Avec l'appui des institutions financières internationales au titre de la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC) dans le cadre de l'initiative PPTTE, le pays a mis en œuvre des réformes macroéconomiques ambitieuses dont les résultats sont entre autres l'assainissement des finances publiques et l'accélération des rythmes de croissance économique. Les performances des réformes ont permis l'atteinte du point d'achèvement en janvier 2010. Ainsi, la mise en œuvre de la SRP a permis au Congo d'obtenir une

annulation de près de 3,5 milliards de dollars US, représentant 67,4% de la dette totale du pays et 32,4% de son PIB. Ce programme s'est poursuivi avec l'appui d'un nouvel instrument, la Facilité Elargie de Crédit (FEC). La croissance économique a été solide au cours des dernières années, avec un taux moyen de l'ordre de 7,0% entre 2008 et 2010. Les performances macroéconomiques des années récentes sont particulièrement encourageantes, depuis la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Après le Ghana, le Congo est le pays ayant connu la croissance économique la plus forte en Afrique. Selon le Comité monétaire et financier du Congo qui a, au cours de sa dernière réunion, passé en revue les dernières informations sur la croissance économique du Congo en 2012, celle-ci qui devrait s'établir à 9,1% selon les prévisions de la BEAC.

Les investissements hors pétrole ont connu une progression significative de 10% en 2008 à 14,8% en 2011. Le croisement de cette tendance avec celle de la croissance du PIB hors pétrole signale un regain de productivité des investissements dans le secteur hors pétrole. Quant aux investissements étrangers directs dans le secteur hors pétrole, ils ont augmenté considérablement. « En effet, l'analyse de la balance des paiements confirme que les investissements étrangers en direction du secteur hors pétrole ont connu une forte croissance au cours des récentes années (35% en moyenne annuelle entre 2008-2011) ». Les recettes propres ont progressé en moyenne de 25,8% sur la période 2008-2014 ; progression alimentée surtout par les recettes hors pétrole dont la contribution au PIB est passée de 7,6% du PIB en 2008 à 9,2% en 2011, et de 14,3% des recettes propres à 20,4%.

Système de santé

Le système de santé du Congo est organisé en trois niveaux : (i) *le niveau central* : niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources, (ii) *le niveau intermédiaire* : rôle d'appui technique aux Circonscriptions Socio-Sanitaires (CSS) dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes, leur application et la supervision et le (iii) *le niveau périphérique et opérationnel* : C'est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre. Il est représenté par les Circonscriptions Socio Sanitaires (CSS) subdivisées chacune en aires de santé. Sur le plan opérationnel, le système est constitué de trois échelons : ce sont les CSI, les formations sanitaires d'hospitalisation (hôpitaux de base) et les formations sanitaires spécialisées (hôpitaux de référence). Quant au financement, au cours de ces trois dernières années les investissements dans le secteur de la santé sont passés respectivement de 29,8 milliards F CFA en 2010 à 47 milliards F CFA en 2011, puis à 94 milliards F CFA en 2012, déclarée « année de la santé ».

Principaux instruments de développement et leurs liens avec le CI VIH/Sida

Le DSCERP 2012-2016 et le PND. Pour relever ses défis de développement et en vue de replacer le Congo sur la voie des OMD et d'une diversification de l'économie susceptible d'accélérer la croissance, la vision « Chemin d'Avenir » est soutenue par le Document de stratégie pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté (DSCERP 2012-2016) et le Plan quinquennal de Développement (PND). Le Plan National de Développement (PND) est « une Feuille de route commune » pour le cheminement du Congo vers l'émergence avec pour objectif principal d'accélérer la modernisation de la société et l'industrialisation du Congo dans la perspective de générer une prospérité accrue et partagée afin de préparer l'émergence du Congo dans l'économie mondiale. Le développement social et l'inclusion constituent le quatrième pilier du PND et l'un des objectifs stratégiques du DSCERP est le renforcement des capacités des groupes, y compris les plus vulnérables, à contribuer à la croissance et à en profiter. **Le VIH/Sida est intégré dans le DSCERP** qui retient les principaux programmes suivants (i) l'intensification des activités de prévention au niveau communautaire, sur les lieux de travail et en milieu de soins ; (ii) l'amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ; (iii) l'amélioration de l'approvisionnement et la distribution des réactifs, des ARV et des consommables ; (iv) le renforcement du système de suivi-évaluation et de la surveillance épidémiologique ; (v) le renforcement des partenariats public - privé et de la société civile et (vi) le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA en milieu scolaire, au niveau de la force publique, en milieu agricole, en milieu forestier et dans les transports. **La politique de santé** vise entre autres (i) la réduction des inégalités d'accès aux services de santé ; (ii) l'amélioration de la qualité des prestations ; (iii) la gestion des médicaments par la coordination des approvisionnements et (v) la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. D'autres instruments ou politiques sont à mentionner en particulier la politique commune

VIH/Sida du secteur de l'éducation, la stratégie d'institutionnalisation du genre et la politique de promotion du secteur privé.

Un contexte social contraignant

L'incidence et la sévérité de la pauvreté. Selon, le document UNDAF2014-018, près d'un congolais sur deux vit encore en dessous du seuil de pauvreté dont la sévérité en milieu urbain est de l'ordre de 2,6% contre 12,5% en milieu rural. Même si le pays a fait des progrès importants ces dernières années dans la réduction de la pauvreté, ceci s'est accompagné d'un creusement des inégalités. L'indice de Gini est évalué et la pauvreté monétaire très élevée en milieu rural a fait un bond de 65% à 75% entre 2005 et 2011. La perception socio culturelle du Sida alimente le rejet, la stigmatisation, la discrimination et la persistance des fausses croyances sur la maladie. Bien que le pays a promulgué la loi 30- 2011 portant sur la lutte contre le Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH, les PVVIH et les populations clés demeurent confrontés au manque d'effectivité et d'application des normes juridiques et donc au défi de protection et de jouissance effective de leurs droits. La vulnérabilité des femmes et des filles liée à leur statut social et économique, au tabou qui frappe la sexualité, l'analphabétisme et aux comportements et pratiques socio culturelles favorise la propagation du VIH/ Sida notamment les divorces, la polygamie, la prostitution. En outre, les normes sociales imposent une ignorance dangereuse aux filles et aux jeunes femmes pour ce qui concerne les questions sexuelles. Ce manque de connaissance amplifie le risque qu'elles soient infectées par le VIH. Certaines pratiques culturelles (Mutilations sexuelles, pratiques sexuelles dangereuses, croyances, valorisation de la maternité) rendent difficile le recours à des moyens contraceptifs ou à des rapports sexuels protégés. Les femmes/filles sont de surcroît exposées aux violences basées sur le genre, notamment les violences conjugales, le harcèlement sexuel et le viol dont le tiers des victimes ont moins de 13 ans.

Priorité des partenaires

Le plan cadre des Nations Unies appuie le gouvernement dans l'atteinte des résultats relatifs aux trois axes prioritaires du PND : la gouvernance, les services sociaux de base et le développement durable et équilibré. Le VIH/Sida est l'un des programmes conjoints retenus pour ce cycle. Dans le domaine du développement social et l'inclusion (Services sociaux de base) l'UNDAF vise le résultat suivant: D'ici 2018, les populations les plus vulnérables utilisent les services sociaux de base de qualité (éducation, santé, sécurité alimentaire, eau et assainissement) ainsi que des services financiers adaptés.

2. QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE ?

➤ La Population générale

Avec une prévalence de **3,2%** en 2009 (ESICS 2009), la République du Congo a une épidémie de type généralisée et les projections de l'ONUSIDA la situe à **2,8%** en 2012. L'EDS 2011-2012 était essentiellement axée en ce qui concerne le volet VIH/sida sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations et ne prenait pas en compte l'aspect sérologique. La prévalence de l'épidémie est plus élevée en milieu urbain (3,3%) qu'en milieu rural (2,8%) avec un ratio d'infection de **1,14** entre le milieu urbain et rural. Cette prévalence est inégalement répartie avec 6 départements sur 12 soit 50% qui ont des prévalences au dessus de la moyenne (3,2%). Il s'agit de Pointe Noire la capitale économique (4,6%), le Niari (4,4%), la lékoumou (4,8%), la Sangha (4%), le kouilou et Bouanza (3,8%).

Les tendances depuis plusieurs années montrent une constante féminisation de l'épidémie mais qui dans ces dernières années est en régression avec un ratio qui est passé de 1,95 en 2009 à 1,44 en 2012. Cette féminisation concerne tous les groupes d'âges à l'exception des 40-44 ans où la prévalence chez les hommes (5,6%) est légèrement supérieure à celle des femmes (5,5%). La prévalence augmente en fonction des groupes d'âges. Les groupes d'âges les plus touchés par l'épidémie sont ceux des 25-29 (3,7%), 30-34 (3,6%), 40-44 ans (5,6%), 45-49 ans (5,2%). Chez les femmes, la prévalence augmente rapidement et passe de 1,9% entre 15-19 ans à 5,5% entre 30-34 ans puis à 5,7% entre 45-49 ans.

➤ La prévalence dans les populations clés et les populations passerelles

Les populations clés au Congo conformément à la définition de l'ONUSIDA sont constituées des professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM), des

consommateurs de drogues injectables (IDU) et des détenus. En plus de ces populations clés, le Congo identifie des populations dites passerelles qui sont le plus souvent les camionneurs ou routiers et les orpailleurs ou miniers.

- **Les populations clés**

Le rapport de l'enquête comportemental couplée à la sérologie du VIH chez les populations clés montre des prévalences largement au dessus de la moyenne nationale. Selon cette étude, les prévalences du VIH/sida chez les populations clés sont respectivement de **7,5%** chez les PS, **26,1%** chez les MSM, **8,3%** chez les détenus et **4,2%** chez les utilisateurs de drogues injectables. On estime à environ 3213 PS dont 49% à Pointe Noire et 36% à Brazzaville réparties sur 89 sites fixes et 208 sites mobiles. En ce qui concerne les HSH, leur taille est estimée à 400 personnes avec 45% à Pointe Noire et 32% à Brazzaville. Le nombre total de détenus au Congo est estimé à 947 détenus dans sept villes dont 62% à Brazzaville et 24% à Pointe Noire. La prévalence de ce groupe est de **8,3%**.

- **Les populations passerelles**

Il n'existe pas de données sur les populations passerelles. Ces populations ont le plus souvent un lien direct avec les zones économiques favorables. Une étude sur ces populations devrait être menée pour déterminer certaines caractéristiques : taille, distribution, prévalence.

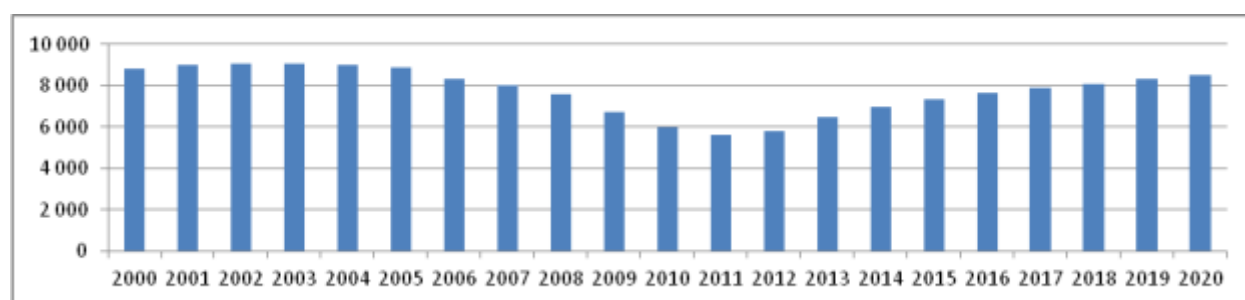
- **Le nombre de personnes vivant avec le VIH et tendance évolutive**

Le nombre de PVVIH au Congo est en constante progression selon les estimations de l'ONUSIDA. Cette population est passée de 80 727 en 2000 à 99 136 en 2012. Les estimations situent le nombre de PVVIH à 116 390 en 2020 soit une progression de 31% entre 2000 et 2020. La population féminine de PVVIH en 2020 représentera 57% du nombre de PVVIH. Cette forte progression a pour conséquence une augmentation du nombre de PVVIH sous ARV.

- **Le nombre de décès et tendance évolutive**

Les décès liés au Sida ont connu une nette régression depuis 2008 au Congo mais restent encore élevés. Les décès ont connu une stagnation de 2000 à 2005 puis une légère baisse en 2006 et 2007. Cette diminution du nombre de décès entre 2008 et 2012 est liée à l'augmentation progressive des ressources financières allouées à la prise en charge globale et en particulier à la thérapie ARV. Ces ressources sont passées de 21,73% en 2009 à 39,17% en 2010 pour la PEC globale et de 12,8% du budget de la PEC en 2009 à 31,73% en 2010 pour la thérapie ARV. Cependant, malgré les efforts consentis par l'Etat, le nombre de décès liés au Sida au Congo reste élevé et il est de 5777 en 2012. Selon les projections ONUSIDA, on enregistrera une progression du nombre de décès liés au VIH/sida entre 2012 et 2020. Les décès seront respectivement de 5777 en 2012, 7653 en 2016 et 8526 en 2020.

