

Intensifier les programmes destinés à réduire les obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose

Évaluation de référence –  
République démocratique du Congo

## Clause de non-responsabilité

En vue de concrétiser l'objectif stratégique 3(a) de sa stratégie pour la période 2017–2022 – *Investir pour mettre fin aux épidémies* –, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a commandé cette évaluation de référence. Ce document de travail, qui servira de base aux réflexions et aux discussions menées avec les parties prenantes et les partenaires techniques du pays, présente les résultats d'études sur les obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose et sur la mise en œuvre d'une réponse programmatique complète visant à y remédier. Les avis exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement l'avis du Fonds mondial.

## Remerciements

Le Fonds mondial tient à saluer le travail de recherche et de rédaction effectué par la Division de recherche sur le sida et l'économie de la santé (HEARD) de l'Université du KwaZulu-Natal, à Durban en Afrique du Sud.

## Liste des acronymes

CADHP	Commission africaine des droits de l'homme et des peuples
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
AMOCONGO	Avenir meilleur pour les orphelins au Congo
TAR	traitement antirétroviral
ARV	médicaments antirétroviraux
CAD	Club des amis Damien
ICN	Instance de coordination nationale
CDF	franc congolais
CEICA	Centre d'écoute et d'information convivial pour les adolescents
CIELS	Coalition interentreprises de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
CNDH	Commission nationale des droits de l'Homme
CONERELA+	Réseau congolais des leaders religieux vivant avec ou personnellement affectés par le VIH/sida
COMICO	Communauté islamique en République démocratique du Congo
OSC	organisations de la société civile
RDC	République démocratique du Congo
EASRHI	Initiative est-africaine pour la santé sexuelle et les droits sexuels
EHAIA	Initiative œcuménique pour la lutte contre le VIH/sida en Afrique
DG	discussion de groupe
TSf	travailleuses du sexe (femmes)
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida
PS	professionnel de santé
HEARD	Division de recherche sur le sida et l'économie de la santé
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
SDVIH	services de dépistage du VIH
GIPA	(principe d'une) participation accrue des personnes vivant avec le VIH
IBBS	étude bio-comportementale intégrée
EIC	entretiens avec des informateurs clés
EEJ	évaluation de l'environnement juridique
LGBT	(personnes) lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres
LNAC	Ligue nationale antituberculeuse et antilépreuse du Congo
LINKAGES	Passerelles tout le long du continuum de prise en charge pour les populations les plus touchées par le VIH
MdJ	Ministère de la Justice
MDT	modes de transmission

MPSMRM	Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité
MSF	Médecins sans frontières
HSH	homosexuels masculins et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
MSP	Ministère de la Santé publique
TSh	travailleurs du sexe (hommes)
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PPE	prophylaxie post-exposition
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
PTME	prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PNAS	Programme national de santé de l'adolescent
PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le sida
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSSP	Progrès Santé Sans Prix
PvVIH	personnes vivant avec le VIH
RACOF	Réseau des associations congolaises de jeunes contre le sida
RENADEF	Réseau national des ONG pour le développement de la femme
RDC	République démocratique du Congo
RNOAC	Réseau national des organisations à assise communautaire
SANRU	Santé rurale
VSS	violence sexuelle et sexiste
SJS	Si Jeunesse Savait
TB	Tuberculose
UCOP+	Union congolaise des organisations de PvVIH
UHAI	Unjinsia Haki Afya Imani
UKZN	Université du KwaZulu-Natal
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
USA	États-Unis d'Amérique
USD	dollar des États-Unis

USAID Agence américaine pour le développement international  
OMS Organisation mondiale de la Santé

## Table des matières

I. Résumé .....	7
Résumé des résultats de l'évaluation de référence – VIH .....	9
<i>Le coût d'un programme complet – VIH</i> .....	17
II. Introduction .....	24
III. Méthodologie.....	25
<i>Cadre conceptuel</i> .....	25
<i>Populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation</i> .....	27
<i>Collecte et analyse des données</i> .....	28
<i>Les liens avec d'autres processus</i> .....	29
IV. Résultats de référence : VIH .....	30
<i>Évolution actuelle de l'accès et du recours aux services de lutte contre le VIH</i> .....	33
Aperçu du contexte national pour ce qui est des droits humains en rapport avec le VIH .....	35
Vue d'ensemble du contexte politique et social des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services anti-VIH.....	37
Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services anti-VIH et nuisent au maintien des patients dans le système de soins .....	38
Des programmes pour éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services anti-VIH – passer des programmes existants à des programmes complets .....	48
Investissements effectués à ce jour et coûts d'un programme complet .....	72
V. Préviation des besoins de financement pour des programmes complets (VIH) ...	74
Possibilités d'intensification des interventions.....	75
VI. Résultats de référence : tuberculose .....	76
Charge de morbidité imputable à la tuberculose dans les populations clés et vulnérables .....	77
<i>Évolution du recours aux services antituberculeux et de lutte contre la coïnfection TB/VIH</i> .....	77
Vue d'ensemble du contexte politique et social des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux.....	78
Obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose .....	78
Financement actuel des programmes visant à éliminer les obstacles dans l'accès aux services antituberculeux .....	86
VII. Coût de programmes complets visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux .....	87
<i>Possibilités d'intensification des interventions visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux</i> .....	88
VIII.Limites et prochaines étapes de l'évaluation de référence.....	89
<i>Limites</i> .....	89
<i>Prochaines étapes</i> .....	89
IX. Références .....	91
X. Annexe A : Programmes complets pour réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH....	97
XI. Annexe B : Programmes complets pour réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose.....	106
XII. Annexe C : Chiffrage d'une démarche globale .....	112
XIII. Annexe D : Indicateurs et valeurs de référence pour mesurer les progrès accomplis concernant l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose .....	113

# I. Résumé

## Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une évaluation de référence réalisée en République démocratique du Congo (RDC) en vue d'aider le pays dans ses efforts pour intensifier les programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Depuis l'adoption de sa nouvelle *Stratégie pour la période 2017–2022 : investir pour mettre fin aux épidémies*, le Fonds mondial s'est joint aux parties prenantes dans les pays, aux partenaires techniques et à d'autres donateurs pour investir davantage dans des programmes destinés à supprimer ces obstacles dans les actions nationales contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial, 2016a). Bien que le Fonds mondial aide tous les pays à intensifier leurs programmes visant à éliminer les obstacles qui empêchent d'accéder aux services de santé, il apporte un soutien particulièrement intensif à 20 pays dans le cadre de son indicateur clé de résultat (ICR) n° 9, dont l'intitulé est le suivant : « Réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services : nombre de pays disposant de programmes complets destinés à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services fournis » (Fonds mondial, 2016b). En fonction de plusieurs critères – besoins, possibilités, capacités et partenariats dans le pays –, le Fonds mondial a sélectionné 20 pays, dont la RDC, qui vont bénéficier d'un soutien massif afin d'intensifier les programmes visant à réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services. Cette évaluation de référence pour la RDC, centrée sur le VIH et la tuberculose, fait partie du soutien massif que le pays va recevoir.

Les gouvernements, le Fonds mondial, les partenaires techniques et d'autres experts ont jugé que les domaines programmatiques suivants étaient efficaces pour éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, et qu'ils constituaient donc des catalyseurs essentiels de la riposte aux deux maladies : a) réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; b) formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale ; c) sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre ; d) réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH ; e) éducation juridique (« connaître ses droits ») ; f) services juridiques ; g) suivi et réforme des lois, règlements et politiques portant sur le VIH et la tuberculose<sup>1</sup>. Les domaines programmatiques supplémentaires pour la tuberculose sont les suivants : a) garantir aux patients que le diagnostic et le traitement de la tuberculose se font dans le respect de la confidentialité et de leur vie privée ; b) mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires ; c) s'attaquer aux politiques trop générales qui prévoient l'isolement sous contrainte ou la détention en cas de non-observance d'un traitement antituberculeux ; d) œuvrer pour supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral<sup>2</sup>.

Pour qu'un programme visant l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services soit *complet*, il doit être *adapté aux populations concernées, combiner les bonnes interventions* et bénéficier *d'investissements suffisants* pour véritablement

---

<sup>1</sup> Voir la note d'orientation de l'ONUSIDA intitulée *Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH*, ONUSIDA/JC2339F (version française, juillet 2012) ; ISBN : 978-92-9173-984-4. Voir également les deux notes d'information techniques suivantes du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : *VIH, droits de l'Homme et égalité de genre* (avril 2017) et *Tuberculose, genre et droits de l'Homme* (avril 2017) ; voir aussi les *Déclarations politiques sur le VIH/sida* (2011, 2016).

<sup>2</sup> Note d'information technique : *Tuberculose, genre et droits de l'Homme*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (avril 2017)

éliminer ces obstacles et élargir l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme<sup>3</sup>.

Les objectifs de l'évaluation de référence étaient les suivants :

- Répertorier les principaux obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC ;
- Décrire les programmes existants destinés à réduire ces obstacles ;
- Indiquer ce qui constituerait une démarche globale d'élimination de ces obstacles en ce qui concerne le type, la couverture et le coût des programmes mis en œuvre ;
- Déterminer les possibilités de mettre en œuvre ces programmes à grande échelle sur la période 2017–2022.

Globalement, les résultats de l'évaluation ont pour but de dresser un tableau de la situation en RDC en 2017, qui servira de point de comparaison. Cette évaluation sera suivie par deux autres évaluations similaires, une à mi-période (en 2019) et une à la fin de la période (en 2022) couverte par la stratégie du Fonds mondial, afin de saisir l'impact d'une intensification des programmes visant à éliminer les obstacles en RDC et dans les autres pays qui bénéficient d'un soutien massif.

## Méthodologie

L'évaluation a été menée durant les mois de septembre et octobre 2017. Le processus comprenait l'étude de documents, des entretiens avec des informateurs clés, des discussions de groupe et une réunion de validation des résultats préliminaires organisée durant la dernière semaine de collecte des données. Pour des raisons de sécurité et d'accessibilité, l'équipe d'évaluation n'a pas collecté de données dans les zones touchées par des conflits. Par conséquent, cette caractéristique importante du contexte dans lequel opèrent les services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC n'a pas été prise en compte dans les résultats de l'évaluation.

Les populations incluses dans l'évaluation sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

<b>Populations clés (VIH)</b>	<b>Populations vulnérables (VIH)</b>	<b>Populations clés (TB)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les personnes vivant avec le VIH (PvVIH)</li> <li>▪ Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</li> <li>▪ Les femmes transgenres</li> <li>▪ Les travailleurs et les travailleuses du sexe</li> <li>▪ Les consommateurs de drogues injectables (CDI)</li> <li>▪ Les détenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les adolescents et les jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes)</li> <li>▪ Les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les personnes vivant avec la tuberculose</li> <li>▪ Les PvVIH</li> <li>▪ Les détenus et le personnel pénitentiaire</li> <li>▪ Les professionnels de santé</li> </ul>

Ces populations ont été sélectionnées comme suit : selon les critères du Fonds mondial ; à partir de la définition des populations clés et vulnérables figurant dans les cadres stratégiques nationaux de la RDC en vue d'une riposte multisectorielle au VIH et à la

<sup>3</sup> Le caractère « complet » d'un programme a été défini pour l'indicateur clé de résultat n° 9 par le groupe de travail technique du Fonds mondial sur l'évaluation et le suivi des droits humains.



tuberculose ; sur la base d'indications données par l'instance de coordination nationale (ICN) en RDC. Bien que les obstacles liés aux droits humains qui empêchent d'accéder à des services de lutte contre le VIH et la tuberculose concernent également les personnes déplacées et les réfugiés se trouvant dans des zones de conflit, il n'a pas été possible de rassembler suffisamment de données sur ces personnes dans le cadre de cette évaluation.

## **Résumé des résultats de l'évaluation de référence – VIH**

Au moment de l'évaluation, les données complètes et actualisées sur la charge de morbidité imputable au VIH dans la plupart des populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation étaient très insuffisantes (sauf pour les adolescentes et les jeunes femmes). Cette carence était tout aussi importante en ce qui concerne les données sur l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH. Le problème devrait toutefois être réglé avec l'estimation prochaine de la taille des populations clés et la réalisation à venir d'une enquête bio-comportementale intégrée.

Les données disponibles au moment de l'évaluation indiquaient une charge de morbidité imputable au VIH beaucoup plus élevée dans les populations clés et vulnérables ainsi qu'un accès et un recours moindres aux services, cette dernière tendance devant être replacée dans un contexte de couverture limitée des services de lutte contre le VIH et de faible fréquentation de ces services dans l'ensemble du pays. Bien que les droits légaux et humains des personnes vivant avec le VIH soient reconnus en droit et dans les politiques, il est néanmoins ressorti de l'évaluation que ces personnes ont encore beaucoup de mal à les faire valoir, principalement à cause de difficultés causées par une application insuffisante de la législation, une faible connaissance des notions élémentaires de droit et un accès limité à la justice. Dans les normes socioculturelles dominantes, la maladie du VIH a une forte connotation morale négative. Les personnes qui vivent avec le VIH continuent donc à subir stigmatisation et discrimination dans leur environnement personnel et social, ce qui engendre une autostigmatisation qui va désinciter certains individus à recourir à des services de lutte contre le VIH ou à continuer de les fréquenter.

Les femmes et les filles, et particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes, font face à des obstacles à la fois juridiques et socioculturels qui les empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, notamment une loi qui fixe à 18 ans l'âge de la capacité juridique, y compris pour accéder de manière indépendante à ces services ou à d'autres services de santé sexuelle et reproductive. En conséquence, celles qui sont sexuellement actives sont fortement stigmatisées et se voient parfois refouler par des professionnels de santé lorsqu'elles cherchent à accéder à des services. Lorsque le consentement des parents est obligatoire, beaucoup éviteront de se rendre dans un établissement de santé plutôt que d'avoir à partager avec leurs parents des informations confidentielles sur leurs besoins en matière de santé sexuelle. Au sein des familles et des communautés, la stigmatisation et la honte qui entourent les femmes victimes de violences sexuelles ou sexistes, en particulier celles qui sont séropositives, a un impact négatif sur le recours aux services et sur le maintien dans le système de soins des femmes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

La situation est beaucoup plus ambiguë et difficile pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleurs et travailleuses du sexe. Bien que ces groupes ne soient pas visés par des mesures pénales dans le pays, les lois et les politiques censées les protéger de la discrimination et de la violence n'existent pas ou ne sont pas appliquées correctement. Ces personnes sont l'objet d'une forte stigmatisation et de discriminations importantes au sein de leurs familles et de leurs communautés en raison d'attitudes, de pratiques et de convictions socioculturelles, avec des conséquences sur leur motivation à recourir aux services de santé, par crainte de s'exposer encore davantage à des mauvais traitements. Tout cela influe également sur les comportements et les pratiques des professionnels de santé, y compris dans les services de lutte contre le VIH qui ne sont proposés que très rarement dans des structures consacrées aux populations clés. La

consommation de drogues est criminalisée en RDC, ce qui alimente la discrimination et les mauvais traitements à l'égard des consommateurs de drogues injectables, en particulier de la part des professionnels de santé et des forces de l'ordre, et limite les interventions en rapport avec le VIH qu'il est possible de mettre en œuvre dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la réduction des risques. Les conditions qui règnent dans les établissements pénitentiaires du pays ne permettent pas d'assurer le minimum en matière d'alimentation, d'hébergement et d'hygiène. Ainsi, même lorsque des services anti-VIH sont disponibles, les détenus, soit n'y recourent pas par manque de confidentialité ou de respect de la vie privée, soit ne peuvent en tirer aucun bénéfice à cause de la malnutrition ou d'autres difficultés dont ils souffrent.

### ***Des programmes pour éliminer les obstacles entravant l'accès aux services anti-VIH – passer des programmes existants à des programmes complets***

Même si de nombreux obstacles liés aux droits humains et au genre empêchent les PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables d'accéder aux services anti-VIH en RDC, plusieurs actions sont actuellement menées pour y remédier. Il s'agit d'interventions récemment terminées ou actuellement mises en œuvre au titre de chaque domaine programmatique (DP). Dans tous les cas, des informateurs clés ont estimé que ces interventions contribuaient à un changement positif. La riposte au VIH intègre de plus en plus les questions de droits humains et d'égalité de genre. Cela est particulièrement net si l'on compare les nouveaux plans stratégiques de lutte contre le VIH avec les plans actuels ainsi que les nouveaux programmes du Fonds mondial avec les programmes en cours. Il est toutefois évident que la plupart des activités mises en œuvre pour éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services ont été d'une ampleur limitée et dotées de financements peu importants. De plus, de nombreux projets avaient débuté depuis trop peu de temps pour que l'on puisse en déterminer l'efficacité, et ce malgré leur faible ampleur et leur portée locale et non nationale.

#### *DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination*

Les activités en cours sont les suivantes :

- Effectuer des évaluations qualitatives de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (suite à l'enquête réalisée en 2012 pour mesurer l'*indice de stigmatisation des PvVIH*) et des évaluations similaires pour les populations clés, les adolescents et les jeunes ;
- Organiser des concertations au niveau des communautés avec les populations clés et les autorités locales, dans le cadre de la mise en œuvre d'interventions financées par le Fonds mondial et le PEPFAR, afin de présenter les programmes et d'obtenir le soutien des principales autorités locales, notamment des forces de l'ordre ;
- Organiser des campagnes et des manifestations publiques, articulées principalement autour de la Journée mondiale du sida ;
- Favoriser la participation des personnes vivant avec le VIH aux événements et aux processus aux niveaux provincial et local, en passant principalement par l'UCOP+ ;
- Soutenir les programmes de lutte contre la stigmatisation au travail sous la forme d'une initiative pilote mise en œuvre dans une province.

Une démarche globale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination devrait comporter les actions suivantes :

- Mesurer à nouveau l'*indice de stigmatisation des PvVIH* en réalisant une nouvelle enquête dont les résultats viendront étayer les actions de sensibilisation et guider l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Les données actuelles datent de 2011 et doivent être actualisées.

- Analyser les données de l'enquête IBBS prévue pour en extraire des informations complémentaires sur les populations clés (y compris leur localisation) susceptibles d'être victimes de stigmatisation, de discrimination et d'autres violations des droits humains. Malheureusement, le protocole n'incluait pas les problèmes se rapportant à la stigmatisation et à la discrimination ou à d'autres obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services.
- À partir des résultats de *l'indice de stigmatisation* et de l'enquête bio-comportementale intégrée, élaborer des plans d'action coordonnés et pluriannuels d'envergure nationale, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination que subissent les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables.
- Soutenir les réseaux dirigés par des populations clés qui œuvrent au sein des communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et pour renforcer la résistance de ces populations et de leurs membres aux répercussions négatives de la stigmatisation, de la discrimination et des violences qu'ils subissent.
- Soutenir l'action des personnes vivant ouvertement avec le VIH et qui œuvrent pour réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des communautés. De nombreux membres de l'UCOP+ font déjà ce travail mais le soutien dont ils bénéficient est limité, voire inexistant, en particulier pour ceux qui travaillent en dehors des zones urbaines.
- Intensifier les interventions dans les communautés pour associer les dirigeants locaux, y compris les responsables culturels et religieux, aux actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination. Les efforts actuellement déployés autour des « centres conviviaux » – un dispositif soutenu par le Fonds mondial et le PEPFAR – devraient être étendus.
- Mettre en œuvre à grande échelle des programmes complets de santé sexuelle et reproductive destinés aux populations clés et comprenant notamment un soutien psychosocial et d'autres formes de soutien, afin de traiter les séquelles de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Les centres conviviaux répondent à ce besoin, mais leur nombre est actuellement limité.

*DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec le VIH*

Les activités en cours sont les suivantes :

- Participation de professionnels de santé aux ateliers sur le VIH et les droits humains organisés par le ministère de la Justice ;
- Formation des professionnels de santé attachés aux centres conviviaux sur les problématiques des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables ;
- Surveillance de la qualité des services de lutte contre le VIH, notamment des problèmes de stigmatisation et de discrimination envers les personnes qui vivent avec le virus, par le biais de l'Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB.

Une démarche globale visant à renforcer le professionnalisme, le respect des droits humains et les comportements conformes à l'éthique dans la manière dont les services sont dispensés aux personnes qui vivent avec le VIH et à d'autres populations clés devrait comporter les actions suivantes :

- Incorporer la problématique des populations clés, de l'éthique médicale et des droits humains dans le contexte du VIH dans les programmes de formation initiale et continue des personnels de santé – en faisant également le lien avec la tuberculose – et dispenser une formation actualisée dans les principaux établissements de santé caractérisés par de faibles taux de fréquentation des services et de maintien dans le système de soins.

- Évaluer les changements observés dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé qui ont suivi la formation.
- Effectuer un suivi du vécu des populations clés, notamment des personnes vivant avec le VIH, qui fréquentent les services de santé et utiliser les informations recueillies à des fins de sensibilisation et pour améliorer les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination. Le travail de l'Observatoire, dont les activités se limitent pour l'instant à trois provinces (Kinshasa, Nord-Kivu et Kasai-Oriental), devrait être étendu à d'autres provinces et la problématique des populations clés devrait être incluse dans le cadre de suivi (ce qui n'est pas le cas actuellement).
- Intensifier les activités visant à créer des relations de collaboration entre des professionnels des établissements de santé et des membres des populations clés, y compris des personnes vivant avec le VIH, pour apporter un soutien aux patients et favoriser leur maintien dans le système de soins, sensibiliser aux droits des patients et faciliter un retour d'information sur la qualité de la prise en charge.

### *DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre*

Les actions menées actuellement sont les suivantes :

- Révision du manuel de formation sur les droits humains dans le contexte du VIH, afin d'y ajouter de nouveaux contenus sur les besoins et les préoccupations des populations clés.
- Formation en cours de magistrats, d'avocats, de policiers et de membres du personnel pénitentiaire, entre autres, en utilisant le manuel comme support de formation.
- Formation et sensibilisation des personnels pénitentiaires à l'importance de dispenser des services anti-VIH – de dépistage en particulier – et de lutter contre la stigmatisation pour encourager les détenus et le personnel à se faire dépister.

Une démarche globale visant à inciter le secteur de la loi et de la justice à s'investir davantage dans les questions de droits humains dans le contexte du VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Actualiser les programmes et les documents de formation, et élaborer puis mettre en œuvre un plan de formation et de coopération destiné aux forces de police afin de réduire les abus commis sur les populations clés et de renforcer l'engagement des forces de l'ordre à protéger ces populations dans les communautés.
- Mesurer les effets des activités de formation et de sensibilisation menées par le MdJ, notamment les changements observés dans les connaissances, les attitudes et les pratiques touchant aux populations clés, notamment les personnes qui vivent avec le VIH, et apprécier si une aide accrue est apportée ou non à ces groupes pour remédier aux violations des droits humains dont ils sont victimes. Les efforts actuels se concentrent sur le développement de la formation. Toutefois, rien ne prouve pour l'instant que la formation a pour effet de réduire les abus et d'améliorer l'accès à la justice, en particulier pour les populations clés.
- Aider les groupes thématiques provinciaux à mettre au point des mécanismes proactifs de suivi et d'intervention en cas de violation des droits légaux et humains des populations clés, notamment des personnes qui vivent avec le VIH, dans leurs provinces respectives.
- Mettre au point des outils, des documents et des stratégies pour présenter des méthodes de réduction des risques au secteur juridique et judiciaire.
- Élaborer une stratégie pluriannuelle afin d'engager des hauts responsables politiques et des parlementaires ainsi que des activistes de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH et des personnes issues d'autres populations clés et vulnérables, dans

un processus visant à bâtir un environnement réglementaire et juridique protecteur pour les populations clés et vulnérables.

#### *DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)*

Les interventions destinées à améliorer l'acquisition de notions élémentaires de droit, et notamment des droits légaux et humains, chez les personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables se limitent actuellement à ce qui suit :

- Le travail de l'UCOP+ aux niveaux national, provincial et local pour faire davantage connaître aux personnes concernées la loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH.
- Quelques rares interventions dans les prisons pour sensibiliser les détenus aux droits légaux et humains en rapport avec le VIH, notamment le droit d'accéder à des services antituberculeux et anti-VIH.

Une démarche globale visant à combler ces lacunes et à renforcer les connaissances juridiques des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables devrait comporter les actions suivantes :

- Mettre au point des outils d'éducation juridique pour les populations clés et vulnérables. Ces outils devraient notamment aborder la question des droits que confère la loi en cas d'agression, d'abus de pouvoir de la police et d'autres atteintes aux droits humains subies par ces groupes et pour lesquelles des protections juridiques existent actuellement. Elles devraient également apporter aux femmes et aux adolescentes des informations sur les pratiques traditionnelles néfastes et la violence sexiste.
- Étoffer le contenu des interventions actuelles destinées aux populations clés et vulnérables en y intégrant une formation juridique de base et une sensibilisation aux droits légaux et humains, notamment en formant des agents de santé communautaires qui formeront eux-mêmes leurs collègues à l'aide des outils dont ils contribueront à la diffusion.

#### *DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH*

Les actions menées actuellement sont les suivantes :

- Un des principaux objectifs des ateliers organisés par le ministère de la Justice est de donner aux avocats et aux magistrats les moyens d'appliquer la loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH et d'aider ceux qui en ont besoin.
- L'UCOP+ assure une permanence téléphonique (ligne verte) qui permet aux personnes vivant avec le VIH de signaler des problèmes d'ordre juridique (entre autres) et de se faire diriger vers des services d'aide et de conseils juridiques.
- Pour les personnes qui en ont les moyens financiers, des avocats formés à ces questions peuvent se charger de leur affaire. Quelques organismes ont récemment été financés afin d'offrir gratuitement des services aux populations clés, notamment aux personnes qui vivent avec le VIH.
- Dans le modèle de *centre convivial* mis en place par FHI360, il est prévu d'aider les populations clés à signaler les violences et les autres abus dont elles sont victimes et à lancer des procédures judiciaires.

Une démarche globale visant à renforcer la prestation de services juridiques en rapport avec la problématique du VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Recruter, former, superviser et rémunérer des assistants juridiques dans les populations clés et vulnérables, afin qu'ils puissent dispenser des conseils juridiques de base ; aider à résoudre les litiges ; aider à mobiliser les communautés autour de la question des droits,

de la législation et des politiques en rapport avec le VIH ; transmettre des affaires à des avocats, le cas échéant.

- Établir une liste d'avocats formés, disposés à travailler gratuitement ou pour des honoraires modiques avec des populations marginalisées, et superviser des assistants juridiques chargés de dispenser des conseils aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres populations clés et vulnérables.
- Mettre en place un système permettant de surveiller les violations des droits humains et de suivre les demandes de réparation en justice.
- Déployer le volet accompagnement juridique du modèle des centres conviviaux.
- Étendre la ligne verte de l'UCOP+ à toutes les populations clés, notamment aux personnes vivant avec le VIH, afin qu'elles puissent bénéficier de conseils et d'informations juridiques et être dirigées vers des avocats ou des cliniques juridiques.

#### *DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques portant sur le VIH*

Les actions menées actuellement sont les suivantes :

- La *Cellule nationale VIH et droits humains* est le mécanisme qui a rassemblé les efforts visant à faire supprimer dans la loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH les dispositions qui criminalisent la transmission du virus et à faire modifier l'âge permettant d'accéder par soi-même à des services anti-VIH.
- Un des effets de la formation dispensée dans les provinces a été la création de *Groupes thématiques Droit et VIH*, dont le but est de s'assurer que la formation débouche sur des actions et qu'un suivi des évolutions et des améliorations est effectué.
- L'observatoire de l'UCOP+ contrôle notamment le respect (ou non) des dispositions légales relatives à la gratuité des services anti-VIH ainsi que des principes de confidentialité et de consentement éclairé.

Une démarche globale d'amélioration de l'environnement réglementaire et juridique des programmes de lutte contre le VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Donner davantage les moyens aux organisations des populations clés et vulnérables de jouer un rôle de premier plan dans les efforts menés pour obtenir des réformes politiques et juridiques.
- Aider les populations clés et vulnérables à : a) déterminer des possibilités de réforme dans les lois et politiques existantes ; b) élaborer des documents d'information et des notes juridiques, entre autres, pour étayer ces réformes ; c) élaborer un plan d'action pour continuer à renforcer la protection des droits légaux et humains dans le contexte du VIH. Ces points n'ont pas été abordés dans l'évaluation de l'environnement juridique menée en 2013.
- Élaborer et mettre en œuvre des plans de coopération entre, d'une part, des activistes et des représentants des populations clés et vulnérables, et d'autre part, des hauts responsables politiques et des parlementaires, pour soutenir et défendre les réformes politiques et juridiques.
- En utilisant le PSN 2018–2022 comme point de départ, élaborer et exécuter un processus visant à mettre en place un cadre d'action favorable à l'introduction de programmes de réduction des risques.
- Faire en sorte que la Commission nationale des droits de l'Homme puisse devenir un organe de surveillance de la protection des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables.

### *DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH*

Les efforts actuellement déployés pour remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre que rencontrent les femmes dans le contexte du VIH s'inscrivent dans des interventions plus globales mises en œuvre à l'échelle du pays et portant sur les questions d'égalité de genre, d'autonomisation des femmes et de prévention de la violence sexuelle et sexiste. Les actions portant spécifiquement sur le VIH sont les suivantes :

- En plus de leur participation à l'UCOP+, les femmes qui vivent avec le VIH passent par leurs propres réseaux et d'autres maîtres d'œuvre pour mener leurs propres activités d'entraide et d'autonomisation.
- Un nouvel élan a été donné à l'égalité de genre en tant que composante transversale durant l'élaboration du PSN 2018–2021. Au moment où cette évaluation était réalisée, une nouvelle évaluation des questions de genre était en cours, basée sur la nouvelle version de l'outil mis au point par l'ONUSIDA/OMS.
- La RDC est en train de tester une version française du modèle SASA!, dans le cadre duquel les communautés participent notamment à des actions destinées à recenser et à braver les normes de genre néfastes qui perpétuent les violences sexuelles et sexistes et entravent l'accès aux services anti-VIH, entre autres.
- Un projet pilote est en cours dans deux provinces, dont l'objectif est d'autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes en leur apportant des connaissances sur le VIH, les droits humains et les violences sexuelles et sexistes.
- Des efforts considérables sont déployés à travers le pays pour s'attaquer aux violences sexuelles et sexistes grâce à une prévention effectuée en amont et à la prestation de services complets et intégrés comprenant dépistage du VIH, PPE et orientation vers des services de PTME ou de traitement du VIH, et grâce à un accès à la justice facilité par des cliniques juridiques spécialisées sur ce type de violence.
- Le modèle des centres conviviaux de FHI360 comporte un volet axé sur les violences sexuelles et sexistes subies par les populations clés.

Une démarche globale visant à renforcer la composante genre dans la riposte nationale au VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Soutenir la mise en œuvre de mesures en rapport avec les droits humains et la législation suite aux conclusions de l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose.
- Pérenniser et intensifier les programmes exécutés dans les communautés, qui œuvrent contre les normes de genre néfastes et pour la prévention des violences sexuelles et sexistes.
- Pérenniser et développer à plus grande échelle les cliniques juridiques spécialisées dans les violences sexuelles et sexistes, et soutenir les services d'aide et de conseils juridiques aux victimes de ces violences.
- Former et déployer dans les communautés des assistantes juridiques recrutées parmi des femmes vivant avec le VIH et des jeunes femmes pour dispenser des conseils, diffuser un savoir juridique, apporter une aide juridique, résoudre des litiges et orienter vers des avocats si nécessaire.
- Mobiliser et former des responsables culturels et religieux locaux afin de sensibiliser les communautés à l'égalité de genre, à la prévention des violences sexuelles et sexistes, et à la question de l'accès des femmes et des filles aux services anti-VIH, notamment de PTME.
- Mettre au point une formation à la prise en compte du genre et la dispenser à l'ensemble des parties prenantes dans la riposte nationale au VIH.

- Aider des femmes qui vivent avec le VIH à occuper et à conserver des postes de direction dans la riposte nationale au VIH.

#### Interventions à destination des adolescents et des jeunes

Les parties prenantes dans la riposte au VIH tentent de répondre de plusieurs manières aux priorités des adolescents et des jeunes – et notamment des adolescentes et des jeunes femmes – en rapport avec le VIH et les droits humains. Les principales actions sont les suivantes :

- Un projet pilote financé par le Fonds mondial est en cours dans deux provinces (Kinshasa et Mbuji-Mayi), dont l'objectif est d'autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes en leur apportant des connaissances sur le VIH, les droits humains et les violences sexuelles et sexistes. Les interventions sont mises en œuvre dans le cadre des établissements scolaires, des communautés et des services de santé.
- Des centres conviviaux (semblables à ceux qui accueillent les populations clés) existent pour les jeunes, de même que des « espaces jeunes », dont l'objectif est d'accueillir les jeunes dans un environnement « sûr » et non stigmatisant afin de les inciter à fréquenter davantage les services de santé, notamment les services de lutte contre le VIH.
- En collaboration avec des partenaires de la société civile, le Programme national de la santé de l'adolescent (PNAS) soutient un corps de pairs-éducateurs, dont la mission est d'améliorer les connaissances des jeunes sur le VIH et d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive, et d'orienter davantage de jeunes vers les services de santé.
- Des OSC se sont mobilisées pour une réforme juridique et politique concernant l'âge du consentement, mais aussi pour une plus grande responsabilisation des services conviviaux destinés aux jeunes.
- Avec des partenaires, le PNAS a mis au point des supports de prévention du VIH pour les jeunes issus des populations clés, censés être utilisés par les OSC et dans les espaces jeunes.
- Des OSC et d'autres partenaires non gouvernementaux interviennent auprès d'adolescents plus âgés et de jeunes vivant avec le VIH sur des questions de santé et de dignité.

Une démarche globale visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre que rencontrent les adolescents et les jeunes dans le contexte du VIH, notamment ceux qui vivent avec le virus, devrait comporter les actions suivantes :

- Recruter (parmi les travailleurs de proximité actuels) des pairs-éducateurs et des assistants juridiques pour apporter un soutien, inculquer une culture juridique et dispenser des notions élémentaires sur les droits humains aux adolescents et aux jeunes vivant avec le VIH ainsi qu'à d'autres adolescents et jeunes vulnérables.
- Intégrer un volet culture juridique et notions élémentaires sur les droits humains – y compris l'égalité entre filles et garçons issus de populations clés et vulnérables – dans les programmes de lutte contre le VIH centrés sur les jeunes.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan, comprenant un cadre de suivi, pour adapter la prestation des services anti-VIH – y compris en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé – si les actions menées dans l'optique d'abaisser l'âge requis pour pouvoir accéder aux services devaient aboutir.

Le PSN 2018–2022 contient un engagement plus fort et plus explicite en faveur des droits humains et de l'égalité de genre dans le cadre de la riposte nationale au VIH. Cela comprend des stratégies plus détaillées destinées à améliorer le contexte juridique et socioculturel des interventions en rapport avec le VIH menées auprès des populations clés. En un sens, ceci constitue un « schéma directeur » pour élaborer des plans et des stratégies plus détaillés



tenant compte des recommandations spécifiques formulées dans ce rapport en vue de bâtir une démarche globale.

### **Le coût d'un programme complet – VIH**

En conclusion de l'évaluation pour le VIH, le coût estimatif d'une démarche globale a été calculé. Les montants estimés figurent dans le **tableau B** ci-dessous.

<b>Domaine programmatique (VIH)</b>	<b>Total</b>
DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations clés	2 163 679 USD
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec le VIH	2 539 726 USD
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	1 418 087 USD
DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)	466 583 USD
DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH	1 749 193 USD
DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques portant sur le VIH	735 035 USD
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH	2 888 049 USD
Autres activités	593 578 USD
<b>TOTAL</b>	<b>12 553 930 USD</b>

*Tableau B : coût total d'un programme sur 5 ans ; se reporter à l'annexe A pour les détails.*

Il a été difficile de recueillir des données chiffrées complètes pour cette partie de l'évaluation. Par conséquent, les estimations sont, dans certains cas, données à titre indicatif. Aucun chiffrage n'a en outre été fait de programmes complets destinés à lutter contre les violences sexuelles et sexistes et à réduire les vulnérabilités liées au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en raison de l'insuffisance des données portant sur les programmes actuels. Dans cette catégorie figurent donc les coûts de programmes visant à améliorer plus généralement l'accès des adolescents et des jeunes aux services de lutte contre le VIH. Les résultats de l'évaluation du niveau d'investissement actuel ont montré qu'environ 1,7 million de dollars étaient disponibles en 2016 pour des interventions en rapport avec les droits humains et les questions de genre, dont 85 % pour des programmes portant sur les violences sexuelles et sexistes ou sur les adolescentes et les jeunes femmes.

## **Résumé des résultats de l'évaluation de référence – Tuberculose**

Alors que la RDC connaît une importante épidémie de tuberculose, les données disponibles ne permettent généralement pas d'en préciser les effets sur les différentes populations clés et vulnérables recensées dans le PSN de lutte contre la maladie et incluses dans cette évaluation. Les services antituberculeux indiqués ne sont pas disponibles dans toutes les régions du pays et les graves carences du système de santé limitent la qualité et la disponibilité de ces services lorsque ceux-ci sont dispensés. Les aspects de l'épidémie de

tuberculose en rapport avec les droits humains et le genre sont très peu documentés et mal compris par la plupart des acteurs de la lutte antituberculeuse, y compris au sein du PNLT. Des obstacles importants ont cependant été répertoriés, en particulier une stigmatisation des personnes atteintes de tuberculose – que celles-ci finissent elles-mêmes par intérioriser – due en grande partie à un manque de connaissances de la maladie et de ses traitements et à l'image négative qu'elle véhicule. La crainte du rejet social et l'intériorisation de fausses croyances sur la tuberculose font que la maladie est déjà à un stade avancé lorsque les personnes touchées se décident à effectuer un test de dépistage ou à démarrer un traitement. Le reste à charge pour se faire dépister (le traitement lui-même est gratuit) dans des établissements de santé est également un élément dissuasif.