Figure 1 : Nombre de décès liés au Sida et tendance évolutive au Congo

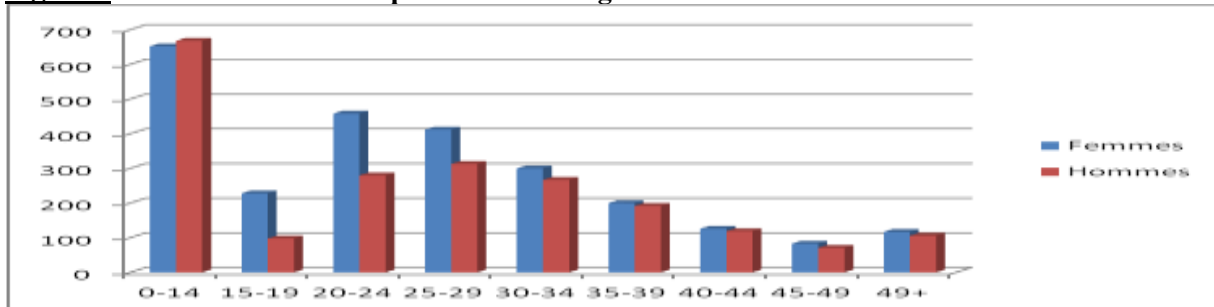


- **Les nouvelles infections**

Globalement les nouvelles infections ont une tendance à la baisse depuis 2000 dans les deux sexes au Congo selon les estimations de l'ONUSIDA en 2013. Ces nouvelles infections en 2012 sont plus importantes chez les femmes (2577) que chez les hommes (2113) avec un ratio d'infection de **1,22**. Les groupes d'âges de **15-19 ans** et **20-24 ans** sont ceux pour lesquels les ratios d'infections entre hommes et femmes sont les plus élevés

et sont respectivement de **2,33** et **1,64**. Cette situation montre la **vulnérabilité des jeunes filles dans ces groupes d'âges**. Les nouvelles infections sont plus importantes dans les groupes d'âge de 0-14 ans (1320) avec **28%** des nouvelles infections et apparaissent spécifiquement entre 0-4 ans correspondant dans la majorité des cas à la transmission mère-enfant. Les adolescents de 15-19 ans (326) représentent **7%** des nouvelles infections tandis que les jeunes de **20-24 ans** (738) et **25-29 ans** (725) représentent respectivement **16%** et **15%** des nouvelles infections. **Au total 51% des nouvelles infections surviennent entre 0-24 ans et 78% entre 0 et 34 ans.**

Figure 2 : Nouvelles infections par tranches d'âge 2012



Par ailleurs, l'étude MOT 2013, montre que les pourvoyeurs de l'épidémie du VIH au Congo sont les groupes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels à hauteur de **52%**, les couples hétérosexuels stables à hauteur de **24%**, les partenaires féminins des relations sexuelles occasionnelles **15%** et les clients des PS **3%**. Les trois premiers groupes représentent 90% des nouvelles infections au Congo et se trouvent au sein de la population générale. Les forts taux de prévalence chez les populations clés contrastent avec la contribution de ces populations aux nouvelles infections. Elles sont de 1% chez les PS, 1,8% chez les MSM et 0,7% chez les IDU. Par ailleurs, le taux d'incidence soit l'ampleur des nouvelles infections au sein du groupe des populations clés est très importante chez les MSM et se situe à **23,8%** contre **2%** chez les PS, **0,3%** pour les hétérosexuels stables et **0,4%** pour les hétérosexuels occasionnels

➤ **Contexte social de l'épidémie**

Au Congo, l'épidémie du VIH évolue dans un contexte global de féminisation lié à la vulnérabilité des femmes en général et en particulier les jeunes filles de 15-19 ans et 20-24 ans. Dans ces groupes d'âge les ratios d'infection entre homme et femme sont respectivement de 2,33 et 1,64. En 2011, le taux de fertilité chez les jeunes filles de 15-19 ans était de 5,1 avec une prédominance en milieu rural 6,5 contre 4,5 en milieu urbain (EDSII). En outre la stigmatisation et la discrimination constituent encore un lourd fardeau dans la lutte contre le VIH/sida au Congo. Seulement 3,9% des femmes et 19% des hommes ont des attitudes de tolérances complètes envers les PVVIH. Au niveau du contexte institutionnel, la réponse de l'épidémie du VIH est assurée par le Gouvernement et les Organisations Non Gouvernementales (ONG).

- ✚ Les nouvelles infections sont plus prononcées chez les jeunes de 20-24 ans (16%), 24-29 ans (12%)
- ✚ La transmission mère-enfant est importante et représente 28%
- ✚ 51% des nouvelles infections surviennent entre 0-24 ans et 63% entre 0-29 ans
- ✚ La prévalence est élevée chez les populations clés
- ✚ Les ratios d'infection sont plus prononcés entre 15-19 ans et 20-24 ans
- ✚ Le groupe des hétérosexuels occasionnels contribuent à hauteur de 52% des nouvelles infections
- ✚ Le taux d'incidence chez les MSM est très important et se situe à 23,8%
- ✚ La stigmatisation et la discrimination sont importantes envers les PVVIH
- ✚ Il existe une corrélation entre les décès et les ressources allouées aux soins et traitements

3. COMBIEN DEPENSE LA RDC SUR LE VIH AUJOURD'HUI ET D'OU VIENT L'ARGENT?

Les ressources dépensées pour la lutte contre le Sida au Congo entre 2009 et 2011 sont dominées par les sources extérieures avec 62,89% des dépenses totales en 2009, 50,80% en 2010, 61,46% en 2011. En 2012, cette tendance s'inverse en faveur des ressources internes, notamment de sources publiques (52,08% des dépenses totales). Contrairement à la plupart des pays de la sous région, on note une contribution substantielle des fonds publics dans la lutte contre le VIH/Sida au Congo, avec 27,90% en 2009, contre 0,09% en République Démocratique du Congo, 44,30% en 2010, contre 1,41% en RDC et 38,54% en 2011, contre 1,48% en RDC.

Tableau 1 : Investissements totaux, en valeur, dans la lutte contre le Sida au Congo par source de financement et par intervention, de 2009 à 2012

Sources/Interventions	2009	2010	2011	2012	Total
Ressources dépensées					
Ressources totales	5 988 373 549	8 236 292 826	5 423 018 924	5 815 371 943	25 463 057 242
Source de financement					
Ressources internes	2 222 103 792	4 052 114 202	2 089 902 569	3 028 745 258	11 392 865 821
Fonds publics	1 670 645 127	3 648 452 395	2 089 902 569	3 028 745 258	10 437 745 349
Fonds privés	551 458 665	403 661 807			955 120 472
ressources internationales	3 766 269 757	4 184 178 624	3 333 116 355	2 786 626 685	14 070 191 421
Bilatéraux	262 957 470	190 783 240	278 947 377	99 117 048	831 805 135
SNU	265 914 833	168 569 689	174 689 892	149 833 603	759 008 017
Fonds Mondial	2 052 829 339	3 177 139 919	2 202 575 351	899 480 459	8 332 025 068
Autres Fonds Internationaux	1 184 568 115	647 685 776	676 903 735	1 638 195 575	4 147 353 201
Interventions clés en pourcentage du total des dépenses					
Prévention	1 357 139 815	1 871 228 022			
Soins et traitement	1 301 287 094	3 226 267 093			
OEV	541 684 456	477 946 664			
Gestion de programme	2 137 308 130	2 040 643 081			
Ressources humaines	328 814 715	357 241 172			
Protection sociale et services sociaux	57 492 012	60 469 012			
Environnement favorable	264 647 327	202 497 782			
Recherche liée au VIH	0	0			

Les données non disponibles sont dues à l'absence d'une étude approfondie sur les dépenses (REDES par exemple) en 2011 et 2012.

Tableau 2 : Investissements totaux, en pourcentage, dans la lutte contre le Sida au Congo par source de financement et par intervention, de 2009 à 2012

Sources/Interventions	2009	2010	2011	2012	Total 2009-2012	%
Ressources dépensées						
Ressources totales	5 988 373 549	8 236 292 826	5 423 018 924	5 815 371 943	25 463 057 242	100,00%
Source de financement						
Interne	37,11%	49,20%	38,54%	52,08%	11 392 865 821	44,74%
Fonds publics	27,90%	44,30%	38,54%	52,08%	10 437 745 349	40,99%
Fonds privés	9,21%	4,90%			955 120 472	3,75%
Internationale	62,89%	50,80%	61,46%	47,92%	14 070 191 421	55,26%
Bilatéraux	4,39%	2,32%	5,14%	1,70%	831 805 135	3,27%
SNU	4,44%	2,05%	3,22%	2,58%	759 008 017	2,98%
Fonds Mondial	34,28%	38,57%	40,62%	15,47%	8 332 025 068	32,72%
Autres Fonds Internationaux	19,78%	7,86%	12,48%	28,17%	4 147 353 201	16,29%
Interventions clés en pourcentage du total des dépenses						
Prévention	22,66%	22,72%				
Soins et traitement	21,73%	39,17%				
OEV	9,05%	5,80%				
Gestion de programme	35,69%	24,78%				
Ressources humaines	5,49%	4,34%				
Protection sociale et services sociaux	0,96%	0,73%				
Environnement favorable	4,42%	2,46%				
Recherche liée au VIH	0,00%	0,00%				

➤ **Sources de financement de la réponse nationale au VIH depuis 2008**

Figure 3 : Répartition en pourcentage des investissements de lutte contre le Sida au Congo de 2009 à 2012

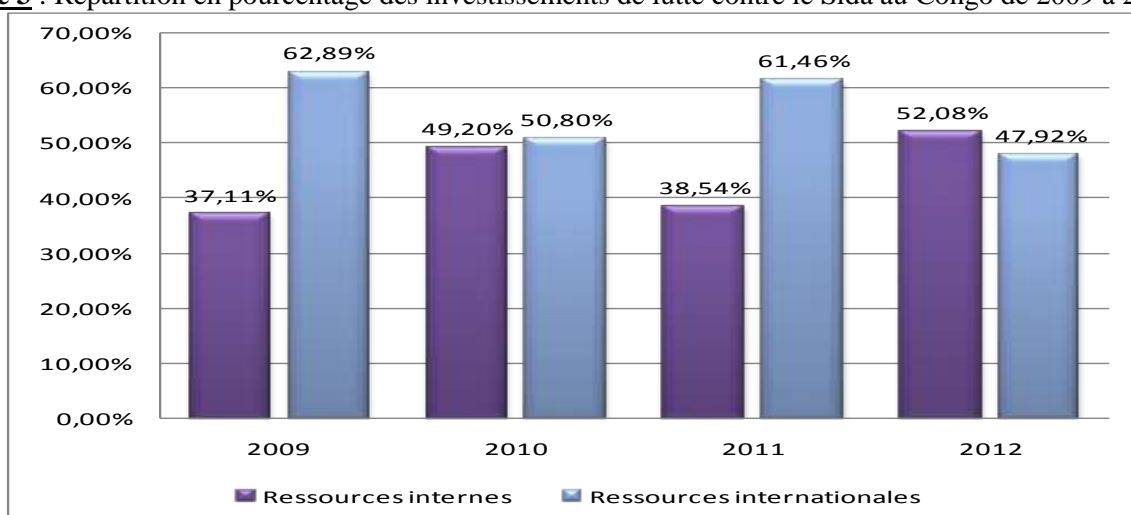
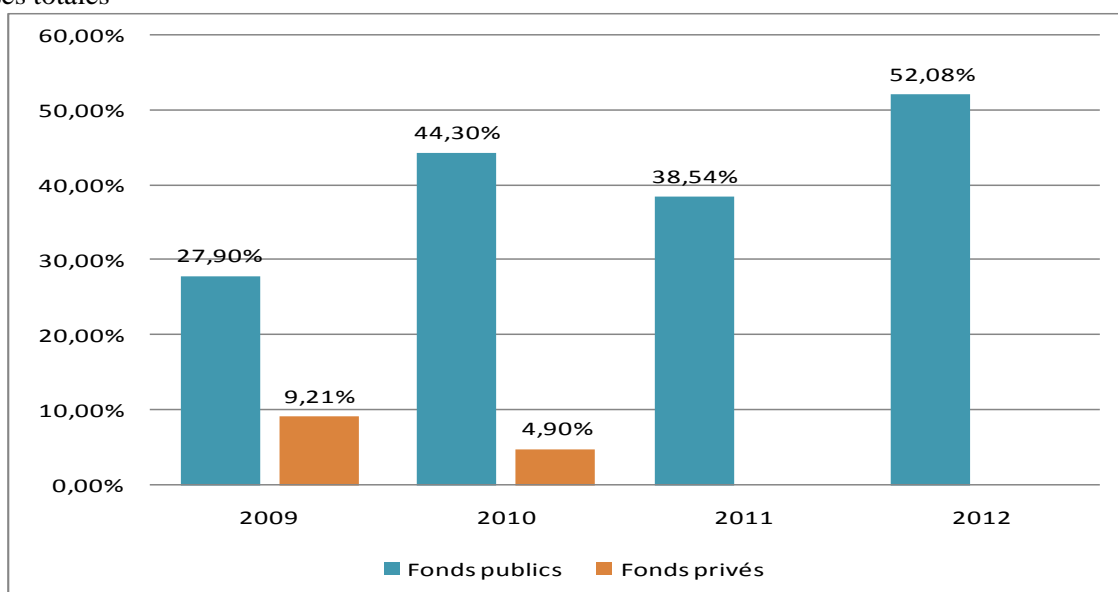
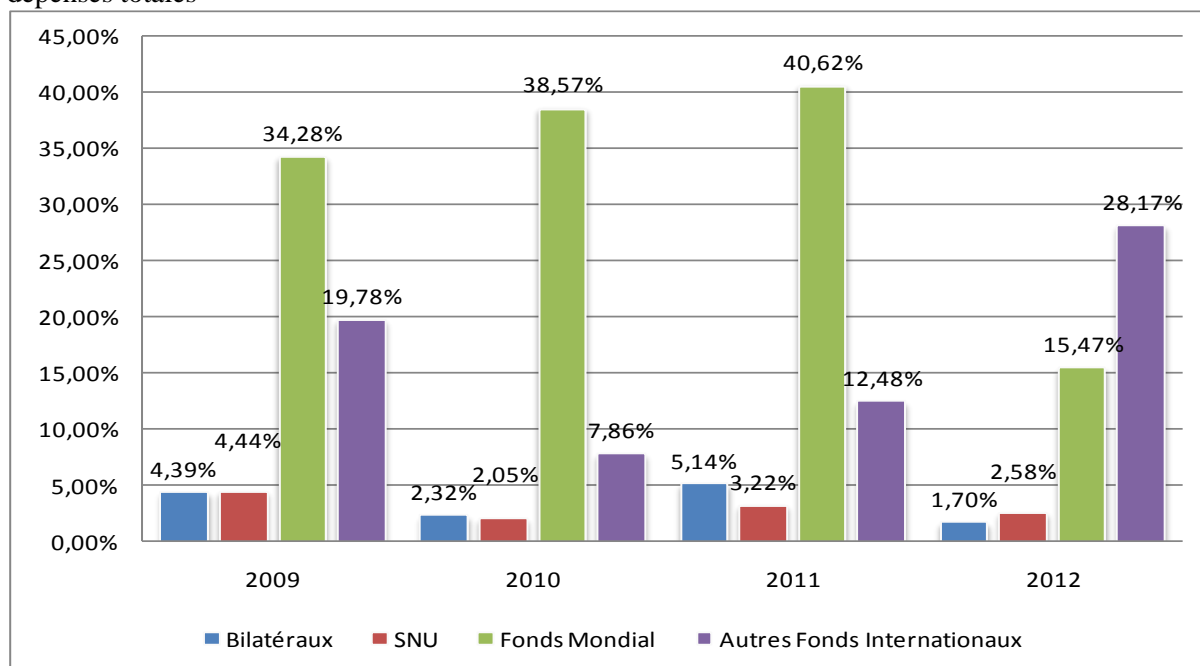


Figure 4 : Evolution des investissements de sources nationales au Congo de 2009 à 2012, en pourcentage des dépenses totales



Les investissements de sources extérieures ont été dominés sur l'ensemble de la période 2009 - 2011 par la contribution du Fonds Mondial (34,28% des dépenses totales en 2009, 38,57% en 2010, et 40,62% en 2011). En 2012, la contribution du Fonds Mondial a diminué en faveur des autres fonds internationaux.

Figure 5 : Evolution des investissements de sources extérieures au Congo de 2009 à 2012, en pourcentage des dépenses totales

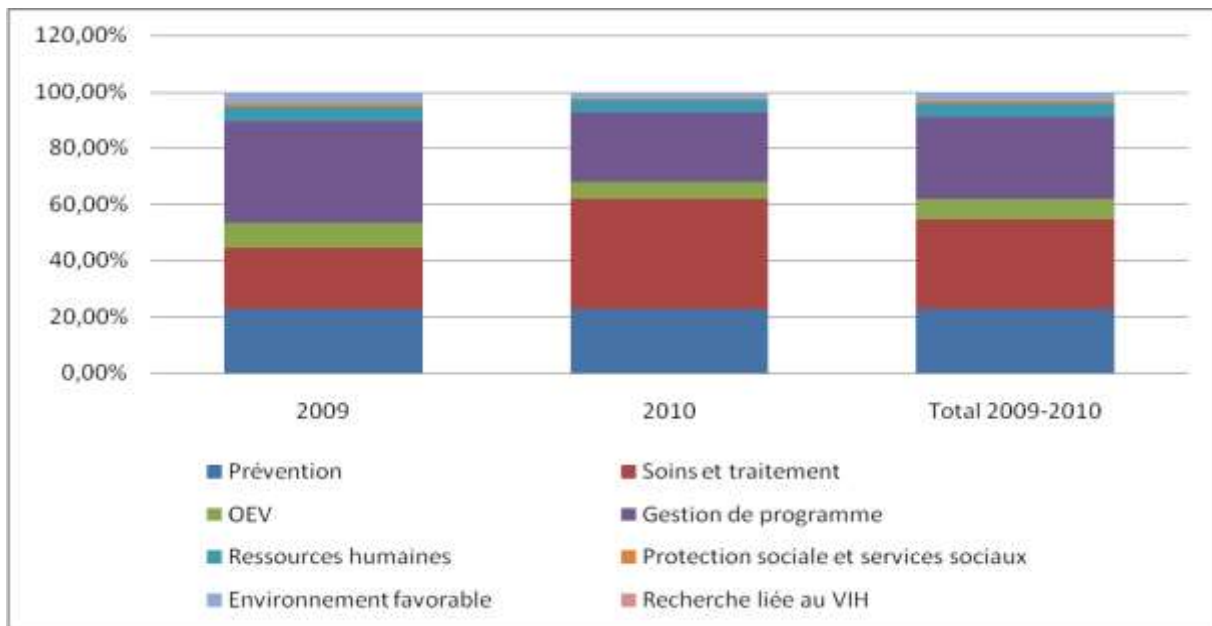


Répartition des investissements de lutte contre le VIH en fonction des interventions en 2009 et 2010

L'essentiel des investissements a été orienté vers trois programmes, à savoir la prévention, les soins et traitement, et la gestion de programme, avec une tendance plus marquée vers les soins et traitement.

La prévention représente 22,70% des investissements en 2009 et 2010, contre 31,83% pour les soins et traitement et 29,37% pour la gestion de programme.

Figure 6 : Evolution des investissements par catégorie de dépense au Congo en 2009 et 2010, en pourcentage des dépenses totales



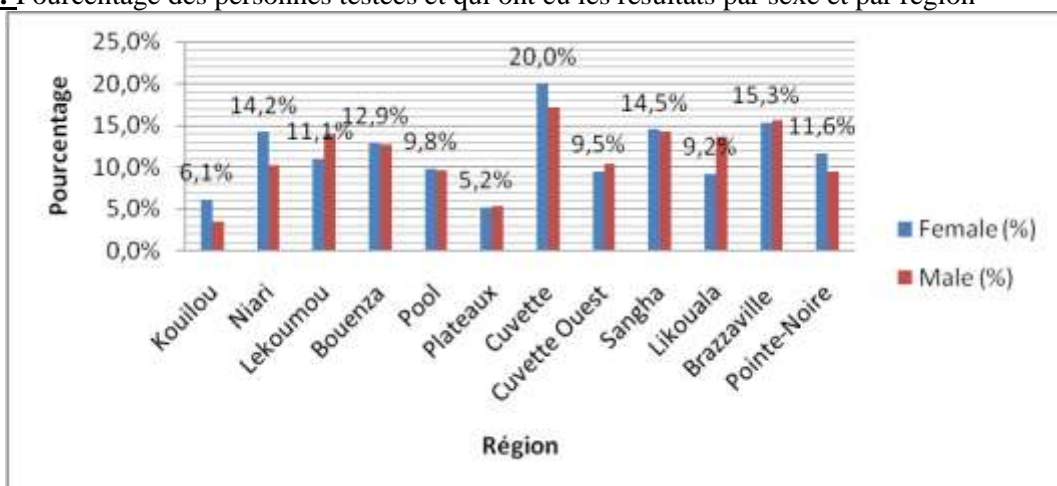
4. QUELS SONT LES RESULTATS DES INVESTISSEMENTS ACTUELS?

L'exploitation des différents rapports de suivi stratégique des actions développées conformément aux orientations du Plan stratégique 2009-2013 et aux cibles retenues a montré que des efforts considérables ont été déployés dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique finissant. Cette évaluation a montré globalement que certaines cibles ont été dépassées par contre d'autres sont restées en deçà des prévisions. Les principaux domaines pour lesquels les besoins ne sont pas totalement satisfaits concernent la promotion des préservatifs, la prise en charge des OEV et la mobilisation des organisations communautaires. Le dépassement du niveau de certains indicateurs pourrait se justifier par une sous estimation de certaines cibles lors de l'élaboration du Plan Stratégique 2009-2013. Pour mieux comprendre l'évolution des principaux indicateurs du PSN, une analyse plus détaillée est faite par domaine d'intervention dont les résultats sont présentés ci-dessous:

- PREVENTION DE L'INFECTION A VIH ET DES IST

Accès au dépistage

Figure 7: Pourcentage des personnes testées et qui ont eu les résultats par sexe et par région



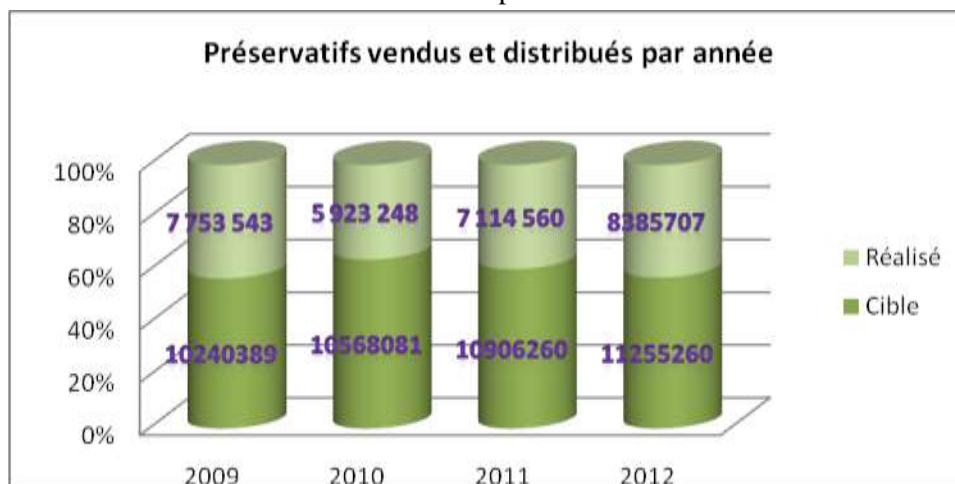
La figure n°1 concerne l'enquête EDSC-II réalisée en 2011 auprès de la population. Il en ressort que dans la population générale, la proportion des personnes qui réalisent le test pour le VIH et connaissent les résultats

reste inférieure à 15%. Ce taux varie beaucoup d'une région à une autre. 20% dans la cuvette et 5,2% dans le plateau.

Accès aux préservatifs

En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, l'enquête EDS montre que 38,7% des femmes contre 33,3% des hommes ont déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel à risque.

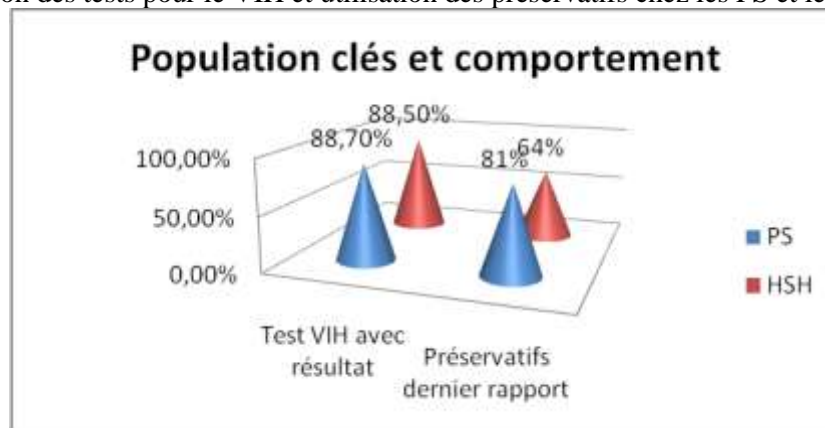
Figure 8: Evolution de la vente et de la distribution des préservatifs masculins et féminins de 2009 à 2012



Durant toute la période de mise en œuvre du PSN, le nombre de préservatifs vendus et distribués gratuitement est resté légèrement en deçà des prévisions du PSN. A cela s'ajoute la disparité de la distribution dans les régions où en 2012, les régions de Brazzaville et de Pointe Noire ont absorbé environ 4 780 272 préservatifs soit 57% de la quantité totale des préservatifs distribués durant cette période.