Bien que le pays dispose de normes en matière de prévention des infections et de normes de santé et de sécurité au travail, la mise en œuvre et le respect de ces normes sont médiocres. De ce fait, le risque d'être exposé à la maladie est élevé, en particulier pour les professionnels de santé. Alors que des informateurs clés étaient d'avis que la tuberculose était un problème majeur dans le secteur minier, les données sur la maladie dans ce secteur sont inexistantes. Par conséquent, il est impossible de savoir dans quelle mesure les mineurs pourraient rencontrer des obstacles liés aux droits humains lorsqu'ils ont besoin d'accéder à des services antituberculeux. Enfin, comme il a été déjà indiqué dans les conclusions relatives au VIH, il est très difficile de proposer des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. Le grand nombre de personnes incarcérées en détention provisoire, qui sont en attente d'un jugement ou d'une condamnation, a aggravé le risque de contracter la tuberculose en prison. Les mauvaises conditions matérielles qui règnent dans les lieux de détention – surpopulation et malnutrition notamment – limitent l'efficacité des services dispensés.

### ***Des programmes pour éliminer les obstacles entravant l'accès aux services antituberculeux – passer des programmes existants à des programmes complets***

Malgré une coopération multisectorielle croissante entre acteurs de la riposte nationale à la maladie, les interventions centrées spécifiquement sur les droits humains et les questions de genre dans le contexte de la tuberculose sont quasiment inexistantes en RDC. Les actions actuellement menées dans ce domaine sont les suivantes :

- Tous les informateurs clés de la société civile ont parlé des efforts qu'ils déploient pour intégrer sans financement supplémentaire certains aspects des droits humains dans leur travail au sein des communautés, notamment l'aspect stigmatisation à travers un travail d'éducation et de sensibilisation à la maladie.
- L'observatoire de l'UCOP+ s'assure que les personnes vivant avec le VIH ont accès à des services de dépistage de la tuberculose en contrôlant la disponibilité des services et les honoraires pratiqués.
- Au moment où l'évaluation a été effectuée, une évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose était en cours. Les conclusions de cette évaluation, lorsqu'elles seront disponibles, seront une précieuse source de conseils pour améliorer la prise en compte des questions de genre dans les actions menées contre le VIH et la tuberculose.
- Enfin, plusieurs partenaires internationaux et locaux œuvrent avec le ministère de la Justice pour renforcer les programmes de lutte antituberculeuse dans les établissements pénitentiaires au moyen d'activités en grande partie axées sur le dépistage. Ce travail comporte un volet éducation et sensibilisation, qui contribue également à réduire la stigmatisation liée à la tuberculose. Cependant, les droits humains ne sont pas directement abordés dans le cadre de ce travail.

Une démarche globale visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services antituberculeux devrait comporter les actions suivantes :

### *DP n° 1 : Réduire la stigmatisation et la discrimination*

- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose dans les communautés. Le PNLT et ses partenaires techniques devraient mener une étude des populations clés et élaborer un plan d'action en fonction des résultats.
- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose dans différents secteurs. D'autres études axées sur les populations clés devraient être menées dans les secteurs de la santé, des mines, du droit et de la justice (police, prisons, armée).
- Mettre en œuvre des activités dans les communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose. Une structure existe pour coordonner ce travail par le biais de la plate-forme de la société civile. Seul manque un financement suffisant.
- En fonction des résultats des études des populations clés, mettre en œuvre des programmes de sensibilisation à la tuberculose et de lutte contre la stigmatisation en milieu de travail. Ces programmes devraient être mis en œuvre dans le secteur minier (défini comme prioritaire par le PNLT), dans le secteur de la santé, au sein des forces de police et dans les lieux d'incarcération.
- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation liée à la tuberculose dont sont l'objet les personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. Veiller à ce que la prochaine enquête d'évaluation de l'indice de stigmatisation des PvVIH et les prochaines études sur la stigmatisation, la discrimination et les violences subies par les populations clés comportent des questions sur la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose.
- Intégrer l'aspect stigmatisation et discrimination liées à la tuberculose dans les actions menées pour réduire la discrimination et la stigmatisation liées au VIH. Cela devrait être fait partout où les conditions le permettent, en particulier dans les programmes qui travaillent directement avec des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés également exposées au risque de contracter la tuberculose.

### *DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec la tuberculose*

- Inclure un volet tuberculose et droits humains dans la formation des professionnels de santé sur la maladie. Dès que la question de la tuberculose est abordée, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou de la formation continue des personnels de santé, les droits fondamentaux des patients atteints de tuberculose, la question de l'éthique médicale, le rôle des soignants et le droit de ces derniers à un environnement de travail sûr devraient être traités et bénéficier de toute l'attention et de tout le temps nécessaires.
- Améliorer les politiques et les pratiques en rapport avec la tuberculose pour les professionnels de santé. Même si le PNLT s'emploie à recueillir des données sur la situation de ces personnels par rapport à la tuberculose, il devrait parallèlement œuvrer avec le MSP pour renforcer les politiques et les pratiques concernant les professionnels de santé et protéger ceux-ci de toute discrimination sur leur lieu de travail.
- Surveiller la disponibilité des équipements de protection individuelle contre la tuberculose et le respect d'autres règles de prévention des infections dans les établissements de santé. Cela pourrait se faire dans le cadre d'un projet de collaboration entre la plate-forme de la société civile et le PNLT.

### *DP n° 3 : Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre*

- Inclure les questions relatives aux droits humains en lien avec la tuberculose dans la formation des forces de police, des avocats et des magistrats sur le VIH. On pourra ajouter une partie traitant de la tuberculose au manuel de formation sur le VIH et les droits humains ainsi qu'à la formation basée sur ce manuel.

*DP n° 4 : Éducation juridique (Connaître ses droits en lien la tuberculose)*

- Mettre au point et diffuser dans les communautés des documents d'éducation juridique traitant des droits et des responsabilités en lien avec la tuberculose. Dans le cadre de cette activité, qui devrait être confiée aux membres de la plate-forme de la société civile, des pairs-éducateurs issus des agents de santé communautaires travaillant sur la tuberculose devraient être recrutés et formés aux droits humains. La diffusion des documents pourra se faire dans le cadre des activités de lutte contre la stigmatisation mentionnées précédemment.
- Incorporer la problématique de la tuberculose dans les documents et les activités d'éducation juridique en rapport avec le VIH. Au fur et à mesure que ces activités se développeront, on pourra y intégrer des sujets en rapport avec la tuberculose.

*DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose*

- Incorporer des questions en lien avec la tuberculose dans la formation des avocats qui s'occupent de personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. La formation pourra s'inspirer de la version révisée du manuel portant sur le VIH et les droits humains mentionné précédemment.
- S'assurer que les cliniques juridiques communautaires sont également en mesure d'apporter des conseils et un soutien pour des plaintes en rapport avec la tuberculose. Cela pourra se faire en formant les avocats qui travaillent dans les *cliniques juridiques* mises en place pour le VIH et les violences sexuelles et sexistes.
- Former et déployer des assistants juridiques dans les communautés pour fournir des renseignements sur les droits légaux et humains en lien avec la tuberculose, opérer des médiations et diriger vers des services juridiques. Ces assistants juridiques pourront faire partie du corps des pairs-éducateurs œuvrant dans les communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Ils pourront également être rattachés aux *cliniques juridiques* et supervisés par celles-ci en tant que travailleurs de proximité.
- Observer l'évolution de la situation des droits humains et de l'accès à la justice en lien avec la tuberculose, et rendre compte de cette évolution dans des rapports. Cette tâche devrait être assurée par la plate-forme de la société civile.

*DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques relatives aux services antituberculeux*

- Mener une évaluation de l'environnement réglementaire et juridique entourant la tuberculose et prendre des mesures au vu des résultats. Comme indiqué précédemment, la tuberculose n'a pas été abordée dans l'EEJ de 2013. Il convient de combler cette lacune.

*DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose*

- Soutenir la mise en œuvre de mesures en lien avec les droits humains suite aux conclusions de l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose. Lorsque cette évaluation sera terminée, ses résultats devraient être défendus

et utilisés pour remédier à certains obstacles liés aux droits humains et au genre dans le contexte de la lutte antituberculeuse.

*DP n° 8 : Garantir le respect de la confidentialité et de la vie privée*

- Procéder à une évaluation du respect de la confidentialité et de la vie privée dans l'ensemble des actions menées contre la tuberculose dans le pays. L'évaluation devrait notamment intégrer les activités des OSC et d'autres acteurs, qui contribuent à la riposte nationale à la tuberculose, ainsi que les services dispensés par les établissements de santé.
- En fonction des résultats de l'évaluation, élaborer un plan visant à renforcer le respect du secret médical et de la vie privée dans l'ensemble du dispositif national de lutte contre la tuberculose. En plus des mesures destinées à améliorer les pratiques dans les établissements de santé, des lignes directrices et des outils devraient également être élaborés/améliorés pour les OSC et d'autres partenaires du PNLT.

*DP n° 9 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires*

- Aider la plate-forme de la société civile à mobiliser les réseaux de personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie dans les communautés en vue de s'entraider et de renforcer mutuellement leurs moyens d'action, d'acquérir des notions élémentaires de droit, et de se mobiliser autour des problèmes de stigmatisation, de discrimination et de manque de confidentialité qui entourent la tuberculose. Cela devrait constituer un élément du programme de travail des OSC dans les communautés.

*DP n° 10 : Programmes mis en œuvre en milieu carcéral et dans d'autres environnements fermés*

- Donner aux OSC nationales axées sur la tuberculose les moyens de contrôler la qualité des services en milieu carcéral et de défendre les droits fondamentaux et le droit à la santé des détenus dans le contexte de la tuberculose. Davantage d'OSC devraient s'impliquer pour encourager le PNLT et le ministère de la Justice à s'occuper des aspects en lien avec les droits humains de la lutte antituberculeuse en milieu carcéral.
- Aider le ministère de la Justice et la société civile à défendre l'idée de politiques et de pratiques différentes afin de limiter le recours à la détention provisoire et à sensibiliser les fonctionnaires de justice à tous les échelons au risque accru de contracter la tuberculose associé à la détention provisoire. Le ministère de la Santé publique (avec le PNLT) et le ministère de la Justice devraient collaborer à la mise en place d'un programme de sensibilisation des fonctionnaires de justice aux effets sur la santé publique d'un recours excessif aux peines de détention provisoire et impliquer ceux-ci dans le projet de réforme (voir plus loin).
- Aider le ministère de la Santé publique (avec le PNLT) et le ministère de la Justice à défendre et à mettre en place des politiques et des procédures permettant de traiter les détenus atteints de tuberculose dans des établissements de santé proches des lieux d'incarcération. Quelques succès ont été enregistrés dans ce domaine avec le projet de l'Union. Des politiques et des procédures devraient être mises en place dans l'ensemble du pays afin de généraliser cette possibilité lorsque le traitement de ces patients en prison met en danger leur propre santé et celle de leurs codétenus.
- Former les détenus et les agents pénitentiaires afin qu'ils sachent quels sont leurs droits fondamentaux et leurs responsabilités par rapport à la tuberculose. Des moyens devraient être donnés aux OSC axées sur la tuberculose afin qu'elles puissent dispenser la formation en collaboration avec le PNLT et le ministère de la Justice.

- Mener des actions de sensibilisation multisectorielles pour améliorer la situation générale des centres de détention. Cet effort de longue haleine trouverait l'une de ses principales justifications dans l'état actuel de l'épidémie de tuberculose.

### ***Possibilités d'intensification des interventions***

Les possibilités d'intensification des interventions en rapport avec les droits humains et les questions de genre dans le contexte de la tuberculose en RDC sont limitées, en grande partie parce que les éléments essentiels du programme de lutte contre la maladie ne sont toujours pas financés, notamment la plupart des interventions prévues au niveau des communautés.

Des possibilités existent cependant, qui consistent à intégrer davantage le volet droits humains dans les interventions qui sont mises en œuvre. Cela nécessitera toutefois une connaissance technique beaucoup plus approfondie des aspects de l'épidémie de tuberculose en rapport avec les droits humains et de la riposte nationale à la maladie, ainsi qu'un engagement beaucoup plus fort sur ces questions de toutes les parties concernées, en particulier au sein du PNLT.

Des possibilités existent, dans le cadre de la riposte au VIH, d'intégrer davantage les questions de droits fondamentaux en lien avec la tuberculose dans l'intensification des interventions en rapport avec les droits humains et les questions de genre, dans la mesure où plusieurs groupes visés par ces interventions sont également exposés au risque de contracter la tuberculose, notamment les personnes qui vivent avec le VIH, les consommateurs de drogues injectables et les détenus. Malgré l'existence d'une dynamique en ce sens, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour renforcer la capacité technique des acteurs de la riposte au VIH à remédier aux difficultés de leurs populations cibles concernant leurs droits fondamentaux dans le contexte de la tuberculose, et pour trouver des moyens d'inclure efficacement les questions de droits humains en lien avec la tuberculose dans leur travail, dès lors qu'ils s'emploieront à intensifier ce même type de programme pour le VIH.

### ***Investissements nécessaires pour financer une démarche globale***

En conclusion de l'évaluation pour la tuberculose, le coût estimatif d'une démarche globale a été calculé. Les montants estimés figurent dans le tableau C ci-dessous.

L'évaluation n'a permis de trouver que très peu de données sur le calcul du coût d'interventions sur les droits humains en lien avec la tuberculose. Par conséquent, les données de la composante VIH ont servi à calculer les investissements nécessaires pour financer une démarche globale. En 2016, les investissements dans ce domaine se sont limités à 50 000 USD (interventions au niveau communautaire pour réduire la stigmatisation dans deux provinces et sensibilisation à la tuberculose dans un établissement pénitentiaire). Il n'est donc pas surprenant, comme le montrent les résultats de l'évaluation, que les questions de droits humains et de genre ne soient toujours pas pleinement intégrées dans les actions menées contre la tuberculose dans le pays. Celui-ci a donc encore du chemin à parcourir pour mobiliser des ressources suffisantes afin de combler cette lacune et de commencer à mettre en œuvre l'approche globale de ces questions décrite dans l'évaluation.

**Tableau C : Chiffrage d'une démarche globale pour la tuberculose**

<b>Domaine programmatique (TB)</b>	<b>TOTAL</b>
DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<b>1 780 077</b>
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	<b>156 469</b>
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	-
DP n° 4 : Éducation juridique	<b>145 198</b>
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose	<b>431 396</b>
DP n° 6 : Suivi et réforme des lois et des politiques	<b>379 731</b>
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte de la tuberculose	<b>157 912</b>
DP n° 8 : Amélioration du respect de la confidentialité et de la vie privée	<b>157 912</b>
DP n° 9 : Mobilisation communautaire autour des personnes vivant avec la tuberculose	<b>1 745 920</b>
DP n° 10 : Amélioration des services antituberculeux en milieu carcéral	<b>494 573</b>
Autres activités	<b>350 789</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5 799 976</b>

*Tableau C : coût total d'un programme sur 5 ans ; se reporter à l'annexe A pour les détails.*

## II. Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une évaluation de référence réalisée en République démocratique du Congo (RDC) en vue d'aider le pays dans ses efforts pour intensifier les programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Depuis l'adoption de sa nouvelle *Stratégie pour la période 2017–2022 : investir pour mettre fin aux épidémies*, le Fonds mondial s'est joint aux parties prenantes dans les pays, aux partenaires techniques et à d'autres donateurs pour investir davantage dans des programmes destinés à supprimer ces obstacles dans les actions nationales contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial, 2016a). Cet effort va dans le sens du 3<sup>e</sup> objectif stratégique, qui engage le Fonds mondial à « *mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits de l'homme, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme* » et à « *intensifier la mise en œuvre de programmes en faveur des femmes et des filles, notamment de programmes visant à améliorer les droits et la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, et à réaliser des investissements pour réduire les inégalités sur le plan de la santé, notamment les inégalités liées au genre* » (ibid.). Le Fonds mondial a réalisé que les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre pouvaient accroître l'efficacité des programmes subventionnés par le Fonds, dans la mesure où ils contribuent à faciliter l'accès aux services de santé des personnes les plus touchées par les trois maladies. Ces programmes sont décrits dans la section ci-après. Le Fonds mondial travaille en étroite collaboration avec les pays, l'ONUSIDA, l'OMS, le PNUD, le partenariat Halte à la tuberculose, le PEPFAR et d'autres organisations bilatérales et d'autres donateurs afin de concrétiser cet objectif stratégique.

Bien que le Fonds mondial aide tous les pays à intensifier leurs programmes visant à éliminer les obstacles qui empêchent d'accéder aux services de santé, il apporte un soutien particulièrement important à 20 pays dans le cadre de son indicateur clé de résultat (ICR) n° 9, dont l'intitulé est le suivant : « *Réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services : nombre de pays disposant de programmes complets destinés à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services fournis* » (Fonds mondial, 2016b). Cet ICR mesure « *le degré de mise en œuvre de programmes complets visant à réduire les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services, notamment dans 15 à 20 pays prioritaires* ». Pour qu'un programme dont l'objectif est d'éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services soit complet, il doit être adapté aux populations concernées, combiner les bonnes interventions et bénéficier d'investissements suffisants pour véritablement éliminer ces obstacles et élargir l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme<sup>4</sup>.

En fonction de plusieurs critères – besoins, possibilités, capacités et partenariats dans le pays –, le Fonds mondial a sélectionné 20 pays, dont la RDC, qui vont bénéficier d'un soutien massif afin d'intensifier les programmes visant à réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services. Cette évaluation de référence pour la RDC, centrée sur le VIH et la tuberculose, fait partie du soutien massif que le pays va recevoir.

Les objectifs de l'évaluation de référence étaient les suivants :

- Répertorier les principaux obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC

<sup>4</sup> Le caractère « complet » d'un programme a été défini pour l'indicateur clé de résultat n° 9 par le groupe de travail technique du Fonds mondial sur l'évaluation et le suivi des droits humains.



- Décrire les programmes existants destinés à réduire ces obstacles
- Indiquer ce qui constituerait une démarche globale d'élimination de ces obstacles en ce qui concerne le type, la couverture et le coût des programmes mis en œuvre
- Déterminer les possibilités de mettre en œuvre ces programmes à grande échelle sur la période 2017–2022.

Globalement, les résultats de l'évaluation ont pour but de dresser un tableau de la situation en RDC en 2017, qui servira de point de comparaison. Cette évaluation sera suivie par deux autres évaluations similaires, une à mi-période et une à la fin de la période couverte par la stratégie du Fonds mondial, afin de saisir l'impact d'une intensification des programmes visant à éliminer les obstacles en RDC et dans les autres pays qui bénéficient d'un soutien massif.

### III. Méthodologie

L'évaluation a été réalisée durant les mois de septembre et octobre 2017, en suivant la méthodologie décrite ci-après.

#### ***Cadre conceptuel***

Le cadre conceptuel qui a guidé l'évaluation de référence est le suivant :

- En RDC, comme dans d'autres pays de la région et du monde, le plein accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, le recours à ces services et le maintien dans le système de soins sont compromis par certains obstacles liés aux droits humains et au genre.
- Ces obstacles sont rencontrés par certaines populations clés et vulnérables plus touchées par le VIH et la tuberculose que d'autres groupes de la population générale.
- Certains programmes comprenant plusieurs interventions et activités sont efficaces pour éliminer ces obstacles.
- Si ces interventions et ces activités sont financées et mises en œuvre à une échelle suffisante dans le pays, elles permettent d'éliminer ou au moins de réduire considérablement ces obstacles.
- La disparition de ces obstacles a pour effet d'améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, le recours à ces services et le maintien des patients dans le système de soins, ce qui contribue à la réalisation des objectifs fixés aux niveaux national, régional et mondial de faire reculer sensiblement les épidémies de VIH et de tuberculose, voire d'y mettre fin.
- Ces efforts pour éliminer ces obstacles ont également pour effets de protéger les investissements du Fonds mondial, d'en améliorer la rentabilité, et de renforcer les systèmes de santé ainsi que les systèmes communautaires.

Les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose – couverts par l'évaluation – se répartissent dans les grandes catégories suivantes (Fonds mondial, 2017a, b ; Timberlake, 2017) :

- La stigmatisation et la discrimination, y compris dans la prestation des services de santé
- Les lois, politiques et pratiques répressives
- Les inégalités de genre et la violence sexiste
- La pauvreté et les inégalités socioéconomiques

- L'exploitation et les conditions de travail néfastes pour la santé (dans le cas de la tuberculose principalement).

Les gouvernements, l'ONUSIDA, le Fonds mondial et le partenariat Halte à la tuberculose ont recensé les principaux domaines programmatiques suivants pour éliminer les obstacles (ONUSIDA, 2012 ; Fonds mondial, 2017a, b ; *Déclarations politiques sur le VIH/sida* (2011 et 2016)) :

- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- Formation des professionnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale
- Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre
- Éducation juridique (« connaître ses droits »)
- Services juridiques associés au VIH et à la tuberculose
- Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques portant sur le VIH et la tuberculose
- Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH et de la tuberculose.

Les domaines programmatiques supplémentaires qui suivent concernent la tuberculose :

- Garantir aux patients que le diagnostic et le traitement de la tuberculose se font dans le respect de la confidentialité et de leur vie privée ;
- Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires ;
- S'attaquer aux politiques trop générales qui prévoient l'isolement sous contrainte ou la détention en cas de non-observance d'un traitement antituberculeux ;
- Œuvrer pour supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose en milieu carcéral.

Les activités associées à ces domaines programmatiques devraient autant que possible être intégrées aux programmes de prévention et de traitement du VIH ou de la tuberculose ; sinon, elles pourront être mises en œuvre sous la forme d'interventions ciblées en appui à ces programmes.

### **Périmètre de l'évaluation**

- La RDC est actuellement confrontée à un nombre croissant de difficultés sociales et politiques, dans lesquelles la dimension des droits humains et du genre est toujours présente. L'une d'elles est le conflit interne qui s'aggrave, avec pour conséquences des déplacements de populations dans le pays et une fréquence alarmante des violences sexuelles et sexistes perpétrées contre des femmes et des hommes dans les zones de conflit. La situation influe également sur la charge de morbidité imputable au VIH et à la tuberculose dans le pays, dans la mesure où elle vulnérabilise encore davantage les individus et les communautés face aux deux maladies et limite leur accès aux services de santé. Dresser un état des lieux de cette situation complexe sortait du cadre d'une simple évaluation de référence. Afin de donner une orientation aux travaux de l'équipe d'évaluation, l'instance de coordination nationale en RDC a mis en place un petit groupe de référence en juillet 2017 et, en collaboration avec le Fonds mondial, a décidé que cette évaluation devait se concentrer sur certaines catégories de population et sur les obstacles liés aux droits humains et au genre que rencontraient ces populations pour accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Le groupe a recommandé de ne pas aborder les aspects plus larges de la vulnérabilité vis-à-vis du VIH et de la tuberculose, étant donné la difficulté à traiter ces questions dans le pays au moment de l'évaluation.

Ainsi, pour des raisons de sécurité et d'accessibilité, l'équipe d'évaluation n'a pas collecté de données dans les zones touchées par des conflits. Par conséquent, cette caractéristique importante du contexte dans lequel opèrent les services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC n'a pas été prise en compte dans les résultats de l'évaluation.

### **Populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation**

Les populations sur lesquelles s'est concentrée l'évaluation ont été déterminées sur la base des critères suivants :

- Les critères de détermination des populations clés et vulnérables du Fonds mondial et du partenariat Halte à la tuberculose pour le VIH et la tuberculose (Fonds mondial, 2013 ; Fonds mondial, 2017b) ;
- Les populations définies par la RDC dans ses documents stratégiques nationaux, en particulier dans le Plan national de lutte stratégique contre le VIH et le sida 2018–2022 (PSN VIH) et dans le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2018–2020 (PSN TB) (Programme national multisectoriel de lutte contre le sida (PNMLS), 2017b, Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), 2017)<sup>5</sup> ;
- Les conseils du groupe de référence mentionnés précédemment.

Les populations clés et vulnérables retenues pour l'évaluation figurent dans le tableau 1 ci-dessous.

**Tableau 1 : Populations clés et vulnérables (VIH et TB)**

<b>Populations clés (VIH)</b>	<b>Populations vulnérables (VIH)</b>	<b>Populations clés (TB)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les personnes vivant avec le VIH (PvVIH)</li> <li>▪ Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)</li> <li>▪ Les femmes transgenres</li> <li>▪ Les travailleurs et les travailleuses du sexe</li> <li>▪ Les consommateurs de drogues injectables (CDI)</li> <li>▪ Les détenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les adolescents et les jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les personnes vivant avec la tuberculose</li> <li>▪ Les personnes vivant avec le VIH</li> <li>▪ Les détenus et le personnel pénitentiaire</li> <li>▪ Les professionnels de santé</li> </ul>

Les populations figurant dans le tableau ne sont pas les seuls groupes de population prioritaires dans le cadre des actions menées contre le VIH et la tuberculose dans le pays, et ne sont pas non plus les seuls groupes qui rencontrent des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services. En revanche, au vu des délais impartis et des ressources disponibles pour mener l'évaluation de référence, ce sont les groupes dont la situation était la plus facile à étudier.

<sup>5</sup> La liste complète pour le VIH comprend : les populations prioritaires – personnes vivant avec le VIH, personnes coinfectedées par le VIH et la tuberculose ; les populations clés – travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, personnes en uniforme (les détenus et le personnel pénitentiaire sont inclus dans ce groupe) ; les groupes vulnérables – adolescents et jeunes de 10 à 19 ans, femmes enceintes, personnes déplacées et réfugiés, orphelins et enfants vulnérables (PNMLS, 2017b). Pour la tuberculose, la liste comprend les personnes vivant avec le VIH, les contacts familiaux des patients atteints de tuberculose, les enfants en bas âge (moins de 5 ans), les détenus et le personnel pénitentiaire, les mineurs et les personnes vivant à proximité des mines, les personnes déplacées et les réfugiés, et les professionnels de santé (PNLT, 2017).

## **Collecte et analyse des données**

Les principales étapes de la collecte et de l'analyse des données ont été les suivantes :

### **Examen de la documentation**

Un examen exhaustif de documents en anglais et en français décrivant le contexte des épidémies de VIH et de tuberculose en RDC a été effectué : sous-populations et groupes les plus touchés par les deux maladies ; obstacles liés au droits humains et au genre rencontrés par ces groupes pour accéder aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose ; mesures prises par le pays pour remédier à cette situation et éliminer ces obstacles. L'équipe d'évaluation a étudié des publications soumises à examen collégial, des documents nationaux (plans, politiques, stratégies et rapports d'activité) et d'autres documents transmis par les différentes parties participant aux actions menées pour éliminer les obstacles.

### **Établissement de priorités pour le travail de terrain et élaboration du plan de travail**

À partir des résultats de l'examen de la documentation, des priorités spécifiques ont été définies pour la collecte de données dans le pays. Le plan de travail comprenait des entretiens avec des informateurs clés (EIC), des tables rondes et des discussions de groupe (DG) avec tout un ensemble de partenaires multisectoriels, y compris des représentants des populations clés et vulnérables. Il comprenait également la collecte de données dans quatre localités autres que Kinshasa, à savoir Goma, Kisangani, Lubumbashi et Matadi.

### **Collecte de données dans le pays**

La collecte des données s'est déroulée du 20 septembre au 13 octobre 2017. Elle s'est faite principalement en français, avec l'aide de traductions en lingala et en swahili selon les besoins. L'aide nécessaire au lancement du processus de collecte des données a été apportée par le secrétariat de l'ICN de la RDC. Un appui complémentaire a été fourni par le PNMLS, en particulier pour les missions dans les provinces, ainsi que par l'Union congolaise des organisations de PvVIH (UCOP+), le réseau national des associations de PvVIH en RDC et Progrès Santé Sans Prix (PSSP), un des principaux acteurs non gouvernementaux proposant des services anti-VIH et d'autres services de santé aux populations clés.

Globalement, 60 entités et plus de 200 informateurs clés ont participé à l'évaluation. Parmi ceux-ci figuraient 12 organismes publics nationaux et provinciaux, 6 organisations non gouvernementales internationales, 34 organisations nationales et locales de la société civile et 6 institutions des Nations Unies et partenaires techniques. Par ailleurs, dans les cinq villes où s'est déroulée la collecte des données, des discussions de groupe ont été organisées avec des représentants des populations clés et vulnérables – personnes vivant avec le VIH, personnes vivant avec la tuberculose, homosexuels masculins et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs et travailleuses du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes et femmes transgenres, adolescents et jeunes, dont certains vivant avec le VIH.

Pour conclure la partie de l'évaluation se déroulant dans le pays, un atelier de haut niveau a été organisé par l'ICN durant la dernière semaine de collecte des données, lors duquel les premiers résultats ont été communiqués. Cela a été l'occasion d'évaluer le caractère exhaustif des données collectées et de poursuivre le dialogue avec les différents acteurs sur les possibilités pour ceux-ci de renforcer et d'améliorer les actions menées collectivement pour remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services.

### **Analyse des données**

Il s'est agi principalement d'une analyse thématique des documents et des notes prises au cours des entretiens par rapport aux thèmes et concepts centraux exposés dans le cadre conceptuel.

L'évaluation a été réalisée par une équipe de consultants, dirigée par un directeur de recherche de la Division de recherche sur le sida et l'économie de la santé (HEARD) de l'Université du KwaZulu-Natal (UKZN). L'évaluation a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UKZN. Pendant la phase de planification du travail de terrain, l'ICN de la RDC a fait savoir que ce type d'évaluation, avec son périmètre spécifique, n'avait pas besoin de l'approbation d'un comité d'éthique national.

### ***Les liens avec d'autres processus***

Au moment où s'est déroulée l'évaluation, d'importants processus en rapport avec celle-ci étaient en cours ou venaient de se terminer. Ces processus étaient les suivants :

- Le lancement de l'Évaluation des sexospécificités pour les ripostes au VIH et à la tuberculose ;
- Une évaluation par l'UHAI-EASRHI de la situation des populations clés (achevée en 2016 et publiée en 2017), qui comprenait un volet sur les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose (UHAI-EASRHI, 2017) ;
- Une étude visant à établir une cartographie et à estimer la taille de trois populations clés – hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, travailleurs et travailleuses du sexe et consommateurs de drogues injectables – devant être suivie par une enquête bio-comportementale intégrée (IBBS) (financée par le Fonds mondial). Au moment de l'évaluation, la cartographie et l'estimation de la taille des populations étaient terminées à Kinshasa, mais se poursuivaient dans d'autres parties du pays. L'enquête bio-comportementale intégrée n'avait pas encore commencé ;
- Une analyse comparative de la riposte au VIH selon le genre, financée par l'USAID (achevée en 2016) (Harris Sapp et Boketa, 2016) ;
- Une étude de cas nationale financée par le Fonds mondial sur la problématique du genre dans la riposte au VIH, qui faisait partie de l'examen thématique plus large portant sur plusieurs pays réalisé par le Groupe technique de référence en évaluation. Les résultats préliminaires de l'étude – y compris des listes de documents et d'entretiens, ainsi qu'une première version du rapport de pays – ont été communiqués pour être ajoutés aux documents étudiés dans le cadre de l'examen de la documentation ;
- L'achèvement de l'analyse de l'évolution de l'épidémie de VIH chez les adolescents et les jeunes (10 à 24 ans) dans le cadre de la phase II de « All In », qui comprend un volet sur l'accès aux services (PNMLS, 2017c) ;
- L'évaluation du PSN TB 2014–2018 et l'évaluation du PSN VIH 2014–2017, laquelle contenait des informations sur les progrès observés et les difficultés rencontrées en ce qui concerne les aspects du plan portant sur les droits humains et le genre ;
- La finalisation du nouveau PSN TB 2018–2020 et du nouveau PSN VIH 2018–2021, lequel contient un certain nombre d'éléments sur les populations clés, les questions de genre et les droits humains ;
- La finalisation de la demande de financement à effet catalyseur auprès du Fonds mondial pour des programmes destinés à réduire les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de lutte contre le VIH (achevée en août 2017).

L'évaluation a tenu compte de toutes ces activités et, dans la mesure où les résultats de ces activités étaient disponibles, elles ont été incluses dans l'analyse.

Les résultats de l'évaluation concernant le VIH et la tuberculose sont présentés respectivement dans les chapitres IV et VI ci-après.

## IV. Résultats de référence : VIH

Les résultats de l'évaluation concernant le VIH sont présentés ci-dessous selon le plan suivant : vue d'ensemble de l'épidémie de VIH en RDC, en particulier dans les populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation ; informations sur l'évolution de l'accès et du recours aux services de lutte contre le VIH afin d'illustrer l'ampleur des carences actuelles ; aperçu du contexte général de la riposte au VIH, et en particulier des volets de la riposte consacrés aux droits humains et aux questions de genre ; analyse des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services anti-VIH ; analyse des actions actuellement menées pour remédier à ces obstacles – carences, difficultés rencontrées et description des éléments d'une démarche globale ; analyse des possibilités d'intensification des efforts actuels sur une période de cinq ans.

Au moment de l'évaluation, les données complètes et actualisées sur la charge de morbidité imputable au VIH dans la plupart des populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation étaient très insuffisantes (sauf pour les adolescentes et les jeunes femmes). Cette carence était tout aussi importante en ce qui concerne les données sur l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH. Le problème devrait toutefois être réglé avec l'estimation prochaine de la taille des populations clés et la réalisation à venir d'une enquête bio-comportementale intégrée.

Les données disponibles indiquaient une charge de morbidité imputable au VIH beaucoup plus élevée dans ces populations ainsi qu'un accès et un recours moindres aux services, cette dernière tendance devant être replacée dans un contexte de couverture limitée des services de lutte contre le VIH et de faible fréquentation de ces services dans l'ensemble du pays. Bien que les droits légaux et humains des personnes vivant avec le VIH soient reconnus en droit et dans les politiques, l'évaluation a néanmoins conclu que ces personnes ont encore beaucoup de mal à faire valoir leurs droits, principalement du fait de difficultés causées par une application insuffisante de la législation, une faible connaissance des notions élémentaires de droit et un accès limité à la justice. Dans les normes socioculturelles dominantes, la maladie du VIH a encore une forte connotation morale négative. Les personnes qui vivent avec le VIH continuent donc à subir stigmatisation et discrimination dans leur environnement personnel et social, ce qui les amène notamment à intérioriser la stigmatisation dont elles sont l'objet. Cela aura pour effet de désinciter certains individus à recourir à des services de lutte contre le VIH ou à continuer de les fréquenter.

Les adolescentes et les jeunes femmes font face à des obstacles à la fois juridiques et socioculturels qui les empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, notamment une loi qui fixe à 18 ans l'âge de la capacité juridique, y compris pour accéder de manière indépendante à ces services ou à d'autres services de santé sexuelle et reproductive. En conséquence, celles qui sont sexuellement actives sont fortement stigmatisées et se voient parfois refouler par des professionnels de santé lorsqu'elles cherchent à accéder à des services. Lorsque le consentement des parents est obligatoire, beaucoup éviteront de se rendre dans un établissement de santé plutôt que d'avoir à partager avec leurs parents des informations confidentielles sur leurs besoins en matière de santé sexuelle. Au sein des familles et des communautés, la stigmatisation et la honte qui entourent les femmes victimes de violences sexuelles ou sexistes, en particulier celles qui sont séropositives, a un impact négatif sur le recours aux services et sur le maintien dans le système de soins des femmes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

La situation est beaucoup plus ambiguë et difficile pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleurs et travailleuses du sexe. Bien que ces groupes ne soient pas visés par des mesures pénales dans le pays, les lois et les politiques censées les protéger de la discrimination et de la violence n'existent pas ou, pour celles qui existent, ne sont pas appliquées en ce qui les concerne. Les personnes qui font partie des populations clés sont l'objet d'une forte stigmatisation et de discriminations importantes au sein de leurs familles et de leurs communautés en raison d'attitudes et de convictions

socioculturelles négatives en ce qui concerne l'homosexualité, la consommation de drogues et le commerce du sexe, avec des conséquences sur leur motivation à recourir aux services de santé, par crainte de s'exposer encore davantage à des mauvais traitements. Tout cela influe également sur les comportements et les pratiques des professionnels de santé, notamment dans les services non spécialisés de lutte contre le VIH (c'est-à-dire en dehors des très rares structures axées sur les populations clés).

La consommation de drogues est criminalisée en RDC, ce qui alimente la discrimination et les mauvais traitements à l'égard des consommateurs de drogues injectables, en particulier de la part des professionnels de santé et des forces de l'ordre, et limite les interventions en rapport avec le VIH qu'il est possible de mettre en œuvre dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la réduction des risques. Les conditions qui règnent dans les établissements pénitentiaires du pays ne permettent pas d'assurer le minimum en matière d'alimentation, d'hébergement et d'hygiène. Ainsi, même lorsque des services anti-VIH sont disponibles, les détenus, soit n'y recourent pas par manque de confidentialité ou de respect de la vie privée, soit ne peuvent en tirer aucun bénéfice à cause de la malnutrition ou d'autres difficultés dont ils souffrent.

Malgré ce tableau complexe des difficultés liées aux droits humains et au genre, qui entravent l'accès et le recours aux services anti-VIH ainsi que le maintien des patients dans le système de soins, une dynamique croissante est à l'œuvre pour y remédier, comme en témoigne la série d'interventions actuellement mises en œuvre dans l'ensemble des domaines programmatiques en rapport avec les droits humains. Beaucoup de ces activités n'ont débuté que récemment et il faudra plus de temps avant de pouvoir en mesurer l'efficacité. Ces efforts constituent néanmoins le point de départ d'une démarche globale qui débouchera sur de nouvelles avancées vers une réduction puis l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services. Le PSN 2018–2022, qui met clairement l'accent sur les droits humains et les questions de genre, constitue le schéma directeur du travail à venir.