Couverture des populations clés et vulnérables par les activités de prévention

Figure 9: Réalisation des tests pour le VIH et utilisation des préservatifs chez les PS et les HSH



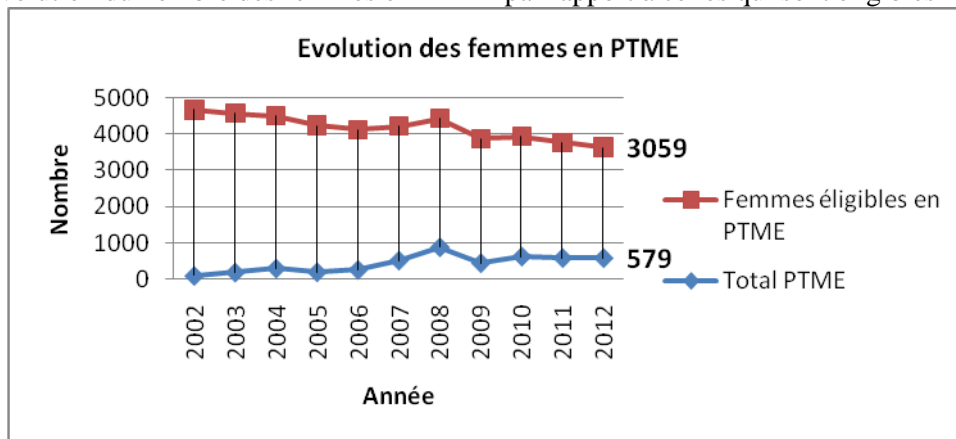
Les études réalisées en 2012 auprès des PS et des HSH ont montré des taux élevés d'utilisation des préservatifs qui sont respectivement de 81% et 64%. Le même constat est fait en ce qui concerne la réalisation des tests pour le dépistage de l'infection à VIH dans ce groupe de population: 88,7% chez les PS et 88,5 % les HSH. Par contre pour les actions de promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque au profit des groupes les plus vulnérables, la plupart des indicateurs ont montré une faible performance en termes de mise en œuvre des projets communautaires, d'activités de CCC par les pairs éducateurs et de ciblage des jeunes et adolescents. En 2012, seulement 34% des projets communautaires approuvés ont été réalisés avec succès, 6,5% des personnes vulnérables sont couvertes par les activités de

CCC des pairs éducateurs et 12% des adolescents et jeunes de 10-24 non scolarisés les plus à risque ont eu accès à un programme de prévention.

PTME

La Prévention des infections chez les enfants nés de mères séropositives (PTME) demeure un pilier important dans la réduction de la morbidité et la mortalité dues au VIH au Congo. La performance du Congo dans ce domaine est restée au dessous des prévisions. La figure n°4 ci-dessous présente l'écart important qui existe entre le nombre de femmes enceintes en besoin de PTME et le nombre de celles qui en ont effectivement bénéficié. La proportion des femmes enceintes éligibles mises sous ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2012 est d'environ 19%. Cette faible performance est en majeure partie due à l'intégration très timide de la PTME dans le paquet d'activités de la santé de la reproduction dans les formations sanitaires.

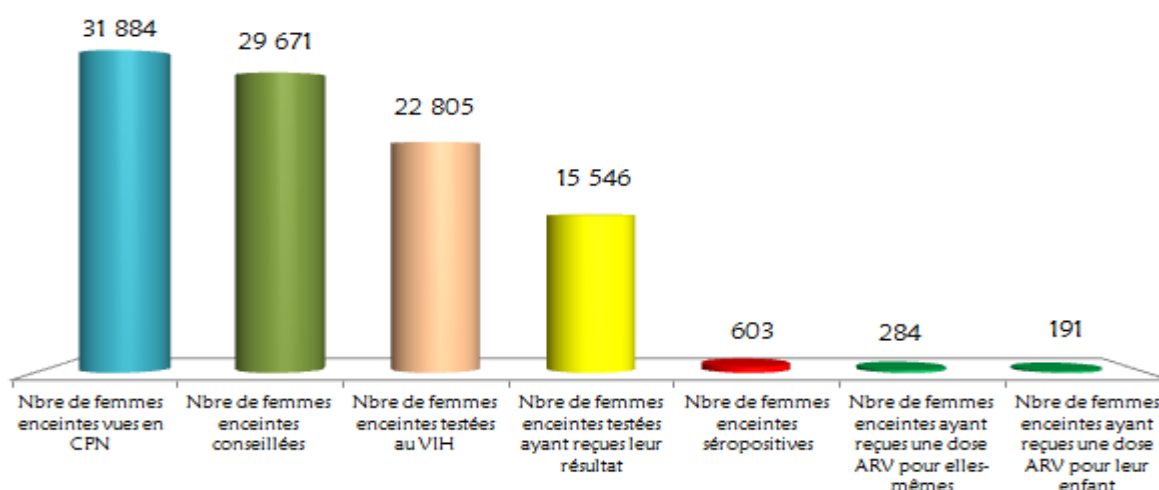
Figure 10: Evolution du nombre des femmes en PTME par rapport à celles qui sont éligibles



Le Congo a introduit de manière précoce l'option B dans son protocole de prise en charge des femmes enceintes séropositives (2004). La névirapine en traitement unidose a été arrêtée en 2008 et l'option A en 2011. Malgré cette avancée dans l'approche de la prise en charge des femmes enceintes, un gap important persiste quant au nombre de femmes enceintes effectivement mises sous ARV.

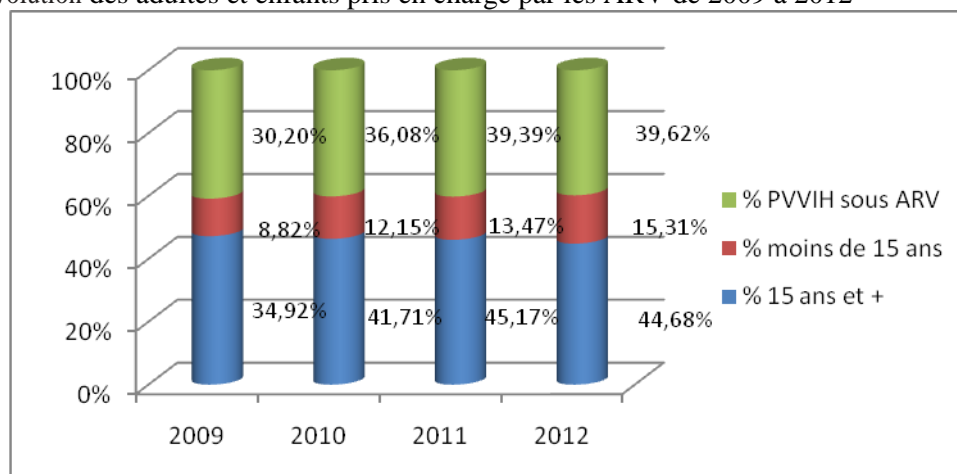
Cette faible performance en matière de PTME soulève la problématique d'une part, de l'intégration de ce programme dans la santé de la reproduction et d'autre part le rôle des services de santé et de la communauté dans l'organisation des activités de promotion de la santé de la mère et de l'enfant surtout dans sa composante consultation prénatale qui est la principale porte d'entrée de la PTME. La figure n°11 ci dessous met en exergue le taux de déperdition des femmes vues en CPN. En 2012, sur 31.884 femmes en consultation prénatale, 15 546 soit 48,7% ont fait le test de dépistage du VIH et ont eu le résultat. Sur 603 femmes enceintes séropositives, 475 ont reçu des ARV dans le cadre de la PTME soit un taux de déperdition de 22,3%.

Figure 11: Synthèse des résultats des prestations de la PTME en 2012



- **ACCES AUX ARV**

Figure 12: Evolution des adultes et enfants pris en charge par les ARV de 2009 à 2012



La figure 12 montre que le taux de progression des PVVIH sous ARV est moins important entre 2009 et 2012. En 2012, environ 40% des patients éligibles ont reçu les ARV. La proportion d'enfants ayant accès aux ARV reste très faible (15,31% en 2012). La répartition des patients sous ARV par région montre que 80% des patients sont suivis à Brazzaville et à Pointe Noire.

Dans le cadre du suivi des patients co-infectés TB/VIH, VIH/HBS et VIH/HBC, le rapport du SE/CNLS a notifié en 2012, 1916 cas de coinfection dont 1884 cas de coinfection TB/VIH soit 98,3% et environ 5% de cas de VIH associé aux virus de l'hépatite.

- **REDUCTION DE L'IMPACT ET PROMOTION DES DROITS HUMAINS**

En 2012, 27,5% des OEV ciblés ont bénéficié d'une prise en charge incluant la scolarisation, la formation professionnelle et l'accès aux soins de santé de base. Cette faible performance est liée à l'arrêt du financement de ce volet. Durant la mise en œuvre du PSN, très peu d'actions ont été développées en matière de promotion d'un environnement juridique pour la protection des droits des PVVIH et des PA. Le Congo dispose d'une loi qui protège les PVVIH et qui a été promulguée le 03 juin 2011 mais les textes de son application ne sont pas disponibles ce qui probablement n'a pas permis sa vulgarisation à une grande échelle.

5. OU INVESTIR POUR DE MEILLEURS RESULTATS?

Les interventions à haut impact retenues dans ce cadre d'investissement en fonction de leur potentiel en termes de résultats et d'effets induits sont basées essentiellement sur les données factuelles sur la dynamique de l'infection et l'analyse de la situation de la couverture des interventions développées dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre stratégique finissant. Pour relever les défis de 2015, les domaines dans lesquels la lutte contre le VIH Sida doit être renforcée au Congo sont les suivants:

La promotion du changement de comportement en ciblant la population générale mais prioritairement les jeunes de la tranche d'âge de 20 -29 ans en milieu scolaire et extrascolaire et les femmes en âge de procréer pour les raisons suivantes:

- Les priorités du nouveau CSN 2014-2018 en matière de prévention sont: i) l'orientation des efforts vers les populations de façon générale tout en priorisant la promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques dans le but de réduire la propagation du VIH et la résurgence possible, ii) le renforcement de l'éducation à la prévention des IST et du VIH dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse;
- Le Congo a une expérience probante dans le domaine de l'intégration de l'enseignement du VIH dans les écoles et dans certains secteurs de développement telle que la Défense;
- Ces interventions de promotion de changement de comportement seront développées prioritairement dans toutes les régions du Congo à forte démographie et les 6 départements qui ont des prévalences de l'infection à VIH au dessus de la moyenne nationale selon l'analyse épidémiologique faite précédemment;
- Les gains sont mesurables et considérables en termes de réduction de nouvelles infections dans les tranches d'âge décrites ci-dessus (38% de réduction de nouvelles infections dans la tranche d'âge de 19 -29 ans) et surtout dans la population générale car 90% de nouvelles infections au Congo proviennent de catégorie de population issue de la population générale.

Les interventions en faveur des populations clés (PS, HSH, détenus et les UDI) sont justifiées:

- Il s'agit des populations qui ont des prévalences supérieures à la moyenne nationale;
- La promotion des activités ciblées au profit des groupes dits spécifiques fait partie des priorités du nouveau CSN;
- Le Congo dispose des données très récentes sur ces populations clés;
- Le Congo dispose du savoir faire en matière d'intervention en milieu carcéral (Formation des gestionnaires carcéraux sur la facilitation des journées thématiques sur le VIH);
- Les activités ciblant ces groupes doivent être développées en priorité à Pointe Noire et Brazzaville qui non seulement regroupent la majeure partie de ces populations clés mais qui concentrent une bonne partie de la population congolaise;
- Les gains sont mesurables et considérables surtout pour les actions ciblant les HSH.

La promotion et l'utilisation des préservatifs se justifient par le fait que:

- Moins de la moitié des populations ayant des comportements à risque utilise systématiquement le préservatif;
- Durant toute la période de mise en œuvre du PSN finissant, le nombre de préservatifs vendus et distribués gratuitement est resté légèrement en deçà des prévisions;
- En plus du maintien des acquis de Brazzaville et Pointe Noire en termes de nombre de préservatifs distribués, des efforts doivent être faits pour augmenter leur accessibilité dans les autres départements;
- Le dynamisme et l'engagement de la structure nationale de marketing social des préservatifs constituent des opportunités (AAISC);
- La contribution à la réduction de l'infection n'est plus à démontrer.

La réduction des nouvelles infections chez les enfants à travers la PTME pour les raisons suivantes:

- Le Congo s'est engagé dans le Plan global d'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant;

- Bien que la PTME soit un pilier important dans la réduction de la morbidité et la mortalité due au VIH au Congo sa performance est restée en dessous des prévisions;
- L'importance de maintenir les acquis de Brazzaville et Pointe Noire mais étendre ce programme dans les autres départements;
- Le Ministère de la santé est un atout majeur : le savoir-faire existe dans ce domaine et le Ministère est sur le point de renforcer l'intégration de la PTME dans les structures de la santé de la reproduction;
- Le Fonds Mondial finance régulièrement ce volet;
- Les gains sont mesurables car le développement de ce programme permettra de réduire la transmission mère enfant qui constitue 28% des nouvelles infections. Le nombre de femmes enceintes en besoins de PTME à prendre en charge passera de 1397 (50%) en 2014 à 2 159 en 2020 (100%).

Le traitement par les ARV, les soins et soutiens aux PVVIH fait partie des actions prioritaires car:

- Il s'agit d'un volet qui bénéficie de l'appui de la Communauté Internationale et plus précisément du Fonds Mondial;
- La contribution de ce volet à la réduction de la transmission du VIH est importante;
- Il faut maintenir les acquis de Brazzaville et Pointe Noire mais étendre ce programme dans les autres départements à forte densité de la population et ayant des prévalences élevées (le Niari, la lékoumou , la Sangha, le kouilou et Bouanza);
- La nécessité pour le Congo d'opter pour les nouvelles recommandations de l'OMS avec les besoins en ARV estimés à 45 824 adultes et enfants en 2014 et 53 952 en 2020.
- les gains sont mesurables en terme de nombre de personnes ayant accès à la thérapie ARV;

Les autres éléments à considérer dans ce paquet d'investissements à haut impact.

La mise en œuvre harmonieuse des activités programmatiques de base à haut impact retenues dans ce cadre d'investissement doit d'une part s'appuyer sur un ensemble d'éléments facilitateurs primordiaux dont les principaux sont: i) l'accompagnement psycho social et communautaire des PVVIH, ii) la promotion des droits de l'homme et iii) la gestion programmatique, d'autre part doit se développer en synergie avec les principaux secteurs de développement tels que le secteur de la Santé, la protection sociale, l'Education et la Défense.

6. QUELS SONT LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA ?

Système d'approvisionnement. Les dépenses consacrées à la PEC du VIH/sida en 2009 et 2010 au Congo représentent les dépenses les plus élevées. Elles se situent pour les dépenses totales et les soins et traitements respectivement à 12,8% et 58,92% pour 2009 et 31,73% et 81% pour 2009. Plusieurs insuffisances ont été observées dans la chaîne d'approvisionnement et pourraient être à l'origine de gaspillages des ressources. Deux systèmes d'approvisionnements (Etat et COMEG) non harmonisés des ARV, médicaments et intrants cohabitent dans le même pays et cela est souvent la cause de surstock avec des péremptions, des ruptures de stock et souvent l'absence de certaines molécules au niveau central et des sites. Par ailleurs les acquisitions sur financement du gouvernement ne répondent pas à un besoin exprimé (quantification) mais plutôt au budget disponible chaque année et les achats sont réalisés selon un processus de "Gré à Gré" non compétitif qui exclut la participation des experts pharmaceutiques de la cellule de passation des marchés. Les ARV et médicaments acquis par le gouvernement suivent un circuit parallèle qui n'est pas celui de la COMEG et ne respectent pas les plans de distribution et les conditions de stockages. Toutes ces insuffisances ont comme conséquences : (i) les surstocks ou parfois des péremptions des ARV et autres intrants, (ii) les coûts élevés des ARV, (iii) la dégradation de la qualité des ARV et autres intrants. La prise en compte de ces problèmes pourrait améliorer l'efficacité dans l'acquisition et l'approvisionnement en ARV, médicaments et autres intrants.

Goulots liés aux procédures de gestion et décaissement des fonds

Le mécanisme de gestion des commandes des intrants, en particulier les ARV, souffre d'une multitude d'intervenants dans le circuit. Il n'existe pas un mécanisme harmonisé des commandes des intrants au niveau national. Il en résulte une duplication des commandes, engendrant des coûts de gestion des approvisionnements élevés et une mauvaise appréciation des besoins réels au pays. Les ressources mises à la

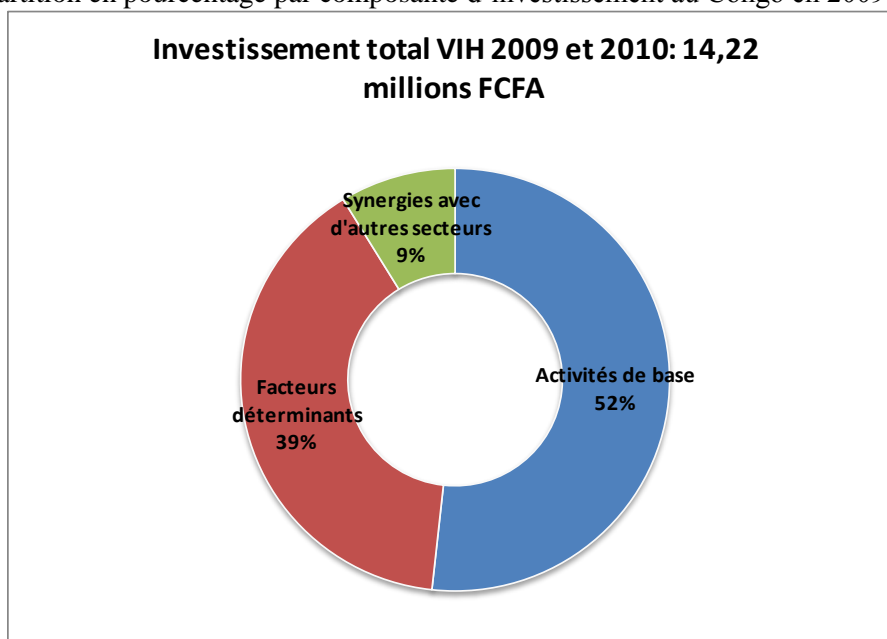
disposition par le Gouvernement peuvent permettre de prendre en charge l'ensemble des besoins des PVVIH. Malheureusement l'absence de cohérence dans la gestion des commandes conduit à de multiples ruptures et l'insatisfaction des besoins en ARV et en suivi biologique. Cette situation est aggravée par le faible niveau des décaissements des fonds. En effet, le taux de décaissement du budget de l'Etat en particulier est faible (30% en moyenne au cours des quatre dernières années). La multiplicité des intervenants et le manque de concertation sont les causes probables de cette inefficience dans le décaissement du budget de l'Etat. Le taux de décaissement au niveau des financements extérieurs reste également faible. En effet, entre 2010 et 2011, le taux de décaissement sur le financement du Fonds Mondial et de la Banque Mondiale se situe respectivement à environ 43%. Toutes sources de financement confondues, le taux de décaissement se situe à 52% en 2011¹. Le Congo dispose d'un atout important qui est la forte contribution du budget de l'Etat au financement de la réponse nationale au VIH. Mais cet atout n'est que virtuel, car ce niveau élevé d'allocation budgétaire fait face à un faible niveau de décaissement, et donc un faible niveau d'exécution financière. Cette situation s'explique par la lenteur des procédures, la faible capacité d'absorption des services bénéficiaires et parfois la mauvaise gouvernance.

Pour pallier à ces insuffisances, une bonne collaboration entre les services impliqués dans la chaîne de la dépense publique est indispensable, de même que le renforcement des capacités des services bénéficiaires dans les mécanismes de décaissement et de justification des fonds. Il s'agira de mieux impliquer les services du Ministère des Finances dans l'accompagnement des services bénéficiaires, au besoin mettre à la disposition de ces services des financiers pour la programmation et la mise en œuvre des dépenses publiques.

7. A QUOI SONT ALLOUEES LES DEPENSES ACTUELLES ?

En classifiant les interventions en perspective du cadrage des investissements, on se rend compte que les activités programmatiques de base représentent 52% du total des investissements de lutte contre le VIH au Congo en 2009 et 2010, contre 39% pour les facteurs déterminants et 9% pour les synergies avec d'autres secteurs.

Figure 13 : Répartition en pourcentage par composante d'investissement au Congo en 2009 et 2010



Les investissements dans les activités programmatiques de base ont été faits principalement dans le domaine des soins et traitement, à hauteur de 62%, malgré un niveau de prise en charge par les ARV relativement

¹ Rapport financier de la réponse nationale au VIH/Sida, CNLS 2011

faible en 2012. On note un faible niveau d'investissement dans les autres programmes de base, dont les populations clés (5%), la PTME (9%), le changement de comportement (11%) et les préservatifs (13%).

Figure 14 : Répartition en pourcentage par activité de base au Congo en 2009 et 2010

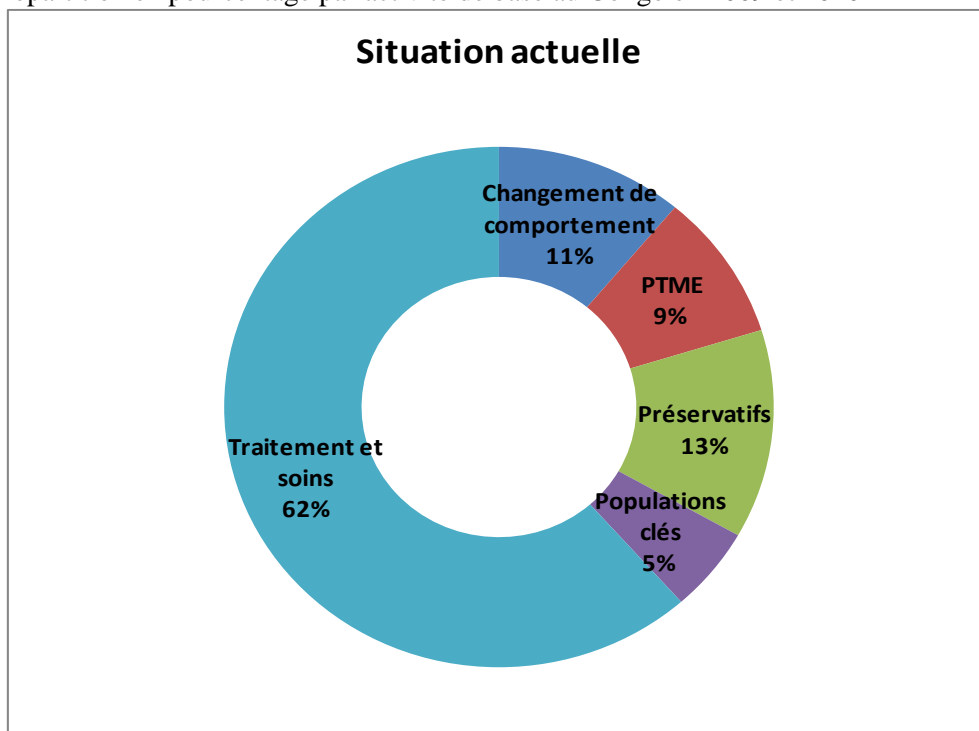
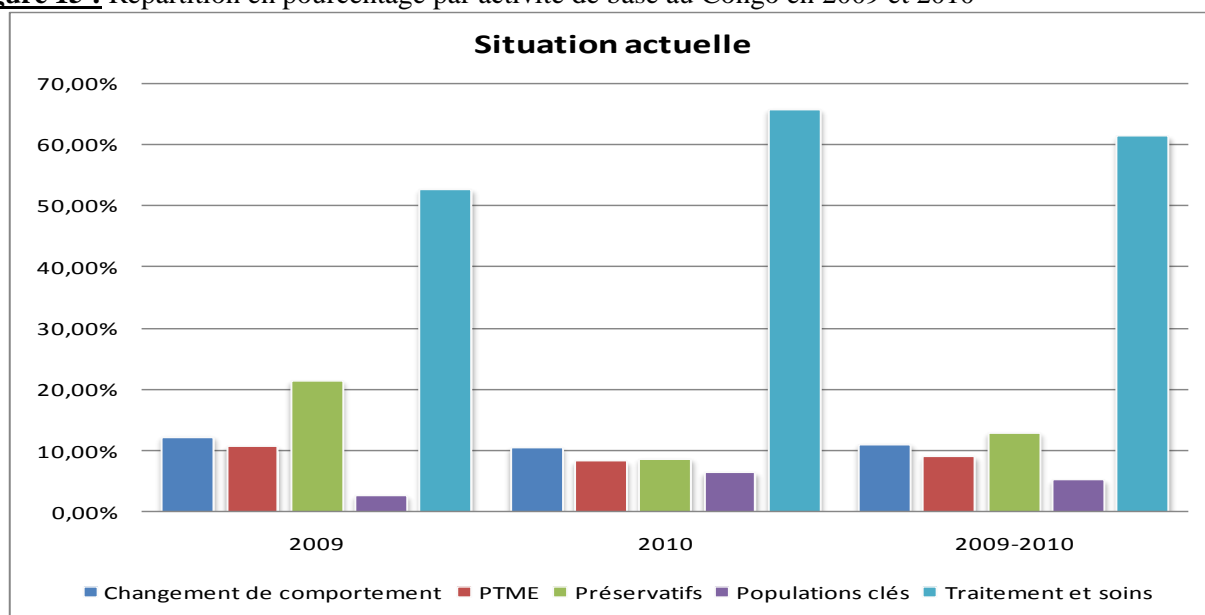
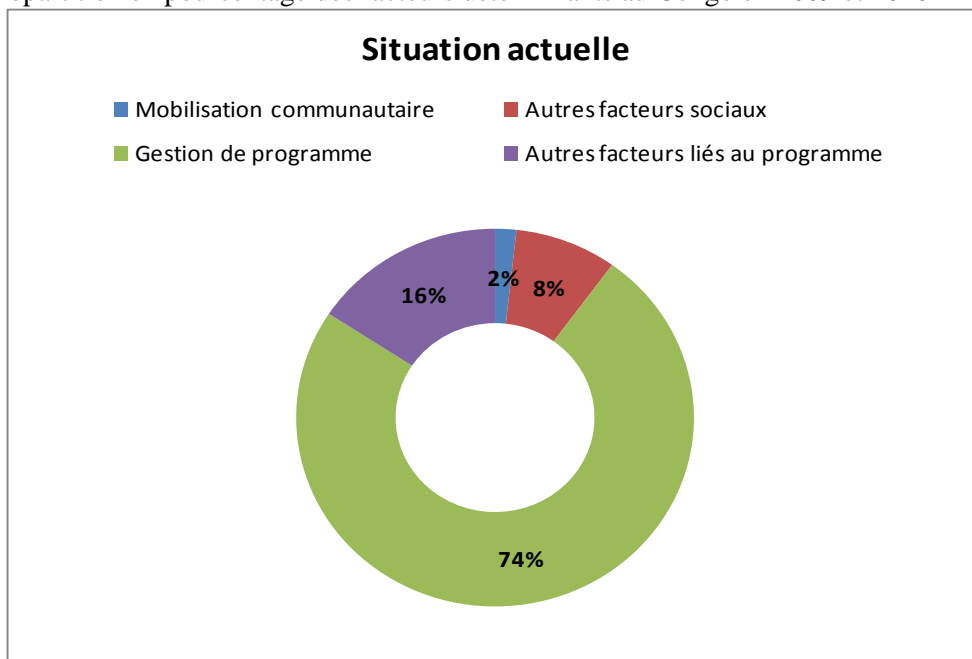