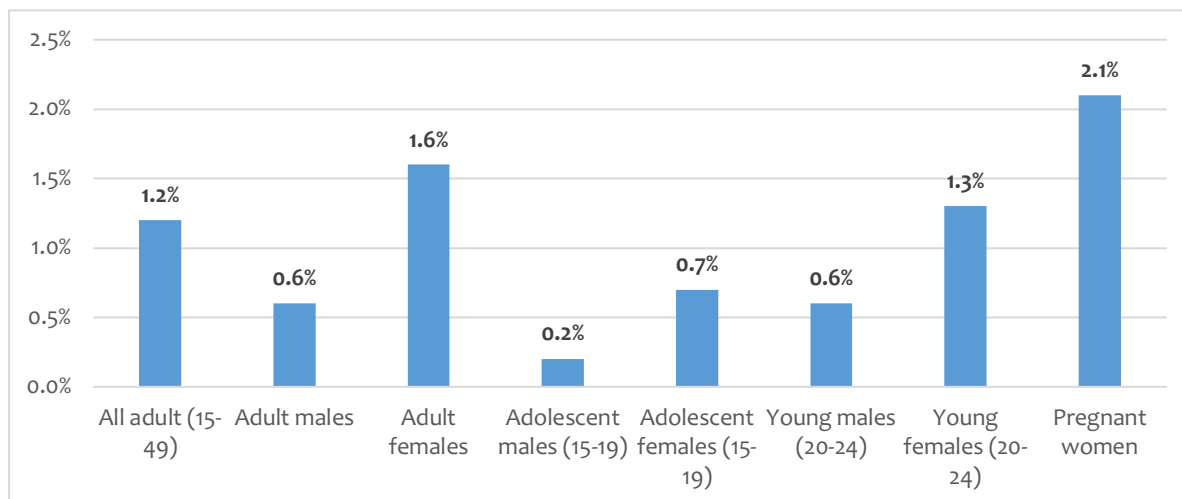
Les chapitres qui suivent présentent toutes ces évolutions et ces questions plus en détail, en commençant par une description de la charge de morbidité actuellement imputable au VIH dans les différentes populations incluses dans l'évaluation.

## **Vue d'ensemble du contexte épidémiologique et des populations clés et vulnérables**

En 2016, dans une population de 84 millions d'habitants, on estime que le nombre des nouvelles infections par le VIH a atteint 14 940 dans l'ensemble de la RDC – parmi lesquelles 8344 soit 55 % ont concerné des femmes adultes et 3338 soit 22 % ont touché des enfants (ONUSIDA, 2016). Globalement, 72 % des nouvelles infections se sont produites chez des individus âgés de 24 ans ou moins (proportion qui correspond à la part que représente cette tranche d'âge dans la population totale). La même année, on estime qu'il y a eu environ 20 854 décès liés au sida – dont 10 215 soit 49 % ont touché des femmes adultes et 2700 soit 8,7 % ont touché des enfants. La tendance générale est à la baisse dans le pays, à la fois pour le nombre des nouvelles infections et pour celui des décès, avec des diminutions de 32 % et 52 % respectivement sur la période 2010–2016 (PNMLS, 2017b). En 2016, on comptait 381 187 personnes vivant avec le VIH en RDC – parmi lesquelles 224 673, soit 59 % étaient des femmes et 42 145, soit 11 % étaient des enfants (ONUSIDA, 2016).

Les données détaillées sur la prévalence du VIH datent de 2013 (MPSMRM et al., 2014). Le **figure 1** ci-dessous montre d'importantes variations en fonction des tranches d'âge et du sexe.

**Figure 1 : Prévalence du VIH par âge et par sexe**

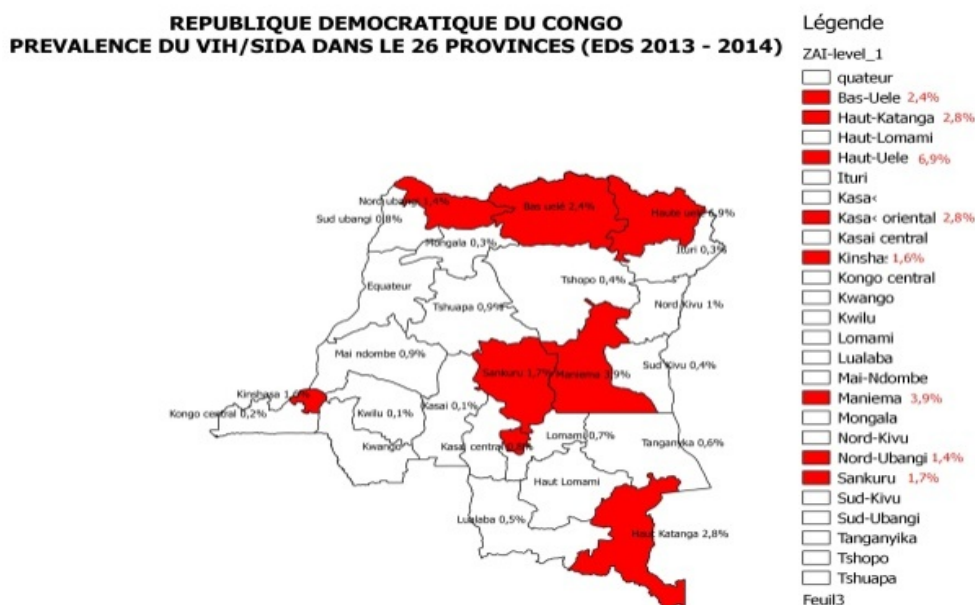


Source : MPSSMRM et al., 2014

En 2013, on estimait la prévalence du VIH à 1,2 % en RDC – 0,6 % pour les hommes et 1,6 % pour les femmes, ce qui illustre la nature hautement sexospécifique de l'épidémie de VIH dans le pays. On retrouve les mêmes disparités chez les adolescents et les jeunes. Concernant les adolescents (15-19 ans), la prévalence du VIH était de 0,2 % chez les garçons, tandis qu'elle s'élevait à 0,7 % chez les filles. Pour ce qui est des jeunes (20-24 ans), elle s'établissait à 0,6 % chez les jeunes hommes contre 1,3 % chez les jeunes femmes. La prévalence était plus élevée, 2,1%, dans le sous-groupe des femmes enceintes – une situation que l'on retrouve dans d'autres pays de la région dans la mesure où le risque d'infection est élevé chez les femmes ayant des enfants.

La prévalence du VIH varie aussi selon le lieu. La figure 2 ci-dessous montre la répartition de cette prévalence par province.

**Figure 2 : Répartition de la prévalence du VIH par province**



RDC, PHLS décembre 2016

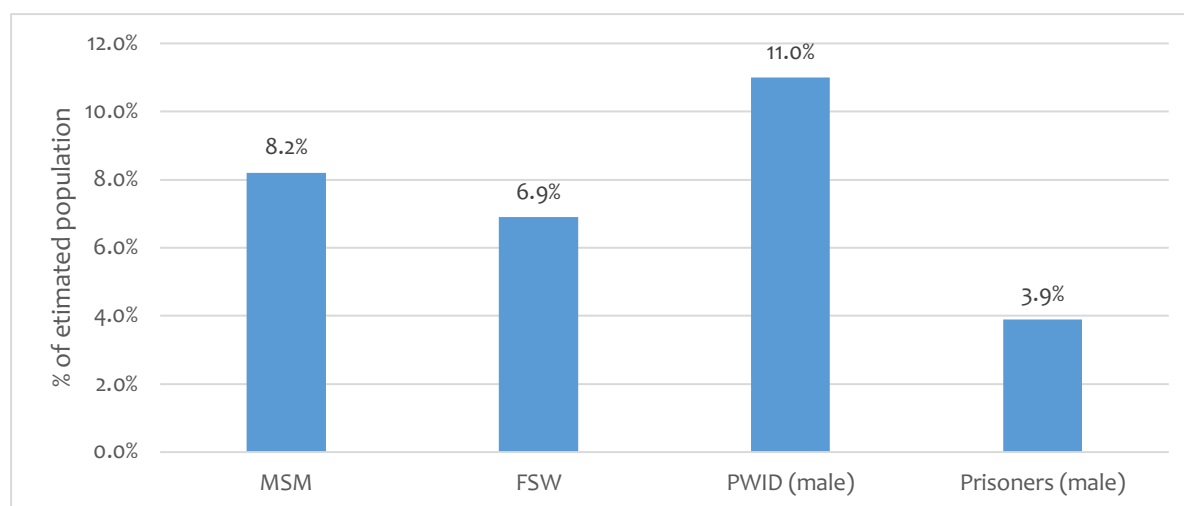
Source : MPSSMRM et al., 2014



Les provinces où la prévalence est la plus forte, indiquées en rouge, sont le Haut-Uele (6,9 %), le Maniema (3,9%), le Haut-Katanga et le Kasai-Oriental (2,8 % dans les deux provinces) et le Bas-Uele (2,4 %). Un travail est en cours dans le pays pour tenter de comprendre ces différences afin d'opérer un ciblage plus stratégique des investissements et des interventions dans ces provinces.

Les données de prévalence et d'incidence relatives aux populations clés ne sont ni actualisées, ni complètes. La **figure 3** ci-dessous synthétise des informations provenant d'études, de documents nationaux et de rapports programmatiques disponibles au moment de l'évaluation, afin de donner une indication très générale de la prévalence du VIH dans ces populations.

**Figure 3 : Prévalence du VIH par population clé**



*Sources<sup>6</sup>*

Les données de prévalence portant sur différentes périodes, la prévalence a été estimée à l'aide de différentes méthodes. Par conséquent, les taux eux-mêmes et les comparaisons entre groupes ne sont qu'indicatifs. Dans l'ensemble, ces données indiquent que la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée dans ces groupes de population que dans la population générale. Il n'existe actuellement aucune estimation de la taille de ces groupes de population, même si, comme il a été dit précédemment, une étude visant à combler ce manque était en cours au moment de la rédaction de ce rapport d'évaluation. Selon des résultats préliminaires pour Kinshasa, on estime que l'agglomération compte 55 000 travailleuses et travailleurs du sexe, 30 000 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 3500 consommateurs de drogues injectables, ce qui semble peu pour une métropole de 9,5 millions d'habitants (ICN de RDC, 2017).

***Évolution actuelle de l'accès et du recours aux services de lutte contre le VIH***

La RDC rencontre actuellement un problème de couverture et de fréquentation dans l'ensemble du continuum des services anti-VIH. Des données de 2015 indiquent qu'environ

<sup>6</sup> Sources : PNMLS (2016) pour les HSH, les TSf, les CDI et les détenus. Le texte comporte une remarque précisant que les données relatives aux travailleuses du sexe (TSf) proviennent du PNLS (2012a).

50 % de la population de RDC connaît son statut sérologique (PNMLS, 2016c). Selon la même source, 32,8 % du nombre estimé de personnes adultes vivant avec le VIH en RDC étaient sous traitement antirétroviral cette année-là (ibid.). La couverture des TAR était de 24,6 % pour les enfants. C'est pour les femmes adultes que celle-ci était la plus élevée avec 38,6 %, une grande partie d'entre elles ayant débuté un traitement antirétroviral dans le cadre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (ibid.). On notera toutefois que dans l'ensemble des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'une prise en charge en 2015, 71 % étaient sous traitement antirétroviral, conformément aux directives nationales en vigueur à l'époque (elles-mêmes basées sur les critères d'éligibilité fixés par l'OMS en 2013). Seules 7 % des personnes vivant avec le VIH sous TAR avaient bénéficié de tests de charge virale cette année-là. Pour ce qui est du maintien des patients dans le système de soins, les données communiquées par les établissements de santé utilisant le système des trois registres électroniques interconnectés (soit 14 % des établissements du pays) ont montré qu'en 2014, les taux étaient de 86 % à 12 mois, 80 % à 24 mois et 79 % à 60 mois (ibid.).

Au moment de l'évaluation, aucune donnée actualisée à l'échelle du pays sur l'accès et le recours des populations clés aux services anti-VIH n'était disponible. Le PNLS a récemment défini un ensemble minimal d'interventions à l'intention des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, des travailleuses du sexe et des consommateurs de drogues injectables, à savoir (PNLS, 2017a) :

- Prophylaxie préexposition (PreP)
- Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles
- Services de dépistage du VIH dans des structures fixes et mobiles
- Distribution de préservatifs et de lubrifiants
- Traitement et prise en charge médico-sociale du VIH
- Planification familiale
- Prise en charge médico-sociale des victimes de violences sexuelles, comprenant notamment un traitement prophylactique post-exposition.

Il est à noter qu'aucune mesure de réduction des risques n'est prévue pour les consommateurs de drogues injectables. Au moment de l'évaluation, cet ensemble d'interventions avait été mis en œuvre uniquement par l'intermédiaire de 7 centres conviviaux (5 à Kinshasa et 2 à Lubumbashi) financés par le Fonds mondial et le PEPFAR<sup>7</sup>. Des données de 2015 ont montré que 13 410 personnes appartenant à deux populations clés – travailleuses du sexe et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – ont effectué un test de dépistage du VIH et reçu leurs résultats dans ces centres. Sur ces 13 410 résultats, 730, soit 5,4 %, se sont révélés positifs (PNLS, 2016b). Sur les 447 travailleuses du sexe et les 85 HSH nouvellement pris en charge, 76 % et 88 % respectivement ont commencé un traitement antirétroviral. Sept pour cent ont été perdus de vue par la suite.

En ce qui concerne les consommateurs de drogues injectables, les données d'un programme

---

<sup>7</sup> Les centres conviviaux sont des centres de consultation sans rendez-vous gérés par des ONG/OSC dont le travail est axé sur les populations clés. Ces centres partagent les locaux d'établissements de santé (ou sont rattachés à ceux-ci) offrant des services de santé sexuelle et reproductive, dont des services de lutte contre le VIH (les établissements accueillent également la population générale). Différentes activités de soutien psychosocial sont également proposées, notamment une entraide entre pairs. Il est prévu que des projets de création de revenus et des services d'aide juridique soient intégrés au modèle dès 2018.

financé par le Fonds mondial mis en œuvre par PSSP ont montré qu'en 2015, 61 % des 190 bénéficiaires du programme avaient effectué un test de dépistage du VIH et reçu leurs résultats, dont 11,7 % se sont révélés positifs (PNMLS, 2016c). Aucune donnée n'était disponible concernant le recours aux traitements antirétroviraux dans cette population.

Les données de PSSP ont également montré que sur 38 personnes transgenres testées pour le VIH (18 hommes et 20 femmes), trois (toutes des femmes) s'étaient révélées séropositives. Là encore, aucune donnée n'a été fournie concernant l'accès à d'autres services anti-VIH (ibid.).

Les données programmatiques du ministère de la Justice pour 2015 ont montré que sur les 2972 détenus testés pour le VIH, 115, soit 3,9 %, étaient séropositifs (PNMLS, 2016c)<sup>8</sup>. Aucune donnée supplémentaire n'a été communiquée concernant l'accès à un traitement antirétroviral ou à d'autres services.

En raison du caractère lacunaire des données disponibles au moment de l'évaluation, il est impossible de dégager une tendance à l'échelle du pays en ce qui concerne l'accès et le recours des populations clés aux services anti-VIH, même si la plupart des participants à l'évaluation étaient d'avis que l'un comme l'autre étaient limités. En l'absence d'une estimation de la taille des populations clés dans tout le pays, il est impossible de connaître la véritable ampleur du déficit de fréquentation des services. Lorsque ces estimations seront disponibles (en 2018 normalement), la compréhension de la nature et de l'ampleur des obstacles actuellement rencontrés par ces groupes s'en trouvera améliorée, et il sera alors possible de mesurer les progrès accomplis si des mesures devaient être prises pour réduire voire éliminer ces obstacles.

## **Aperçu du contexte national pour ce qui est des droits humains en rapport avec le VIH**

Les conclusions présentées dans cette section décrivent le contexte national en RDC lorsqu'il s'agit de travailler sur les droits humains en rapport avec le VIH. Elles abordent des questions juridiques, politiques et stratégiques ainsi que des considérations plus générales concernant le contexte politique et socioculturel qui entoure le VIH et les populations clés et vulnérables. Bien que ces populations et les problèmes liés aux droits humains et au genre qu'elles rencontrent soient pris en compte dans plusieurs documents d'orientation sur le VIH, le contexte juridique et socioculturel demeure compliqué et difficile pour ces groupes, et cela continue de nuire aux initiatives toujours plus nombreuses qui visent à améliorer l'accès et le recours de ces populations aux services de lutte contre le VIH.

### ***Cadre juridique des droits humains en rapport avec le VIH***

Le cadre juridique des droits humains en rapport avec le VIH en RDC comporte à la fois des atouts et des faiblesses. Alors que l'importance des droits humains dans le contexte du VIH a été reconnue depuis 2008 au moins en RDC – dans la *Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* –, il n'existe toujours pas de cadre législatif complet régissant l'ensemble des éléments liés aux droits humains et au genre, les populations clés autres que les personnes qui vivent avec le VIH étant celles pour lesquelles les manques sont les plus importants.

En 2012, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a financé une évaluation de l'environnement juridique (EEJ) en RDC (PNUD, 2013). Cette évaluation présente la manière dont la Constitution de la RDC encadre le contexte des priorités de la

---

<sup>8</sup> On estime que le pays comptait environ 20 000 détenus répartis dans les 120 établissements pénitentiaires du pays en 2015. 73 % d'entre eux étaient en détention provisoire. Consulter : <http://www.prisonstudies.org/country/democratic-republic-congo>

riposte au VIH en ce qui concerne les droits humains et les questions de genre. La Constitution définit les droits civiques, politiques, sociaux, économiques et culturels de tous les citoyens (République démocratique du Congo, 2011). Elle comporte des dispositions spéciales sur l'égalité entre les femmes et les hommes, la violence sexiste et la protection des enfants. Elle prévoit aussi, entre autres, un droit à la santé et à la sécurité alimentaire (article 47). Toutefois, compte tenu de l'absence de mécanismes fiables et efficaces pour faire appliquer la loi et pour accéder à la justice en RDC, les individus n'ont que très peu de moyens pour faire valoir ces droits et demander aux responsables concernés de rendre des comptes, que ce soit dans le contexte de la riposte au VIH ou dans d'autres situations. Ce point est traité plus en détail ci-après.

L'EEJ a souligné l'importance de la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées*, qui prévoit tout un ensemble de droits pour les personnes qui vivent avec le VIH et leurs proches (RDC, 2009). Il s'agit de dispositions portant sur : la stigmatisation et la discrimination, y compris dans les établissements de santé ; le respect de la confidentialité et de la vie privée ; le consentement éclairé ; l'obligation pour l'État d'offrir des services gratuits de dépistage et de traitement du VIH et d'assurer la prestation de ces services dans certains milieux, notamment en milieu carcéral. La loi précise par ailleurs (article 2) que ces protections s'appliquent également aux groupes vulnérables fortement exposés au risque d'infection par le VIH. Ces groupes comprennent « *les femmes, les jeunes, les professionnels du sexe, les toxicomanes, les homosexuels* ». Les personnes transgenres ne figurent pas dans la liste. Bien que cette reconnaissance en droit des populations clés dans le contexte du VIH soit importante, la loi ne contient aucune disposition plus précise concernant ces groupes. Par conséquent, sa capacité à résoudre les problèmes liés aux droits humains et au genre rencontrés par ces populations a été limitée voire nulle. Elle a néanmoins donné un nouvel élan à l'intégration de ces groupes dans les politiques et les programmes, comme le montrera la section suivante. La loi comprend par ailleurs certaines dispositions particulièrement problématiques en ce qui concerne la divulgation du statut sérologique et la criminalisation de la transmission du VIH. Ces questions sont abordées plus en détail dans la **section 4.4.4** ci-après.

### ***Politiques, stratégies et directives en rapport avec le VIH***

Au moment de l'évaluation, le pays se trouvait dans les dernières phases du processus d'approbation du PSN 2018–2021. Ce plan est le principal moyen d'action de la riposte nationale au VIH. Parmi ses principes directeurs figurent « le respect des droits humains et du genre » ainsi qu'un alignement sur les engagements pris aux niveaux régional et international, notamment la *Déclaration politique sur le VIH/sida* de 2016, les objectifs de développement durable, les cibles 90–90–90 de la stratégie d'accélération de la riposte de l'ONUSIDA, et la directive « dépister et traiter » relative au traitement du VIH (PNMLS, 2017b).

L'orientation du PSN sur les droits humains et les questions de genre apparaît dans l'impact n° 5, où il est précisé que « *l'impact des violations des droits humains liés au VIH (la stigmatisation et la discrimination, le droit à la santé, à l'égalité de genre, à la sécurité physique) sur les personnes vivant avec le VIH et les personnes affectées, sur les populations clés et les femmes ainsi que sur les jeunes et adolescents est réduit de 90 % d'ici 2021* » (PNMLS, 2017b). Les stratégies spécifiques devant concrétiser cet impact sont examinées plus loin dans la **section 4.6**.

Tous ces éléments du PSN représentent un nouveau progrès majeur dans l'attention portée aux aspects en rapport avec les droits humains et le genre dans la riposte nationale au VIH ainsi que dans la mobilisation sur ces questions. Ils reflètent parfaitement les progrès déjà réalisés dans le cadre du précédent PSN (2014–2017), avec l'introduction de ces éléments comme catalyseurs essentiels pour renforcer les résultats et l'impact des actions menées.

Toutefois, comme l'ont montré les résultats d'évaluations extérieures et affirmé un certain nombre d'informateurs clés, il y a eu un écart important entre les actions détaillées dans le PSN et ce qui a été effectivement financé et mis en œuvre (PNMLS, 2017b).

## **Vue d'ensemble du contexte politique et social des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services anti-VIH**

La riposte nationale au VIH en RDC est dirigée par le PNMLS qui a été créé par décret présidentiel en 2004. Le PNMLS est administré par le Conseil national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida, présidé par le chef de l'État. Le PNMLS possède des antennes provinciales dotées d'une structure de gouvernance similaire. Au sein du bureau national, une personne référente pour les questions de droits humains en rapport avec le VIH fait le lien avec le secteur public et la société civile, y compris avec les groupes représentatifs des populations clés. Cependant, l'engagement politique en ce qui concerne la riposte au VIH – mesuré par le montant des contributions financières nationales – est minime. Le programme de lutte contre le VIH en RDC est en grande partie financé par des sources non publiques. En 2014 – dernière année pour laquelle des données complètes sont disponibles –, sur un montant total des dépenses programmatiques directes de 222 millions de dollars, 44 % ont été financés par des sources privées (principalement par les ménages des PvVIH dont les dépenses n'ont pas été prises en charge) (PNMLS, 2015). Sur les 56 % restants, 24 % ont été financés par des sources publiques (gouvernement central) et le reste par des sources extérieures, principalement le Fonds mondial et le PEPFAR. Les autres contributeurs extérieurs étaient des institutions des Nations Unies (PNUD, UNFPA et UNIFEM) et d'autres partenaires bilatéraux (Belgique, Canada, France, Allemagne et Suède).

Le contexte social de la riposte au VIH est difficile. Plus de 60 % des 84 millions habitants de la RDC vivent en milieu rural, 46 % sont âgés de moins de 15 ans et 73 % sont âgés de moins de 25 ans (PNUD, 2016). Soixante-dix-sept pour cent de la population vit avec moins de 2 dollars par jour et 85 % avec 3 dollars par jour (ibid.). Il y a un reste à charge dans la plupart des services de santé en RDC. Si les traitements antirétroviraux sont gratuits, d'autres services en rapport avec le VIH ne le sont pas (PNMLS, 2017b). Le système de santé connaît un certain nombre de difficultés à tous les niveaux, notamment des failles dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement (qui ont provoqué des ruptures de stock d'antirétroviraux et d'autres produits comme les kits de dépistage du VIH ou les traitements prophylactiques post-exposition), des effectifs insuffisants dans les établissements de santé et, dans certaines parties du pays, la poursuite de conflits qui ont engendré la fermeture de services et la destruction d'infrastructures sanitaires (PNMLS, 2017b ; entretiens avec des informateurs clés du PNMLS, Goma, octobre 2017). La persistance des conflits a également provoqué des déplacements de population à l'intérieur du pays, qui peuvent accroître le risque de contracter le VIH ou la tuberculose et entraîner des interruptions de traitement (ibid.).

On notera enfin que recenser et agir sur les problèmes de droits humains en RDC se fait dans un contexte difficile. Des organismes nationaux et internationaux ont vivement critiqué, d'une part, l'étendue et l'ampleur des problèmes de droits humains en général qui persistent en RDC, et d'autre part, l'insuffisance des mesures prises par le gouvernement et d'autres pour résoudre ces problèmes (Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2017 ; Amnesty International, 2017 ; Département d'État américain, 2016). Cela inclut l'état de peur et d'intimidation – allant jusqu'aux menaces de violence physique voire de mort – dans lequel vivent les défenseurs des droits humains et les organisations de la société civile actives dans ce domaine (CADHP, 2017). Un projet de loi a été déposé par le ministère de la

Justice pour remédier à cette situation, mais son contenu a été critiqué car non conforme aux normes des Nations Unies en matière de protection des défenseurs des droits humains<sup>9</sup>.

Ces facteurs contribuent aux difficultés rencontrées pour recenser et éliminer, ou du moins réduire, les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui empêchent les populations sur lesquelles se concentre cette évaluation d'accéder aux services anti-VIH. La nature des obstacles liés aux droits humains est exposée dans la section qui suit.

## **Obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services anti-VIH et nuisent au maintien des patients dans le système de soins**

### *Vue d'ensemble*

Les résultats présentés dans cette section regroupent des informations provenant à la fois de l'examen de la documentation et du travail d'investigation. Ils décrivent la nature des obstacles liés aux droits humains, qui entravent l'accès et le recours aux services anti-VIH et nuisent au maintien des patients dans le système de soins, à savoir : la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé et au sein des communautés ; les lois, politiques et pratiques répressives qui concernent les populations clés ; une éducation juridique et un accès à la justice limités ; des discriminations et des inégalités fondées sur le genre, notamment des normes et des pratiques traditionnelles néfastes, et toutes les formes de violence sexiste, y compris celles qui entravent l'accès des jeunes et des adolescents aux services ; et enfin, les obstacles qui découlent de la pauvreté.

### **Stigmatisation et discrimination**

Les conclusions présentées dans cette section s'appuient sur des données quantitatives ainsi que sur les observations des participants à l'évaluation. En ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH, les données de *l'Indice de stigmatisation des PvVIH* datent de 2012 (UCOP+ et d'autres, 2012). Elles avaient révélé à cette époque des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination liés au VIH dans plusieurs domaines<sup>10</sup>. Par exemple, entre 20 % et 25 % des participants avaient rencontré une forme d'exclusion de la part de leur famille ou dans le cadre d'activités sociales ou culturelles. De plus, 45 % avaient subi des insultes ou du harcèlement verbal en rapport avec leur statut sérologique au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié (52 %) des participants avaient fini par interioriser la stigmatisation dont ils étaient l'objet et par vivre leur séropositivité dans la honte. La peur du VIH et le manque de connaissances sur les modes de transmission du virus avaient été les raisons les plus souvent citées pour lesquelles les personnes vivant avec le VIH se sentaient rejetées par les autres.

Pour ce qui est du logement et de l'emploi, plus de 50 % des personnes interrogées avaient été contraintes de déménager ou s'étaient vu refuser un logement, parmi lesquelles 38 % ont indiqué que cela avait été motivé par le fait qu'elles vivaient avec le VIH. Un tiers des personnes interrogées avaient perdu leur emploi ou leur principale source de revenus, parmi lesquelles 40 % ont indiqué que cela était dû au fait qu'elles vivaient avec le VIH. Concernant les services de santé, 6 % s'étaient vu refuser des soins en raison de leur statut sérologique, notamment des soins dentaires, au cours des 12 derniers mois.

<sup>9</sup> Voir par exemple : <https://www.ishr.ch/news/republique-democratique-du-congo-le-projet-de-loi-sur-les-defenseurs-des-droits-humains-est>

<sup>10</sup> Sur les 1411 personnes interrogées, moins de 5 % provenaient de populations clés et les travailleuses du sexe – 43 femmes – formaient le groupe le plus important issu de ces populations. Par conséquent, aucune conclusion n'a été tirée de l'enquête quant au vécu particulier des PvVIH appartenant également à des populations clés.

Dans l'ensemble, 23 % des participants avaient subi au moins une violation de leurs droits fondamentaux, parmi lesquels seuls 22 % avaient tenté d'obtenir une certaine forme de réparation. Ce constat est d'autant plus alarmant que la plupart de ces violations relèvent de dispositions de la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* (ce point est traité en détail plus loin, dans la **section 4.4.5**).

À propos du contexte socioculturel qui entoure le VIH en RDC, il est important de noter qu'en 2013, seulement 21,8 % des adultes (âgés de 15 à 64 ans) avaient une connaissance complète du VIH (29 % des hommes et 19,2 % des femmes) (MPSMRM et al., 2014). Chez les adolescents et les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), les chiffres étaient respectivement de 25 % et 18,6 %. Pour ce qui est des attitudes bienveillantes envers les personnes vivant avec le VIH, seulement 4,2 % de la population étudiée faisait preuve d'une telle attitude sur l'échelle normalisée allant de 1 à 4. Sur des points particuliers, les chiffres étaient plus encourageants : 71,5 % acceptaient de prendre soin d'un parent malade à la maison ; 46 % consentaient à acheter leurs fruits et légumes auprès d'un marchand séropositif ; et 49 % étaient d'accord pour qu'un enseignant séropositif asymptomatique puisse continuer à travailler. Cependant, pour 26 % de l'échantillon, il n'était pas nécessaire de garder secret le statut sérologique d'un membre de la famille séropositif.

Des participants à l'évaluation de référence, notamment les membres de réseaux de PvVIH et de groupes de soutien, dont certains étaient au courant des résultats de l'enquête d'évaluation de l'*indice de stigmatisation*, ont parlé des difficultés constantes auxquelles ils devaient faire face, du fait de la stigmatisation et de la discrimination, dans leur environnement personnel et social et, dans une moindre mesure, dans les services publics en rapport avec le logement et l'emploi. Ils ont précisé comment la stigmatisation et la discrimination continuaient à avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et sur leur motivation à participer aux programmes de lutte contre la maladie, en particulier en dehors des grands centres urbains où les réseaux de PvVIH, notamment l'UCOP+, sont plus actifs.

Certains des exemples les plus éloquents portaient sur des situations familiales, notamment celles de femmes rejetées ou pointées du doigt pour avoir amené le VIH dans la famille. Dans certains cas, cela avait déclenché des violences verbales ou physiques. D'autres témoignages ont fait état de femmes dont la séropositivité était divulguée à d'autres membres de la famille sans leur consentement ou à des personnes de la communauté, cela dans le but de couvrir de honte ou de punir ces femmes (entretiens avec des informateurs clés de la Fondation Femmes Plus, de l'association Si Jeunesse Savait, et de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) en RDC, septembre 2017).

Des informateurs clés travaillant avec des enfants et des adolescents vivant avec le VIH ont donné des exemples d'enfants rejetés par leurs proches ou leur famille élargie, en particulier après que l'un ou les deux parents soient morts de maladies liées au sida (discussion de groupe avec des aidants non professionnels, Heal Africa, Goma, octobre 2017). La peur du VIH, le manque de connaissances sur les modes de transmission du virus et le jugement moral ont été les raisons les plus souvent citées par tous les groupes pour expliquer pourquoi les personnes vivant avec le VIH se sentaient rejetées par les autres. Dans les zones rurales, où les contacts avec les réseaux de PvVIH ou les groupes de soutien sont très limités, des informateurs clés ont décrit l'extrême isolement des personnes vivant avec le VIH engendré par un climat général de croyances ostracisantes autour de la question. Ils ont mentionné les répercussions négatives de ce rejet sur l'estime qu'ont les PvVIH d'elles-mêmes et sur leur motivation à recourir à des services anti-VIH, voire à poursuivre un traitement antirétroviral (discussion de groupe avec des membres de réseaux locaux de PvVIH, Kisangani, Goma, octobre 2017).

Pour les autres populations clés, en particulier les homosexuels masculins et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres, les travailleurs et travailleuses du sexe et les consommateurs de drogues injectables, le poids de la stigmatisation, de la discrimination et du harcèlement verbal ou physique, voire des

violences verbales ou physiques, demeurent considérable, selon des informateurs clés et les résultats d'évaluations récentes. Pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres et, plus largement, le groupe représentatif des personnes LGBT, les attitudes et les convictions socioculturelles très négatives concernant l'homosexualité alimentent la stigmatisation et l'exclusion dont ils sont l'objet au sein de leurs familles et de leurs communautés. Elles alimentent la stigmatisation et la discrimination que ces personnes subissent dans d'autres domaines comme l'emploi, l'éducation ou le logement. Une étude menée en 2016 à Kinshasa sur un petit échantillon de 200 personnes LGBT volontaires a par exemple montré que : 82 % d'entre elles avaient fait l'objet de ragots malfaisants au sujet de leur orientation sexuelle au moins une fois au cours des 12 derniers mois ; 64 % avaient été victimes de harcèlement verbal ; 59 % avaient été confrontées à des attitudes et comportements hostiles au sein de leur foyer ; 29 % avaient été harcelées physiquement (CONERELA+, 2016). Près d'une personne interrogée sur cinq avait été contrainte de déménager ou s'était vu refuser des soins au cours des 12 derniers mois en raison de leur orientation sexuelle. Il n'est donc pas étonnant que les résultats de l'étude aient également montré, d'une part, que 75 % des personnes interrogées vivaient dans une peur constante de ces diverses formes récurrentes de stigmatisation et de discrimination, et d'autre part, que l'autostigmatisation était répandue chez les participants à l'étude, 75 % d'entre eux ayant à un moment ou à un autre éprouvé un sentiment de honte au cours de l'année écoulée. Ces tendances ont, pour la plupart, été amplifiées dans des études qualitatives de plus grande ampleur menées à l'échelle du pays entier, notamment dans une étude réalisée en 2017 (Si Jeunesse Savait, 2014 ; UHAI-EASRHI, 2017).

Ces expériences ont également été confirmées par des participants au travail d'investigation. Les expériences n'ont cependant pas toutes été négatives. Un petit nombre d'informateurs clés (principalement de Kinshasa) travaillant avec des homosexuels masculins et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont rapporté que les choses étaient en train de changer en RDC, au moins dans leur milieu social, que les familles et les communautés locales devenaient plus tolérantes. Même si la stigmatisation et la discrimination étaient encore une réalité pour les membres de leurs réseaux, elles avaient selon eux tendance à reculer et les individus qui y étaient confrontés gagnaient en confiance et en résilience face à ces expériences négatives (discussion de groupe avec des réseaux d'HSH soutenus par l'association AMOCONGO, Kinshasa, octobre 2017).

Aucune donnée qualitative actualisée n'est disponible concernant les travailleurs et les travailleuses du sexe. Pour ces dernières, une question portant sur les violences physiques et une autre sur le viol figuraient dans l'enquête bio-comportementale intégrée de 2012. Près d'un tiers des femmes interrogées avaient subi des violences ou un viol au moins une fois dans un passé récent (PNLS, 2014). Il existe des informations descriptives plus récentes (Kiernan, Mishori, Masoda, 2016 ; UHAI-EASRHI, 2017). Ce que montrent ces résultats – en grande partie confirmés par les participants au travail d'investigation –, ce sont des attitudes et des convictions socioculturelles très fortes vis-à-vis d'une activité perçue comme un « péché » ou une « abomination » – tout comme les relations homosexuelles et la transidentité –, qui alimentent la stigmatisation et la discrimination au sein des familles et des communautés à l'égard des personnes faisant commerce du sexe. Elles attisent également le harcèlement verbal et physique, les abus et les violences de la part de clients, des forces de police et de certains membres de la famille ou de la communauté (discussion de groupe avec des personnes faisant commerce du sexe, pairs-éducateurs pour PSSP et AMOCONGO, septembre-octobre 2017).

En ce qui concerne les adolescents et les jeunes, la discrimination et la stigmatisation liées au VIH était plutôt en rapport avec le secret et à la honte qui entourent la sexualité et la vie sexuelle, en particulier pour les moins de 18 ans (tables rondes avec des organisations membres du Réseau des associations congolaises des jeunes contre le sida (RACOJ) à Kinshasa, Matadi et Goma, septembre-octobre 2017 ; Arenas et Loock, 2016). Une des



conséquences de cette situation est la faible connaissance et la compréhension limitée de l'infection à VIH et d'autres risques de santé sexuelle et reproductive. Les observations d'informateurs clés ont notamment confirmé les résultats de l'EDS de 2014, qui montraient que chez les 15–24 ans, seulement 25 % des hommes et 18,6 % des femmes avaient une connaissance complète de l'infection à VIH (MPSMRM et al., 2014).

La discrimination et la stigmatisation liées au VIH touchent d'autres populations, notamment les consommateurs de drogues injectables et la population carcérale. Les informations concernant les consommateurs de drogues injectables proviennent de discussions de groupes avec des pairs-éducateurs. Tous ont confirmé que les consommateurs de drogues injectables subissaient encore un fort rejet social, y compris de la part de leurs familles, et qu'ils vivaient par conséquent en vase clos, à l'écart des quelques interventions conçues à leur intention (discussions de groupe avec des pairs-éducateurs CDI à Kinshasa, Goma, Matadi et Lubumbashi, septembre-octobre 2017). Les conditions déplorables qui règnent dans les établissements pénitentiaires empêchent toute confidentialité dans la population carcérale générale pour les personnes vivant avec le VIH sous traitement, ce qui entraîne une stigmatisation et une discrimination à leur encontre et dissuade les détenus de recourir aux services anti-VIH (PNUD, 2013 ; table ronde avec des représentants de l'administration pénitentiaire et des détenus, Goma, octobre 2017).

### **La stigmatisation et la discrimination dans les services de santé**

Des faits de stigmatisation et de discrimination dans les services de santé, notamment des refus de prise en charge, un manque de professionnalisme et des violations du secret médical, continuent à être signalés par des personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes de population clés. *L'Indice de stigmatisation des PvVIH* a montré qu'en 2012, parmi les violations des droits humains révélées par l'étude, les personnes interrogées avaient le plus souvent cité le fait d'avoir subi de force des actes médicaux, notamment un dépistage du VIH, une situation vécue par 50 % des participants à l'enquête vivant dans des zones rurales (UCOP+ et al., 2014). Des informateurs clés ont toutefois souligné que de tels faits étaient moins fréquents depuis l'époque à laquelle l'enquête avait été réalisée. Selon des informateurs clés, les personnes vivant avec le VIH rencontrent des problèmes avec les professionnels de santé qui n'ont pas été formés à proposer le paquet minimum de services anti-VIH ou dans des établissements situés en dehors des zones urbaines, en particulier dans des régions où le nombre de PvVIH est peu élevé. En ce qui concerne les professionnels de santé, les réseaux de PvVIH et d'autres informateurs clés ont attiré l'attention sur les indices élevés de roulement du personnel, qui expliquaient en partie, dans un établissement particulier, le manque récurrent de personnel compétent dans le domaine du VIH (entretiens avec des informateurs clés de l'UCOP+, de l'ICW en RDC et du PNLS, septembre-octobre 2017).