Figure 15 : Répartition en pourcentage par activité de base au Congo en 2009 et 2010



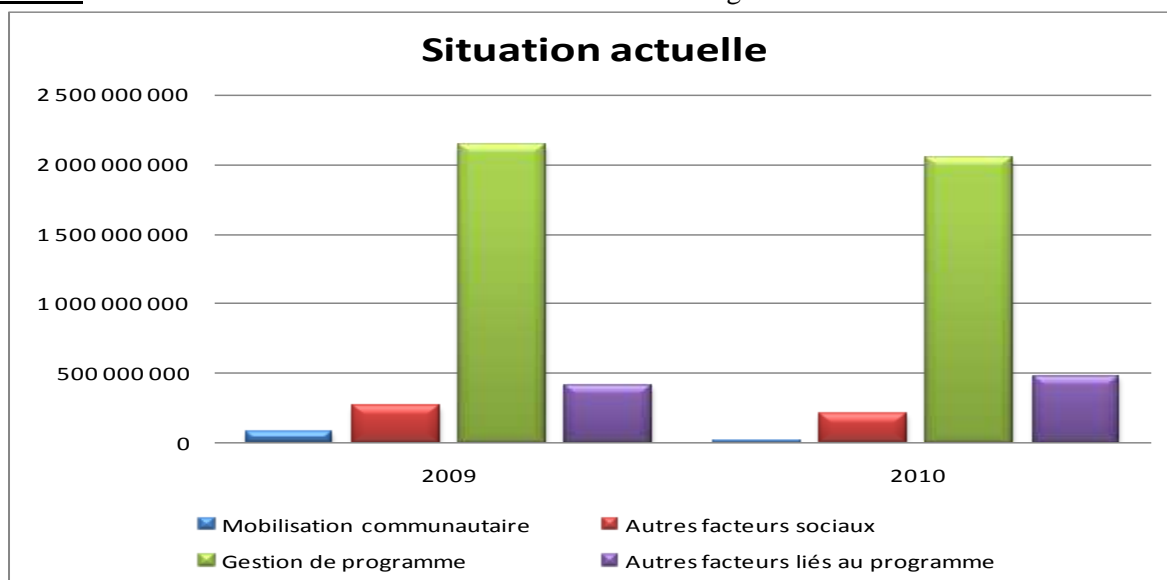
Les facteurs déterminants ont bénéficié d'une part importante des investissements en 2009 et 2010, soit 5,63 milliards de FCFA, représentant 39% du total des investissements de la période.

Figure 16 : Répartition en pourcentage des facteurs déterminants au Congo en 2009 et 2010



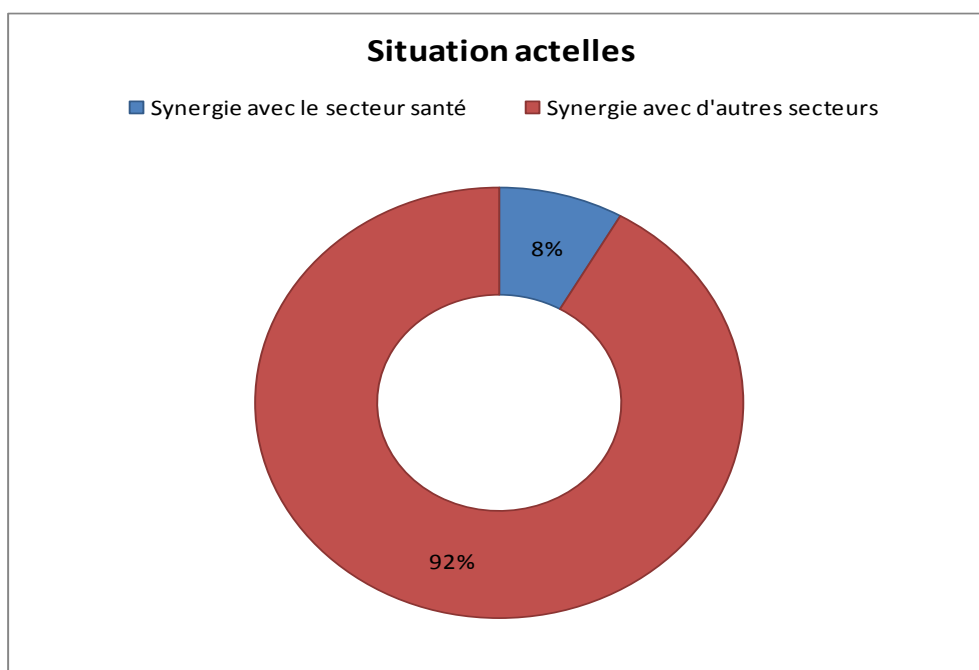
Dans la catégorie des facteurs déterminants, la gestion de programme représente 74% du total des investissements, au détriment d'autres facteurs déterminants comme la mobilisation communautaire (2%), les facteurs sociaux (8%). Les autres facteurs liés au programme comprennent notamment le conseil dépistage volontaire dont la proportion est de 3,55% des facteurs déterminants. Dans une perspective de meilleur cadrage des investissements, un accent particulier devra être mis sur la mobilisation communautaire et le conseil dépistage volontaire.

Figure 17 : Investissements dans les facteurs déterminants au Congo de 2009 à 2010



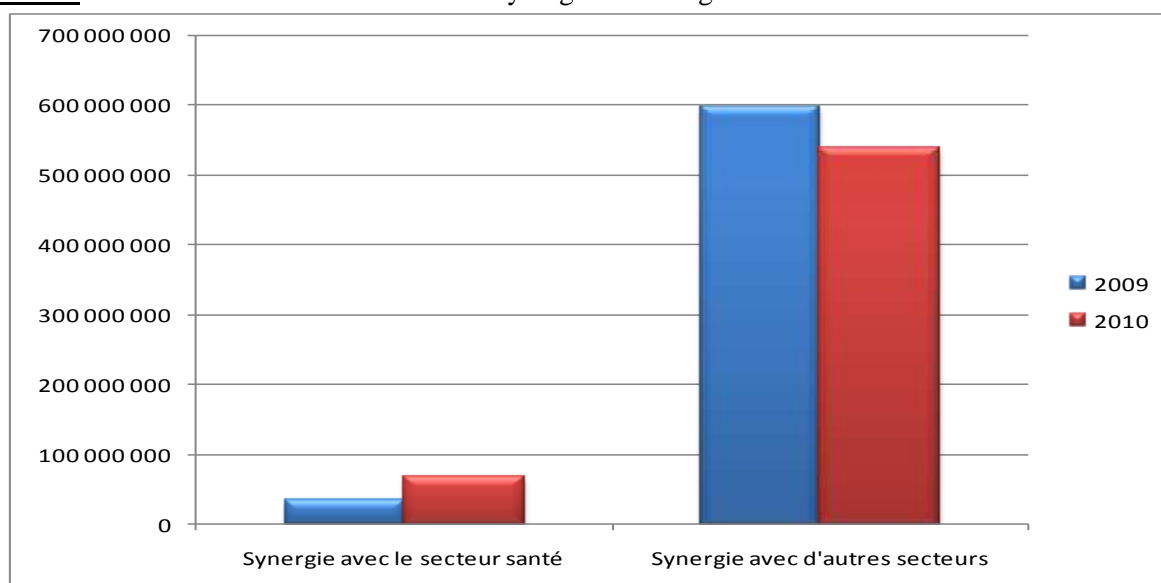
La synergie avec le secteur de la santé a été faiblement couverte avec un niveau de 8% de l'investissement total dans les synergies, 102 millions de FCFA. La synergie avec les autres secteurs, dont notamment la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, occupe 92% du total des investissements dans les synergies.

Figure 18 : Répartition en pourcentage des synergies au Congo en 2009 et 2010



La synergie avec l'éducation est pratiquement inexistante en termes d'investissement de ressources.

Figure 19 : Investissements en valeur dans les synergies au Congo en 2009 et 2010



8. QUEL MONTANT SERA NECESSAIRE POUR LE VIH A L'AVENIR?

Un investissement annuel moyen de 19 milliards de FCFA, sera nécessaire au cours des trois prochaines années pour inverser les tendances actuelles du VIH au Congo, à partir de la quatrième année, et ainsi un retour sur investissement qui se traduirait aussi par une baisse progressive des ressources nécessaires à partir de 2017.

Le taux de répartition judicieux de ces ressources se fonde sur la proposition de réallocation potentielle : 90% pour les activités de base, 3% pour les facteurs déterminants et 7% pour les synergies avec d'autres secteurs. Les tableaux ci-après donnent en détail les ressources nécessaires en fonction des catégories d'investissement.

Tableau 3 : Ressources totales nécessaires (FCFA)

Interventions	2013	2014	2015	2016	Total 2013-2016	%
Activités de base	10 704 309 336	14 901 278 940	18 084 784 932	18 858 119 580	62 548 492 788	90%
Facteurs déterminants	356 810 311	496 709 298	602 826 164	628 603 986	2 084 949 760	3%
Synergies avec d'autres secteurs	832 557 393	1 158 988 362	1 406 594 384	1 466 742 634	4 864 882 772	7%
Total	11 893 677 040	16 556 976 600	20 094 205 480	20 953 466 200	69 498 325 320	100%

Tableau 4 : Activités programmatiques de base (FCFA)

Interventions	2013	2014	2015	2016	Total 2013-2016	%
Activités de base	10 704 309 336	14 901 278 940	18 084 784 932	18 858 119 580	62 548 492 788	100,00%
PTME	2 378 735 408	3 311 395 320	4 018 841 096	4 190 693 240	13 899 665 064	22,22%
Préservatifs	2 378 735 408	3 311 395 320	4 018 841 096	4 190 693 240	13 899 665 064	22,22%
Populations clés	594 683 852	827 848 830	1 004 710 274	1 047 673 310	3 474 916 266	5,56%
Soins et traitement	4 757 470 816	6 622 790 640	8 037 682 192	8 381 386 480	27 799 330 128	44,44%
Changement de comportement	594 683 852	827 848 830	1 004 710 274	1 047 673 310	3 474 916 266	5,56%

Tableau 5 : Facteurs déterminants (FCFA)

Interventions	2013	2014	2015	2016	Total 2013-2016	%
Facteurs déterminants	356 810 311	496 709 298	602 826 164	628 603 986	2 084 949 760	100,00%
Mobilisation communautaire	45 000 000	45 000 000	50 000 000	50 000 000	190 000 000	9,11%
Autres facteurs sociaux	73 936 770	120 569 766	150 942 055	159 534 662	504 983 253	24,22%
Gestion de programme	92 770 681	129 144 417	156 734 803	163 437 036	542 086 937	26,00%
Autres facteurs liés au programme	145 102 860	201 995 115	245 149 307	255 632 288	847 879 569	40,67%

Tableau 6 : Synergies avec d'autres secteurs (FCFA)

Interventions	2013	2014	2015	2016	Total 2013-2016	%
Synergies avec d'autres secteurs	832 557 393	1 158 988 362	1 406 594 384	1 466 742 634	4 864 882 772	100,00%
Synergie avec le secteur santé	237 873 541	331 139 532	401 884 110	419 069 324	1 389 966 506	28,57%
Synergie avec d'autres secteurs	594 683 852	827 848 830	1 004 710 274	1 047 673 310	3 474 916 266	71,43%

9. QUELLES SYNERGIES DEVELOPPER POUR PLUS D'EFFICIENCE ?

Le cadre d'investissement se fonde sur une stratégie d'intégration et de développement des passerelles avec les principaux secteurs. Cette démarche vise l'économie d'échelle, l'optimisation des ressources et les moyens, le renforcement des synergies et des complémentarités, l'amélioration du ciblage et la coordination des activités. La multi dimensionnalité du VIH/Sida impose une stratégie de convergence et de développement des passerelles avec les secteurs pour générer plus de complémentarité, plus de synergie, plus d'impact et plus de rationalisation des moyens. Pour une mise en œuvre harmonieuse et efficace de ce cadre d'investissement, les interventions programmatiques de base doivent être développées en synergie avec différents secteurs de développement dont les principaux sont décrits ci-dessous:

La promotion du changement de comportement en ciblant la population générale mais prioritairement les jeunes et les femmes tirera profit d'une synergie avec: i) le secteur de la Santé à travers l'offre des services de santé de prévention (Conseils et Dépistage, prévention et prise en charge des IST), (ii) le secteur social à travers l'intégration des approches genre dans le CI, le ciblage et la mobilisation des organisations féminines, (iii) l'Education à travers la prévention du SIDA en milieu scolaire et l'intégration du VIH dans les écoles et cursus scolaires, la réalisation des CDV au sein des populations des élèves, des étudiants et du personnel enseignant et (iv) le secteur de l'emploi par l'intégration du VIH dans les lieux de travail des secteurs jugés prioritaires.