Les problèmes étaient plus graves pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses du sexe et les personnes transgenres. Des données à la fois qualitatives et quantitatives provenant de sources publiées décrivent des cas de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé, y compris des situations dans lesquelles des individus sont contraints de subir des actes médicaux, notamment un dépistage du VIH, ainsi que de graves violations de la confidentialité et de la vie privée. Il est cependant difficile de quantifier la fréquence de tels faits à l'échelle du pays entier. Dans l'étude menée à Kinshasa – mentionnée dans la section précédente et montrant qu'une personne LGBT sur cinq s'était vu refuser des soins –, la moitié des 50 % des personnes interrogées ayant subi des violations de leurs droits fondamentaux ont déclaré que des actes médicaux forcés, notamment le dépistage du VIH ou d'autres IST, étaient le type de violation qu'elles avaient rencontré (CONERELA+, 2016). Plusieurs expériences similaires ont été également décrites dans l'évaluation de la situation effectuée en 2017 (UHAI-EASRHI, 2017).

Les participants à l'évaluation ont largement confirmé ces constatations. Il existe en RDC quelques établissements de santé qui offrent des services respectueux des populations clés,

mais en dehors de ces établissements, des informateurs clés ont décrit de nombreux cas de manque de professionnalisme – railleries, dénonciations, violations du secret médical – lorsque des professionnels de santé découvraient que la personne en consultation était, par exemple, un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou une personne transgenre. Ainsi, certaines personnes cachent des informations importantes sur elles-mêmes qui touchent à leur santé, ou ne fréquentent les services de santé qu'en cas d'absolue nécessité, principalement par crainte d'être victimes de ces mauvais traitements, de violences verbales ou de violations du secret médical (EIC et DG avec des pairs-éducateurs travaillant avec des travailleurs et travailleuses du sexe, des HSH, des personnes transgenres et des CDI ; CONERELA+, 2016 ; UHAI-EASRHI, 2017). Les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables sont les personnes dont il a été dit qu'elles fréquentaient le moins, voire pas du tout, les services de santé pour ces raisons (ibid.).

Des informateurs clés travaillant avec des adolescents et des jeunes ont expliqué que les difficultés rencontrées par les adolescents étaient liées à l'âge du consentement pour accéder aux services, ainsi qu'aux présupposés socioculturels concernant l'âge auquel ils devraient être sexuellement actifs. Les jeunes âgés de moins de 18 ans ont besoin de leurs parents ou de leurs tuteurs pour pouvoir accéder aux services de santé, ce qui les oblige à révéler la raison pour laquelle ils souhaitent consulter. L'absence de confidentialité qui en résulte peut les exposer aux jugements catégoriques à la fois de leurs parents et des prestataires de services. Par ailleurs, beaucoup subissent, ou craignent, les attitudes et les comportements hostiles de la part de professionnels de santé, notamment des jugements moraux et des violations du secret médical, en particulier s'ils vivent avec le VIH (Arenas et Loock, 2016 ; Valles et al., 2016 ; Carlor et al., 2015). D'autres difficultés rencontrées par les adolescents et les jeunes, et particulièrement par les adolescentes et les jeunes femmes, dans les structures sanitaires sont décrites dans la **section 4.4.6** ci-après.

### ***Lois, politiques et pratiques répressives***

Plusieurs constatations importantes ont été faites à propos de lois, de politiques et de pratiques répressives, et également de l'accès à la justice pour obtenir réparation, qui concernaient tous les groupes inclus dans l'évaluation. Les problèmes qui ont trait aux lois, politiques et pratiques répressives sont précisés ci-dessous ; ceux qui sont en rapport avec l'accès à la justice sont détaillés dans la section suivante.

Pour ce qui est des personnes vivant avec le VIH, des informateurs clés ont souligné que la criminalisation de la transmission du virus, dans la *Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008* ainsi que dans les lois portant sur les violences sexistes et les droits de l'enfant, renforçait une tendance générale à stigmatiser et discriminer les PvVIH, et pouvait dissuader la population de fréquenter des services anti-VIH, notamment de dépistage (entretiens avec des informateurs clés de l'UCOP+, du MdJ et du PNUD ; PNUD, 2013 ; RDC, 2009)<sup>11</sup>. La *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* stipule en outre, d'une part, qu'une personne est tenue de divulguer son statut sérologique, dès qu'elle en a connaissance, à son conjoint ou à ses partenaires avant d'avoir d'autres rapports sexuels (afin d'éviter les risques de poursuites pénales pour « transmission délibérée du VIH (article 45) » entre autres raisons), et d'autre part, qu'un médecin peut

---

<sup>11</sup> Ces autres dispositions sont les suivantes : l'alinéa 9 de l'article 174 i de la *Loi n° 06/019 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le Décret du 06 août 1959 portant Code de Procédure pénale congolais*, qui stipule, « Sera puni d'une peine de servitude pénale à perpétuité [prison à perpétuité] et d'une amende de deux cent mille francs congolais constants, quiconque aura délibérément contaminé une personne d'une infection sexuellement transmissible incurable [le VIH n'est pas directement cité] ; l'article 177 (Titre IV) de la *Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant*, qui stipule, « Quiconque contamine délibérément un enfant d'une infection sexuellement transmissible incurable, notamment le VIH/sida, est puni d'une servitude pénale à perpétuité et d'une amende de cinq cent mille à un million de francs congolais » (pour les deux : RDC, 2009).

divulguer cette information sans le consentement de la personne concernée, si celle-ci ne l'a pas fait elle-même, pour des raisons de « nécessité médicale », un terme qui n'est pas défini. Certains informateurs clés pensaient que ces dispositions pouvaient nourrir la réticence des individus à vouloir connaître leur statut sérologique.

Cependant, cet avis n'était pas partagé par tous les informateurs clés. Malgré un très petit nombre de cas mentionnés par certains informateurs clés de femmes accusées d'avoir infecté leurs maris dans le cadre d'une procédure de divorce, par exemple, il n'y a pas eu officiellement aucune poursuite ou condamnation pour transmission du VIH depuis 2009<sup>12</sup>. Ces mêmes informateurs étaient par ailleurs tout à fait conscients des limites de la criminalisation de la transmission du VIH, et notamment de la quasi-impossibilité d'établir avec certitude la date et les conditions de l'infection (entretiens avec des avocats et des magistrats participant à un atelier « enseignements retenus » à propos de la formation PNUD/MINJUSTICE [décrite dans la **section 4.5.4** ci-après], septembre 2017).

Les carences sont plus importantes pour les populations clés. Si les relations homosexuelles, les identités de genre non conformes au sexe biologique et le commerce du sexe ne font pas directement l'objet de sanctions pénales, aucune loi ne protège pour autant les personnes concernées. En fait, les lois qui protègent tous les citoyens contre les violences physiques ou les abus de pouvoir de la police peuvent être bafouées en partie à cause d'un environnement socioculturel généralement hostile et répressif envers ces personnes<sup>13</sup>. Selon des informateurs clés, c'est ce qui explique les actes de violence et les abus perpétrés contre ces personnes par la police et les services de sécurité ou par d'autres individus et groupes au sein des communautés, des actes qui sont contraires à la loi, mais pour lesquels il existe une relative impunité (EIC et DG avec des pairs-éducateurs travaillant avec des HSH, des personnes transgenres et des travailleuses et travailleurs du sexe à Kinshasa, Matadi, Kisangani, Goma et Lubumbashi ; CONERELA+, 2017 ; Si Jeunesse Savait (SJS), 2014 ; SJS et Initiative des droits sexuels, 2014 ; UHAI-EASRHI, 2017)<sup>14</sup>.

Pour les travailleurs et les travailleuses du sexe, les abus de pouvoir des forces de police prennent des formes diverses : vol de l'argent de clients (en particulier lorsqu'un client refuse de payer et que la police intervient) ; destruction de préservatifs ; arrestations arbitraires en vue de soutirer des bakchichs ; violences physiques et sexuelles. La police s'appuie parfois sur l'article 175 du *Code pénal*, qui définit les infractions à l'ordre public, pour arrêter et détenir des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des personnes transgenres ou des travailleurs et travailleuses du sexe, mais les cas consignés sont rares dans la mesure où la plupart se règlent par une transaction financière (discussions de groupe avec des pairs-éducateurs travaillant des HSH et des TS à Goma, Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi ; PNUD, 2013 ; UHAI-EASRHI, 2017). Bien qu'il existe des lois contre les pratiques abusives de la police, entre autres, les victimes de ces abus ne portent pas plainte par crainte d'autres abus et de nouvelles humiliations, d'un étalement de leur vie privée au grand jour ou de représailles (ibid.).

Des informateurs clés ont expliqué le lien entre ces expériences négatives (ou la crainte d'avoir à les vivre) et la participation aux programmes de lutte contre le VIH. En particulier pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres, la crainte supplémentaire de voir leur identité sexuelle ou leurs pratiques sexuelles divulguées, que ce soit par inadvertance ou de manière délibérée, maintient ces personnes à l'écart des services de lutte contre le VIH et d'autres services de santé. La crainte existe également que les professionnels de santé aient les mêmes préjugés que la police, par

<sup>12</sup> Le cas du viol d'une jeune fille par son père est décrit dans le document du PNUD (2014).

<sup>13</sup> La *Loi n° 06/019 du 20 juillet 2006* contient toutefois des dispositions qui sanctionnent le fait de forcer une personne à se prostituer, le fait de vivre des revenus générés par une personne prostituée sous la contrainte, ainsi que le proxénétisme.

<sup>14</sup> Il n'y a aucune donnée quantitative sur la fréquence de ces violences ou de ces abus. Toutes les sources citées rapportent les témoignages éloquentes de personnes ayant vécu de telles situations.

exemple, ou d'autres membres des communautés (discussions de groupe avec des pairs-éducateurs travaillant avec des HSH et des TS à Goma, Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi).

Les lois qui pénalisent la consommation de drogues datent de différentes époques (1903 et 1957, par exemple) (PNUD, 2013). La marijuana, les amphétamines et l'héroïne font partie d'une plus longue liste de substances interdites. Bien qu'un *Programme national de lutte contre les toxicomanies et les substances toxiques* existe au sein du ministère de la Santé publique (MSP), son mandat et ses interventions abordent la réduction des risques uniquement sous l'angle de la désintoxication et de la réhabilitation. Des informateurs clés travaillant avec des consommateurs de drogues injectables ont expliqué comment le contexte juridique favorisait le harcèlement et les abus perpétrés par les forces de l'ordre. Selon eux, les consommateurs de drogues injectables sont souvent arrêtés uniquement à des fins d'extorsion et non pour engager une procédure pénale à leur encontre (discussion de groupe avec des pairs-éducateurs CDI à Kinshasa). Le contexte juridique confine les consommateurs de drogues injectables dans la clandestinité, les empêche d'accéder aux services anti-VIH ou à d'autres services, et les rend difficilement accessibles, en grande partie à cause de la profonde méfiance qu'ils éprouvent à l'égard de toute personne extérieure à leurs réseaux.

En ce qui concerne les adolescents et les jeunes, le *Code de la famille* définit les « enfants » comme toute personne âgée de moins de 18 ans (RDC, 2016). Alors que la loi contient un certain nombre de dispositions importantes qui visent à protéger le bien-être des enfants, un de ses effets est que les adolescents de moins de 18 ans ne peuvent pas donner seuls leur consentement à des professionnels de santé, qu'il s'agisse d'effectuer un test de dépistage du VIH ou de se procurer des préservatifs ou d'autres produits de santé sexuelle et procréative disponibles dans les établissements de santé publics. Tous les informateurs clés travaillant auprès de cette population ont mentionné cette importante difficulté, que ce soit par rapport aux interventions dans le domaine du VIH, ou, plus largement, aux efforts de promotion de la santé sexuelle et reproductive. Les professionnels de santé insistent sur la présence des parents, ce qui oblige les adolescents qui souhaitent consulter de révéler à leurs parents qu'ils sont sexuellement actifs, alors qu'ils ne sont a priori pas disposés à le faire. Pour les adolescents qui contractent le VIH, la situation est plus grave, et les partenaires non gouvernementaux travaillant avec ces jeunes doivent faire preuve de créativité pour que ceux-ci puissent avoir accès à des services lorsqu'il n'est ni souhaitable, ni possible d'informer les parents (entretiens avec des informateurs clés du RACOF et de Heal Africa, septembre-octobre, 2017).

Pour les prisonniers et autres détenus, l'équipe d'évaluation a constaté que les efforts déployés par le ministère de la Justice, avec l'appui de partenaires, pour proposer des services anti-VIH à cette population – conformément aux dispositions légales qui obligent à offrir des services de santé à la population carcérale – ont été considérablement limités dans leur efficacité par une tendance générale à ne pas respecter les lois prévoyant des normes minimales relatives aux conditions de détention ainsi que des conditions élémentaires de subsistance des détenus (Amnesty International, 2017 ; PNUD, 2013, Département d'État américain 2016). On continue en outre à observer des procédures judiciaires abusives, à travers un recours excessif à la détention provisoire, visant à incarcérer illégalement des individus sur de longues périodes. La conséquence est une grave surpopulation des établissements pénitentiaires. Par ailleurs, une grande partie de la population carcérale est constituée de détenus qui ne font que passer dans ces établissements (PNMLS, 2017b).

### **Une éducation juridique et un accès à la justice limités**

On considère que les populations clés et vulnérables de RDC ont des connaissances limitées sur le plan juridique. Par exemple, alors que les droits légaux et humains des personnes vivant avec le VIH sont protégés par une législation mise en place depuis presque dix ans, peu de PvVIH en connaissent les dispositions et rares sont celles qui pensent que les différentes violations de ces droits qu'elles subissent peuvent être réglées au moyen de la loi

(discussion de groupe avec des PvVIH membres de l'UCOP+, septembre-octobre 2017). Les informateurs clés qui ont fait ces observations ont fait état des conclusions antérieures de l'enquête d'évaluation de l'*Indice de stigmatisation des PvVIH* qui, en 2012, avait révélé que, même si 80 % des personnes interrogées avaient entendu parler de la loi nationale protégeant leurs droits, seulement 45 % d'entre elles l'avaient lue ou en avaient parlé (UCOP+ et al., 2014)<sup>15</sup>. Peu de personnes vivant avec le VIH, voire aucune, ont cherché à obtenir réparation par voie judiciaire en raison d'un manque de moyens pour embaucher des avocats et payer les frais permettant de constituer des dossiers et de porter leurs affaires devant les tribunaux.

Le niveau de connaissance des droits légaux et humains par d'autres populations clés a été jugé tout aussi faible, l'une des raisons étant l'absence de lois nationales spécifiques sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression du genre, par exemple. Malgré le travail récent du PNUD pour sensibiliser davantage les groupes LGBT aux normes et règles internationales en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre et d'expression du genre – en complément des efforts déployés en permanence dans ce domaine par des groupes issus de populations clés en RDC –, certains informateurs clés ont souligné l'inexistence de moyens concrets permettant de bénéficier de ce travail dans le pays. Même s'il était jugé important de connaître les lois interdisant les violence physiques et sexuelles ainsi que les abus de pouvoir des forces de police, il est rare qu'une aide juridique ait été recherchée pour porter des affaires en justice, non seulement pour des raisons financières, mais aussi par volonté de résoudre les problèmes rapidement et de ne pas s'exposer publiquement outre mesure dans les familles ou les communautés (informateurs clés ; PNUD, 2013 ; UHAI-EASRHI, 2017).

L'équipe d'évaluation a recensé d'autres obstacles venant principalement d'une stigmatisation et d'une discrimination tacites ou explicites de la part des prestataires de services juridiques à l'égard des populations clés. Par exemple, parmi les informateurs clés exerçant comme avocats et ayant participé à des formations de sensibilisation à la loi sur les droits des personnes vivant avec le VIH et aux questions relatives aux populations clés, il y avait une réticence affichée à accepter des affaires concernant des travailleurs ou travailleuses du sexe ou des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cette réticence s'appuyait clairement sur des convictions morales ou religieuses. D'autre part, les principaux réseaux et principales organisations de populations clés ne connaissaient aucun avocat ou magistrat dans leur environnement proche ayant reçu une telle formation, et étaient catégoriques quant au fait que les prestataires de services juridiques n'étaient pas intéressés par leurs affaires, même lorsque les personnes concernées avaient les moyens financiers de lancer une action en justice<sup>16</sup>.

Enfin, la Commission nationale des droits de l'Homme (CNDH) a été créée en 2013 et les premiers commissaires ont été nommés en 2015. Cependant, des informateurs clés représentant plusieurs parties prenantes ne pensaient pas que cette entité puisse agir sur la

---

<sup>15</sup> On notera que les participants à l'enquête d'évaluation de l'*Indice de stigmatisation* ont été principalement recrutés par le biais de l'UCOP+ et d'autres réseaux de PvVIH (UCOP+ et al., 2014). Les PvVIH qui participent aux activités de l'UCOP+ auront sans doute plus de chances d'avoir entendu parler de cette loi et d'en connaître les dispositions, ce qui explique la forte proportion de participants ayant lu ou discuté de la loi. Une enquête plus large et plus représentative de la diversité des PvVIH en RDC pourrait aboutir à des résultats bien plus faibles pour ce qui est d'être au courant de l'existence de cette loi ou d'en connaître le contenu (c.-à-d. l'avoir lue ou en avoir discuté).

<sup>16</sup> Il n'y a aucune pratique établie de « bénévolat » chez les avocats en RDC. Bien qu'il existe un certain nombre d'organismes juridiques financés par le Fonds mondial et d'autres, qui traitent essentiellement des affaires de violences sexuelles et sexistes, de nombreux informateurs des groupes représentatifs des populations clés avaient l'impression que les services proposés ne les concernaient pas, même si ces personnes ou leurs clients avaient subi des violences sexuelles ou sexistes.

question des violations des droits humains en rapport avec le VIH et ont souligné son absence visible de prise en compte des préoccupations des populations clés. Il existe une personne référente pour les questions de droits humains en rapport avec le VIH au sein de la CNDH, mais les mêmes informateurs clés ont indiqué que les moyens techniques et financiers dont dispose cette personne sont limités, un problème qui touche d'ailleurs la CNDH dans son ensemble. Globalement, pour la plupart des Congolais, accéder à la justice pour obtenir réparation, que ce soit en rapport ou non avec le VIH, est encore quasiment impossible, en grande partie à cause de la pauvreté, mais également d'un manque de confiance dans un système perçu comme inefficace et extrêmement corrompu (PNUD, 2013).

### **Pratiques et normes culturelles néfastes fondées sur le genre**

Les conclusions tirées des entretiens avec des informateurs clés et de l'étude de la documentation confortent l'idée selon laquelle de nombreux aspects du contexte juridique, social et culturel rendent les femmes et les filles plus vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH et les empêchent d'accéder aux services de lutte contre la maladie. Par exemple, l'accès limité des filles et des femmes à l'éducation ou à l'emploi serait attribuable à une croyance socioculturelle en un statut inférieur de cette population en RDC (Harris Sapp et Boketa, 2016 ; Davis, Fabbri, Alphonse, 2014). Une pauvreté persistante et souvent extrême aggrave encore la situation précaire des femmes. Des informateurs clés ont souligné que l'extrême pauvreté poussait des femmes et des hommes à se lancer dans le commerce du sexe, parfois dès l'adolescence, et que cette activité était souvent la principale source de revenus leur permettant de subvenir aux besoins de leurs enfants. Ils ont également indiqué que les rapports sexuels monnayés étaient le principal moyen de survie des adolescentes vivant dans la rue (Valles et al., 2016).

Les violences sexuelles et sexistes sont endémiques dans le pays, la plupart des filles et des femmes ayant subi de telles violences sous une forme ou sous une autre. Des données nationales de 2013, par exemple, ont montré que 75 % des femmes interrogées continuaient à penser que leur mari pouvait user de violence à leur encontre pour des motifs comme avoir laissé brûler un repas (MPSMRM et al., 2014). Quant aux hommes, ils étaient 59,5 % à être du même avis. Ces facteurs contribuent probablement au résultat selon lequel : 51 % des femmes interrogées avaient été victimes de violence physique depuis leur adolescence (15 ans), 27 % au cours des douze derniers mois ; 27 % avaient déjà subi des violences sexuelles, 17 % au cours des douze derniers mois (ibid.). Invités à commenter ces résultats, la plupart des informateurs clés ont déclaré que la situation n'avait pas véritablement changé depuis l'époque où ces données avaient été collectées (table ronde avec des membres du RENADEF, septembre 2017).

Les taux élevés de violence sexuelle et sexiste, dans l'ensemble du pays, mais particulièrement dans les zones de conflit, demeurent une priorité et une préoccupation tant au niveau national qu'international (Comité des droits de l'enfant, 2017 ; Conseil de sécurité des Nations Unies, 2017). Ces violences sont perpétrées contre des hommes et des femmes et contre des enfants (Réseau Sonke Gender Justice et Promundo, 2013 ; Malemo et al., 2011 ; Comité des droits de l'enfant, 2017). Bien que le gouvernement se soit emparé du problème, les progrès pour mettre fin à ces violences sont lents (Comité des droits de l'enfant, 2017 ; Conseil de sécurité des Nations Unies, 2017). Plusieurs informateurs clés ont parlé des poursuites récemment engagées contre des chefs militaires accusés de violences sexuelles et sexistes comme du signe de la volonté du gouvernement de lutter contre ces actes criminels (entretiens avec des informateurs clés de l'ONUSIDA et d'autres partenaires de l'ONU, Kinshasa et Goma, octobre 2017).

D'importants efforts sont déployés dans toute la RDC pour prévenir les violences sexuelles et sexistes et apporter un soutien aux victimes. Cependant, l'environnement socioculturel limite l'efficacité de ces initiatives, notamment en ce qui concerne le recours aux services et

les demandes de réparation. Du fait de la honte associée au viol dans leur environnement socioculturel, les femmes qui en sont victimes sont rejetées par leurs familles et leurs communautés, certains considérant même qu'elles ont nécessairement été « contaminées par le VIH » des suites de ce viol (informateurs clés ; Kelly et al., 2011). Pour les hommes qui ont été victimes de violences sexuelles, la stigmatisation et la honte sont telles qu'ils ne consultent pas du tout (Réseau Sonke Gender Justice et Promundo, 2013).

Les frais associés à l'ouverture d'un dossier de plainte sont également un problème pour les victimes de violences sexuelles, dans la mesure où une femme doit d'abord déposer plainte avant de pouvoir bénéficier d'un traitement prophylactique post-exposition<sup>17</sup>. Certains informateurs clés ont expliqué que le temps de trouver l'argent nécessaire et de se rendre dans un établissement de santé, certaines femmes arrivaient après le délai de 72 heures pendant lequel ce traitement est efficace. Des responsables du PNLs et d'autres ont indiqué que l'accès aux services était également limité par des ruptures de stock d'ARV destinés à ces traitements post-exposition (PNLS, 2016b ; Médecins sans frontières (MSF), 2015 ; Barthes, 2017).

Pour la plupart des femmes et des hommes, le diagnostic de séropositivité est vécu comme une catastrophe, tant l'infection à VIH est considérée comme une maladie honteuse dans leur environnement culturel. Par conséquent, beaucoup fuient les tests de dépistage et une personne séropositive s'efforcera de cacher son statut sérologique le plus longtemps possible (la faible fréquentation des services de dépistage en RDC a été abordée plus haut dans la **section 4.2**). Si la divulgation volontaire ou non d'une séropositivité fait craindre aux hommes comme aux femmes des discriminations de la part de leurs familles ou de leurs communautés, l'équipe d'évaluation a toutefois observé que les conséquences étaient plus graves pour les femmes qui peuvent éventuellement perdre leurs enfants, leur conjoint, leur foyer ou leurs moyens de subsistance (entretiens avec des informateurs clés de la Fondation Femmes Plus, de l'ICW en RDC et de femmes vivant avec le VIH membres de l'UCOP+).

Enfin, les normes de genre dominantes affectent également les populations clés, en particulier les personnes LGBT (CONERELA +, 2016 ; UHAI-EASRHI, 2017 ; SJS, 2014). Plusieurs informateurs clés travaillant avec ces populations ont cité des exemples dramatiques de harcèlement verbal ou physique, souvent de la part de membres de la famille et de la communauté, liés au fait que les personnes LGBT ne se « conforment » pas aux normes socioculturelles ou religieuses dominantes. Les personnes particulièrement touchées étaient des femmes transgenres ainsi que des homosexuels masculins et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, jugés soit trop « féminins », soit trop ouverts sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre (discussions de groupe avec des pairs-éducateurs travaillant avec des HSH à Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani, Goma et Matadi, septembre-octobre 2017).

### ***Obstacles liés à la pauvreté***

Si l'évaluation a montré que la stigmatisation et la discrimination, les lois et les politiques répressives ainsi que les normes de genre néfastes constituaient autant d'obstacles entravant l'accès ou le recours aux services anti-VIH, elle a également montré que la pauvreté jouait un rôle important. Comme indiqué précédemment, l'extrême pauvreté est endémique en RDC, notamment pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables affectées par la maladie (PNUD, 2016). Tous les informateurs clés ont abordé cette question, confirmant ce qu'avait montré l'enquête d'évaluation de l'*Indice de stigmatisation des PuVIH*, à savoir qu'un tiers des personnes interrogées vivaient dans des ménages au revenu inférieur ou égal à 165 USD par mois (avec 7 personnes en moyenne par ménage) (UCOP+ et

---

<sup>17</sup> Il y a eu désaccord à ce sujet entre les informateurs clés de la police, selon lesquels il n'y avait rien à payer pour ouvrir un dossier de plainte, et les groupes de femmes qui affirmaient le contraire. Un informateur clé de la police a expliqué que cela pouvait être dû au non-respect des règles de gratuité de ce service dans certains postes de police.

al., 2014). De plus, 85 % des personnes interrogées vivaient dans des ménages au revenu inférieur à 1 USD par personne et par jour, et dont au moins un membre n'avait pas mangé à sa faim pendant au moins cinq jours au cours des 30 jours précédant l'enquête. L'insécurité alimentaire est connue pour être l'un des principaux facteurs de mauvaise observance des traitements antirétroviraux en RDC (Musumari et al., 2013).

Des informateurs clés ont fait remarquer que, malgré l'obligation de gratuité de certains aspects de la prise en charge du VIH (le dépistage et les traitements antirétroviraux notamment), tous les établissements de santé ne respectaient pas cette règle (Harris Sapp et Boketa, 2016 ; PNUD, 2013 ; UCOP+, 2017). Par ailleurs, d'autres aspects de la prise en charge du VIH sont payants, en particulier les examens de laboratoire et le traitement des infections opportunistes. Plusieurs informateurs clés ont en outre indiqué que la stigmatisation liée au VIH poussait des individus à se rendre plusieurs fois dans des établissements de santé pour traiter des affections associées au VIH, avant de se résoudre à effectuer un test de dépistage. Ces personnes avaient donc eu à supporter de nombreuses dépenses avant de franchir le pas, et pour certaines qui ne l'avaient pas fait, ce n'est que lors d'une hospitalisation à un stade avancé de l'infection que celle-ci était finalement détectée.

Les populations clés ont d'autres fragilités liées à la pauvreté. Les informateurs clés ont conforté la plupart des conclusions de l'évaluation de la situation effectuée récemment (UHAI-EASRH 2017). L'étude montrait que les personnes LGBT sondées étaient le plus souvent pauvres, quelques-unes exerçant une activité dans le secteur informel et quelques individus encore plus rares occupant un emploi formel<sup>18</sup>. Selon l'étude, certaines personnes avaient été poussées vers le secteur informel en raison de discriminations au travail. D'autres s'étaient simplement vu refuser par leurs familles la possibilité de suivre un enseignement professionnel ou une aide financière pour démarrer une activité. Cette pauvreté nourrie par la stigmatisation influait sur la capacité à accéder à des services anti-VIH – par manque de moyens financiers pour se déplacer ou régler des honoraires – ainsi que sur la motivation à considérer sa santé comme quelque chose d'important.

## **Des programmes pour éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services anti-VIH – passer des programmes existants à des programmes complets**

### *Vue d'ensemble*

Même si les obstacles liés aux droits humains qui empêchent les PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables d'accéder aux services anti-VIH sont nombreux en RDC, plusieurs actions tentent actuellement de remédier au problème. Comme indiqué précédemment, si les aspects de la riposte au VIH en rapport avec les droits humains et le genre sont pris en compte depuis un certain temps en RDC, les initiatives visant à traiter spécifiquement ces aspects sont relativement récentes et c'est en 2014 qu'elles ont connu une impulsion et pris de l'ampleur.

Les sections qui suivent examinent plus en détail les interventions menées dans les domaines programmatiques exposés précédemment, ainsi que des approches plus larges qui intègrent des éléments en rapport avec les droits humains et le genre. En RDC, il s'agit d'interventions récemment terminées ou actuellement mises en œuvre au titre de chaque domaine programmatique. Dans tous les cas, des informateurs clés ont estimé que ces interventions contribuaient à un changement positif. La riposte au VIH intègre de plus en plus les questions de droits humains et d'égalité de genre. Cela est particulièrement net si l'on compare les nouveaux PSN avec les plans actuels ainsi que les nouveaux programmes du

---

<sup>18</sup> Aucune comparaison n'a été faite avec l'ensemble de la population dans laquelle, comme il a été dit précédemment, les taux de pauvreté et de chômage sont également élevés. Toutefois, comme cela a été expliqué, l'argument de l'étude était que cette situation résultait de discriminations et pas nécessairement d'autres facteurs.



Fonds mondial avec les programmes en cours. Il apparaît toutefois clairement que la plupart des projets et des activités étaient d'une ampleur limitée et mis en œuvre avec des moyens tout aussi limités. De plus, de nombreux projets avaient débuté depuis trop peu de temps pour que l'on puisse en déterminer l'efficacité, et ce malgré leur faible ampleur et leur portée essentiellement locale et non nationale.

Il est aussi apparu évident que la connaissance et la compréhension des questions de droits humains et de genre dans toute leur étendue étaient encore en train d'évoluer chez de nombreuses parties prenantes. Si les problèmes des personnes vivant avec le VIH, comme la discrimination fondée sur la séropositivité, étaient bien appréhendés, ce n'était pas le cas d'autres problèmes mal compris. Par exemple, plusieurs informateurs clés estimaient que le seul fait d'offrir des services anti-VIH aux populations clés résolvait le problème de droits humains en rapport avec ce sujet et qu'il n'était nul besoin d'aller plus loin en s'attaquant à d'autres difficultés liées au contexte socioculturel dans son ensemble (un contexte impossible à faire évoluer selon certains). L'opinion exprimée par ces informateurs clés était qu'il n'y avait pas de discrimination dans la prestation des services anti-VIH et qu'il appartenait désormais aux populations clés de recourir à ces services et de signaler les éventuelles difficultés rencontrées pour y accéder. L'influence de facteurs négatifs extérieurs à l'environnement du programme sur les comportements face à la nécessité de consulter était très mal comprise, tous comme les conséquences de ces facteurs sur le recours à des services de dépistage du VIH ou autres.

Même chez les groupes représentatifs des populations clés, la connaissance et la compréhension des notions de droits humains et de genre sont encore en train d'évoluer. Cela est dû en partie au fait que la situation des groupes représentatifs des personnes LGBT ou des travailleuses et travailleurs du sexe est complexe d'un point de vue juridique. Même si, comme il a été dit, les activités de ces personnes ne sont pas criminalisées, il n'existe également aucune loi ou politique protectrice sur laquelle s'appuyer pour défendre certaines revendications relatives aux droits humains. Par exemple, aucune loi n'interdit la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Pour ce qui est des lois de protection existantes, par exemple les lois qui protègent contre les abus de pouvoir de la police, de nombreuses difficultés restent à surmonter avant que les populations clés puissent bénéficier des droits et des protections que ces lois sont censées offrir. Même si, en théorie, les membres des populations clés peuvent faire valoir leurs droits fondamentaux comme tout citoyen de la RDC, la plupart des informateurs clés issus de ces populations avaient le sentiment que ça n'était pas le cas dans la réalité. Selon eux, ces actions risquaient de provoquer des réactions négatives et la perte d'espaces sécurisés personnels ou communautaires que des individus et des réseaux avaient réussi à se créer dans le secret et la discrétion. Pour reprendre l'expression d'un informateur clé, « mieux vaut ne pas réveiller le dragon qui dort ».

Il est donc important de prendre en compte ces aspects lorsqu'il s'agit d'évaluer l'ampleur des initiatives actuelles et de réfléchir au contenu d'une démarche globale visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services anti-VIH en RDC. Dans l'analyse qui suit, articulée autour des domaines programmatiques décrits précédemment, des exemples d'interventions actuelles sont présentés, les carences observées et les difficultés rencontrées dans le cadre de ces interventions sont répertoriées, et les éléments d'une démarche globale sont exposés. D'autre part, **l'annexe A** énumère des activités spécifiques associées à chaque domaine programmatique afin d'apporter des précisions sur ce que devrait comporter cette démarche globale.

#### *DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations clés*

Des exemples d'interventions actuelles visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination sont présentés dans le **tableau 2** ci-dessous.

**Tableau 2 : Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination**

Activité principale	Description	Couverture	Maîtres d'œuvre
Étude et mesure de la stigmatisation	Le PNUD a financé la réalisation d'évaluations rapides de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans deux provinces en 2016. Le CONERELA+ a mené une évaluation dans les populations clés, comprenant notamment une mesure qualitative de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Un plan est à l'étude pour effectuer une nouvelle mesure de l' <i>Indice de stigmatisation des PvVIH</i> . Le PNUD est en train de mettre au point un outil de mesure de cet indice de stigmatisation pour les populations clés.	PNUD : Nord-Kivu, Sud-Kivu. CONERELA+ : Kinshasa.	UCOP+, CONERELA+, PNUD
Dialogues communautaires avec les populations clés et les autorités locales	Des acteurs communautaires ont été réunis dans le cadre du programme du Fonds mondial pour être sensibilisés aux activités destinées spécifiquement aux populations clés. Ces réunions ont été l'occasion d'aborder les problèmes rencontrés par les populations clés et d'obtenir l'engagement de laisser les programmes et les services fonctionner sans ingérence. Par exemple, un travail a été fait avec la police locale en prévision d'activités de proximité, comprenant notamment des campagnes de dépistage mobiles de nuit, afin d'obtenir son soutien et la promesse de ne pas interférer.	Principalement à Kinshasa, Goma, Bukavu, Lubumbashi et Matadi.	Cordaid, SANRU, PSSP, FHI360.
Campagnes et événements publics.	Les intervenants, sous la houlette du PNMLS aux niveaux national et provincial, ont profité de la Journée mondiale du sida pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PvVIH.	Nationale et provinciale.	PNMLS aux niveaux national et provincial.
Participation et soutien des PvVIH.	Les sections provinciales de l'UCOP+ mettent en œuvre des activités locales visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination, qui impliquent généralement la participation aux processus locaux de personnes qui ont révélé leur séropositivité. L'UCOP+ soutient également des réseaux communautaires ou des groupes de soutien constitués de PvVIH, qui offrent l'occasion à ces personnes de partager leur expérience de la stigmatisation et de la discrimination et d'imaginer ensemble des solutions au problème. Ces groupes permettent également aux PvVIH, en particulier aux personnes récemment diagnostiquées, d'éviter qu'elles n'intériorisent la stigmatisation dont elles sont l'objet.	Pays entier	UCOP+
Protections juridiques	L'importance de la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> en tant	Pays entier	PNMLS

	qu'outil pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination des PvVIH est abordée dans la <b>section 4.5.7</b> .		
Élaboration de politiques	Plusieurs informateurs clés ont expliqué que la mention des populations clés dans les documents nationaux, en particulier dans le PSN, avait aidé à sortir de l'ombre les problèmes des HSH, des personnes transgenres et des travailleurs et travailleuses du sexe, et que cela avait contribué à réduire la stigmatisation et la discrimination, au moins chez les principaux acteurs de la riposte nationale au VIH.	Nationale	
Collaboration avec des leaders d'opinion (chefs religieux, journalistes, politiciens locaux) pour faire reculer la stigmatisation	Le CONERELA+, la COMICO et l'EHAIA œuvrent pour améliorer les connaissances des chefs religieux sur le VIH, pour les sensibiliser davantage au problème et pour renforcer leur rôle dans la lutte contre la stigmatisation liée à la maladie.	Pays entier	COMICO, CONERELA+ EHAIA
Programmes de lutte contre la stigmatisation sur le lieu de travail	La CIELS a mis en place un projet pilote visant à former 100 pairs-éducateurs qui s'efforceront de sensibiliser au VIH dans les entreprises, de faire reculer la stigmatisation sur les lieux de travail et d'inciter leurs collègues à effectuer un test de dépistage.	Projet pilote dans la province du Kongo-Central	CIELS

En plus des interventions citées dans le tableau, il en existe d'autres qui comportent un volet réduction de la stigmatisation. Par exemple, plusieurs intervenants mettent en œuvre des campagnes de dépistage du VIH. Par ailleurs, dans le cadre de la mobilisation des communautés, ils abordent la stigmatisation liée au VIH en s'efforçant de corriger les idées fausses qui entourent le virus et ses modes de transmission, et d'apaiser les craintes que ressentent les individus à l'idée d'effectuer un test de dépistage qui pourrait se révéler positif.

Santé Rurale (SANRU), un des récipiendaires principaux du Fonds mondial en RDC, assure une permanence téléphonique à l'échelle nationale (*ligne verte*), dont le but est, entre autres, de fournir des informations sur le VIH afin de contrer les perceptions négatives ou erronées de la maladie. Des statistiques portant sur le mois d'août, qui détaillent la quantité et la nature des appels reçus, montrent que le nombre d'appels n'a pas cessé d'augmenter depuis que le service a été lancé (SANRU, 2017). Plus de 90 % des appelants étaient des hommes qui demandaient principalement des informations élémentaires sur le VIH et ses modes de transmission. On notera toutefois que dans la classification des sujets abordés par les personnes qui répondent aux appels, aucune catégorie particulière ne concerne les thèmes de la stigmatisation, de la discrimination ou des droits humains.

Le Réseau national des organisations à assise communautaire (RNOAC) facilite la distribution de traitements antirétroviraux au niveau des communautés dans des sites répartis dans le pays, afin de simplifier l'accès aux traitements pour les PvVIH qui sont stables sur le plan clinique. Le modèle comporte des points de distribution communautaire (PODI) d'ARV gérés par des personnes vivant avec le VIH sous traitement. En plus de simplifier l'accès aux TAR pour certaines personnes vivant avec le VIH, ce modèle de distribution par des pairs contribue également à faire reculer la stigmatisation (Vogt et al., 2017).

Le volet réduction de la stigmatisation des interventions s'adressant aux populations clés est principalement centré sur les problèmes individuels. Des travailleurs de proximité (pairs), par exemple, abordent avec des patients le problème de l'autostigmatisation et tentent d'y remédier en leur indiquant qu'il existe des lieux où des personnes bienveillantes sauront prendre en compte la spécificité de leurs problèmes et de leurs besoins. Dans les *centres conviviaux*, les patients ont aussi la possibilité de parler de la stigmatisation, de la discrimination ou de la violence qu'ils subissent, et de bénéficier d'un soutien à la fois clinique et psychosocial (l'aspect « accompagnement juridique » est traité ci-après dans la **section 4.5.6**). Par ailleurs, en complément de ces différentes interventions, FHI360 a commencé la mise en œuvre d'un programme de microcrédit destiné à faciliter la génération de revenus chez les HSH. Le programme a pour objectif de renforcer l'estime de soi et l'autonomie, et notamment la résistance à la stigmatisation et aux discriminations.

Enfin, les réseaux sont un élément très important qui permet aux populations clés de développer une résilience personnelle et collective face à un environnement socioculturel hostile. L'équipe d'évaluation a rencontré des représentants de ces réseaux dans tous les lieux où des données ont été collectées. La plupart de ces réseaux ne reçoivent aucune forme de financement extérieur et ont plutôt tendance à mobiliser des fonds auprès de leurs membres ou à organiser des activités de collecte de fonds à petite échelle. L'entraide et le soutien mutuel sont la principale raison d'être de ces réseaux, d'une part, pour renforcer la résistance personnelle et collective de leurs membres afin de conserver une attitude positive, et d'autre part, pour aider des membres, y compris financièrement, lorsque ceux-ci sont directement touchés par la stigmatisation, la discrimination ou la violence.

Tous ces efforts collectifs présentent toutefois des lacunes importantes :

- Il n'existe aucune donnée actualisée sur l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'échelle du pays. Cette carence a une incidence sur la capacité pour l'ensemble des acteurs d'appréhender l'efficacité d'actions antérieures ou actuelles et de continuer à planifier et mettre en œuvre de nouvelles interventions.
- De la même façon, il n'y a pas de données actualisées à l'échelle du pays sur la stigmatisation et la discrimination des populations clés. Les évaluations qualitatives existantes contiennent les récits éloquentes d'expériences individuelles. Cependant, des données quantitatives supplémentaires sont nécessaires pour démontrer l'ampleur de la stigmatisation, de la discrimination et des violences vécues par les populations clés, et pour définir le contenu, l'échelle et la portée des interventions nécessaires pour limiter ces faits et éviter qu'il ne se reproduisent.
- La discrimination et la stigmatisation liées au VIH ne font l'objet d'aucun plan global de lutte à l'échelle du pays. Même si le PSN 2018–2022 contient quelques actions pertinentes, celles-ci ne pas encore reliées à un plan opérationnel pluriannuel détaillant, entre autres, les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes ainsi que la manière dont ces actions seraient mises en œuvre, financées, coordonnées et supervisées.
- Cette absence d'un cadre global était flagrante pendant l'évaluation. En effet, l'équipe a constaté que les interventions visant à réduire la stigmatisation étaient des activités ciblées (organisées autour de la Journée mondiale du sida, par exemple, et à aucun autre moment), de courte durée et d'une ampleur limitée. Les mécanismes de suivi servant à déterminer si les connaissances, les attitudes et les pratiques ont évolué positivement une fois les interventions terminées sont rares voire inexistants.
- La capacité des membres de l'UCOP+ œuvrant dans les communautés à poursuivre leur combat contre la stigmatisation et la discrimination continue à diminuer en raison d'un manque de financement. Dans les lieux hors de la capitale où s'est déroulé le travail d'investigation, ces personnes ont parlé de leur motivation en baisse et d'une frustration croissante du fait du décalage entre, d'un côté, un engagement personnel dans une action menée au sein des communautés en tant que PvVIH ouvertement déclarées, et de l'autre,

des financements très faibles voire inexistantes pour les soutenir dans leur travail.

- Des participants à l'évaluation issus de groupes représentatifs des populations clés ont indiqué que la plupart des interventions n'abordaient que la question de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et aucun autre problème propre aux populations clés. Une personne représentant la communauté LGBT a ainsi fait le commentaire suivant : « La communauté a été réduite à sa seule activité sexuelle, et en particulier au VIH. Nous avons d'autres besoins et d'autres rêves, mais pour l'instant, il n'y a pas de solution ; on ne parle que du VIH. » D'autres informateurs clés ont indiqué que les composantes programmatiques sur l'estime de soi, le développement personnel et le soutien psychosocial pour renforcer la résilience des individus face à la stigmatisation et à la discrimination avaient été réduites au minimum au profit d'objectifs de dépistage, de diagnostic et d'orientation vers des services de prise en charge et de traitement du VIH.
- L'ampleur et la portée restreintes des programmes destinés aux populations clés dans l'ensemble du pays limitent de la même façon les efforts qui visent à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont ces populations sont l'objet.
- Rares sont les interventions qui portent sur des problèmes propres aux personnes transgenres.
- Presque aucune intervention ne traite directement de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les consommateurs de drogues injectables.

Une démarche globale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination sur une période de cinq ans devrait comporter les actions suivantes :

- Mesurer les niveaux actuels de stigmatisation et de discrimination pour étayer les actions de sensibilisation et guider l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. L'UCOP+ et ses partenaires devraient effectuer une nouvelle enquête pour mesurer à nouveau l'*Indice de stigmatisation des PvVIH*, afin d'établir une valeur de référence pour la démarche globale. Les outils de collecte des données et la méthodologie de recrutement des participants devraient être revus afin de garantir une représentation adéquate des populations clés dans l'échantillon et de s'assurer que l'enquête rend compte de la stigmatisation et des discriminations vécues par ces populations. L'engagement devrait être pris maintenant de répéter cette enquête durant la quatrième ou la cinquième année du plan global afin de mesurer les progrès obtenus sur ces questions.
- Dans le cadre de l'enquête IBBS prévue, apprécier le degré de stigmatisation et de discrimination ainsi que les autres violations des droits humains dont sont victimes les populations clés. Les partenaires du PEPFAR et les parties prenantes nationales qui prévoient de réaliser l'enquête bio-comportementale intégrée devraient vérifier que la méthodologie, y compris les outils de collecte des données, comporte des questions sur la stigmatisation et la discrimination et d'autres obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services anti-VIH. L'engagement devrait être pris maintenant de répéter cette enquête durant la quatrième ou la cinquième année du plan global afin de mesurer les progrès obtenus sur ces questions.
- À partir des résultats de l'Indice de stigmatisation et de l'enquête bio-comportementale intégrée, élaborer des plans d'action coordonnés et pluriannuels d'envergure nationale, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination que subissent les PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables. Les responsables du PNMLS devraient diriger ce travail et le plan devrait comporter un cadre de suivi qui s'appliquera non seulement à l'enquête d'évaluation de l'indice de stigmatisation et à l'enquête IBBS, mais aussi à d'autres mesures régulières de l'efficacité des interventions contenues dans le plan. Le plan devrait également détailler la manière dont les actions seront coordonnées à l'échelle du pays.

- Soutenir l'action des réseaux dirigés par des populations clés qui œuvrent au sein des communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et pour renforcer la résistance de ces populations et de leurs membres aux répercussions négatives de la stigmatisation qu'ils subissent. Le rôle de ces réseaux devrait être reconnu, élargi et soutenu tant sur le plan technique que financier. Les organisations existantes dirigées par ou axées sur des populations clés (comme SJS, PSSP ou AMOCONGO) devraient être dotées des moyens nécessaires pour appuyer ce travail. Ce soutien devrait être apporté en prenant en compte et en respectant ce que les communautés locales souhaitent accomplir avec leurs réseaux – en matière de démarginalisation individuelle et collective notamment – et ne pas être centré exclusivement sur l'extension des interventions concernant le VIH, à moins qu'il ne s'agisse d'une priorité définie localement (ces réseaux ne devront pas être utilisés uniquement pour atteindre les objectifs de programmes de sensibilisation ou de dépistage du VIH). Dans une première phase d'extension, il conviendrait de se concentrer sur les régions du pays où ces réseaux n'existent pas encore (et où il existe une possibilité et une volonté collective de les mettre en place au niveau local) ou dans lesquelles ils sont plus fragiles.
- Soutenir l'action des personnes vivant ouvertement avec le VIH, qui œuvrent pour réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des communautés. L'UCOP+ et le PNMLS devraient collaborer pour renforcer, intensifier et pérenniser le rôle essentiel qu'ont les personnes vivant ouvertement avec le VIH au sein des communautés pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination, notamment auprès des personnes qui intériorisent la stigmatisation dont elles sont victimes.
- Intensifier les interventions dans les communautés pour associer les dirigeants locaux, y compris les responsables culturels et religieux, aux actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination. Pour renforcer l'efficacité de ce travail, des modes opératoires et des outils communs devraient être mis au point, dont l'utilisation serait indissociable d'un soutien financier. Par ailleurs, des mécanismes devraient être mis en place pour mesurer les changements intervenus. Enfin, il est important que ce travail s'attache à réduire la stigmatisation et la discrimination des populations clés, dans la mesure où la plupart des actions actuellement menées ne portent que sur les problèmes rencontrés par les personnes vivant avec le VIH.
- Mettre en œuvre à grande échelle des programmes complets de santé sexuelle et reproductive destinés aux populations clés et comprenant notamment un soutien psychosocial et d'autres formes de soutien afin de traiter les séquelles de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Un modèle a déjà été élaboré par les bénéficiaires des subventions du PEPFAR et du Fonds mondial, qui mettent en place les *centres conviviaux*. Ce modèle devrait être étendu à d'autres provinces et d'autres districts du pays (en fonction des résultats de l'enquête bio-comportementales intégrée). D'autres modèles devraient être imaginés pour les situations dans lesquelles ces *centres* seraient inadaptés ou impossibles à mettre en place (zones couvertes trop petites ou rurales, par exemple).
- Fournir un appui technique et opérationnel aux groupes représentatifs des populations clés afin qu'ils puissent développer des réseaux nationaux puissants et visibles. Bien que le nombre des OSC LGBT augmente dans le pays, celles-ci ne sont pas, pour l'heure, organisées au sein d'un puissant réseau national visible. Pour d'autres groupes comme les travailleuses et travailleurs du sexe ou les consommateurs de drogues injectables, il n'existe aucune OSC, ni aucun réseau connus dirigés par ces populations clés. Il conviendrait de combler cette lacune.

*DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec le VIH*

Le **tableau 3** ci-dessous répertorie des exemples d'actions de formation menées auprès des

professionnels de santé pour que les services soient dispensés dans un environnement bienveillant, non stigmatisant et exempt de toute forme de discrimination.

**Tableau 3 : Actions de formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale**

Activité principale	Description	Couverture	Maîtres d'œuvre
Communications avec les professionnels de santé au sujet des lois et politiques portant sur les droits humains et le VIH	Des professionnels de santé participent aux séances de formation organisées par le ministère de la Justice sur le VIH et les droits humains, au cours desquelles sont notamment abordées les dispositions de la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> en rapport avec la prestation des services anti-VIH.	Kinshasa, Bunia, Mbuji-Mayi, Matadi	PNUD, UCOP+, MdJ
Séances de discussion avec les populations clés	Des représentants des populations clés sont parfois invités à participer aux séances de formation mentionnées plus haut. Des séances spécifiques sont également organisées par PSSP ou FHI360, par exemple, qui rassemblent professionnels de santé et représentants des populations clés.	Kinshasa, Bunia, Mbuji-Mayi, Matadi	PNUD, UCOP+, MdJ, FHI360, PSSP
Formation des professionnels de santé à la préparation de services anti-VIH	La responsabilité de former les professionnels de santé à la prestation de services anti-VIH incombe au PNLs. Le programme de formation s'articule essentiellement autour du paquet minimum de services anti-VIH. Il aborde la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> ainsi que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Cependant, la formation ne traite pas les besoins des populations clés d'une manière globale.	Nationale	PNLS
Formation des prestataires de santé aux services destinés aux populations clés	Par le biais des <i>centres conviviaux</i> , une formation est dispensée aux PS sur les besoins des populations clés et sur l'importance de ne pas stigmatiser ces populations dans les services de santé. Plus récemment, une formation a été déployée dans les centres soutenus par FHI360 sur la manière de s'attaquer en amont au problème des violences physiques et sexuelles que subissent ces populations.	Kinshasa, Lubumbashi	FHI360, PSSP, SJS
Élaboration de politiques	Comme indiqué précédemment, un paquet minimum de services pour les populations clés figure dans les nouvelles directives du PNLs. Au moment de l'évaluation, la mise en œuvre de ce paquet minimum n'avait pas commencé (financement prévu dans le cadre de la prochaine subvention du Fonds mondial).	En attente de mise en œuvre	PNLS

Contrôle de la qualité des services	L'Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB couvre plus de 60 zones de santé dans trois provinces. Dans le dernier rapport daté de juin 2017, on pouvait lire que les services anti-VIH payants et les ruptures de stock continuaient de nuire à la qualité de la prise en charge des PvVIH (UCOP+, 2017).	Kinshasa, Nord-Kivu, Mbuji-Mayi	UCOP+
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------

Des informateurs clés ont également indiqué que la formation initiale des professionnels de santé (personnel infirmier, médecins, etc.) abordait la question de l'éthique médicale. En revanche, ils ne savaient pas si les droits humains étaient également traités. D'autres lacunes et difficultés caractérisent les actions actuellement menées pour former les professionnels de santé à offrir les services dans un environnement non stigmatisant et exempt de toute forme de discrimination :

- Les professionnels de santé qui ne dispensent pas directement ces services, les techniciens de laboratoire ou les pharmaciens, par exemple, ne sont pas formés ou sensibilisés aux questions de stigmatisation et de discrimination.
- Le programme de formation initiale n'aborde pas les dispositions de la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* applicables aux professionnels et aux établissements de santé.
- Hormis dans les établissements de santé couverts par l'*Observatoire*, aucun mécanisme ne permet de suivre l'évolution des problèmes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH chez les professionnels de santé.
- La formation initiale n'aborde à aucun moment les besoins de santé des populations clés.
- Aucun mécanisme ne permet de contrôler à l'échelle du pays l'efficacité de la formation continue des personnels aux besoins sanitaires des populations clés (en dehors de ce qui se fait dans le cadre des *centres conviviaux* et des établissements de santé auxquels ceux-ci sont rattachés).

Une démarche globale visant à combler ces lacunes et à améliorer le professionnalisme des personnels et le respect de l'éthique dans la prestation de services destinés aux PvVIH et à d'autres populations clés devrait comporter les actions suivantes :

- Actualiser le programme d'études et former les professionnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale dans le contexte du VIH et de la tuberculose. Ce travail devrait être effectué sous la direction des responsables du PNLS, en collaboration avec l'UCOP+ et les OSC représentatives des populations clés. Une telle formation devrait être dispensée en premier lieu là où sont détectés des problèmes particuliers de fréquentation des services de prévention et de traitement ou de maintien dans le système de soins.
- Mesurer les changements observés dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé qui ont suivi la formation. Les responsables du PNLS devraient effectuer systématiquement des enquêtes auprès des populations clés afin de mesurer l'efficacité de ses programmes de formation à réduire la stigmatisation et la discrimination.
- Effectuer un suivi du vécu des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables, qui fréquentent les services de santé, et utiliser les informations recueillies à des fins de sensibilisation ainsi que pour améliorer les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination. Cela pourrait se faire en élargissant la couverture de l'*observatoire* à d'autres établissements de santé et en faisant en sorte que celui-ci consigne également le nombre de cas de stigmatisation et discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables.



- Intensifier les activités visant à établir des relations de collaboration entre les professionnels de santé, les personnes vivant avec le VIH et les membres d'autres populations clés et vulnérables. Un volet du travail de l'*observatoire* consiste à trouver collectivement des solutions à des problèmes à partir des données qu'il recueille. Au fur et à mesure que cette intervention sera élargie à de nouveaux établissements, cet aspect du modèle devra être renforcé.

*DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre*

Le **tableau 4** ci-dessous répertorie les actions menées actuellement pour renforcer les capacités des secteurs du droit et de la justice dans leur rôle de promotion et de protection des droits humains en rapport avec le VIH.

**Tableau 4 : Actions de sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre**

<b>Activité principale</b>	<b>Description</b>	<b>Couverture</b>	<b>Maîtres d'œuvre</b>
Production de supports de formation	Le PNMLS a publié une version révisée du manuel de formation sur les droits humains dans le contexte du VIH. Un élément majeur de cette révision est l'ajout d'un nouveau contenu sur les besoins et les préoccupations des populations clés.	En attente de mise en œuvre	PNMLS, MdJ
Formation et sensibilisation des acteurs des secteurs du droit et de la justice	Le Bureau de la référente nationale pour le VIH et les droits humains dispense des formations destinées, entre autres, aux magistrats, aux avocats, aux forces de police et au personnel pénitentiaire, en utilisant le manuel. Les séminaires rassemblent 50 participants et durent généralement 3 jours. Des PvVIH sont invitées à participer aux sessions de formation et à faire part de leurs témoignages.	Kinshasa, Bunia, Mbuji-Mayi, Matadi	PNUD, MdJ, PNMLS, UCOP+
Sensibilisation des agents de police et des fonctionnaires de justice locaux	En plus de la formation, des séances de sensibilisation sont organisées par les maîtres d'œuvre dans les endroits où sont implantés des <i>centres conviviaux</i> ou lorsque des activités de sensibilisation ont lieu. Il n'y a ni format, ni contenu standard pour ces séances. Le principal objectif est d'obtenir le soutien de la police locale afin de pouvoir offrir des services anti-VIH aux populations clés sans avoir à subir harcèlement et ingérence de la part des forces de l'ordre.	Kinshasa, Lubumbashi	PSSP, FHI360
Sensibilisation du personnel pénitentiaire	Des partenaires, en collaboration avec l'administration pénitentiaire, forment et sensibilisent les personnels à l'importance de dispenser des services anti-VIH – de dépistage en particulier – et de lutter contre la stigmatisation pour encourager les détenus et le personnel à se faire dépister. La question des droits légaux des détenus n'est pas spécifiquement traitée.	Kinshasa, Mbuji-Mayi	PSSP, l'Union, autres

Mobilisation des parlementaires	Par l'intermédiaire de la <i>cellule</i> nationale (voir plus loin), les parlementaires sont mobilisés sur des questions en rapport avec le VIH lorsque la situation l'exige. Deux exemples ont été donnés : l'intervention en 2013/2014 pour empêcher un projet de loi criminalisant l'homosexualité d'être déposé à l'Assemblée nationale ; des actions menées actuellement pour inciter les parlementaires à soutenir des modifications dans la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> , ainsi qu'une modification de l'âge minimum permettant de recourir par soi-même dans des services de santé, y compris des services de lutte contre le VIH.	Nationale	ONUSIDA, UNFPA, MdJ, UCOP+ et d'autres.
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-----------------------------------------

La Référente nationale pour le VIH et les droits humains actuellement en poste a été nommée en 2012 par le ministre de la Justice et des Droits de l'Homme (il y a maintenant un ministère distinct pour les droits de l'Homme). Par ailleurs présidente de la Cour d'appel, elle jouit d'un prestige considérable et prend ce rôle très au sérieux. Le ministère de la Justice finance en partie ce poste, mais le bureau est essentiellement tributaire de l'assistance extérieure du PNUD, en particulier pour son travail de formation et de sensibilisation auprès des avocats et des fonctionnaires de justice. Pour donner une orientation à son travail, le bureau réunit une *Cellule Droit et VIH*, un groupe multisectoriel qui travaille sur les questions de droits humains. Si, jusque-là, le bureau s'est essentiellement concentré sur les problèmes des personnes – et particulièrement des femmes – qui vivent avec le VIH, il commence à prendre davantage en considération les problèmes d'autres populations clés. Il faudrait mobiliser davantage la référente nationale et la Cellule Droit et VIH.

Les séminaires de formation organisés par le Bureau de la référente nationale – axés sur la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* (et qui s'appuient désormais sur la nouvelle version du manuel) – sont la principale méthode de travail utilisée avec les parties prenantes pour renforcer les connaissances et les compétences de ces dernières concernant les droits humains en rapport avec le VIH, et pour les sensibiliser aux difficultés particulières que rencontrent les personnes qui vivent avec le VIH dans leurs communautés. Un des effets de la formation dispensée dans les provinces a été la création de *Groupes thématiques Droit et VIH*, dont le but est de s'assurer que la formation débouche sur des actions et d'observer les évolutions et les améliorations dans leurs juridictions. Ces groupes sont le reflet de la *cellule* nationale. Au niveau provincial, la responsabilité de réunir les *Groupes thématique* relève de la Division droits humains des services locaux du ministère de la Justice. L'efficacité de ces groupes s'appuie sur un leadership et un engagement au niveau local, dans la mesure où aucun financement particulier n'est prévu pour faciliter ces activités après la formation.

Ces initiatives présentent encore quelques lacunes :

- Des informateurs clés, qui représentaient des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés, s'inquiétaient du fait que la formation ne débouchait ni sur des contacts accrus avec les groupes représentatifs, ni sur le recensement et le suivi de contentieux ou d'autres problèmes en lien avec la stigmatisation, la discrimination et les droits humains.
- Les *groupes thématiques* ne permettent pas encore d'instaurer une coopération entre les personnes qui ont suivi la formation et les groupes représentatifs des populations clés.

- Le programme de formation n'a pas été évalué, notamment au moyen d'une démarche longitudinale qui permettrait d'observer si le secteur du droit et de la justice, suite à l'intervention, est plus à même et plus désireux de se saisir des préoccupations des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en matière de droits humains.
- Hormis le travail effectué avec des agents ou des unités de police dans les rares endroits où des programmes sont actuellement mis en œuvre pour les populations clés, il n'existe aucune intervention spécifiquement destinée aux forces de l'ordre, ni aucun plan national coordonné, concernant les problèmes de ces populations.
- Aucun mécanisme ne répertorie systématiquement les abus de pouvoir des forces de police contre les populations clés, ce qui permettrait pourtant de produire des données pour mener des activités de sensibilisation et élaborer des interventions efficaces.
- Que ce soit dans le secteur du droit ou dans celui de la justice, aucune intervention ne traite spécifiquement des problèmes des consommateurs de drogues injectables. L'attention se porte actuellement sur les personnes qui vivent avec le VIH, les personnes LGBT et les travailleurs et travailleuses du sexe.
- Aucune intervention ne cherche à mobiliser les parlementaires sur la problématique des populations clés. Certains informateurs clés ont indiqué qu'il s'agissait là d'une stratégie visant notamment à éviter qu'un nouveau projet de loi criminalisant l'homosexualité ne soit présenté.

### **Élaboration d'un programme complet : sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre**

Une démarche globale visant à inciter le secteur de la loi et de la justice à s'investir davantage dans les questions de droits humains dans le contexte du VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Mesurer les effets des activités de formation et de sensibilisation menées par le MdJ, notamment les changements observés dans les connaissances, les attitudes et les pratiques touchant aux personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés, et l'accroissement éventuel du soutien apporté à ces groupes pour remédier aux violations des droits humains dont ils sont victimes. Comme indiqué précédemment, certains signes montrent que les efforts déployés par le ministère de la Justice n'ont pas l'efficacité attendue. Mesurer les résultats de cette activité permettrait d'en préciser les faiblesses et d'y remédier. Le processus de suivi devrait être confié à la *cellule* nationale.
- Aider les groupes thématiques provinciaux à mettre au point des mécanismes proactifs de suivi et d'intervention en cas de violation des droits légaux et humains des personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés, dans leurs provinces respectives. Cette aide comprend un appui technique et opérationnel. Il conviendrait d'insister davantage sur la sensibilisation et la mobilisation des réseaux et groupes locaux représentatifs des PvVIH et d'autres populations clés.
- Évaluer les abus de pouvoir de la police et les autres violations des droits humains dont sont victimes les populations clés. Le processus devrait comporter des méthodes à la fois quantitatives et qualitatives. La *ligne verte* mise en place par l'UCOP+ pourrait voir ses attributions élargies et devenir également un dispositif de signalement.
- Élaborer un plan de formation et de coopération – avec programmes d'études et supports didactiques – pour la police et l'armée, afin que diminuent les abus commis contre les populations clés et que les personnels de ces deux corps s'engagent davantage à protéger ces personnes dans les communautés. S'il est utile de faire participer des membres des forces de police ou de l'armée à des formations plus générales sur le VIH et les droits humains, il est toutefois nécessaire de prévoir des interventions qui leur sont spécifiquement destinées au vu de la fréquence des comportements abusifs signalés par les populations clés. Un travail actuellement mené pour préparer la police et l'armée à

protéger les femmes et les filles des violences sexuelles et sexistes (au lieu de les entretenir) pourrait servir de base à l'élaboration d'un plan d'intervention comprenant notamment des stratégies d'aide à la formation et au suivi.

- Former le personnel pénitentiaire sur le VIH, la tuberculose et les droits humains des détenus. Ces actions de formation devraient être menées par le PNMLS et le MdJ, avec la participation d'OSC qui travaillent dans les prisons et auprès des détenus.
- Mettre au point des outils, des documents et des stratégies pour présenter des méthodes de réduction des risques au secteur juridique et judiciaire. Au vu des réalités actuelles, les obstacles à surmonter seront considérables, ce qui prendra du temps. Pour cette raison, ce travail devrait commencer par l'élaboration d'un plan coordonné sur plusieurs années.
- Élaborer une stratégie pluriannuelle visant à engager de hauts responsables et des parlementaires dans le processus de construction d'un environnement juridique et politique protecteur pour les populations clés. Bien que ce travail doive être convenablement étalé dans le temps pour éviter des réactions ou des conséquences négatives imprévues, il n'en demeure pas moins indispensable. L'aspect santé publique reste le meilleur point d'entrée pour sensibiliser davantage à l'importance de poursuivre l'amélioration de l'environnement politique et juridique pour ces groupes, et pour obtenir des engagements en ce sens.
- Intensifier les actions menées dans les communautés pour créer des relations de collaboration et mettre en place des activités communes au niveau local entre les réseaux et les groupes représentatifs des PvVIH, les forces de l'ordre et les responsables politiques, culturels ou religieux. La création réussie « d'espaces sûrs » pour les programmes destinés aux populations clés par PSSP, SJS, FHI360 et ses partenaires et d'autres, devrait servir de modèle et d'autres espaces de ce type devraient être créés.

#### DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)

Les interventions destinées à améliorer l'acquisition de notions élémentaires de droit, et notamment des droits légaux et humains, chez les personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés sont pour l'instant limitées en RDC. Celles-ci sont détaillées dans le **tableau 5** ci-dessous.

**Tableau 5 : Interventions visant à promouvoir l'éducation juridique**

Activité principale	Description	Couverture	Maîtres d'œuvre
Permettre aux PvVIH de connaître leurs droits	L'UCOP+ aide ses membres à mieux faire connaître aux PvVIH les dispositions de la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées.</i>	Pays entier	PNMLS, MdJ
Interventions en milieu carcéral	Certains maîtres d'œuvre ont mené quelques rares interventions dans les prisons pour sensibiliser les détenus aux droits légaux et humains, notamment le droit légal de pouvoir bénéficier de services antituberculeux et anti-VIH.	Kinshasa, Mbuji-Mayi, Goma	MONUSCO, l'Union

L'éducation aux droits légaux et humains ne fait pas systématiquement partie des interventions destinées aux populations clés. Des pairs-éducateurs qui ont participé à l'évaluation ont déclaré qu'ils abordaient ces questions avec des patients au cas par cas ou de manière individuelle, en partageant leurs propres connaissances et en les utilisant pour améliorer l'opinion que ces personnes ont d'elles-mêmes et renforcer leur résilience face aux

expériences négatives vécues chez elles ou au sein de leurs communautés. Ils ont cependant indiqué que l'éducation aux droits humains n'était pas un élément fondamental de leurs activités de sensibilisation.

Lorsque des sujets liés aux populations clés figuraient dans des actions plus générales d'éducation aux droits en rapport avec le VIH, c'était très souvent dans la perspective de rendre la société plus tolérante en renseignant et en sensibilisant davantage le public. Le contenu ne portait pas spécifiquement sur les atteintes aux droits humains ou légaux des populations clés, tels que le droit pour chaque citoyen de bénéficier de services de santé ou d'autres biens publics, ni sur les atteintes aux protections constitutionnelles, que sont par exemple les abus de pouvoir des forces de police.

### **Élaboration d'un programme complet : l'éducation juridique**

Une démarche globale visant à combler ces lacunes et à renforcer les connaissances juridiques des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés devrait comporter les actions suivantes :

- Mettre au point des outils d'éducation juridique faciles d'accès pour les populations clés. Ces outils devraient être propres à chaque groupe de population clé – hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes transgenres, travailleurs et travailleuses du sexe, et consommateurs de drogues injectables. Des groupes représentatifs des populations clés devraient conduire ce processus, en demandant si besoin un appui technique, afin que les outils d'information soient faciles d'accès, y compris pour des personnes analphabètes, et en phase avec les réalités, les besoins et les aspirations des personnes concernées, pour que celles-ci puissent exercer leurs droits légaux et fondamentaux dans le contexte particulier de la RDC. Ces outils devraient aussi comporter des renseignements sur les droits des patients.
- Intégrer des informations sur les droits humains/légaux/des patients dans les rencontres de sensibilisation à la prévention et au traitement du VIH organisées pour les populations clés dans les communautés. Le contenu des rencontres de sensibilisation, par exemple, pourra varier d'une personne à l'autre. Cependant, toutes les personnes rencontrées dans ce cadre devront savoir que ces informations existent et sont à leur disposition. Par ailleurs, ces outils devraient être disponibles dans les *centres conviviaux* et les utilisateurs des services devraient avoir la possibilité, dans le cadre de séances d'information par exemple, d'en apprendre davantage sur les droits humains et légaux qui sont les leurs. Des travailleurs de proximité communautaires devraient également être formés pour constituer un corps de pairs-éducateurs sur les droits humains, auquel on pourra recourir pour chaque activité de sensibilisation organisée localement.
- Soutenir et intensifier le travail d'éducation aux droits légaux et humains effectué par les réseaux de populations clés auprès de leurs membres. L'objectif principal est d'améliorer l'opinion que ces individus et ces groupes ont d'eux-mêmes et de renforcer leur résilience face aux répercussions négatives d'un contexte socioculturel répressif et hostile pour les populations clés en RDC.
- Mesurer l'évolution des connaissances des populations clés concernant les droits humains et légaux. Ces activités devraient comporter un suivi de l'évolution des connaissances de base mais aussi de la manière dont les individus et les groupes représentatifs utilisent ces connaissances pour amener des changements positifs dans leur environnement personnel et dans leur communauté.
- Évaluer l'efficacité des programmes d'éducation aux droits légaux/humains/des patients pour les personnes vivant avec le VIH. Cela pourrait se faire dans le cadre d'une nouvelle enquête d'évaluation de l'*Indice de stigmatisation des PvVIH*, dont les résultats seraient utilisés pour ajuster à la fois le contenu et les modalités de mise en œuvre de ces programmes. Une attention particulière devrait être portée à la relation entre les activités de sensibilisation à la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* et la manière dont les PvVIH se servent des

connaissances acquises pour remédier aux problèmes de droits humains et légaux qu'elles rencontrent au sein des communautés et dans les établissements de santé.

*DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH*

Le **tableau 6** ci-dessous détaille les efforts déployés pour offrir des services juridiques en rapport avec le VIH et pour améliorer l'accès à la justice.

**Tableau 6 : Services juridiques liés au VIH et accès à la justice**

Activité principale	Description	Couverture	Maîtres d'œuvre
Formation des avocats et des magistrats	Un des principaux objectifs des ateliers organisés par le MdJ est de donner aux avocats et aux magistrats les moyens d'appliquer la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> et d'aider ceux qui en ont besoin.	Kinshasa, Bunia, Mbuji-Mayi, Matadi	PNMLS, MdJ
Informations juridiques et orientation vers des professionnels du droit	L'UCOP+ assure une permanence téléphonique (ligne verte) qui permet aux PvVIH de signaler des problèmes d'ordre juridique (entre autres) et de se faire diriger vers des services d'aide et de conseils juridiques.	Pays entier	UCOP+
Représentation et services juridiques	Pour les personnes qui en ont les moyens financiers, des avocats formés à ces questions peuvent se charger de leurs affaires. Certaines entités appelées <i>cliniques juridiques</i> ont récemment été financées, dont la mission est d'offrir des services juridiques gratuits aux PvVIH et aux populations clés. Par ailleurs, la Référente nationale pour le VIH et les droits humains est en train d'établir une liste d'avocats disposés à traiter des affaires bénévolement.	Kinshasa, Bunia, Mbuji-Mayi, Matadi	MdJ, Cordaid, ONG de services juridiques et certains avocats
<i>Accompagnement juridique</i>	Dans le modèle de <i>centre convivial</i> mis en place par FHI360, il est prévu d'aider les populations clés à signaler les violences et aux autres abus dont elles sont victimes et à lancer des procédures judiciaires. Au moment de l'évaluation, ce volet n'avait pas encore été mis en œuvre.	Pas encore mis en place, mais sera d'abord déployé à Kinshasa et Lubumbashi	FHI360, PSSP

L'offre de services juridiques liés au VIH et l'amélioration de l'accès à la justice pour les personnes qui souhaitent engager des poursuites sont deux choses encore relativement nouvelles en RDC. Former des avocats et des magistrats sur la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* a pour objectif d'encourager un plus grand nombre de PvVIH à engager des poursuites avec l'aide de d'avocats et de magistrats coopératifs et capables de les assister. Toutefois, comme indiqué précédemment, les personnes vivant avec le VIH qui veulent amener leurs affaires devant les tribunaux doivent avoir les moyens d'engager des avocats et de couvrir les frais de justice. La prestation de services juridiques bénévoles n'est pas une pratique courante en RDC. Rappelons par ailleurs que, si la formation aborde bien le thème des populations clés,

certaines avocats ou magistrats formés sont encore réticents à l'idée de s'occuper de ces populations.

Le ministère de la Justice ne tient pas de registre des affaires présentées par des personnes vivant avec le VIH ou issues d'autres populations clés. Bien que le Bureau de la référente nationale enregistre et suive les affaires qui sont portées à sa connaissance, il n'existe aucun système officiel de suivi et de surveillance. Le PNUD a déclaré qu'à la suite de la formation, un appui juridique avait été apporté dans 45 affaires impliquant des couples sérodifférents depuis 2016, dont 11 ont été réglées ou rejetées par manque de preuves (entretien avec des informateurs clés du PNUD, septembre 2017). Au cours des entretiens menés avec des informateurs clés, des exemples ont été donnés d'affaires en cours comprenant notamment des procédures de divorce, des cas de violations du secret médical et des litiges concernant un héritage. Aucune affaire impliquant des populations clés n'a été recensée.

Une démarche globale visant à renforcer la prestation de services juridiques en rapport avec la problématique du VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Établir une liste actualisée des avocats et magistrats formés et communiquer cette liste aux réseaux de PvVIH et de populations clés et vulnérables. Dans le cadre du programme de formation, il faudra demander aux participants s'ils acceptent que leurs coordonnées soient transmises à ces réseaux, de manière à ce que les membres puissent savoir qui a été formé dans leur région et comment contacter ces personnes.
- Former et déployer des assistants juridiques vivant avec le VIH ou appartenant à d'autres populations clés et vulnérables, chargés de donner des conseils juridiques élémentaires, de favoriser une médiation et de transmettre des affaires à des avocats, le cas échéant. Dans un premier temps, cela pourra prendre la forme d'une formation complémentaire dispensée à certains pairs-éducateurs travaillant déjà pour des programmes de sensibilisation des populations clés au niveau communautaire ainsi qu'à des membres de l'UCOP+ déjà actifs dans les communautés.
- Déployer le volet *accompagnement juridique* du modèle des *centres conviviaux*. Cela peut se faire par étapes en se calant sur l'augmentation prévue du nombre de centres. À l'issue d'une phase pilote, une évaluation devra être effectuée pour guider le processus d'extension.
- Faire de la ligne verte de l'UCOP+ un service destiné à la fois aux personnes vivant avec le VIH et aux autres populations clés et vulnérables, afin que celles-ci puissent bénéficier de conseils et d'informations juridiques et être dirigées vers des assistants juridiques, des avocats ou des cliniques juridiques. Étant donné que le matériel et les procédures pour ce type de service sont déjà en place, un soutien technique et opérationnel complémentaire devrait être apporté pour élargir le mandat de la ligne verte aux problèmes des populations clés. Cet élargissement du service à d'autres populations clés et vulnérables devrait également apparaître dans les supports promotionnels.
- Mettre en place à grande échelle un accès gratuit ou peu onéreux à des avocats pour les personnes vivant avec le VIH ou appartenant à d'autres populations clés et vulnérables. Même si le gros du travail de conseil et d'appui juridiques dans les communautés devra être assuré par des assistants juridiques (pairs), ces assistants devront être supervisés et aidés par des avocats et les plaignants potentiels devront pouvoir être représentés en justice lorsque cela est nécessaire. Plusieurs moyens permettraient d'améliorer l'accès à des avocats bénévoles ou peu onéreux : 1) augmenter le nombre de *cliniques juridiques* ; 2) soutenir le travail de la Référente nationale pour trouver plus d'avocats disposés à offrir leurs services gratuitement ou à moindre coût dans l'ensemble du pays ; 3) placer et soutenir quelques avocats chargés de défendre des personnes marginalisées au sein des principaux réseaux ou dans les principales ONG et organisations communautaires.
- Mettre en place un système de suivi et de surveillance des affaires portant sur les droits humains et légaux. Le Bureau de la référente nationale devrait être doté de moyens lui permettant de soutenir ce mécanisme. Dans le cadre de la formation, il pourrait être

demandé à des avocats et à des magistrats d'appuyer le système. Des dispositions portant sur la confidentialité et la sécurité des informations devraient être incluses dans les processus de suivi et de communication de l'information. Des rapports d'activité annuels devraient être produits pour servir d'outils de sensibilisation et de plaidoyer.

*DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques portant sur le VIH*

Au niveau national, des initiatives importantes sont en cours pour faire modifier certaines dispositions légales problématiques concernant la criminalisation de la transmission du VIH et l'âge minimum permettant d'accéder par soi-même à des services de lutte contre le VIH. Des mesures importantes sont également prises pour accroître l'engagement du gouvernement sur la question du VIH dans certaines provinces. Ces actions sont détaillées dans le **tableau 7** ci-dessous.

**Tableau 7 : Plaidoyer pour une réforme juridique et politique**

<b>Activité principale</b>	<b>Description</b>	<b>Couverture</b>	<b>Maîtres d'œuvre</b>
Plaidoyer et lobbying au niveau national en faveur d'une réforme du droit	La Cellule VIH et droits humains est le mécanisme qui rassemble les efforts visant à faire supprimer dans la <i>Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées</i> les dispositions qui criminalisent la transmission du virus et à faire modifier l'âge du consentement pour accéder à des services anti-VIH. Ces actions ont commencé en 2014 et se sont poursuivies en dépit des obstacles rencontrés dans les processus parlementaires. Le dossier est maintenant prêt à être présenté au parlement même si aucune date précise n'a encore été fixée, une situation qui s'est compliquée avec le décès récent d'un soutien politique de longue date de ce projet.	Nationale	PNMLS, MdJ, UCOP+, ONUSIDA et d'autres
Plaidoyer au niveau provincial	Dans le Nord-Kivu, les parties prenantes collaborent activement, avec l'aide de l'ONUSIDA et du PNMLS, pour recenser et régler des problèmes nécessitant une mobilisation, tels que l'adhésion de l'administration provinciale aux programmes de lutte contre le VIH, mais aussi les ruptures de stock et d'autres problèmes concernant les services anti-VIH.	Nord-Kivu	PNMLS, UCOP+, MSF, ONUSIDA
Surveillance du respect des lois et politiques existantes	L'observatoire de l'UCOP+ contrôle notamment le respect (ou non) des dispositions légales relatives à la gratuité des services anti-VIH ainsi que des principes de confidentialité et de consentement éclairé. Il est également prévu d'inclure le paludisme et la coïnfection VIH/TB dans la mission de l'Observatoire, en mettant l'accent sur les restes à charge et les ruptures de stock.	Kinshasa, Nord-Kivu, Mbuji-Mayi	UCOP+



Documentation des atteintes aux droits humains et des recours juridiques	Un rapport a été publié mi-2017 avec le soutien de partenaires extérieurs, contenant les récits d'atteintes aux droits humains et légaux de personnes LGBT et de travailleurs et travailleuses du sexe (UHAI-EASRHI, 2017). Un rapport similaire avait été produit en 2014 par SJS.	Kinshasa, Lubumbashi, Goma, Kisangani, Kalemie et Bukavu	UHAI-EASRHI
Documentation des faits et plaidoyer auprès d'instances internationales de défense des droits humains	SJS, par exemple, a fait parvenir des observations sur les droits humains des populations clés au Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies, pour l'EPU (examen périodique universel) concernant la RDC.	Nationale	SJS et d'autres

La *Cellule Droit et VIH* (au niveau national) est un dispositif important pour le dialogue et la coordination autour des questions de droits humains en rapport avec le VIH. Des partenaires du système des Nations Unies, comme l'ONUSIDA, soutiennent également la coordination des activités de plaidoyer. Toutefois, bien que les efforts de collaboration pour faire modifier la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées* et régler le problème de l'âge du consentement montrent qu'il existe une capacité collective pour suivre de près et faire changer les lois et les politiques, quelques lacunes importantes restent à combler :

- Les populations clés n'apparaissent pas à ce jour comme une priorité dans le travail visant à favoriser des changements dans la loi et les politiques.
- Les groupes représentatifs des populations clés – les personnes LGBT et les travailleuses et travailleurs du sexe en particulier – ne sont ni visibles, ni audibles, que ce soit au sein la *cellule* ou dans d'autres espaces de dialogue où elles pourraient mettre en avant leurs priorités en matière de changements juridiques et politiques. Bien que certains membres de la *cellule* abordent les priorités des populations clés au nom de ces dernières, ces populations ne bénéficient pas à ce jour d'une représentation directe<sup>19</sup>.
- Aucun processus de niveau national n'aborde les besoins des consommateurs de drogues injectables pour ce qui est du droit et des politiques, bien que ceux-ci figurent en tant que population clé dans le PSN et malgré la proposition qu'on y trouve de développer davantage les programmes de réduction des risques, y compris les traitements de substitution aux opiacés. L'attention insuffisante portée à cette population vient en grande partie du fait que les interventions destinées aux consommateurs de drogues injectables sont relativement nouvelles et peu nombreuses. Ainsi, cette population clé commence seulement maintenant à gagner en visibilité, même dans les endroits où des programmes existent déjà.

<sup>19</sup> Des informateurs clés ont offert quelques explications à cela, dont les suivantes : jusqu'à une date récente, les représentants des populations clés étaient exclus des instances où étaient discutées et définies les priorités et les problèmes en rapport avec le VIH nécessitant une mobilisation ; ces populations ont insuffisamment accès à des ressources techniques et financières pour constituer des réseaux qui leur permettraient de renforcer leur visibilité et leur intégration dans ces processus de plus grande ampleur ; les risques très importants que font courir l'environnement socioculturel et politique à des personnes militantes ou connues pour appartenir à une population clé ont déjà été abordés dans le présent rapport. Malgré l'ampleur des risques et des obstacles, rien ne semblait montrer que des mesures collectives allaient être prises par les différentes parties prenantes de la riposte nationale au VIH pour les atténuer et pour donner aux populations clés l'occasion d'être représentées et entendues directement dans ces espaces de dialogue majeurs. Comme l'a déclaré un haut responsable, « nous ne sommes pas prêts pour cela ».

- Comme indiqué précédemment, la CNDH ne joue pas un rôle actif pour ce qui est des priorités relatives aux droits humains liés au VIH, y compris celles qui concernent des populations clés. Même si la CNDH compte en son sein une personne référente pour le VIH, ses capacités techniques et opérationnelles limitées l'empêchent d'être plus présente et volontariste. La Référente nationale au ministère de la Justice assure en fait une grande partie de ce que devrait être le travail de la commission.
- Les ressources financières limitées du PNMLS ont sérieusement entravé la capacité du programme à exercer son rôle fédérateur dans les provinces pour surveiller l'évolution des atteintes aux droits humains et légaux – entre autres fonctions – et pour coordonner des actions appropriées avec les acteurs locaux de différents secteurs.

Une démarche globale d'amélioration de l'environnement réglementaire et juridique des programmes de lutte contre le VIH devrait comporter les actions suivantes<sup>20</sup> :

- Trouver dans les lois et politiques existantes des moyens pour améliorer la protection des droits humains et légaux des populations clés et élaborer un plan d'action pour l'avenir. Cela figurait dans les recommandations de l'EEJ menée en 2013, mais celles-ci ne précisaient pas quelle lois et politiques devaient constituer le point de départ. Cette lacune devra être comblée et les moyens recensés devront être classés en fonction de leurs chances d'aboutir à court, moyen ou long terme.
- Élaborer des documents d'information et des notes juridiques, entre autres, pour appuyer les initiatives de réforme politique et juridique visant à améliorer la situation des populations clés. Rappelons qu'un premier travail a été réalisé par le PNUD pour empêcher que le projet de loi criminalisant l'homosexualité ne soit présenté au parlement. Un travail prospectif plus important doit maintenant débiter afin de mettre en place un cadre politique et juridique plus favorable et plus protecteur pour les populations clés. Au minimum, la loi et les politiques devraient protéger ces populations contre la discrimination et la violence.
- Élaborer et mettre en œuvre des plans de coopération avec des hauts responsables politiques et des parlementaires, pour soutenir et défendre les réformes politiques et juridiques. Ce travail se fait déjà dans le cadre d'activités menées « sous le radar ». Il devrait être étendu et des représentants des populations clés devraient commencer à y participer directement aux côtés d'autres acteurs nationaux.
- En utilisant le PSN 2018–2022 comme point de départ, élaborer et exécuter un processus visant à mettre en place un cadre d'action favorable à l'introduction de programmes de réduction des risques. L'approche de santé publique décrite dans le PSN devrait servir de base pour impliquer d'autres parties prenantes dans la mise en place d'un environnement plus propice à l'élaboration et la mise en œuvre de tels programmes. Une fois ces programmes établis et capables de produire des preuves de leur efficacité, des efforts de plus longue haleine devront débiter afin d'aboutir à une réforme juridique plus favorable à la démarche de réduction des risques.
- Faire en sorte que la CNDH puisse devenir un organe de surveillance de la protection des droits fondamentaux des PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables. Cela devrait se faire en collaboration avec le Bureau de la référente nationale au ministère de la justice.

#### *DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH*

Le **tableau 8** ci-dessous illustre les efforts actuellement déployés pour remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre que rencontrent les femmes dans le contexte

<sup>20</sup> Les actions destinées au milieu carcéral, personnel pénitentiaire y compris, figurent dans la **section 5.5.10** ci-après, car ce sont les mêmes pour le VIH et pour la tuberculose.

des services anti-VIH.

**Tableau 8 : Actions menées pour réduire la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH**

Activité principale	Description	Couverture	Maîtres d'œuvre
Autonomisation des femmes qui vivent avec le VIH	En plus de leur participation à l'UCOP+, les femmes qui vivent avec le VIH passent par d'autres maîtres d'œuvre pour mener leurs propres activités d'entraide et d'autonomisation.	Nationale	SJS, Fondation Femme Plus, ICW
Intégration des questions de genre dans les politiques et stratégies de lutte contre le VIH	Sur la base des conclusions de l'évaluation des questions de genre dans la riposte nationale au VIH réalisée en 2013, un effort important a été fait pour prendre davantage en compte ces aspects dans le PSN 2014–2017. L'examen externe du PSN a toutefois montré que plusieurs actions recommandées n'étaient pas mises en œuvre. Par conséquent, un nouvel élan a été donné à l'égalité de genre en tant que composante transversale durant l'élaboration du PSN 2018–2021. Au moment où notre évaluation se déroulait, une nouvelle évaluation des questions de genre était en cours, basée sur la nouvelle version de l'outil mis au point par l'ONUSIDA et le partenariat Halte à la tuberculose.	Nationale	PNMLS, Fondation Femme Plus, RENADEF
Interventions dans les communautés afin de réduire les effets néfastes des normes de genre et des pratiques traditionnelles	La RDC est en train de tester une version française du modèle SASA!, un modèle d'intervention dans le cadre duquel les communautés participent notamment à des actions destinées à recenser et à braver les normes de genre néfastes qui perpétuent les violences sexuelles et sexistes et entravent l'accès aux services.	Kinshasa, Nord-Kivu, Mbuji-Mayi	Cordaid
Lutter contre les violences sexistes subies par les femmes	Des efforts considérables sont déployés à travers le pays pour s'attaquer aux violences sexuelles et sexistes grâce à une prévention effectuée en amont et à la prestation de services complets et intégrés comprenant dépistage du VIH, PPE et orientation vers des services de PTME ou de traitement du VIH, et grâce à un accès à la justice facilité par des <i>cliniques juridiques</i> spécialisées sur ce type de violence.	27 lieux répartis dans l'ensemble du pays	Cordaid
Lutter contre les violences sexistes subies par les populations clés.	Le modèle des <i>centres conviviaux</i> de FHI360 comporte un volet axé sur les violences sexuelles et sexistes subies par les populations clés. Cet aspect du paquet de services comprend un dépistage en amont des violences physiques et sexuelles, une prise en charge clinique et psychosociale	Kinshasa, Lubumbashi	FHI360

	complète, et un accès à la justice. Au moment de l'évaluation, la mise en œuvre de ce volet venait juste de commencer.		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

On notera que ces activités sont menées dans le cadre d'interventions plus complètes mises en œuvre à l'échelle du pays et portant sur l'égalité de genre, l'autonomisation des femmes et la prévention des violences sexuelles et sexistes, qui ont été appliquées ailleurs (PEPFAR, 2016, par exemple).

Même si plusieurs informateurs clés travaillant sur la problématique du genre dans le cadre de la riposte nationale au VIH ont indiqué que la compréhension et la prise en compte de ces questions dans le contexte du VIH s'améliorait – avec des changements significatifs aisément perceptibles en comparant le nouveau PSN avec le plan actuel ainsi que les nouveaux programmes du Fonds mondial avec les programmes en cours –, ces mêmes informateurs ont ajouté qu'il y avait encore du travail à faire avant de considérer que ces questions étaient parfaitement comprises et complètement prises en compte (entretiens avec des informateurs clés du RENADEF, de la Fondation Femme Plus et de l'ICW en RDC, septembre-octobre 2017).

Les principales lacunes et difficultés restant à résoudre étaient les suivantes :

- Il est ressorti de plusieurs entretiens avec des informateurs clés que les aspects de l'épidémie de VIH liés au genre en RDC n'étaient à l'évidence ni bien compris, ni jugés importants pour mettre en place une riposte nationale plus efficace (pour reprendre les termes d'un haut responsable [un homme], « le problème vient des femmes elles-mêmes »).
- Alors que le PSN 2018-2022 contient de nombreux éléments traitant des questions de genre, leurs mécanismes de coordination, de mise en œuvre ou de suivi ne sont pas apparus clairement.
- Les femmes vivant avec le VIH continuaient à se sentir marginalisées, en particulier au niveau du leadership des structures actuelles, y compris à l'UCOP+.
- La compréhension des effets de croyances et de pratiques néfastes fondées sur le genre, en tant que vecteurs de la stigmatisation, de la discrimination et des violences faites aux populations clés, était très limitée, y compris dans certains groupes issus des populations clés ou chez certains prestataires de services au contact de ces populations.

Une démarche globale visant à renforcer la composante genre dans la riposte nationale au VIH devrait comporter les actions suivantes :

- Exploiter les résultats de l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose. Lorsque que les résultats seront disponibles, un plan d'action global et un cadre de suivi devraient être élaborés.
- Pérenniser et intensifier les programmes exécutés dans les communautés, qui œuvrent contre les normes de genre néfastes et pour la prévention des violences sexuelles et sexistes. Une fois le projet pilote évalué, le programme SASA! dans sa version adaptée devrait être mis en œuvre dans tout le pays.
- Intensifier les aspects concernant les droits humains dans les services complets destinés aux victimes de violences sexuelles et sexistes dans l'ensemble du pays. Pour les femmes, ces services sont des points d'accès importants à d'autres services qui vont réduire le risque de contracter le VIH (p. ex. la PPE) ainsi qu'à des services de PTME, si nécessaire. Le financement de l'aspect droits humains devrait aller à des activités dans le cadre desquelles les victimes sont systématiquement informées de leurs droits et des dispositions légales pertinentes, dirigées vers une solution d'hébergement et/ou protégées des risques de nouvelles violences, et orientées vers des services d'assistance juridique.
- Financer et développer à grande échelle des *cliniques juridiques* pour les victimes de

violences sexuelles et sexistes. Ces lieux sont indispensables pour que les femmes puissent faire valoir et défendre leurs droits humains et légaux. Des services d'accompagnement des plaintes en rapport avec les droits humains et légaux dans le contexte du VIH, en plus de ceux axés sur les VSS, devraient également être disponibles.

- Former des femmes vivant avec le VIH comme assistantes juridiques et déployer ces femmes dans les communautés. La portée des services juridiques existants pourra ainsi être étendue. La formation devra permettre aux participantes d'acquérir des compétences poussées dans le domaine de la médiation et du règlement des conflits. Des dispositions appropriées devront être prises pour veiller à ce que ces femmes soient protégées des dangers associés à la fois à leur statut de personne vivant avec le VIH et à leur statut de femme.
- Mobiliser, former et soutenir des chefs traditionnels et des responsables communautaires afin qu'ils puissent contribuer au règlement de différends dans la communauté (notamment en ce qui concerne les problèmes de dépossession des biens, de garde des enfants et d'héritage), réduire la stigmatisation et la discrimination, et s'attaquer aux violences sexistes et aux pratiques néfastes fondées sur le genre. Ce travail a déjà commencé en RDC. Il devrait être intensifié et poursuivi sur plusieurs années.
- Financer des OSC communautaires axées sur les questions de genre afin de les aider à intensifier et à pérenniser leur action en faveur de l'égalité hommes-femmes et de l'accès aux services anti-VIH et à d'autres services de SSR. Cette évaluation a mis en évidence une lacune à combler dans ce domaine.
- Mettre au point une formation à la prise en compte du genre et la dispenser à l'ensemble des parties prenantes dans la riposte nationale au VIH. Cela devrait aller de la direction du PNMLS (à tous les niveaux) jusqu'aux OSC intervenant dans les communautés, notamment celles qui sont dirigées par des populations clés ou qui s'adressent à ces populations.
- Aider des femmes qui vivent avec le VIH à occuper et à conserver des postes de direction dans la riposte nationale au VIH. La situation de marginalisation que vivent actuellement ces femmes devrait être réglée et renversée.

#### *DP n° 8 : Interventions à destination des adolescents et des jeunes*

Les parties prenantes dans la riposte au VIH tentent de répondre de plusieurs manières aux priorités des adolescents et des jeunes – et notamment des adolescentes et des jeunes femmes – en rapport avec le VIH et les droits humains. Les principales approches sont les suivantes :

- Autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes en leur apportant des connaissances sur le VIH, les droits humains et les violences sexuelles et sexistes. Un projet pilote financé par le Fonds mondial et poursuivant cet objectif est en cours dans deux provinces (Kinshasa et Mbuji-Mayi). Les interventions sont mises en œuvre dans le cadre des établissements scolaires, des communautés et des services de santé.
- Centre d'écoute et d'information convivial pour les adolescents (CEICA) – Il existe six de ces centres mis en place par le RACOF dans trois régions (ils étaient 36 auparavant, jusqu'à ce que les financements ne soient réduits). Leur but est d'offrir des services aux adolescents dans un environnement non stigmatisant, et notamment les suivants : dépistage du VIH ; dépistage et traitement d'autres IST ; orientation vers un service de traitement du VIH ou d'autres services de santé sexuelle et reproductive.
- Espaces Jeunes – Il existe onze de ces espaces mis en place par le RACOF. Ces espaces de loisirs conviviaux destinés aux jeunes sont rattachés à des établissements de santé. Leur but est d'offrir aux adolescents et aux jeunes un environnement « sûr » dans lequel ceux-ci peuvent, entre autres, se renseigner sur le VIH et d'autres problèmes de santé

sexuelle et reproductive, puis effectuer éventuellement un test de dépistage du VIH ou bénéficier d'autres services.

- La formation et le soutien dispensés aux pairs-éducateurs – Le Programme national de la santé de l'adolescent (PNAS), en collaboration avec le RACOF et d'autres partenaires, met en œuvre la formation et le soutien dispensés à des pairs-éducateurs qui vont ensuite travailler avec des adolescents et des jeunes sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Un volet de ce travail porte sur l'autostigmatisation et la réticence des adolescents et des jeunes à recourir aux services.
- Le renforcement des capacités des associations de jeunes – Le RACOF travaille avec ses membres à la mise en œuvre d'un renforcement de leurs capacités organisationnelles pour faire en sorte que ces entités puissent fonctionner comme des plates-formes de sensibilisation aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive au niveau communautaire, y compris en ce qui concerne le VIH. Ce travail vise notamment, d'une part, à lutter contre la stigmatisation exercée par des individus ou par la communauté, et d'autre part, à encourager les jeunes à faire preuve de résilience pour faire face aux obstacles rencontrés dans leur environnement familial ou communautaire pour accéder à des services de santé.
- Étude et suivi des facteurs qui entravent ou facilitent l'accès et le recours aux services – Médecins du Monde vient de terminer une étude des déterminants socioculturels de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes à Kinshasa et dans le Nord-Kivu (Arenas et Loock, 2016). Les résultats ont fourni un important corpus d'éléments permettant de saisir la complexité des obstacles individuels ou communautaires qui empêchent ces groupes d'accéder à l'information, d'appréhender et d'exprimer leurs propres besoins en matière de santé sexuelle, pour ensuite consulter et bénéficier des services nécessaires, y compris en ce qui concerne le VIH. Comme cela a déjà été mentionné précédemment, la RDC participe à l'initiative All In qui, entre autres, soutient la collecte et l'analyse des données qui vont venir étayer les actions de plaidoyer ainsi que l'élaboration de politiques et de programmes de lutte contre le VIH, à l'intention notamment des adolescentes et des jeunes femmes.
- Un plaidoyer pour une réforme juridique et politique – Le RACOF participe activement aux efforts déployés au niveau national pour faire modifier la *Loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées*, de manière à permettre aux adolescents âgés de 13 ans d'accéder par eux-mêmes à des services anti-VIH.
- Standards des services de santé adaptés aux adolescents – Établis par le PNAS, ils abordent dans leurs principes directeurs le droit des adolescents et des jeunes à bénéficier d'informations et de services concernant le VIH et d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive dans un environnement non stigmatisant. Avec l'aide de partenaires, le PNAS forme des prestataires de santé à ces standards (aucune donnée n'était disponible concernant le nombre de personnes formées ou l'efficacité de la formation).
- Supports de prévention du VIH pour les jeunes des populations clés – Au moment de l'évaluation, le PNAS travaillait avec d'autres parties prenantes à l'élaboration de supports de prévention (*boîtes à images*) spécialement destinés aux jeunes issus de populations clés (HSH, TSf et CDI) et aux jeunes de la rue. Le but était de faire en sorte que le RACOF et d'autres se servent de ces supports pour, notamment, intégrer davantage les jeunes des populations clés dans leurs programmes de lutte contre le VIH axés sur la jeunesse et, ce faisant, commencent à remédier au problème de stigmatisation au sein même d'associations réticentes à l'idée d'accueillir des jeunes issus des populations clés.
- Soutien à des interventions auprès d'adolescents et de jeunes vivant avec le VIH sur des questions de santé et de dignité. À Goma, Heal Africa fait partie du petit nombre d'autres

partenaires qui mettent en œuvre à l'échelle du pays des programmes spécialement destinés aux adolescents et aux jeunes qui vivent avec le VIH (Heal Africa travaille également avec des enfants vivant avec le VIH). Outre une prise en charge et un traitement, le programme offre à ces personnes un soutien psychosocial pour les aider à faire face à la stigmatisation et la discrimination qu'elles rencontrent au sein de leurs familles ou dans leurs communautés.

En dépit de ces efforts importants, des lacunes et des difficultés demeurent :

- La couverture de la plupart des interventions (CEICA, Espaces Jeunes) est limitée ; elles concernent principalement cinq provinces (Kinshasa, Nord-Kivu, Kongo-Central, Kasai et Nord-Kivu) où elles sont la plupart du temps mises en œuvre dans des villes.
- Les CEICA sont mal intégrés dans le système de santé et sont donc difficiles à pérenniser.
- Hormis pour le projet *boîtes à images* qui n'est encore mis en œuvre, les adolescents et les jeunes des populations clés ne sont pas expressément inclus dans les programmes destinés à la jeunesse. On observe une réticence à remédier à cet état de fait chez certains intervenants qui affirment que ces personnes relèvent de programmes destinés aux populations clés.
- De la même façon, les adolescents et les jeunes qui vivent avec le VIH ne sont pas expressément inclus dans les programmes destinés aux personnes vivant avec le VIH de manière générale. Des informateurs clés travaillant sur des programmes pour les jeunes ont estimé que les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH étaient pris en compte dans le cadre de programmes de traitement.
- Des programmes complets pour cette catégorie, qui aideraient notamment ces jeunes à faire face aux discriminations et à la stigmatisation, sont inexistant à l'échelle du pays.
- Les montants des financements sont modestes et les projets sont d'une durée limitée. Presque aucune action n'est financée avec des fonds nationaux.

Une démarche globale visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre que rencontrent les adolescents et les jeunes dans le contexte du VIH, notamment ceux qui vivent avec le virus, devrait comporter les actions suivantes :

- Intégrer des informations sur les droits humains/des patients et des actions d'éducation juridique dans les interventions comportant un volet soutien psychosocial à destination des adolescents et des jeunes. Pour que les jeunes adhèrent davantage à ces programmes, une possibilité consisterait à donner à leurs organisations les moyens techniques et opérationnels nécessaires pour les mettre en œuvre elles-mêmes.
- Former des membres du RACOJ et d'autres réseaux de jeunes afin de renforcer leur connaissance et leur compréhension de plusieurs sujets – droits humains, égalité de genre, problématique du genre, orientation sexuelle, diversité – pour qu'ils s'ouvrent davantage à tous les jeunes. Les programmes actuels axés sur la jeunesse doivent s'efforcer d'intégrer tous les jeunes.
- Former et déployer des jeunes femmes en tant qu'assistantes juridiques dans les communautés. Elles devraient être en relation avec des *cliniques juridiques* ou des associations de jeunes. En plus de fournir des conseils, d'assurer des médiations et d'orienter vers une aide juridique, leur rôle consisterait à sensibiliser les communautés aux droits humains et légaux des jeunes. Des dispositions appropriées devront être prises pour garantir leur sécurité et assurer leur protection dans le cadre de leur travail. Il serait également important de sensibiliser les responsables religieux et d'établir des partenariats avec ces personnes.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan, comprenant un cadre de suivi, pour adapter la prestation des services anti-VIH – y compris en ce qui concerne les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé – si les actions menées dans l'optique d'abaisser l'âge requis pour pouvoir accéder aux services devaient aboutir. Des

informateurs clés ont souligné que ce travail était en cours au moment de l'évaluation. Des moyens techniques et opérationnels suffisants devront être mobilisés pour soutenir le plan lorsque la mise en œuvre pourra commencer.

L'annexe A contient des détails supplémentaires sur la démarche globale, y compris une estimation des coûts.

## Investissements effectués à ce jour et coûts d'un programme complet

L'équipe d'évaluation a tenté d'obtenir des données sur le niveau actuel du financement des actions visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui empêchent d'accéder ou de recourir aux services de lutte contre le VIH. La participation à cet aspect de l'évaluation a toutefois été limitée, seules 10 OSC ayant accepté de communiquer leurs données. Quelques informations supplémentaires ont été trouvées auprès de sources du Fonds mondial, mais pas des deux bénéficiaires principaux (RP) en RDC. En effet, au moment de l'évaluation des changements importants étaient en cours (clôture d'une subvention pour un RP et élaboration d'un plan d'accélération pour l'autre), ce qui a empêché les deux RP de participer à l'évaluation. Les éléments inclus dans cette section ne donnent qu'une indication de certains investissements actuellement réalisés en RDC et de leur répartition dans les sept principaux domaines programmatiques.

Le tableau 9 ci-dessous synthétise les données communiquées par les 10 OSC qui ont participé à ce volet de l'évaluation.

**Tableau 9 : Financement des OSC de défense des droits humains (2016)**

Domaine programmatique	Montant pour 2016 (USD)
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	73 558
Formation des professionnels de santé	123 313
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	64 657
Éducation juridique	159 399
Services juridiques (VIH)	13 000
Suivi et réforme des lois et des politiques	-
Genre et VIH	38 000
<b>TOTAL</b>	<b>471 926</b>

Comme le montrent les données, les fonds disponibles pour des interventions axées sur les droits humains dans le contexte du VIH provenant de sources autres que le Fonds mondial ou le PEPFAR ont été limités en 2016. L'**annexe C** détaille ce que ces fonds ont financé.

Le **tableau 10** ci-dessous contient des données provenant de sources du Fonds mondial et relatives aux investissements effectués dans des interventions axées sur les droits humains dans le contexte du VIH pour la période 2015-2017.



**Tableau 10 : Sommes allouées par le Fonds mondial pour les DP portant sur les droits humains et le genre (2015–2017)**

<b>Domaine programmatique</b>	<b>Montant pour 2015–2017 (USD)</b>
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	261 224
Formation des professionnels de santé	-
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	-
Éducation juridique	15 000
Services juridiques (VIH)	21 000
Suivi et réforme des lois et des politiques	-
Genre et VIH	2 361 176
<b>TOTAL</b>	<b>2 658 400</b>

Les activités financées visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination étaient pour la plupart intégrées dans d'autres efforts portant notamment sur la prévention du VIH et la réduction des risques, mais aussi les droits humains. Comme indiqué dans le **section 4.5.8**, le Fonds mondial et d'autres partenaires ont prioritairement axé leur soutien au pays sur la protection des adolescentes et des jeunes femmes face aux violences sexuelles et sexistes. Ce travail, ainsi que des programmes s'adressant plus généralement aux adolescents et aux jeunes, représentent la plus grande partie des montants investis dans des activités centrées sur les droits humains ou les questions de genre au cours de la période 2015–2017. Par ailleurs, sur une période de douze mois étalée sur 2016 et 2017, le PEPFAR a investi environ 1,8 million de dollars dans des programmes destinés aux populations clés. Cependant, aucune information supplémentaire n'était disponible quant à la part de ce montant consacrée à des actions portant sur les obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services (PEPFAR, 2017).

Enfin, il est important de souligner que de nombreux informateurs clés, issus en particulier de réseaux locaux ou provinciaux de PvVIH et de populations clés, ont exprimé leur malaise concernant l'accès à des financements pour leurs activités, y compris aux financements du Fonds mondial. Il est ressorti de ces discussions qu'une grande partie du travail de terrain concernant les questions de droits humains et de genre dans le contexte du VIH était effectuée localement par ces réseaux et que la plupart d'entre eux ne recevaient aucun financement direct (table ronde avec des membres et des partenaires du Réseau national des ONG pour le développement de la femme [RENADEF], septembre 2017). Lorsqu'ils parvenaient à accéder à des financements, du Fonds mondial par exemple, c'était souvent dans le cadre de campagnes de dépistage du VIH pour lesquelles ces réseaux étaient censés mobiliser leurs membres. Les autres activités ou les besoins organisationnels courants ne bénéficiaient d'aucun autre financement.

## V. Préviation des besoins de financement pour des programmes complets (VIH)

Le dernier volet de l'évaluation a consisté à calculer le montant des investissements nécessaires pour mettre en œuvre la démarche globale proposée. Cela n'a pas été facile du fait de la faible quantité de données disponibles pour calculer les coûts unitaires, par exemple. Par conséquent, les chiffres indiqués ci-dessous, pour le VIH et la tuberculose, sont purement indicatifs et seront affinés si des données supplémentaires deviennent accessibles.

Les besoins de financement prévus pour le VIH sont indiqués dans le **tableau 11** ci-dessous.

**Tableau 11 : Chiffrage d'une démarche globale pour le VIH**

Domaine programmatique (VIH)	Total
DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations clés	2 163 679 USD
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec le VIH	2 539 726 USD
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	1 418 087 USD
DP n° 4 : Éducation juridique (« connaître ses droits »)	466 583 USD
DP n° 5 : Services juridiques associés au VIH	1 749 193 USD
DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, réglementations et politiques portant sur le VIH	735 035 USD
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH	2 888 049 USD
Autres activités	593 578 USD
<b>TOTAL</b>	<b>12 553 930 USD</b>

*Tableau 11. Coût total d'un programme complet sur 5 ans pour le VIH. Se reporter à l'annexe A pour une répartition des coûts par année.*

En raison de l'insuffisance des données portant sur les programmes actuels, aucun chiffrage n'a été fait de programmes complets destinés à lutter contre les violences sexuelles et sexistes et à réduire les vulnérabilités liées au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes au titre du domaine programmatique « Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH ». Dans cette catégorie figurent donc les coûts de programmes visant à améliorer plus généralement l'accès des adolescents et des jeunes aux services de lutte contre le VIH. Les résultats de l'évaluation du niveau d'investissement actuel ont montré qu'environ 1,7 million de dollars étaient disponibles en 2016 pour des interventions en rapport avec les droits humains et les questions de genre, dont 85 % pour des programmes portant sur les violences sexuelles et sexistes ou sur les adolescentes et les jeunes femmes. Pour la période 2018–2020, l'ICN de RDC a demandé 3 millions de dollars sous la forme d'un financement à effet catalyseur pour des interventions portant sur les droits humains (les interventions traitant des questions de genre ont été prises en compte dans la demande de financement principale). Il semble donc que ces deux volets du programme complet soient entièrement financés pour cette période.

## **Possibilités d'intensification des interventions**

Le PSN 2018–2022 contient un engagement plus fort et plus explicite en faveur des droits humains et de l'égalité de genre dans le cadre de la riposte nationale au VIH. Cela comprend des stratégies plus détaillées destinées à améliorer le contexte juridique et socioculturel des interventions en rapport avec le VIH menées auprès des populations clés. En un sens, ceci constitue un « schéma directeur » pour élaborer des plans et des stratégies plus détaillés tenant compte des recommandations spécifiques formulées en vue de bâtir une démarche globale.

L'attention accrue accordée aux priorités en rapport avec les droits humains et les questions de genre dans le cadre du dialogue au niveau du pays ainsi que l'élaboration de la dernière demande de financement ont également contribué à accroître la visibilité du travail sur les obstacles et à faire en sorte que ces priorités soient mieux comprises et davantage soutenues dans tous les secteurs de la riposte au VIH.

La *cellule* nationale pourrait faire office de groupe d'encadrement stratégique chargé de suivre et de guider un programme de travail fondé sur le PSN et intégrant les résultats de l'évaluation de référence ainsi que les activités financées par la nouvelle subvention du Fonds mondial. Une coordination et un suivi complémentaires pourraient être assurés dans les provinces par les *groupes thématiques* avec l'appui des bureaux provinciaux du PNMLS.

## VI. Résultats de référence : tuberculose

Les résultats de l'évaluation pour la tuberculose sont présentés dans le même ordre que pour le VIH : vue d'ensemble de l'épidémie de tuberculose en RDC, en particulier dans les populations clés et vulnérables incluses dans l'évaluation ; informations sur l'évolution de l'accès et du recours aux services de lutte contre la tuberculose et la coïnfection VIH/TB afin d'illustrer l'ampleur des carences actuelles ; aperçu du contexte général de la riposte à la tuberculose, et en particulier des volets de la riposte consacrés aux droits humains et aux questions de genre ; analyse des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services antituberculeux ; analyse des actions actuellement menées pour remédier à ces obstacles – carences, difficultés rencontrées et recommandations pour une démarche globale ; analyse des possibilités d'intensification des efforts actuels sur une période de cinq ans.

Les résultats de l'évaluation montrent que, si la RDC connaît une importante épidémie de tuberculose, les données disponibles ne permettent généralement pas d'en préciser les effets sur les différentes populations clés et vulnérables recensées dans le PSN de lutte contre la maladie et incluses dans cette évaluation. Les services antituberculeux indiqués ne sont pas disponibles dans toutes les régions du pays et les graves carences du système de santé limitent la qualité et la disponibilité de ces services lorsque ceux-ci sont dispensés. Les aspects de l'épidémie de tuberculose en rapport avec les droits humains et le genre sont très peu documentés et mal compris par la plupart des acteurs de la lutte antituberculeuse, y compris au sein du PNLT. Des obstacles importants ont cependant été répertoriés, en particulier une stigmatisation des personnes atteintes de tuberculose – que celles-ci finissent elles-mêmes par intérioriser – due en grande partie à un manque de connaissances de la maladie et de ses traitements. La crainte du rejet social et l'intériorisation de fausses croyances sur la tuberculose font que la maladie est déjà à un stade avancé lorsque les personnes touchées se décident à effectuer un test de dépistage ou à démarrer un traitement. Le reste à charge pour se faire dépister (le traitement lui-même est gratuit) dans des établissements de santé est également un élément dissuasif.

Bien que le pays dispose de normes en matière de prévention des infections et de normes de santé et de sécurité au travail, la mise en œuvre et le respect de ces normes sont médiocres, d'où un risque élevé d'exposition à la maladie chez les professionnels de santé. Alors que des informateurs clés étaient d'avis que la tuberculose était un problème majeur dans le secteur minier, les données sur la maladie dans ce secteur sont inexistantes. Par conséquent, il est impossible de savoir dans quelle mesure les mineurs pourraient rencontrer des obstacles liés aux droits humains lorsqu'ils ont besoin d'accéder à des services antituberculeux. Enfin, comme il a été déjà indiqué dans les conclusions relatives au VIH, il est très difficile de proposer des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. Le grand nombre de personnes incarcérées en détention provisoire, qui sont en attente d'un jugement ou d'une condamnation, a aggravé le risque de contracter la tuberculose en prison. Les mauvaises conditions matérielles qui règnent dans les lieux de détention – surpopulation et malnutrition notamment – limitent l'efficacité des services dispensés.

L'équipe d'évaluation a répertorié quelques interventions visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans le contexte de la tuberculose, et quelques actions menées dans les communautés ou dans certaines prisons principalement, avec, dans ce dernier cas, un soutien financier limité voire inexistant. Des possibilités existent néanmoins d'améliorer la compréhension des aspects liés aux droits humains et aux questions de genre dans l'épidémie de tuberculose et de traiter ces aspects dans le cadre d'un programme complet sur cinq ans. La démarche globale proposée peut notamment profiter du nouveau PSN TB, qui prend en compte les questions de droits humains et de genre, pour s'implanter. De la même façon, la plate-forme de la société civile pour la tuberculose, si tant est qu'elle

soit suffisamment financée, offre un mécanisme à travers lequel l'engagement accru des OSC au sein des communautés peut être suivi de près et coordonné.

Des résultats plus détaillés sont présentés dans les sections qui suivent, en commençant par une description de la forte charge de morbidité imputable à la tuberculose en RDC.

## **Charge de morbidité imputable à la tuberculose dans les populations clés et vulnérables**

La RDC figure au 6<sup>e</sup> rang des 22 pays représentant 80 % des cas de tuberculose dans le monde (OMS, 2017). En 2016, l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues était estimée à 323 pour 100 000 habitants, soit 254 000 nouveaux cas, dont 82 % étaient des cas de tuberculose pulmonaire (ibid.). Les données du PNLT ont montré que les taux de déclaration étaient faibles avec seulement 132 515 cas signalés en 2016, soit 51 % du nombre de cas estimé par l'OMS (OMS, 2017 ; PNLT, 2017). En 2015, le taux de réussite des traitements s'élevait à 89 % (ibid.).