Les interventions en faveur des populations clés (PS, HSH et détenus) seront plus efficaces si elles sont mises en œuvre en synergie avec le i) le secteur de la Santé à travers l'offre des services de santé de prévention (Conseils et Dépistage, prévention et prise en charge des IST), (ii) le **secteur social** à travers la mise en place des filets de sécurité, la promotion des normes sociales positives favorables à la protection des femmes en générale et de ces populations clés en particuliers, la lutte contre les violences sexuelles et le développement des interventions de micro crédit pour atténuer les impacts négatifs sur ces groupes cibles, (iii) la communauté à travers la promotion des prestations de service à base communautaire.

La promotion et l'utilisation des préservatifs sera organisée en synergie avec i) le secteur de la santé avec comme points de convergence l'intégration de cette intervention dans les activités de prise en charge des IST et les programmes SMNI, (ii) les lieux de travail des Ministères et des entreprises et (iii) la communauté à travers la distribution par le canal des organisations communautaires.

La réduction des nouvelles infections chez les enfants à travers la PTME tirera profit d'une synergie avec i) le secteur de la santé à travers l'offre des services de santé de prévention (Conseils et Dépistage), la prévention et la prise en charge des IST, l'intégration du VIH dans les programmes SMNI, SR, Vaccination, Nutrition, (ii) le secteur de l'Education dans le cadre de la promotion de la prévention primaire, (iii) le secteur de la jeunesse pour la promotion de la santé des adolescents et leur accessibilité aux services et soins de santé et l'amélioration d'un environnement favorable à la santé des adolescents.

Le traitement par les ARV et les soins et soutiens aux PVVIH seront efficacement développés grâce à une synergie avec i) la Santé à travers l'intégration des services VIH dans les structures et services de santé, le développement des ressources humaines, le système d'information sanitaire, le suivi évaluation, l'approvisionnement en ARVs et l'élaboration et la validation des normes et protocoles en matière de prise en charge, (ii) le Monde du travail et le secteur des entreprises avec comme points de convergence l'atténuation de l'impact du VIH SIDA par des mesures d'appuis et de réinsertion des travailleurs et leurs familles et la mobilisation des ressources du secteur privé pour le financement du CI, (iii) les Organisations de la société civile à travers la prise en charge psycho-social dans le cadre du continuum de soins.

Le cadre d'investissement développera les synergies avec les principaux secteurs suivants.

Education. Les synergies porteront sur : (i) la prévention du SIDA en milieu scolaire et l'intégration du VIH dans les écoles et cursus scolaires, (ii) la réalisation des CDV au sein des populations des élèves, des étudiants et du personnel enseignant, (iii) la lutte contre les discriminations et les stigmatisations en milieu scolaire. **Plan et Economie.** Les synergies seront développées autour de (i) la cohérence du CI et son

intégration dans les priorités et instruments nationaux, (ii) le développement des partenariats stratégiques avec les PTF autour de la lutte contre le VIH/SIDA, (iii) l'intégration du CI VIH/SIDA dans les outils de programmation nationale, (iii) la mobilisation des ressources pour le CI VIH/SIDA, (iv) la cartographie des ressources pour le CI VIH SIDA ; (v) l'intégration de la dimension VIH/SIDA dans les projets de développement sur financement externe. **Finances et Budget.** Les synergies porteront sur (i) les inscriptions budgétaires et la mobilisation des ressources de l'état au profit du CI, (ii) la mise en place et la promotion des mécanismes alternatifs et innovants de financement (iii) le développement des interventions de micro crédit et de micro finance pour atténuer les impacts négatifs sur les groupes vulnérables, (iv) l'instauration des systèmes de taxation pour financer le CI VIH SIDA et (v) la gouvernance financière du secteur, les clés de répartition des ressources et l'efficacité des dépenses. **Défense et sécurité.** Les synergies seront développées dans (i) la prévention du VIH/SIDA chez les forces armées et de sécurité et (ii) l'offre des services de soins de lutte contre le VIH et sida aux différentes cibles internes du secteur.

10. QUELS SERONT LES RETOURS SUR INVESTISSEMENT?

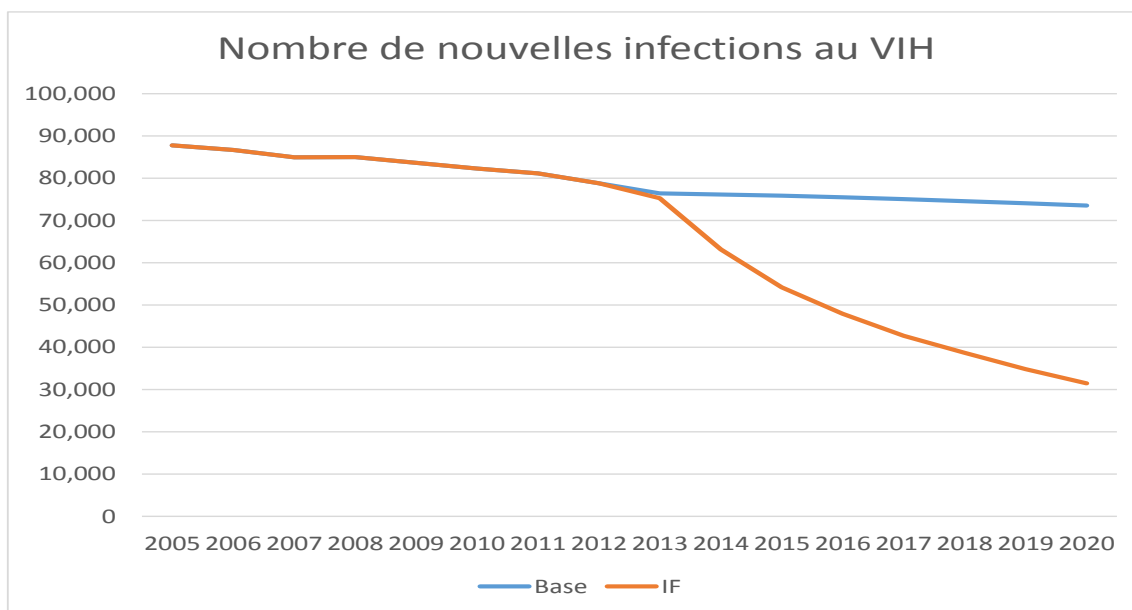
Le passage à l'échelle des programmes d'intervention pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre d'investissement apporterait des bénéfices significatifs et permettrait par exemple d'éviter 210 000 cas de nouvelles infections à VIH et environ 300 000 décès lié au VIH. Le tableau 7 reprend les impacts attendus de ce scénario. Dans le scénario de l'application du cadre d'Investissement, l'augmentation progressive des dépenses permettraient d'obtenir un coût-efficacité de 12 000 dollars par infection évitée et de 8800 dollars par décès évité. Les interventions individuelles produisant le plus de cout-efficacité sont la promotion du préservatif et les programmes de prévention à destination des travailleurs du sexe et de leurs clients.

Tableau 7 : Impact attendu d'une augmentation des interventions en matière de prévention et de traitement.

Indicateurs	2013-2020	Pourcentage Différence
Infections évitées	213,000	-35%
Adulte, infections évitées	162,000	-34%
Enfants, infections évitées	50,000	-41%
Décès liés au Sida évités	297,000	-53%
Adulte, décès évités	268,000	-54%
Enfants, décès évités	29,000	-40%

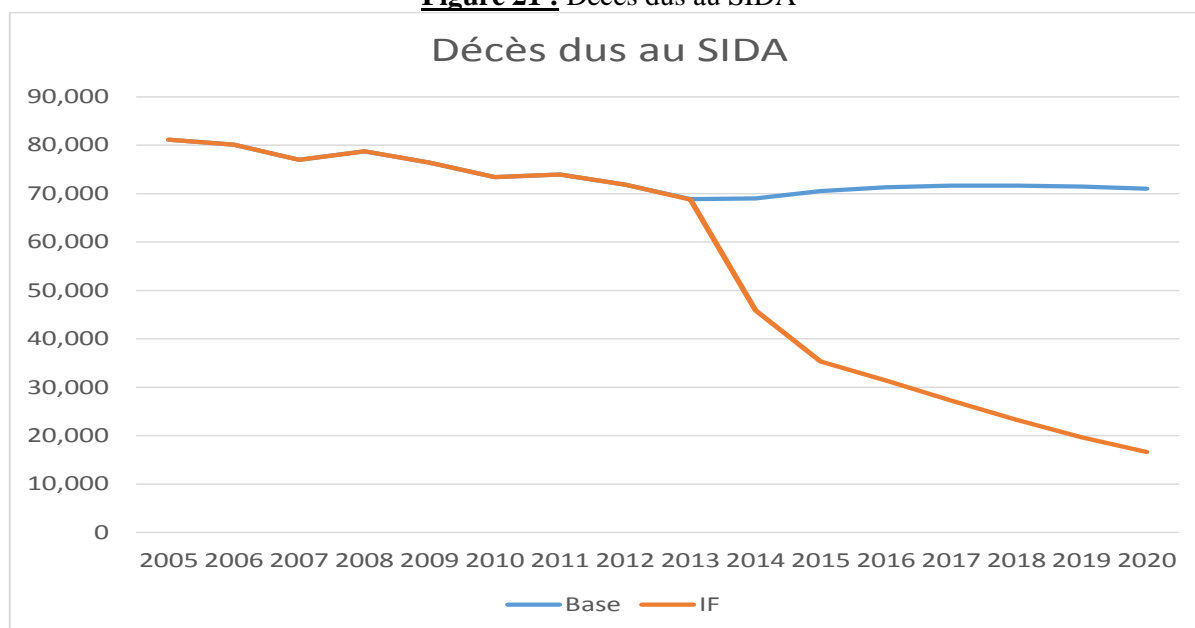
Le nombre de nouvelles infections à VIH serait ainsi réduit d'environ 60% d'ici à 2020 passant de 79 000 nouveaux cas par an en 2012 à 31 000 nouveaux cas par an en 2020. Sans une augmentation rapide de l'échelle des interventions, 73 000 nouvelles infections à VIH seront recensées en 2020. Notons que dans le scénario de base, l'incidence serait plus faible en 2020 (de 0,12% comparé à 0,16% en 2012 en raison de l'accroissement de la population), le nombre de nouvelles infections seraient en réalité relativement constant.

Figure 20 : Nombre de nouvelles infections au VIH.



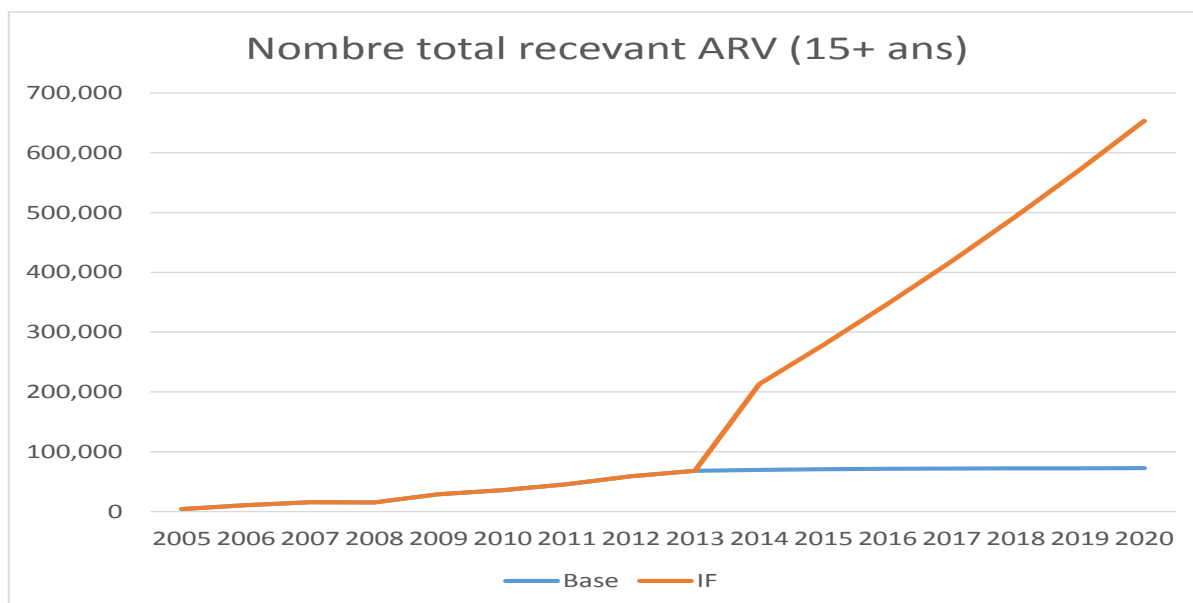
Le nombre de décès liés au VIH diminuerait encore plus rapidement en raison des effets du renforcement de l'accès aux ARV. Les cas de décès seraient réduits de 80% en 2020 avec une intensification des interventions de traitement.