Il n'existe pas de données ventilées d'incidence et de prévalence à l'échelle du pays, qui permettraient de déterminer dans quelle mesure la maladie touche les différentes populations clés et vulnérables. Une étude réalisée en 2015 dans un établissement pénitentiaire de Mbuji-Mayi a révélé une prévalence de 17 % (130/733), soit un taux plusieurs fois supérieur à l'estimation nationale pour la population générale (Kalonji et al., 2016). La surpopulation et la malnutrition étaient les deux principaux prédicteurs du risque de transmission de la tuberculose. Toutefois, on ne sait pas jusqu'à quel point les résultats de cette étude sont représentatifs de l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays.

Le taux de mortalité pour toutes les formes de tuberculose était estimé à 67 pour 100 000 en 2016 et la maladie reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (PNLT, 2017). En 2015, sur la base d'un taux de dépistage du VIH de 50 %, 12 % des patients atteints de tuberculose vivaient aussi avec le VIH (ibid.). Parmi les 48 % de P<sub>v</sub>VIH ayant subi un test de dépistage de la tuberculose, 8 % ont été diagnostiquées atteintes d'une forme évolutive de la maladie (PNMLS, 2016). En 2016, les taux de résistance aux antituberculeux étaient estimés à 2 % des nouveaux cas et 16,6 % des cas déjà traités (PNLT, 2017).

### ***Évolution du recours aux services antituberculeux et de lutte contre la coïnfection TB/VIH***

Les rapports du PNLS et du PNLT montrent que l'accès des patients tuberculeux au dépistage du VIH et aux traitements antirétroviraux demeure limité (PNLS, 2015 ; PNLT, 2015). En 2016, 75 % des personnes répertoriées comme vivant avec la tuberculose et également diagnostiquées séropositives étaient sous traitement antirétroviral (PNLT, 2017). Par ailleurs, sur l'ensemble des P<sub>v</sub>VIH ayant subi un test de dépistage de la tuberculose, seulement 67 % des personnes atteintes d'une forme évolutive de la maladie ont été placées sous traitement antituberculeux (ibid.). Rien dans les rapports n'expliquait les différences observées entre les deux populations concernant la fréquence des placements sous traitement antirétroviral. En 2016, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement préventif à base d'isoniazide (TPI). Dans un pays possédant un taux de tuberculose endémique aussi élevé, il s'agit là d'une lacune importante pour cette population fortement exposée au risque de contracter la maladie. Les carences du système de santé sont la principale cause de la faible couverture des services, que ce soit pour les patients atteints de tuberculose ou pour ceux qui sont coïnfectés par le VIH (PNLT, 2017). Parmi ces carences figurent l'absence de services de lutte contre le VIH ou la tuberculose dans nombre d'établissements de santé (20 % seulement sont en mesure de dépister et de traiter la tuberculose), ainsi que les fréquentes ruptures de stock et la formation insuffisante des professionnels de santé (ibid.). La dernière demande de financement au Fonds mondial mentionne d'autres facteurs tels que « des obstacles sociaux et culturels, un système communautaire sous-développé et la persistance de comportements incitant à la

stigmatisation et à la discrimination », mais sans donner plus de détails (ICN de RDC, 2017).

En 2016, sur un budget du programme de 57 millions de dollars, 3 % ont été financés par des ressources nationales, 48 % provenaient de sources extérieures (notamment du Fonds mondial) et 49 % sont restés non financés (OMS, 2017).

## **Vue d'ensemble du contexte politique et social des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux**

Dans l'évaluation de l'environnement juridique menée en 2013, la question de la tuberculose n'a été abordée que de manière indirecte (PNUD, 2013). Elle apparaissait dans la section sur les lois et règlements applicables aux personnes incarcérées, en particulier dans la disposition indiquant que les détenus atteints de maladies contagieuses doivent être tenus à l'écart du reste de la population carcérale dans des dispensaires ou des infirmeries, mais seulement lorsque l'état du détenu nécessite l'intervention de professionnels de santé et une surveillance permanente jusqu'à ce que l'individu puisse réintégrer l'établissement pénitentiaire une fois le risque de contagion écarté. L'équipe d'évaluation n'a trouvé aucune autre loi portant spécifiquement sur la tuberculose.

Le principal document d'orientation de la riposte nationale à la tuberculose est le PSN TB 2018-2020 (PNLT, 2017). Dans ce document est abordée la question de l'accès universel aux services antituberculeux sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination. Il mentionne la nécessité de protéger et de promouvoir les droits humains dans le contexte de la riposte à la tuberculose. Dans la section sur les droits humains et les questions de genre, il est proposé de sensibiliser les personnes qui vivent avec la tuberculose à leur droit à bénéficier d'un traitement et à la responsabilité qui est la leur de ne pas exposer les autres à la maladie. Un autre volet porte sur le droit des personnes incarcérées et autres détenus à pouvoir bénéficier d'un traitement antituberculeux. Lorsque le rôle des communautés est abordé dans la stratégie, c'est pour que celles-ci prennent part à la détection de cas suspects – y compris à la recherche des contacts – et à leur orientation vers des services antituberculeux, ainsi qu'à la recherche de patients perdus de vue. Nulle part ne figure, par exemple, le rôle que pourraient jouer des organisations communautaires pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ou pour aider les personnes atteintes de tuberculose à ne pas intérioriser la stigmatisation dont elles sont l'objet.

## **Obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose**

Parmi les acteurs de la riposte nationale à la tuberculose, la connaissance et la compréhension des aspects des programmes en rapport avec les droits humains ou le genre étaient très limitées. En fait, certains informateurs clés estimaient que les principaux problèmes étaient les carences du système de santé et l'incapacité du PNLT à offrir des services de dépistage, de diagnostic ou de traitement de la tuberculose à toute personne ayant besoin de tels services. La non-gratuité du dépistage de la tuberculose dans certains établissements de santé a souvent été citée comme un obstacle qui, plus que tout autre facteur, dissuadait les individus de consulter pour effectuer un test. Bien que ces difficultés soient réelles et importantes en RDC, l'équipe d'évaluation a néanmoins trouvé au moins quelques éléments montrant l'existence d'obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services antituberculeux. Ces obstacles sont précisés ci-après.

### ***Stigmatisation et discrimination***

La RDC manque de données détaillées sur la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose. Aucune enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques n'a été effectuée (auprès des populations clés) pour mesurer l'importance de la stigmatisation liée à la tuberculose dans des environnements personnels et communautaires (bien qu'une telle

étude soit envisagée par le PNLT). Les informateurs clés avaient des opinions divergentes quant à l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination. Les informateurs des OSC travaillant avec des personnes diagnostiquées et traitées pour une tuberculose, y compris des personnes coïnfectées par le VIH, soutenaient que la stigmatisation liée à la tuberculose était bien présente et qu'elle trouvait sa source dans l'ignorance et les croyances locales associées à la maladie (selon lesquelles il s'agirait de sorcellerie, par exemple) (entretiens avec des informateurs clés de la LNAC, du CAD et du PNLT, septembre-octobre 2017).

Des informateurs clés ont également expliqué que, la tuberculose étant pour certaines personnes associée aux VIH, celles-ci nieraient être atteintes de la maladie de peur que l'on pense qu'elles sont également séropositives (entretiens avec des informateurs clés de la LNAC, du CAD et du PNLT, septembre-octobre 2017). L'absence d'une connaissance approfondie de la maladie dans les communautés alimente également l'autostigmatisation des personnes atteintes qui, selon des informateurs clés, ont intériorisé les croyances culturelles négatives concernant la tuberculose et qui, au moment où elles finissent par consulter, sont déjà à un stade avancé de la maladie et ont exposé de nombreuses personnes de leur entourage au risque d'infection (entretiens avec des informateurs clés de la LNAC et du CAD, septembre-octobre 2017). Toutefois, pour d'autres informateurs clés, notamment ceux qui travaillaient pour des programmes de lutte contre la tuberculose à l'échelle nationale ou provinciale, la réticence à se faire dépister provenait également d'un manque de sensibilisation à la maladie, de la difficulté à se rendre dans des établissements de santé offrant ces services, et au manque de moyens pour régler certains services non pris en charge une fois sur place. De leur point de vue, la discrimination ou la stigmatisation liée à la tuberculose n'était pas un facteur déterminant.

### ***Lois, politiques et pratiques répressives***

L'équipe d'évaluation n'a trouvé aucune loi ou politique répressive en rapport avec la tuberculose. Des problèmes majeurs ont toutefois été constatés en milieu carcéral, dans l'étude de la documentation comme dans le travail d'investigation (certes limité), en ce qui concerne l'application des lois, des politiques et des normes relatives aux conditions minimales de détention et à la garantie d'accès à des services de santé, y compris à des services de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Le PNLT, dans son nouveau plan stratégique, répertorie les principaux défis à relever pour lutter efficacement contre la tuberculose, et notamment pour dépister et traiter les détenus qui contractent la maladie. Ces défis sont la forte surpopulation des établissements, l'insalubrité (qui favorise la propagation du choléra, mais aussi de la tuberculose et d'autres maladies contagieuses), une mauvaise alimentation et un important renouvellement de la population carcérale (PNLT, 2017; voir aussi Kalonji et al., 2016). Comme indiqué précédemment, l'incapacité du ministère de la Justice à respecter les normes minimales exigées par la loi concernant les établissements pénitentiaires ainsi que les droits légaux des détenus – en grande partie à cause d'un manque de moyens financiers – a été mentionnée par plusieurs informateurs clés (entretiens avec des informateurs clés de la LNAC, du CAD et du MdJ à Goma, septembre-octobre 2017).

Des problèmes cités dans les résultats de l'évaluation pour le VIH concernent également certaines PvVIH et populations clés dans le contexte de la tuberculose, en particulier les personnes coïnfectées. Il est évident que les lois ou politiques répressives qui dissuadent ces personnes d'utiliser les services de santé de manière générale auront également une incidence sur leur comportement face à la nécessité de consulter dans le contexte de la tuberculose.

### ***Pauvreté et inégalités socioéconomiques***

Tout comme pour le VIH, les inégalités liées à la pauvreté entravent l'accès aux services de santé dans l'ensemble de la population, principalement à cause des restes à charge. Si les

traitements antituberculeux sont gratuits, le dépistage de la maladie est parfois payant (des informateurs clés ont souligné que, d'un établissement à l'autre, les restes à charge pouvaient varier considérablement en fonction des dispositions et des pratiques des professionnels de santé). Par ailleurs, selon des informateurs clés, la non-gratuité des traitements antituberculeux est un fait bien connu des communautés. D'autres difficultés économiques sont causées par la perte de revenu liée au fait d'avoir un membre du foyer sous traitement antituberculeux, une situation qui revêt une gravité particulière en RDC, compte tenu du niveau élevé de pauvreté endémique au sein de la population. Les responsables du PNLT prévoient de réaliser une étude des coûts catastrophiques associés à la tuberculose. Pour l'heure, il n'existe pas de données détaillées montrant l'ampleur de ces problèmes ainsi que leur incidence sur le recours aux services antituberculeux et le maintien des patients dans le système de soins<sup>21</sup>.

### **Exploitation et conditions de travail néfastes à la santé**

Des informateurs clés, y compris du PNLT, ont soulevé deux questions essentielles concernant les conditions de travail. Dans le système carcéral, les conditions de détention nuisent également au personnel pénitentiaire qui est tout aussi exposé que les détenus au risque de contracter la tuberculose (entretiens avec des informateurs clés du PNLT et des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire à Goma, octobre 2017). Alors qu'il existe une politique nationale de prévention des infections – y compris de la tuberculose – dans les établissements de santé, la mise en œuvre de cette politique est médiocre, principalement à cause de la situation même des établissements, de déficiences dans les approvisionnements en équipements de protection individuelle, d'une surveillance insuffisante du respect des directives et de la faiblesse des mécanismes de responsabilisation. Les responsables du PNLT ont conscience de ces problèmes, mais il n'existe à l'heure actuelle aucun ensemble complet de données sur l'ampleur du risque encouru par les professionnels de santé ou sur la charge de morbidité imputable à la tuberculose dans cette catégorie.

Certains informateurs clés travaillaient également dans le secteur minier, y compris le secteur minier « artisanal » ou informel. Ces personnes ont évoqué le risque de contracter la tuberculose dans ce secteur et l'absence d'interventions visant à remédier au problème de manière générale. Certains informateurs ont expliqué que des individus cachaient leur diagnostic positif par crainte de perdre leur emploi dans le secteur formel ou leur place sur des sites d'extraction informels. De plus, dans certains endroits où s'effectue l'extraction, il n'existe aucun établissement de santé accessible, ce qui ne permet pas de traiter tous les aspects de la maladie dans ce secteur. Les responsables du PNLT ont indiqué qu'ils étaient conscients de la situation, mais qu'ils n'avaient pas encore pu réaliser un travail approfondi sur ce sujet afin de mieux comprendre l'ampleur des problèmes liés à la tuberculose chez les mineurs. Cette lacune devrait commencer à être comblée dans le cadre du nouveau PSN TB, si les ressources disponibles le permettent (entretiens avec des informateurs clés du PNLT, octobre 2017).

### **Des programmes pour éliminer les obstacles entravant l'accès aux services antituberculeux – passer des programmes existants à des programmes complets**

Malgré une coopération multisectorielle croissante entre acteurs de la riposte nationale à la maladie, les interventions centrées spécifiquement sur les droits humains et les questions de genre dans le contexte de la tuberculose sont quasiment inexistantes en RDC. Les quatre principales OSC qui travaillent sur l'aspect communautaire du programme national de lutte contre la tuberculose sont les suivantes : le Club des Amis Damien (CAD), un réseau national

---

<sup>21</sup> L'outil mis au point par l'OMS pour ce type d'étude est disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/tb/advisory\\_bodies/impact\\_measurement\\_taskforce/meetings/tf6\\_background\\_5a\\_patient\\_cost\\_surveys\\_protocol.pdf](http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/tf6_background_5a_patient_cost_surveys_protocol.pdf)



de personnes atteintes ou guéries de la tuberculose ; la Fondation Femme Plus (dont les activités axées sur la tuberculose viennent compléter les programmes destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés) ; la Ligue nationale antituberculeuse et antilépreuse du Congo (LNAC) ; l'Association des communicateurs en santé. À partir de 2016, ces groupes ont reçu des fonds de l'OMS et du partenariat Halte à la tuberculose pour mettre en place une plate-forme de la société civile, dont le secrétariat est établi au CAD<sup>22</sup>. Par l'intermédiaire de ses associations membres, l'UCOP+ aborde également le problème de la tuberculose chez les personnes qui vivent avec le VIH. Enfin, le paquet de services proposé dans les *centres conviviaux* comprend également le dépistage de la tuberculose et l'orientation éventuelle vers des services de traitement.

En dehors du Fonds mondial, d'autres bailleurs de fonds et partenaires travaillent avec le PNLT à la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose. Il s'agit notamment de l'initiative Challenge TB soutenue par USAID, dont une subvention est mise en œuvre par le bureau local de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, et qui finance le CAD, la Fondation Femme Plus et la LNAC, entre autres, pour mener des activités au niveau communautaire.

Par l'intermédiaire de Cordaid et de SANRU, le Fonds mondial soutient également des programmes de mobilisation au niveau communautaire. Cependant, aucun de ces programmes financés ne comporte de volet portant spécifiquement sur des questions en rapport avec les droits humains et le genre. Les ressources vont plutôt à des activités de suivi au niveau communautaire, telles que la détection de cas suspects et leur orientation vers des établissements de santé ou l'aide à la recherche de patients perdus de vue. Bien que la plate-forme de la société civile ait pour but, entre autres, de soutenir une démarche de plaidoyer fondée sur les droits autour de la tuberculose, les groupes participants peinent à financer cet aspect.

Malgré ces contraintes, tous les informateurs clés de la société civile ont parlé des efforts qu'ils déploient pour intégrer sans financement supplémentaire certains aspects des droits humains dans leur travail au sein des communautés, notamment l'aspect stigmatisation à travers un travail d'éducation et de sensibilisation à la maladie. Avec son travail de plaidoyer, la LNAC cherche à sensibiliser et mobiliser davantage le gouvernement contre la maladie, y compris dans ses engagements financiers. Elle ne reçoit toutefois aucun financement spécifique pour effectuer ce travail.

L'observatoire de l'UCOP+ s'assure que les personnes vivant avec le VIH ont accès à des services de dépistage de la tuberculose en contrôlant la disponibilité des services et les honoraires pratiqués. Dans un rapport de juin 2017, l'UCOP+ indiquait, par exemple, qu'un test de dépistage de la tuberculose coûtait en moyenne 7535 CDF, soit 5 USD, à Kinshasa, mais était le plus souvent gratuit dans les établissements examinés à Mbuji-Mayi et Goma (UCOP+, 2017). Aucune explication à ces différences n'est donnée dans le rapport.

Comme indiqué dans la **section 3.3**, une évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose était en cours au moment où cette évaluation a été effectuée. Les conclusions de cette évaluation, lorsqu'elles seront disponibles, seront une précieuse source de conseils pour améliorer la prise en compte des questions de genre dans les actions menées contre le VIH et la tuberculose.

Enfin, plusieurs partenaires internationaux et locaux œuvrent avec le ministère de la Justice pour renforcer les programmes de lutte antituberculeuse dans les établissements pénitentiaires au moyen d'activités en grande partie axées sur le dépistage. Ce travail comporte un volet éducation et sensibilisation, qui contribue également à réduire la stigmatisation liée à la tuberculose. Cependant, il n'a pas pour objectif premier de s'attaquer à la stigmatisation ou à d'autres problèmes de droits humains. Le travail effectué par l'Union

---

<sup>22</sup> Voir à ce sujet : <https://7sur7.cd/new/2016/09/loms-sengage-a-soutenir-la-lutte-contre-la-tuberculose-en-rd-congo/>

internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires est une exception dans la mesure où il vise notamment à améliorer la prise en charge de la tuberculose à la prison centrale de Mbuji-Mayi, un des plus grands établissements pénitentiaires du pays. Même si ces projets sont importants, ils n'entrent pas dans les 10 principaux domaines programmatiques définis par le Fonds mondial pour éliminer les obstacles liés aux droits humains dans le contexte de la tuberculose.

Une démarche globale visant à remédier aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services antituberculeux devrait comporter les éléments suivants :

*DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination*

- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose dans les communautés. Le PNLT et ses partenaires techniques devraient mener une étude des populations clés et élaborer un plan d'action en fonction des résultats<sup>23</sup>. L'étude des populations clés devrait se concentrer sur les régions du pays où la charge de morbidité imputable à la tuberculose est la plus élevée.
- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose dans différents secteurs. D'autres études axées sur les populations clés devraient être menées dans les secteurs de la santé, des mines, du droit et de la justice (police, prisons, armée).
- Mettre en œuvre des activités dans les communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose. Une structure existe pour coordonner ce travail par le biais de la plate-forme de la société civile. L'éducation aux droits humains en rapport avec la tuberculose ainsi que les actions visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination pourraient être intégrées dans des programmes de lutte contre la tuberculose au niveau des communautés, en faisant participer à ce travail des personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie. Ce rôle revient au CAD, par exemple, et à d'autres OSC, et ce travail devrait être étendu grâce à un soutien financier approprié.
- En fonction des résultats des études des populations clés, mettre en œuvre des programmes de sensibilisation à la tuberculose et de lutte contre la stigmatisation en milieu de travail, en particulier dans le secteur minier (défini comme prioritaire par le PNLT), dans le secteur de la santé, au sein des forces de police et dans les lieux d'incarcération.
- Mesurer l'ampleur de la stigmatisation liée à la tuberculose dont sont l'objet les personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. Veiller à ce que la prochaine enquête d'évaluation de l'indice de stigmatisation des PvVIH et les prochaines études sur la stigmatisation, la discrimination et les violences subies par les populations clés comportent des questions sur la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose.
- Intégrer l'aspect stigmatisation et discrimination liées à la tuberculose dans les actions menées pour réduire la discrimination et la stigmatisation liées au VIH. Cela devrait être fait partout où les conditions le permettent, en particulier dans les programmes qui travaillent directement avec des PvVIH et d'autres populations clés également exposées au risque de contracter la tuberculose.

---

<sup>23</sup> L'outil mis au point par l'OMS pour ce type d'étude est disponible à l'adresse suivante : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43790/1/9789241596176\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43790/1/9789241596176_eng.pdf)

*DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale en lien avec la tuberculose*

- Inclure un volet tuberculose et droits humains dans la formation des professionnels de santé sur la maladie. Dès que la question de la tuberculose est abordée, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou de la formation continue des personnels de santé, les aspects de l'épidémie en rapport avec les droits humains ainsi que le rôle des soignants devraient être traités et bénéficier de toute l'attention et de tout le temps nécessaires.
- Renforcer la capacité du PNLT à préciser et traiter les aspects de l'épidémie en rapport avec les droits humains et le genre. Le PNLT, que ce soit au niveau national ou local, devra disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour, d'une part, recenser les obstacles liés aux droits humains et au genre, et d'autre part, indiquer aux professionnels de santé, aux agents de santé communautaires et à d'autres acteurs de la riposte à la tuberculose comment contribuer à leur disparition.
- Améliorer les politiques et les pratiques en rapport avec la tuberculose pour les professionnels de santé. Même si le PNLT s'emploie à recueillir des données sur la situation de ces personnels par rapport à la tuberculose, il devrait parallèlement œuvrer avec le MSP pour améliorer les politiques et les pratiques les concernant, notamment en mettant en place des procédures de plaintes et des systèmes d'indemnisation.
- Surveiller la disponibilité des équipements de protection individuelle contre la tuberculose et le respect d'autres règles de prévention des infections dans les établissements de santé. Cela pourrait être ajouté à la mission de l'*Observatoire* de l'UCOP+, par exemple, ou devenir un projet de collaboration entre la plate-forme de la société civile pour la tuberculose et le PNLT.

*DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre*

- Inclure les questions relatives aux droits humains en lien avec la tuberculose dans la formation des forces de police, des avocats et des magistrats sur le VIH. On pourra ajouter une partie traitant de la tuberculose au manuel de formation sur le VIH et les droits humains ainsi qu'au travail de formation basé sur ce manuel.
- À partir des conclusions de l'étude des populations clés (mentionnée plus haut), élaborer puis diffuser des lignes directrices relatives à la gestion des cas de stigmatisation et de discrimination liées à la tuberculose dans les postes de police et les établissements pénitentiaires, à la fois pour le personnel et les détenus. Comme indiqué précédemment, on constate un manque de connaissances sur la tuberculose – qui devrait être comblé – dans les postes de police et les établissements pénitentiaires.

*DP n° 4 : Éducation juridique - Connaître ses droits en lien la tuberculose*

- Mettre au point et diffuser dans les communautés des documents d'éducation juridique faciles d'accès traitant des droits et des responsabilités en lien avec la tuberculose. Cette activité devrait être réalisée par des membres de la plate-forme de la société civile. La diffusion des documents pourra se faire dans le cadre des activités de lutte contre la stigmatisation mentionnées précédemment.
- Incorporer la problématique de la tuberculose dans les documents d'éducation juridique, les activités relatives aux droits humains et les activités d'assistance juridique en rapport avec le VIH. Au fur et à mesure que ces activités – éducation juridique, droits humains, assistance juridique – se développeront autour du VIH, des thèmes en rapport avec la tuberculose devraient y être pleinement intégrés.
- Former les professionnels de santé, les forces de police, le personnel pénitentiaire et les mineurs, entre autres, aux lois, politiques et procédures de santé et de sécurité au travail

dans le contexte de la tuberculose. Le PNLT devrait se charger de ces actions de formation afin de s'assurer que ces corps de personnels ont connaissance, exigent et bénéficient des mesures de responsabilisation visant à éviter de s'exposer à la tuberculose sur leur lieu de travail et à protéger et soutenir les travailleurs qui contractent la maladie.

#### *DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose*

- Incorporer des questions en lien avec la tuberculose dans la formation des avocats qui s'occupent de personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. La formation pourra s'inspirer de la version révisée du manuel portant sur le VIH et les droits humains mentionné précédemment.
- S'assurer que les cliniques juridiques communautaires sont également en mesure d'apporter des conseils et un soutien pour des plaintes en rapport avec la tuberculose. Cela pourra se faire en formant les avocats travaillant dans les cliniques juridiques qui s'occupent d'affaires en lien avec le VIH et les violences sexuelles et sexistes.
- Former et déployer des assistants juridiques dans les communautés pour fournir des renseignements sur les droits légaux et humains en lien avec la tuberculose, opérer des médiations et diriger vers des services juridiques. Ces assistants juridiques pourront faire partie du corps des pairs-éducateurs œuvrant dans les communautés pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Ils pourront également être rattachés aux *cliniques juridiques* en tant que travailleurs de proximité.
- Intégrer la question de la tuberculose dans le travail de mobilisation et de sensibilisation des responsables religieux et communautaires autour des thèmes du règlement des différends, de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et de la lutte contre les violences sexistes en lien avec le VIH.
- Observer l'évolution de la situation des droits humains et de l'accès à la justice en lien avec la tuberculose, et rendre compte de cette évolution dans des rapports. Cette tâche devrait être assurée par la plate-forme de la société civile.

#### *DP n° 6 : Suivi et réforme des lois, politiques et réglementations portant sur la tuberculose*

- Donner suite aux recommandations de l'évaluation de l'environnement juridique prévue en RDC par le partenariat Halte à la tuberculose. Comme indiqué plus haut, la tuberculose n'a pas été abordée dans le cadre de l'EEJ menée en 2013. Une EEJ est cependant prévue par le partenariat Halte à la tuberculose et des financements – au titre d'activités en rapport avec les droits humains – devront être mis à disposition pour mettre en œuvre les recommandations formulées à l'issue de cette évaluation, notamment un programme de suivi et de réforme des lois et des politiques à même de contribuer à l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès et le recours aux services antituberculeux.

#### *DP n° 7 : Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose*

Donner suite aux conclusions de l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose. Comme les informations sur les obstacles liés au genre dans l'accès aux services antituberculeux – y compris des données ventilées par sexe sur la charge de morbidité imputable à la tuberculose de manière plus générale – sont pour l'instant inexistantes, les résultats de l'évaluation devraient venir étayer l'élaboration d'un programme d'action pour à la fois combler cette lacune et remédier aux obstacles recensés.

*DP n° 8 : Garantir le respect de la confidentialité et de la vie privée*

- Procéder à une évaluation du respect de la confidentialité et de la vie privée, ainsi que des connaissances et des pratiques en la matière, dans l'ensemble des actions menées contre la tuberculose dans le pays. L'évaluation devrait notamment intégrer les activités des OSC et d'autres acteurs, qui contribuent à la riposte nationale à la tuberculose, ainsi que les services dispensés par les établissements de santé.
- En fonction des résultats de l'évaluation, élaborer un plan visant à renforcer le respect du secret médical et de la vie privée dans l'ensemble du dispositif national de lutte contre la tuberculose, en veillant particulièrement à ce que ces questions soient intégrées et abordées de manière globale dans l'ensemble des actions menées contre la tuberculose et le VIH. En plus des mesures destinées à améliorer les pratiques dans les établissements de santé, des lignes directrices et des outils devraient également être élaborés/améliorés pour les OSC et d'autres partenaires. Là où des actions sont menées pour améliorer le respect de la confidentialité et de la vie privée et pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé, les obstacles liés à la tuberculose devraient être intégrés à ces actions.
- Donner aux OSC et aux personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie les moyens de contrôler que la confidentialité et la vie privée sont respectées dans la prestation des services antituberculeux. Cela devrait être intégré au travail de la plate-forme de la société civile et réalisé en collaboration avec un *Observatoire* aux missions élargies (voir la partie sur le VIH).

*DP n° 9 : Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires*

- Aider la plate-forme de la société civile à mobiliser les réseaux de personnes vivant avec la tuberculose ou affectées par la maladie dans les communautés en vue de s'entraider et de renforcer mutuellement leurs moyens pour mener des actions communes de défense des droits humains ainsi que des activités visant à réduire la discrimination et la stigmatisation liées à la tuberculose. Cela devrait constituer un élément du programme de travail des OSC dans les communautés.

*DP n° 10 : Programmes mis en œuvre en milieu carcéral et dans d'autres environnements fermés*

- Donner aux OSC nationales axées sur la tuberculose les moyens de contrôler la qualité des services en milieu carcéral, de plaider pour l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services, et de favoriser l'accès des détenus à des services de dépistage et de traitement de la tuberculose. Davantage d'OSC devraient s'impliquer pour encourager le PNLT et le ministère de la Justice à s'attaquer au problème de la tuberculose en prison.
- Sensibiliser les fonctionnaires de justice à tous les échelons aux effets de la détention provisoire sur la surpopulation carcérale et au risque accru de contracter la tuberculose durant une telle détention. Le MSP (avec le PNLT) et le MdJ devraient collaborer à la mise en place d'un programme de sensibilisation des fonctionnaires de justice aux effets sur la santé publique d'un recours excessif aux peines de détention provisoire et impliquer ceux-ci dans le projet de réforme (voir plus loin).
- Plaider pour des alternatives à la détention provisoire afin de réduire la surpopulation carcérale. Dans un souci de santé publique, le PNLT et ses partenaires devraient travailler avec le MdJ à une réforme de la détention provisoire afin de limiter la propagation de la tuberculose au sein des établissements pénitentiaires et dans les communautés environnantes.

- Mettre en place des politiques et des procédures permettant de traiter les détenus atteints de tuberculose dans des établissements de santé proches des lieux d'incarcération. Quelques succès ont été enregistrés dans ce domaine avec le projet de l'Union. Des politiques et des procédures devraient être mises en place dans l'ensemble du pays afin de généraliser cette possibilité lorsque le traitement de ces patients en prison met en danger leur propre santé et celle de leurs codétenus.
- Examiner les politiques/pratiques de dépistage et de traitement de la tuberculose en milieu carcéral afin de s'assurer de leur conformité aux normes en matière de droits humains dans ce contexte. Le MSP (avec le PNLT) et le MdJ devraient procéder ensemble à cet examen, puis apporter les modifications nécessaires aux directives en matière de prévention, de traitement et de prise en charge de la tuberculose.
- Former le personnel pénitentiaire à tous les échelons aux bénéfices sanitaires d'une démarche de prévention et de prise en charge de la tuberculose fondée sur les droits humains en milieu carcéral. Le personnel devrait être amené à considérer cette démarche comme étant tout aussi bénéfique pour leur propre santé que pour celle des détenus dont ils ont la charge.
- Former les détenus afin qu'ils sachent quels sont leurs droits fondamentaux et leurs responsabilités par rapport à la tuberculose. Des moyens devraient être donnés aux OSC axées sur la tuberculose afin qu'elles puissent dispenser la formation en collaboration avec le PNLT et le ministère de la Justice. Les responsables de la formation devraient, entre autres, s'attacher à recruter des formateurs aux droits humains parmi les détenus.
- Mener des actions de sensibilisation multisectorielles pour améliorer la situation générale des centres de détention. Cet effort de longue haleine trouverait l'une de ses principales justifications dans l'état actuel de l'épidémie de tuberculose.

L'annexe B contient des détails supplémentaires sur la démarche globale, y compris une estimation des fonds nécessaires pour une mise en œuvre complète.

### **Financement actuel des programmes visant à éliminer les obstacles dans l'accès aux services antituberculeux**

Une seule OSC a communiqué des données sur le financement d'interventions abordant les obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Il s'agissait d'interventions menées dans deux provinces en 2016 avec un budget de 27 876 USD, visant à faire reculer la stigmatisation liée au VIH et à la tuberculose dans les communautés. Sur la période 2015–2017, 28 000 USD provenant du Fonds mondial ont été utilisés pour des activités de formation et de sensibilisation à la tuberculose en milieu carcéral.

## VII. Coût de programmes complets visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux

Le dernier volet de l'évaluation a consisté à calculer le montant des investissements nécessaires pour mettre en œuvre la démarche globale proposée visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux. Cela n'a pas été facile du fait de la faible quantité de données disponibles pour calculer les coûts unitaires, par exemple. Par conséquent, les chiffres indiqués ci-dessous sont purement indicatifs et seront affinés si des données supplémentaires deviennent accessibles.

Les besoins de financement prévus pour la tuberculose sont indiqués dans le **tableau 12** ci-dessous.

**Tableau 12 : Chiffrage d'une démarche globale pour la tuberculose**

<b>Domaine programmatique (TB)</b>	<b>TOTAL</b>
DP n° 1 : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<b>1 780 077</b>
DP n° 2 : Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	<b>156 469</b>
DP n° 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	-
DP n° 4 : Éducation juridique	<b>145 198</b>
DP n° 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose	<b>431 396</b>
DP n° 6 : Suivi et réforme des lois et des politiques	<b>379 731</b>
DP n° 7 : Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte de la tuberculose	<b>157 912</b>
DP n° 8 : Amélioration du respect de la confidentialité et de la vie privée	<b>157 912</b>
DP n° 9 : Mobilisation communautaire autour des personnes vivant avec la tuberculose	<b>1 745 920</b>
DP n° 10 : Amélioration des services antituberculeux en milieu carcéral	<b>494 573</b>
Autres activités	<b>350 789</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5 799 976</b>

*Tableau 12. Coût total d'un programme complet sur 5 ans pour la tuberculose. Se reporter à l'annexe A pour une répartition des coûts par année.*

L'évaluation n'a permis de trouver que très peu de données sur le calcul du coût d'interventions sur les droits humains en lien avec la tuberculose. Par conséquent, les données de la composante VIH ont servi à calculer les investissements nécessaires pour financer une démarche globale. Comme indiqué précédemment, les investissements se sont limités à 50 000 USD en 2016. Il n'est donc pas surprenant, comme l'ont montré les résultats de l'évaluation, que les questions de droits humains et de genre ne soient toujours pas pleinement intégrées dans les actions menées contre la tuberculose en RDC. Le pays a donc encore du chemin à parcourir pour mobiliser des ressources suffisantes afin de combler cette lacune et de commencer à mettre en œuvre l'approche globale de ces questions décrite dans l'évaluation.

### ***Possibilités d'intensification des interventions visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services antituberculeux***

Les possibilités d'intensification des programmes en rapport avec les droits humains et les questions de genre dans le contexte de la tuberculose en RDC sont limitées, en grande partie parce que les éléments essentiels du programme de lutte contre la maladie ne sont toujours pas financés, notamment la plupart des interventions prévues au niveau des communautés. Des possibilités existent cependant, qui consistent à intégrer davantage le volet droits humains dans les interventions qui sont mises en œuvre. Cela nécessitera toutefois une connaissance technique beaucoup plus approfondie des aspects de l'épidémie de tuberculose en rapport avec les droits humains et de la riposte nationale à la maladie, ainsi qu'un engagement beaucoup plus fort sur ces questions de toutes les parties concernées, en particulier au sein du PNLT.

Des possibilités existent, dans le cadre de la riposte au VIH, d'intégrer la problématique de la tuberculose dans l'intensification des interventions en rapport avec les droits humains et les questions de genre, dans la mesure où plusieurs groupes visés par ces interventions sont également exposés au risque de contracter la tuberculose, notamment les PvVIH, les consommateurs de drogues injectables et la population carcérale. Malgré l'existence d'une dynamique en ce sens, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour renforcer la capacité technique des acteurs de la riposte au VIH à remédier aux difficultés de leurs populations cibles concernant la tuberculose, et pour trouver des moyens d'inclure efficacement cette problématique dans leur travail, dès lors qu'ils s'emploieront à intensifier leurs programmes portant sur les droits humains dans le contexte du VIH.

L'évaluation n'a pas permis d'établir clairement si les activités en rapport avec la tuberculose avaient été incluses dans la demande de financement à effet catalyseur pour des programmes portant sur les droits humains et les questions de genre. Si tel n'était pas le cas, il s'agirait là d'une occasion manquée.



## VIII. Limites et prochaines étapes de l'évaluation de référence

### *Limites*

- Comme indiqué dans la **section 3.3**, d'autres processus étaient en cours au moment de l'évaluation, qui abordaient également la problématique des droits humains et du genre dans le contexte du VIH et de la tuberculose. Cela a causé une certaine confusion chez quelques acteurs de la riposte aux deux maladies. Cette confusion a toutefois été dissipée grâce aux quelques explications complémentaires fournies par l'équipe pour différencier cette évaluation des autres processus en cours, et n'a donc pas eu d'incidence notable sur la participation des parties prenantes à la collecte des données.
- Bien que la partie de l'évaluation concernant la ville de Kisangani ait permis de mettre en lumière les réalités vécues par les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables dans les régions où les partenaires sont rares et les interventions destinées spécifiquement à ces populations encore plus rares, les résultats de l'évaluation comportent néanmoins un biais du fait qu'ils portent davantage sur des lieux où les partenaires et les groupes représentatifs des populations clés sont plus actifs et où les investissements pour offrir des services anti-VIH et antituberculeux sont plus conséquents.
- Ainsi qu'il a déjà été dit, l'équipe d'évaluation n'a pas collecté de données dans les zones touchées par des conflits pour des raisons de sécurité et d'accessibilité. Par conséquent, cette caractéristique importante du contexte dans lequel opèrent les services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC n'a pas été prise en compte dans les résultats de l'évaluation.
- Certains acteurs importants n'ont pas pu participer à la collecte de données en raison de priorités concurrentes. Il s'agit notamment de plusieurs partenaires bilatéraux, dont les actions – menées directement ou simplement financées par ces partenaires – visant à éliminer les obstacles au moment de l'évaluation ne figurent donc pas dans l'exposé qui est fait de l'ensemble de ces efforts.

### *Prochaines étapes*

Cette évaluation de référence servira de base de dialogue et d'action avec les parties concernées dans le pays, les partenaires techniques et d'autres donateurs, pour mettre en œuvre à grande échelle des programmes complets visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui empêchent d'accéder ou de recourir aux services de lutte contre le VIH ou la tuberculose en RDC. À cette fin, le Fonds mondial organisera dans les prochains mois une réunion multipartite pour étudier les résultats de l'évaluation et débattre des possibilités d'inclure et d'élargir des programmes œuvrant à l'élimination de ces obstacles.

Le Fonds mondial s'appuiera également sur les résultats de l'évaluation pour aider des partenaires dans le pays à élaborer un plan sur 5 ans pour passer du niveau de programmation actuel à la mise en œuvre de la démarche globale décrite dans le présent rapport. Dans le cadre de ce plan, le pays fixerait des priorités et mobiliserait d'autres donateurs pour financer intégralement les programmes complets évoqués.