Figure 21 : Décès dus au SIDA



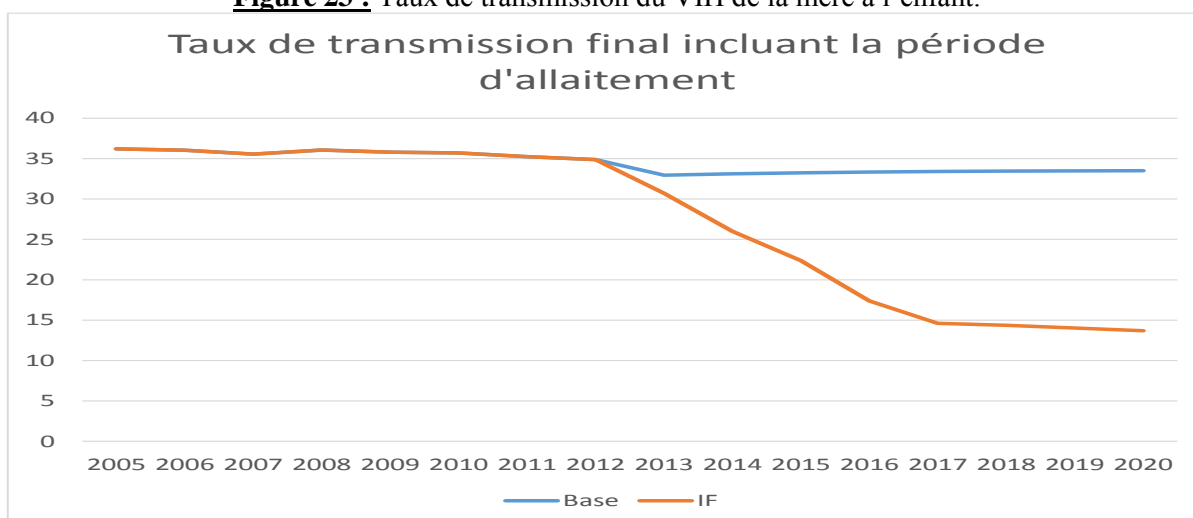
Dans le scénario du Cadre d'Investissement, la diminution importante des cas de décès liés au SIDA résulte de l'augmentation du nombre de personnes recevant des ARV. L'atteinte d'une couverture de 80% combinée à l'élargissement des seuils d'admissibilité recommandée signifie que le nombre d'adultes recevant un traitement antirétroviral passerait à 650.000 en 2020, soit plus de dix fois plus qu'actuellement.

Figure 22 : Nombre d'adultes recevant des ARV



Le passage à l'échelle des interventions de PTME proposé dans le cadre d'investissement, réduirait de 35% en 2013 à 14% en 2020 le pourcentage d'enfants dépistés VIH + suite à une transmission maternelle. (La moitié des cas de transmission du virus de la mère à l'enfant est liée aux 10% de femmes non couvertes par le programme). Cette diminution significative permettrait d'éviter 50 000 cas de nouvelles infections pédiatriques sur la période de 2013 à 2020. Bien que ces progrès soient significatifs, ils restent loin des objectifs globaux d'une réduction des cas de transmission de la mère à l'enfant inférieure à 5%.

Figure 23 : Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.



11. QUEL EST LE DEFICIT FINANCIER?

La mise en œuvre du Cadre d'Investissement va nécessiter une contribution financière importante de l'Etat. La contribution annuelle attendue de l'Etat est d'environ 10 milliards FCFA en 2013, 14 milliards de CFA en 2014 et 14 milliards CFA respectivement en 2015 et 2016.

Tableau 8 : Analyse des gaps de financement

Analyse des écarts financiers en FCFA	Estimé			
	2 013	2 014	2 015	2 016
Besoins de financement	11 893 677 040	16 556 976 600	20 094 205 480	20 953 466 200

Ressources actuelles et planifiées du programme national de lutte contre le VIH				
Ressources internes				
Gouvernement central	10 415 000 000	13 002 666 667	14 022 666 667	14 427 666 667
Total des ressources internes planifiées	10 415 000 000	13 002 666 667	14 022 666 667	14 427 666 667
Sources externes				
KFW (PPSAC)	653 235 348	866 666 667	866 666 667	866 666 667
UNICEF	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000
UNFPA	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000
Croix Rouge Française	272 221 740	265 662 180	134 470 980	134 470 980
ONUSIDA	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000
PNUD	37 500 000	37 500 000	37 500 000	37 500 000
OMS	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
HCR	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
UNESCO	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
OIT	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
PAM	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Total des ressources externes planifiées	1 198 957 088	1 405 828 847	1 274 637 647	1 274 637 647
Total des ressources	11 613 957 088	14 408 495 513	15 297 304 313	15 702 304 313
Gap de financement	279 719 952	2 148 481 087	4 796 901 167	5 251 161 887

Sur la base des ressources planifiées, il ressort un gap de financement de 2,15 milliards CFA en 2014, 4,8 milliards de CFA en 2015 et 5,25 milliards de CFA en 2016 ; gap que nous proposons de couvrir grâce à des financements alternatifs et le développement de nouveaux projets, dont notamment une soumission au Fonds Mondial.

12. COMMENT LE FINANCEMENT DOMESTIQUE PEUT-IL ETRE AUGMENTE?

Une croissance économique soutenue et des espaces budgétaires importants.

Les projections pour l'économie congolaise indiquent le renforcement de ses bonnes performances des années précédentes sur la période 2012-2016. Il est attendu que la croissance atteindra un rythme moyen annuel de l'ordre de 8%, du fait du dynamisme accru du secteur hors pétrole. La montée en régime de l'exploitation pétrolière (Moho- Bilondo) et minière (fer, potasse, etc.), viendrait « booster » la croissance et porter le taux moyen annuel au-delà de 10% sur la période. La croissance actuelle et les perspectives économiques offrent au pays la possibilité d'atteindre les objectifs de lutte contre le Sida par l'allocation des ressources pérennes à la riposte nationale. En effet, il faut souligner l'importance des revenus pétroliers que le pays reçoit et va continuer de recevoir dans les années qui viennent. « Le budget du pays continuera encore à bénéficier des revenus pétroliers à hauteur de plus de 2.000 milliards de FCFA par an (plus de 4 milliards d'USD au taux de change actuel). Pour se rendre compte de l'importance de ces revenus, notons que le montant total des dépenses votées pour le budget 2010 a été de 1.248 milliards de FCFA, soit environ 60 % seulement du revenu pétrolier ».

Le Congo a pu accroître considérablement son espace budgétaire ces dernières années, avec l'augmentation des recettes disponibles (recettes et dons) (70 % du PIB de 2004 à 2008) du fait de l'évolution favorable des cours du pétrole et de l'expansion de la production pétrolière et la compression des dépenses fixes (les traitements et salaires et le service de la dette). L'adoption de politiques et réformes budgétaires a permis au pays d'avoir une forte réserve de revenus pétroliers et d'opérer une évolution significative dans l'allocation des ressources en diminuant les dépenses de fonctionnement et d'entretiens et en augmentant les dépenses

destinées aux services sociaux et aux investissements. Les recettes hors pétrole ont connu une progression importante de 22,5% à 27,4% du PIB hors pétrole de 2008 à 2011. « Cela a permis de stabiliser, voire d'améliorer le solde global (base caisse) qui est passé d'un déficit de 4,1% du PIB en 2008 à un excédent de 15,9% en 2010. Ce taux est estimé à 14,3% en 2011. L'endettement a considérablement chuté à la faveur de l'atteinte du Point d'Achèvement en janvier 2010. Le poids de la dette est donc passé de 65,5% du PIB en 2008 à 23% du PIB en 2011 et les services de cette dette de 5,2% en 2008 à 3,4% des exportations en 2010 ».

Les perspectives de diversification de l'économie et donc de durabilité du financement du développement et de la lutte contre le Sida sont encourageantes. En effet, la croissance du secteur hors pétrole est passée de 4,0% en 2009 à presque 8,0% en 2011, selon les estimations. Cette croissance est tirée par les dynamiques dans les télécommunications (10%), l'agriculture (7,3%), les industries manufacturières (7,0%), les transports et commerces (6,0%). et témoignent de la relance des activités économiques hors pétrole et des tendances de diversification de la base économique. Par ailleurs, il existe un potentiel important de financement de la lutte contre le Sida dans les ressources disponibles pour les dépenses discrétionnaires pour mettre en place des initiatives à résultats rapides et un impact fort sur la situation de l'épidémie et des groupes à risques.

Développement des mécanismes novateurs de financement. Les perspectives économiques prometteuses les grandes réformes macro économiques et fiscales et le cadre institutionnel incitatif aux investissements étrangers directs et du rôle du secteur privé génèrent un potentiel promoteur de mobilisation des ressources à travers les mécanismes novateurs. Ces mécanismes comprennent entre autres les taxes sur les importations, les taxes sur les tabacs, les taxes sur les transports, les prélèvements sur les chiffres d'affaires des grands sociétés publiques et parapubliques, les activités de levée des fonds, l'organisation des événements spéciaux, la contribution des communes par un pourcentage de leurs recettes destinées au VIH, les taxes sur les transactions financières et la mise à contribution des mécanismes internationaux.

Le Congo vient de décider de la mise en place d'un fonds national de lutte contre le Sida. Avec l'appui de l'ONUSIDA, le document de base du FNLS vient d'être élaboré et finalisé. Sur la base de ce document, le CNLS travaille actuellement sur un avant projet de loi portant création du FNLS qui sera soumis au gouvernement pour adoption. Parmi les options proposées par le FNLS figurent (i) l'allocation des ressources financières tirées des taxes et prélèvements destinés au financement de la lutte contre le Sida (taxes sur le transport aérien et maritime, taxe sur les hôtels et les activités touristiques, taxe sur les cigarettes et les alcools...etc), (ii) la prévision dans les projets et programmes de développement sur financement externe et des grands projets d'infrastructure d'un montant de 5% du financement pour le FNLS, (iii) la contribution des entreprises publiques et parapubliques par l'allocation de 0,4% du chiffre d'affaires prévisionnel au FNLS, (iv) l'allocation de 5% des recettes des taxes et redevances municipales à la lutte contre le Sida (v), les ressources tirées des campagnes de collecte et de petite monnaie et l'organisation des événements spéciaux de mobilisation des ressources, (vi) la prévision dans les projets et programmes de développement sur financement externe et des grands projets d'infrastructure d'un montant de 5% du financement pour le FNLS et (vii) la contribution des entreprises publiques et parapubliques par l'allocation de 0,4% du chiffre d'affaires prévisionnel au FNLS ;

Les institutions de micro finance et des Mutuelles de santé ; mécanismes contributifs au financement du CI. Ces institutions doivent être mises à contribution surtout que le contexte institutionnel favorise cela. En effet, pour faciliter l'accès aux services de santé et renforcer les capacités productives des populations, le Gouvernement entend développer des programmes ciblés visant à : (i) créer des mesures incitatives pour l'installation des mutuelles de santé ; (ii) encourager les mutuelles communautaires de santé ; et (iii) sensibiliser la population sur les avantages de l'appartenance à une mutuelle de santé. Les MUCODEC (mutuelles de micro finance au Congo) peuvent être un partenaire du SEP/CNLS dans la lutte contre le Sida en apportant l'appui technique et financier aux PVVIH et leurs organisations et faciliter leur accès aux crédits et le développement des activités génératrices de revenus contribuant ainsi à la réduction de la vulnérabilité sociale et économique de ce groupe.

Potentiel du secteur privé et des OSC. Même si le secteur privé congolais demeure peu densifié et est composé essentiellement des quelques grandes entreprises étrangères, des grandes entreprises nationales, des PME et des petites structures du secteur informel, il n'en demeure pas moins qu'il recèle un potentiel

important en termes de contribution au financement de la lutte contre le Sida sur les lieux du travail et en dehors du lieu de travail. Le développement économique et les opportunités d'investissement au cours des dernières années ont encouragé les investissements étrangers directs et la densification du tissu économique privé. Les investissements étrangers dans le secteur hors-pétrole ont considérablement augmenté. En effet, l'analyse de la balance des paiements confirme que les investissements étrangers en direction du secteur hors pétrole ont connu une forte croissance au cours des récentes années (35% en moyenne annuelle entre 2008-2011). Ce constat corrobore la légère amélioration du climat des affaires obtenue grâce aux initiatives prises par le Gouvernement. De plus la stratégie du gouvernement dans le cadre du DSCERP est de promouvoir le rôle de ce secteur dans le développement économique du pays et la création des richesses. Une agence nationale de promotion des investissements privés vient d'être créée et un processus de dialogue entre l'état, le privé et les partenaires est en cours autour des questions de climat des affaires, de fiscalité et de participation du secteur privé et un plan d'action de promotion du secteur a été adopté. L'expérience des entreprises avec les impacts négatifs du VIH et Sida est un acteur incitatif. En effet, les entreprises congolaises ont été confrontées dès le début de l'épidémie aux effets dévastateurs du Sida et ont développé une prise de conscience et une sensibilité aigüe à l'importance de la lutte contre le Sida et les effets bénéfiques et induits par cette lutte sur leur productivité et leur développement. Le document du FNLS a identifié les entreprises du secteur privé disposant de fort potentiel de contribution au financement de la riposte nationale. Ces entreprises sont essentiellement les sociétés étrangères opérant dans les domaines du pétrole, des bois, des mines et des infrastructures, les grandes entreprises de téléphonie, les banques, les sociétés d'assurance, la loterie nationale et les entreprises parapubliques.