Enfin, dans le but de réunir des preuves des effets de ces programmes, le Fonds mondial commandera des études de suivi à mi-période et à la fin de la période couverte par la

stratégie 2017–2022, afin d'évaluer l'impact sur l'accès aux services anti-VIH et antituberculeux des programmes élargis mis en place dans le cadre du plan sur 5 ans.

## IX. REFERENCES

Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP). 2017. Communiqué de presse sur la situation des défenseurs des droits humains en République démocratique du Congo. 29 juin 2017. Banjul : CADHP.

Amnesty International. 2017. *Rapport 2016/17 – La situation des droits humains dans le monde*. République démocratique du Congo. Genève : Amnesty International.

Arenas MA, Looock P. 2016. *Étude sur les déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans. République démocratique du Congo – Kinshasa - Nord-Kivu*. Paris : Médecins du Monde.

Baelani I, Dünser MW. 2011. Facing medical care problems of victims of sexual violence in Goma/Eastern Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health* 5:2.

Banza BK. 2012. *Les liens entre les violences basées sur le genre et le VIH dans la région des Grands Lacs. Étude de pays : République démocratique du Congo*. Paris : UNESCO.

Barthes O. 2017. *Évaluation de la prise en charge médicale gynécologique des victimes de violences sexuelles à l'Hôpital Général de Référence de Panzi et aux structures annexes à Bukavu en République démocratique du Congo*. Lavour, France : Fondation Pierre Fabre.

Bemelmans M, et al. 2014. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health* 19(8): 968-977.

Carlors S, Martínez- González M Á, Burgueño E, et al. 2015. Misconceptions about HIV infection in Kinshasa (Democratic Republic of Congo): a case-control study on knowledge, attitudes and practices. *Sexually Transmitted Infections* 91: 334-337.

Comité des droits de l'enfant. 2017. Observations finales concernant le rapport de la République démocratique du Congo valant troisième à cinquième rapports périodiques. CRC/C/COD/CO/3-5. Genève : CDE.

CONERELA+. 2016. *Rapport d'enquête. Stigmatisation et discrimination liées à l'orientation sexuelle dans les milieux de culte à Kinshasa – RDC*. Kinshasa : CONERELA+.

Davis L, Fabbri P, Alphonse IM. 2014. *DRC Gender Country Profile*. Kinshasa : Ambassade de Suède.

Instance de coordination nationale (ICN) de RDC. 2017. Demande de financement VIH/TB pour la période 2018–2020. Kinshasa : Secrétariat de l'ICN de RDC.

Fonds mondial. 2013. Plan d'action en faveur des populations-clés 2014–2017. Genève : Fonds mondial.

Fonds mondial. 2016a. *Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2021 : investir pour mettre fin aux épidémies*. Genève : Fonds mondial.

Fonds mondial. 2016b. *Cadre stratégique d'indicateurs-clés de résultats du Fonds mondial 2017/2022, 35<sup>e</sup> réunion du Conseil d'administration du Fonds mondial, GF/B35/07a – Révision 1, avril 2016*. Genève : Fonds mondial.

Fonds mondial. 2017a. *VIH, droits de l'Homme et égalité de genre – Note d'information technique*. Genève : Fonds mondial.

Fonds mondial. 2017b *Tuberculose, genre et droits de l'Homme – Note d'information technique*. Genève : Fonds mondial.

Harris Sapp T, Boketa R. 2016. *PEPFAR Gender Analysis: Democratic Republic of Congo*. Washington : USAID.

Kalonji GMP, De Connick G, Ngongo LO, Nsaka DK, Kabengele T, Kandolo FT, Ilunga-Ilunga F, Adelin A, Giet D. 2016. Prevalence of tuberculosis and associated risk factors in the Central Prison of Mbuji- Mayi, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and Health* 44: 30.

Kelly JT, et al. 2011. Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Conflict and Health* 5: 25.

Kiernan B, Mishori R, Masoda M. 2016. 'There is fear but there is no other work': a preliminary qualitative exploration of the experience of sex workers in eastern Democratic Republic of Congo. *Culture, Health & Sexuality* 18(3): 237-248.

LINKAGES. 2016. *Democratic Republic of Congo Quarterly Progress Report October 1-December 31, 2016*. Kinshasa : LINKAGES.

Malemo Kalisya L, Lussy Justin P, Kimona C, Nyavandu K, Mukekulu Eugenie K, et al. 2011. Sexual Violence toward Children and Youth in War-Torn Eastern Democratic Republic of Congo. *PLoS ONE* 6(1): e15911.

Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant et PNMLS. 2013. *Évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au VIH en République démocratique du Congo*. Kinshasa : PNMLS.

Médecins sans Frontières (MSF). 2015. Empty shelves, come back tomorrow. ARV stockouts undermine efforts to fight HIV. Bruxelles : MSF.

MSF. 2016. Out of focus: How millions of people in West Africa are being left out of the global HIV response. Bruxelles : MSF.

Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé publique (MSP) et ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, États-Unis : MPSMRM, MSP et ICF International.

Ministère de la Santé publique (MSP). 2014. *Plan stratégique nationale de lutte contre la tuberculose 2014-2018*. Kinshasa : MSP.

MSP. 2016. *Guide de prise en charge intégrée du VIH en République démocratique du Congo*. Kinshasa : PNLS.

Mulongo S, et al. 2015. Applying Innovative Approaches for Reaching Men Who Have Sex With Men and Female Sex Workers in the Democratic Republic of Congo. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome* 68 (Supplement 2): S248-S251.

Mupenda B, et al. 2014. Terms Used for People Living with HIV in the Democratic Republic of the Congo. *Qualitative Health Research* 24(2): 209–216.

Musumari PM, et al. 2013. “If I have nothing to eat, I get angry and push the pills bottle away from me”: A qualitative study of patient determinants of adherence to antiretroviral therapy in the Democratic Republic of Congo. *AIDS Care* 25 (10): 1271-1277.

ONUSIDA. 2016. *Le VIH/sida en chiffres – République démocratique du Congo*. Kinshasa : ONUSIDA.

PNMLS. 2012a. *Cartographie des professionnel(le)s du sexe dans quatre provinces de la RDC : Kinshasa, Bas-Congo, Katanga, Orientale*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2012b. *Plan opérationnel de lutte contre le VIH ciblant les professionnel(e)s du sexe en RDC 2012-2016*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2014. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2015. *Rapport sur l'estimation des flux des dépenses allouées au VIH et sida en République démocratique du Congo 2013-2014*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2016a. *Plan opérationnel national du PNMLS 2016*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2016b. *Rapport annuel sur la riposte nationale au VIH/sida en 2015*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2016c. *Rapport sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie du VIH/sida. Juin 2016*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2017a. *Paquet minimum d'activités/services pour les populations clés en République démocratique du Congo (première version)*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2017b. *Plan national stratégique de la riposte au VIH/sida 2018-2021 (PSN 2018-2021)*. Kinshasa : PNMLS.

PNMLS. 2017c. *Rapport technique de la phase II du processus « All In » dans les provinces*. Kinshasa : PNMLS.

PNLS. 2013. *Analyse des modes de transmission du VIH par sous-groupes de population en RDC*. Kinshasa : PNLS.

PNLS. 2014. *Enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence en République démocratique du Congo. Rapport d'enquête. Mars 2014*. Kinshasa : PNLS.

PNLS. 2015. *Rapport épidémiologique de surveillance du VIH/sida chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN*. Kinshasa : PNLS.

PNLS. 2016a. *Guide de prise en charge intégrée du VIH en République démocratique du Congo*. Kinshasa : PNLS.

PNLS. 2016b. *Rapport annuel 2015. Cap vers l'objectif 90-90-90*. Kinshasa : PNLS.

PNLT. 2015. *Rapport annuel 2015*. Kinshasa : PNLT.

PNLT. 2017. *Plan stratégique nationale de lutte contre la tuberculose 2018-2020 (PSN TB)*. Kinshasa : PNLT.

PNUD. 2013. *Revue du cadre juridique congolais de la riposte au VIH/sida*. Kinshasa : PNUD.

République démocratique du Congo (RDC). 2004. *Code pénal congolais. Journal Officiel de la République démocratique du Congo. Numéro spécial du 30 novembre 2004*. Kinshasa : Cabinet du Président de la République.

RDC. 2009. Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant ; Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées ; Loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le décret du 30 janvier 1940 portant Code pénal congolais ; Loi n° 06/019 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le décret du 06 août 1959 portant Code de procédure pénale congolais. *Journal Officiel de la République démocratique du Congo. Numéro spécial du 25 mai 2009.* Kinshasa : Cabinet du Président de la République.

RDC. 2011. Constitution de la République démocratique du Congo. *Journal Officiel de la République démocratique du Congo. Numéro spécial du 5 février 2011.* Kinshasa : Cabinet du Président de la République.

RDC. 2016. *Loi n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi n° 87-010 du 1<sup>er</sup> août 1987 portant Code de la famille.* Kinshasa : Cabinet du Président de la République.

Rimoin AW, et al. 2014. HIV infection and risk factors among the armed forces personnel stationed in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *International Journal of STD & AIDS* 26(3): 187–195.

Si Jeunesse Savait (SJS). 2014. *Rapport de documentation des violations et abus des droits humains des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI) en République démocratique du Congo.* Kinshasa : SJS.

SJS et Initiative des droits sexuels, 2014. *Examen périodique universel – République démocratique du Congo. 19<sup>e</sup> session – Avril/mai 2014. Soumission jointe par : Si Jeunesse Savait et Initiative des droits sexuels.* Kinshasa : SJS.

Réseau Sonke Gender Justice et Promundo. 2013. *Les relations de genre, les violences sexuelles et les effets du conflit sur les femmes et les hommes au Nord-Kivu, dans l'Est de la République démocratique du Congo. Résultats préliminaires de l'étude internationale sur les hommes et l'égalité de genre (IMAGES).* Le Cap et Washington : Sonke et Promundo.

Timberlake S. 2017. Human rights and gender-related barriers to HIV, TB and malaria services for purposes of the baseline assessments. Document non publié. Genève : Fonds mondial.

UCOP+, PNMLS, ONUSIDA, PNUD. 2012. *Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH – Rapport d'enquête.* Kinshasa : UCOP+.

UCOP+. 2017. *Paroles des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH/TB. Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB, Kinshasa, Nord-Kivu et Mbuji-Mayi. Juin 2017.* Kinshasa : UCOP+.

UHAI-EASRHI. 2017. *Analyse de la situation des droits humains des personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, et intersexuées, et des professionnels du sexe dans la République démocratique du Congo*. Nairobi : UHAI-EASRHI.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 2016. *Rapport sur le développement humain*. République démocratique du Congo. New York : PNUD.

Conseil de sécurité des Nations Unies. 2017. *Rapport du Secrétaire général sur la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo*. S/2017/565. New York : Nations Unies.

Département d'État américain. 2016. *République démocratique du Congo. 2016 Human Rights Report*. Washington : Département d'État.

Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). 2017. *Democratic Republic of Congo Country Operational Plan (COP) 2017. Strategic Directions Summary*. Washington : USAID.

Valles E, et al. 2016. Network analysis of knowledge and practices regarding sexual and reproductive health: a study among adolescent street girls in Kinshasa (DRC). *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (en ligne). DOI : 10.1080/13625187.2016.1262023.

Voigt F, et al. 2017. Decentralizing ART Supply for Stable HIV Patients to Community-Based Distribution Centers: Program Outcomes from an Urban Context in Kinshasa, DRC. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 74: 326–331.

OMS. 2017. *Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève : OMS.



**X. ANNEXE A : PROGRAMMES COMPLETS POUR REDUIRE LES OBSTACLES LIES AUX DROITS HUMAINS ET AU GENRE DANS L'ACCES ET LE RECOURS AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH**

**Synthèse pour le VIH**

<b>Domaine programmatique</b>	<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>	<b>Année 4</b>	<b>Année 5</b>	<b>TOTAL</b>
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	358 336	358 336	544 336	358 336	544 336	<b>2 163 678</b>
Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	887 573	7 777	749 024	146 326	749 024	<b>2 539 726</b>
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	435 163	283 950	293 560	168 139	237 274	<b>1 418 087</b>
Éducation juridique	131 455	66 476	107 436	46 339	114 876	<b>466 583</b>
Services juridiques associés au VIH	354 050	347 031	347 031	354 050	347 031	<b>1 749 193</b>
Suivi et réforme des lois et des politiques	176 576	137 249	112 966	155 541	152 704	<b>735 035</b>
Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH	689 666	536 920	520 005	623 953	517 505	<b>2 888 049</b>
Autres activités	7 200	160 989	132 200	160 989	132 200	<b>593 578</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3 040 019</b>	<b>1 898 728</b>	<b>2 806 559</b>	<b>2 013 672</b>	<b>2 794 951</b>	<b>12 553 930</b>

**Synthèse pour la tuberculose**

<b>Domaine programmatique</b>	<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>	<b>Année 4</b>	<b>Année 5</b>	<b>TOTAL</b>
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	510 301	279 836	364 734	339 429	285 778	<b>1 780 077</b>
Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	63 290	-	29 890	33 399	29 890	<b>156 469</b>
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	-	-	-	-	-	<b>-</b>
Éducation juridique	60 506	11 160	-	62 372	11 160	<b>145 198</b>
Services juridiques en lien avec la tuberculose	86 279	86 279	86 279	86 279	86 279	<b>431 396</b>
Suivi et réforme des lois et des politiques	123 320	44 364	44 364	123 320	44 364	<b>379 731</b>
Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte de la tuberculose	19 363	-	-	138 549	-	<b>157 912</b>
Amélioration du respect de la confidentialité et de la vie privée	78 956	-	-	78 956	-	<b>157 912</b>

Mobilisation communautaire autour des personnes vivant avec la tuberculose	349 184	349 184	349 184	349 184	349 184	<b>1 745 920</b>
Amélioration des services antituberculeux en milieu carcéral	101 760	173 825	136 157	49 212	33 620	<b>494 573</b>
Autres activités	39 400	116 294	39 400	116 294	39 400	<b>350 789</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1 432 357</b>	<b>1 060 942</b>	<b>1 050 008</b>	<b>1 376 994</b>	<b>879 675</b>	<b>5 799 976</b>

Réf.	Domaine programmatique	Réf.	Activité	Prévisions	Principaux maîtres d'œuvre	Coût
1	Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	1.1	Mesurer les niveaux actuels de stigmatisation et de discrimination – Enquête d'évaluation de l'indice de stigmatisation comportant un volet fortement axé sur les populations clés	Année 3	UCOP+ et partenaires.	300 000
		1.2	Élaborer des plans d'action coordonnés et pluriannuels d'envergure nationale, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination que subissent les PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables.	Planification et suivi chaque année	Réseaux de populations clés	902 075
		1.3	Soutenir l'action de personnes vivant ouvertement avec le VIH et de populations clés qui œuvrent pour réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des communautés – Recrutement/formation/soutien constant	10 dans 5 provinces ; 20 à Kinshasa (2 formations par an ; 30 participants par session)	UCOP+ réseaux de populations clés	351 650
		1.4	Intensifier les interventions dans les communautés pour associer les dirigeants locaux, y compris les responsables culturels et religieux, aux actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination	8 par an, 20 participants, dans 5 provinces. 16 par an à Kinshasa. 56 par an au total.	UCOP+ réseaux de populations clés	31 360
		1.5	Développer à grande échelle le soutien psychosocial et les autres formes de soutien apportés aux populations clés pour traiter les séquelles de la stigmatisation, de la	Formation avancée de 25 pairs-éducateurs des centres conviviaux au soutien psychologique.	PSSP et d'autres soutiens des centres conviviaux	35 825

			discrimination et de la violence	Répéter chaque année.		
		1.6	Favoriser la participation à des événements nationaux/provinciaux pour faire reculer la stigmatisation	Participation à la Journée mondiale du sida, à la Journée internationale contre l'homophobie et la transphobie, etc. au niveau national/provincial	Tous les partenaires	153 750
		1.7	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		389 018
			<i>SOUS-TOTAL</i>			2 163 678
2	Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	2.1	Formation des professionnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	<i>20 professionnels de santé dans 243 zones de santé les années 1, 3 et 5</i>	PNLS	1 793 340
		2.2	Mesurer les changements observés dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé qui ont suivi la formation – mener une étude de référence et une étude de suivi des populations clés	Étude de suivi effectuée la 4 <sup>e</sup> année	PNLS	223 466
		2.3	Effectuer un suivi du vécu des PvVIH et des populations clés, qui fréquentent les services de santé, et utiliser les informations recueillies à des fins de sensibilisation et pour améliorer les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination	Intégré à l'activité 5.2	UCOP+, réseaux de populations clés, MdJ, PNMLS, autres	-
		2.4	Intensifier les activités visant à établir des relations de collaboration entre les personnels des établissements de santé, les PvVIH et les membres d'autres populations clés	8 par an, 20 participants, dans 5 provinces. 16 par an à Kinshasa. 56 par an au total.	UCOP+, réseaux de populations clés, PNMLS, PNLs	31 360

		2.5	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		491 560
			<i>SOUS-TOTAL</i>			2 539 726
3	Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	3.1	Évaluer la formation dispensée par le MdJ et prendre des mesures au vu des résultats – évaluer et modifier le programme de formation et actualiser les supports	Étude de suivi effectuée la 4 <sup>e</sup> année	UCOP+, PNUD, PNMLS	301 718
		3.2	Aider les <i>groupes thématiques</i> provinciaux à mettre au point des mécanismes proactifs de suivi et d'intervention	4 réunions par an avec 20 participants, organisées sur une journée dans chacune des 11 provinces	Réseaux de populations clés, CNDH, MdJ, PNMLS	132 000
		3.3	Évaluer les abus de pouvoir de la police et les autres violations des droits humains – études, évaluations	Coût nul. Intégré à la mission des <i>observatoires</i> (voir plus loin)		-
		3.4	Former les personnels de police aux thématiques du VIH, des populations clés et des droits humains	Sessions de 5 jours avec 25 participants, une session dans chacune des 11 provinces. Répéter au cours des années 2, 3 et 5	PNMLS, MdJ, OSC	193 600
		3.5	Former les personnels militaires aux thématiques du VIH, des populations clés et des droits humains	Sessions de 5 jours avec 25 participants, une session dans chacune des 11 provinces. Répéter au cours des années 2, 3 et 5	PNMLS, MdJ, OSC	193 600
		3.6	Former le personnel pénitentiaire aux thématiques du VIH et des droits humains	15 personnes pendant 2 jours dans chacun des 22 établissements pénitentiaires. Répéter au cours des années 3 et 5	PNMLS, MdJ, OSC	107 004
		3.7	Mettre au point des outils, des documents et des stratégies pour présenter des méthodes de réduction des risques – évaluation de la	Stratégie et documents élaborée par un consultant international. Actualiser	Dirigée par le PNMLS	61 520

			situation et élaboration des outils/stratégies	les documents la 4 <sup>e</sup> année.		
		3.8	Élaborer une stratégie pluriannuelle visant à mobiliser de hauts responsables/des parlementaires sur les lois et politiques concernant les populations clés – élaboration de la stratégie	Réunion de planification nationale et de suivi	Réseaux de populations clés	154 177
		3.9	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		274 469
			<i>SOUS-TOTAL</i>			1 418 087
4	Éducation juridique	4.1	Mettre au point des outils d'éducation juridique pour les populations clés.	Examen/révision la 4 <sup>e</sup> année	Réseaux de populations clés	57 940
		4.2	Enrichir le contenu des interventions destinées aux populations clés avec des activités d'éducation aux droits légaux et humains en s'appuyant sur les outils – formation de pairs-éducateurs	20 pairs-éducateurs dans 9 centres conviviaux	PSSP et d'autres soutiens des centres conviviaux	201 240
		4.3	Former le personnel des bureaux provinciaux des OSC et du CNLS aux droits humains	Une formation dans chaque province. Répéter au cours des années 3 et 5.	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés	145 200
		4.4	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		62 203
			<i>SOUS-TOTAL</i>			466 583
5	Services juridiques associés au VIH	5.1	Établir une liste actualisée des avocats et magistrats formés	Consultant national. Évaluer le concept la 4 <sup>e</sup> année. Mettre à jour via le Bureau de la référente nationale. Coût intégré aux coûts de gestion du programme.	MdJ et PNUD	11 320

		5.2	Mettre en place un système de suivi et de surveillance des affaires portant sur les droits humains et légaux	Observatoire : coordination nationale, « observateurs » dans l'ensemble du pays	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés, ONUSIDA, PNUD, CNDH	1 013 600
		5.3	Mettre en place à grande échelle un accès gratuit ou peu onéreux à des services juridiques pour les PvVIH et les populations clés	25 affaires par an. Coordination incluse dans la gestion du programme	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés	281 250
		5.4	Former et déployer des assistants juridiques vivant avec le VIH ou appartenant à d'autres populations clés	10 dans chacune des six provinces. Formation nationale de 5 jours (2 sessions avec 30 participants à chaque fois). Répéter chaque année.	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés	71 650
		5.5	Déployer le volet <i>accompagnement juridique</i> du modèle des centres conviviaux	Activité effectuée par des assistants juridiques. Assistance juridique dans le cadre de l'activité 5.2 (voir plus haut).	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés	-
		5.6	Faire de la <i>ligne verte</i> de l'UCOP+ un service destiné <u>à la fois</u> aux PvVIH et aux autres populations clés – coût d'exploitation	Coût du système téléphonique. Coordination incluse dans la gestion du programme.	Réseaux de PvVIH et de populations clés, réseaux juridiques	229 000
		5.7	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités (hormis l' <i>observatoire</i> )		142 373
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>1 749 193</i>
6	Suivi et réforme des lois et des politiques	6.1	Trouver dans les lois et politiques existantes des moyens pour améliorer la protection des droits humains et légaux des populations clés –	Expert-conseil. Répéter la 4 <sup>e</sup> année pour mesurer les progrès.	Réseaux de populations clés, PNUD, ONUSIDA,	58 598

			évaluation		CNDH	
		6.2	Élaborer des documents d'information et des notes juridiques, entre autres, pour appuyer les initiatives de réforme politique et juridique visant à améliorer la situation des populations clés	2 notes par an les années 1, 3 et 5	UCOP+, MdJ, réseaux de populations clés, ONUSIDA, PNUD, CNDH	3 000
		6.3	Mobiliser des parlementaires autour de la réforme du droit	Séances de plaidoyer d'une journée.	UCOP+ réseaux de populations clés.	54 000
		6.4	Mener des campagnes de plaidoyer pour une réforme du droit	Une campagne par an	UCOP+ réseaux de populations clés.	178 886
		6.5	Améliorer la capacité technique des organisations des populations clés à jouer un rôle de premier plan dans les efforts menés pour obtenir des réformes politiques et juridiques	Sessions de formation nationales les années 1, 3 et 5	Dirigée par l'ONUSIDA	21 495
		6.6	Élaborer et exécuter un processus visant à mettre en place un cadre d'action favorable à l'introduction de programmes de réduction des risques.	Expert-conseil. Évaluation la 4 <sup>e</sup> année.	ONUDC et OSC	65 495
		6.7	Renforcer les capacités de la CNDH	Participation des parties prenantes dans 11 provinces	PNMLS	155 800
		6.8	Favoriser la participation de la société civile aux processus de la CADHP et de l'EPU	Élaboration de notes et mobilisation des parties concernées les années 2 et 5.	Réseaux de PvVIH et de populations clés, réseaux juridiques	55 496
		6.9	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		142 265
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>735 035</i>

	Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH	7.1	Étude des obstacles liés au genre dans l'accès et le recours aux services anti-VIH	Répéter la 4 <sup>e</sup> année	PNMLS, Ministère du Genre, ONUSIDA, RENADEF	223 466
		7.2	Pérenniser et intensifier les programmes exécutés dans les communautés, qui œuvrent contre les normes de genre néfastes et pour la prévention des VSS	Séances de mobilisation des communautés dans 243 zones de santé. 2 concertations par an	Maîtres d'œuvre des subventions du Fonds mondial	272 160
		7.3	Maintenir des services complets destinés aux victimes de VSS dans l'ensemble du pays.	Assistance juridique. 100 affaires par an	Maîtres d'œuvre des subventions du Fonds mondial.	562 500
		7.4	Former et déployer de jeunes assistantes juridiques vivant avec le VIH – formation	10 dans chacune des 11 provinces. Formation nationale de 5 jours (5 sessions avec 25 participantes à chaque fois). Répéter au cours des années 3 et 5.	UCOP+, ICW, RACOF, réseaux juridiques	619 125
		7.5	Mobiliser des responsables culturels et religieux locaux afin de sensibiliser les communautés à l'égalité de genre, à la prévention des VSS et à la question de l'accès des femmes aux services anti-VIH, notamment de PTME	Formation des formateurs des responsables culturels et religieux. 5 formateurs dans chacune des 11 provinces (2 sessions par an avec 25 participants). Répéter au cours des années 3 et 5.	PNMLS, Ministère du Genre, RENADEF, RACOF	178 290
		7.6	Mettre au point une formation à la prise en compte du genre et la dispenser à l'ensemble des parties prenantes dans la riposte nationale au VIH	Élaboration des supports et formation.	PNMLS, Ministère du Genre, RENADEF, RACOF	44 744
		7.7	Aider des femmes qui vivent avec le VIH à occuper et à conserver des postes de direction dans la riposte nationale au VIH –	Atelier national de 5 jours pour 30 personnes chaque année.	UCOP+, ICW, FFP+	35 825



			développement des aptitudes à diriger			
		7.8	Intensifier et pérenniser les interventions offrant un soutien psycho-social aux adolescents et aux jeunes qui vivent avec le VIH	Formation avancée de pairs-éducateurs au soutien psychologique. 20 dans 11 provinces	UCOP+, ICW, FFP+, SJS, RACOJ	242 000
		7.9	Intégrer les besoins des adolescents et des jeunes issus de populations clés dans les programmes de lutte contre le VIH centrés sur la jeunesse – formation et sensibilisation	Atelier national de 3 jours pour 30 personnes les années 1, 3 et 5	Réseaux de populations clés avec le RACOJ	56 250
		7.10	Élaborer un plan comprenant un cadre de suivi au cas où les actions menées dans l'optique d'abaisser l'âge requis pour pouvoir accéder aux services venaient à aboutir	Séance de planification nationale, réunions de sensibilisation dans les provinces.	PNLS, RACOJ	72 950
		7.11	Appuyer le suivi des lois et des normes juridiques, notamment des observations/rapports du CEDAW et de la CCF	Élaboration de notes et mobilisation des parties concernées les années 2 et 5	PNLS, RACOJ	21 762
		7.12	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités.	RENADEF, RACOJ, UNIFEM, autres.	558 977
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>2 888 049</i>
8	Autres activités	8.1	Soutenir l'évaluation d'interventions visant à lutter contre les obstacles liés aux droits humains	Projets nationaux	Assistance technique extérieure (p. ex. de l'Alliance internationale contre le VIH/sida)	192 236
		8.2	Au niveau provincial	Projets provinciaux/locaux	PNMLS, Ministère du Genre, ONUSIDA, RENADEF	115 342
		8.3	Réunir la Cellule Droit et VIH pour suivre de près et guider la mise en œuvre de la démarche	Réunions trimestrielles (50 participants).	Dirigée par l'ONUSIDA	36 000

			globale			
		8.4	Procéder à des évaluations de suivi à mi-période et en fin de période pour le VIH et la tuberculose	Années 3 et 5	ICN de RDC	250 000
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>593 578</i>
			<b>TOTAL</b>			<b>12 553 930</b>

**XI. ANNEXE B : PROGRAMMES COMPLETS POUR REDUIRE LES OBSTACLES LIES AUX DROITS HUMAINS ET AU GENRE DANS L'ACCES ET LE RECOURS AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**

Réf.	Domaine programmatique	Réf.	Activité	Prévisions	Principaux maîtres d'œuvre	TOTAL
1	Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	1.1	Mesurer l'ampleur de la stigmatisation liée à la tuberculose – étude des populations clés (au niveau national)	Répéter la 4 <sup>e</sup> année	PNLT	223 466
		1.2	Mesurer l'ampleur de la stigmatisation liée à la tuberculose – étude des populations clés (au niveau sectoriel)	Secteur minier, etc.	PNLT et associations sectorielles	191 022
		1.3	Programmes en milieu de travail	Un par an pour les différents secteurs. Chiffré en tant qu'intervention communautaire. Aucune autre donnée disponible.	Dirigée par l'ONUSIDA	67 500
		1.4	Interventions dans les communautés	Une par an dans	Membres de la Coalition	742 500

			pour lutter contre la stigmatisation	chacune des 11 provinces	nationale contre la tuberculose.	
		1.5	Campagne de lutte contre la stigmatisation liée à la tuberculose – à l'échelle nationale	Répéter au cours des années 3 et 5.	Dirigée par l'ONUSIDA	205 398
		1.6	Mesurer l'ampleur de la stigmatisation liée à la tuberculose que subissent les PvVIH et les populations clés.	Activité incluse dans l'évaluation de l'indice de stigmatisation des PvVIH	LNAC, CAD	-
		1.7	Intégrer la tuberculose dans les actions menées pour réduire la discrimination liée au VIH.	Conseiller technique pour faire un bilan et aider à effectuer les adaptations nécessaires	PNLT, PNMLS, LNAC, CAD	5 660
		1.8	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités.		344 531
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>1 780 077</i>
2	Formation des personnels de santé aux droits humains et à l'éthique médicale	2.1	Renforcer le volet éthique médiale/droits humains dans les programmes de formation initiale et continue	Répéter la 4 <sup>e</sup> année	PNLT	53 870
		2.2	Formation des professionnels de santé aux thématiques de la tuberculose et des droits humains	Incluse dans l'activité 2.1 relative au VIH	PNLS et PNLT	-
		2.3	Déterminer les lacunes des politiques relatives à l'environnement de travail des personnels de santé et élaborer un plan d'action	Évaluation de la situation et réunion de planification nationale	PNLT	72 315
		2.4	Contrôle du matériel de prévention des infections et du respect des règles en la matière	Tâche de l'observatoire de la Coalition nationale contre la tuberculose		-
		2.5	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des		30 284

				activités		
			<i>SOUS-TOTAL</i>			156 469
3	Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	3.1	Aborder la problématique de la tuberculose dans la formation des magistrats, des avocats, des personnels militaires, des forces de police, etc.	Chiffré dans le budget consacré au VIH	<i>MdJ</i>	
			<i>SOUS-TOTAL</i>			-
4	Éducation juridique	4.1	Mettre au point et diffuser des documents d'éducation juridique axés sur la tuberculose	Élaboration du contenu, validation, impression et diffusion	<i>LNAC, CAD, autres OSC</i>	111 435
		4.2	Intégrer la problématique de la tuberculose dans les documents d'éducation juridique portant sur le VIH	Conseiller technique pour faire un bilan et aider à effectuer les adaptations nécessaires.	<i>UCOP+, MdJ, PNMLS</i>	5 660
		4.3	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		28 103
			<i>SOUS-TOTAL</i>			145 198
5	Services juridiques en lien avec la tuberculose	5.1	Des avocats et les cliniques juridiques peuvent apporter leur aide sur des questions juridiques relatives à la tuberculose.	Défendre des affaires en rapport avec la tuberculose	<i>Groupes soutenant les cliniques juridiques</i>	56 250
		5.2	Former et déployer des assistants juridiques	Recrutement et formation. Déploiement intégré à l'activité 9.2 (voir plus loin).	<i>Membres de la Coalition nationale contre la tuberculose.</i>	291 650
		5.3	Surveiller et rendre compte des problèmes juridiques/de droits humains en rapport avec la tuberculose – observatoire national.	Incluse dans l'activité 5.2 relative au VIH	<i>Coalition nationale contre la tuberculose</i>	-
		5.4	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		83 496

			<i>SOUS-TOTAL</i>			431 396
6	Suivi et réforme des lois et des politiques	6.1	Mener une évaluation de l'environnement juridique entourant la tuberculose et prendre des mesures au vu des résultats	EEJ. Étude de suivi effectuée la 4 <sup>e</sup> année.	PNLT, MdJ et Coalition nationale contre la tuberculose	127 348
		6.2	Plaider pour une responsabilisation du gouvernement dans la lutte antituberculeuse	Campagnes de sensibilisation ciblées menées par la Coalition nationale contre la tuberculose	Coalition nationale contre la tuberculose	178 886
		6.3	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		73 496
			<i>SOUS-TOTAL</i>			379 731
7	Réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte de la tuberculose	7.1	Donner suite aux conclusions de l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose – planification nationale et suivi	Planification et suivi les années 1 et 3	PNLT, Ministère du Genre, OSC axées sur la problématique du genre.	31 230
		7.2	Répéter l'évaluation des questions de genre dans la lutte contre le VIH et la tuberculose	Année 4	PNLT, Ministère du Genre, OSC axées sur la problématique du genre	96 118
		7.3	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		30 564
			<i>SOUS-TOTAL</i>			157 912
8	Amélioration du respect de la confidentialité et de la vie privée	8.1	Mener une évaluation de la situation à échelle nationale et élaborer un plan d'action à partir des résultats	1 <sup>e</sup> année avec suivi la 4 <sup>e</sup> année	Dirigée par l'ONUSIDA	127 348
		8.2	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités		30 564
			<i>SOUS-TOTAL</i>			157 912

9	Mobilisation communautaire autour des personnes vivant avec la tuberculose	9.1	Créer/soutenir des groupes de soutien aux personnes vivant avec la tuberculose	20 groupes par province, 10 personnes par groupe, dans 11 provinces	Coalition nationale contre la tuberculose	66 000
		9.2	Aider des personnes vivant avec la tuberculose à devenir des porte-parole/modèles dans les communautés	25 dans 11 provinces. Formation et suivi annuels au niveau provincial et versement d'une allocation mensuelle	Coalition nationale contre la tuberculose	1 342 000
		9.3	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités.		337 920
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>1 745 920</i>
10	Amélioration des services antituberculeux en milieu carcéral	10.1	Aider des OSC à suivre l'évolution du respect des droits humains dans les établissements pénitentiaires – formation	Membres de la Coalition nationale contre la tuberculose. Atelier de 3 jours avec 25 participants. Répéter chaque année.	PNUD, MdJ, PNLT, Coalition nationale contre la tuberculose	21 495
		10.2	Sensibiliser les fonctionnaires de justice aux conséquences de la surpopulation carcérale – réunions	Une réunion d'une journée par province. Répéter au cours des années 3 et 5.	PNUD, MdJ, PNLT, Coalition nationale contre la tuberculose	19 800
		10.3	Plaidoyer pour une réforme de la détention provisoire	Campagne de sensibilisation.	Coalition nationale contre la tuberculose, ONUDC, autres partenaires travaillant sur les conditions de détention	71 555
		10.4	Élaboration de politiques pour une prise en charge des détenus dans des établissements de santé	Élaboration de politiques	PNLT, PNLS	39 548
		10.5	Former le personnel pénitentiaire aux thématiques de la tuberculose et des	Formation sur 2 jours pour 20 personnes dans	PNLT, MdJ, PNMLS	68 750

			droits humains.	22 établissements pénitentiaires		
		10.6	Former les détenus sur leurs droits fondamentaux/leurs responsabilités par rapport à la tuberculose.	Formation d'une journée pour 40 personnes dans 22 établissements pénitentiaires	PNLT, MdJ	12 320
		10.7	Plaidoyer pour une amélioration des conditions de détention.	Campagne de sensibilisation nationale	Coalition nationale contre la tuberculose, ONUDC, autres partenaires travaillant sur les conditions de détention	165 382
		10.8	Gestion et suivi-évaluation des projets	24 % du coût total des activités.		95 724
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>494 573</i>
11	Autres activités	11.1	Évaluations des programmes	Projets nationaux et provinciaux/locaux	PNLT et Coalition nationale contre la tuberculose	153 789
		11.2	Renforcer les capacités du PNLT	Personne référente pour les droits humains en rapport avec la tuberculose	PNLT	72 000
		11.3	Soutenir la Coalition nationale contre la tuberculose	Soutien opérationnel général	Coalition nationale contre la tuberculose	125 000
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>350 789</i>
			<b>TOTAL</b>			<b>5 799 976</b>

## **XII. ANNEXE C : CHIFFRAGE D'UNE DEMARCHE GLOBALE**

(cf. fichier Excel distinct joint à ce rapport)



**XIII. ANNEXE D : INDICATEURS ET VALEURS DE REFERENCE POUR MESURER LES PROGRES ACCOMPLIS CONCERNANT L'ELIMINATION DES OBSTACLES LIES AUX DROITS HUMAINS DANS L'ACCES ET LE RECOURS AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LA TUBERCULOSE**

Ci-dessous figure un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer les aspects quantitatifs des progrès accomplis vers l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose en RDC. Les indicateurs proposés s'ajoutent aux indicateurs de couverture et d'utilisation des services anti-VIH dans l'ensemble du continuum de soins, y compris les interventions axées sur la réduction des risques, chaque indicateur étant ventilé par tranche d'âge, par sexe et par groupe de population, ainsi que l'impose ou le recommande le Fonds mondial aux pays bénéficiaires de ses subventions (Fonds mondial, 2016b). Comme le montre le tableau, il n'existe pratiquement pas de données actualisées permettant de déterminer des valeurs de référence pour les indicateurs. Plusieurs actions recommandées à l'issue de cette évaluation visent précisément à combler cette lacune.

**Indicateurs de suivi proposés pour le VIH**

<b>Indicateur</b>	<b>Valeur de référence</b>	<b>Source/Année</b>
<b>Stigmatisation et discrimination</b>		
Pourcentage de PvVIH déclarant avoir fait l'objet de discrimination liée au VIH dans un établissement de santé	6 %	UCOP+/2012
Renoncement à des soins chez les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination (% de la population étudiée, ventilé par groupe de population clé)	Aucune donnée quantitative	Une IBBS est prévue en 2018.
<b>Violence et maltraitance</b>		
Pourcentage de la population déclarant avoir subi des violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois (ventilé par population et par auteur)	Aucune donnée quantitative	Une IBBS est prévue en 2018.
Pourcentage de la population déclarant avoir été victime d'abus de pouvoir/d'extorsion de la part de la police dans les 12 derniers mois (ventilé par population)	Aucune donnée quantitative	Une IBBS est prévue en 2018.
<b>Activités de formation et de sensibilisation</b>		
Nombre et pourcentage de personnels de santé formés aux droits humains et à l'éthique médicale	Pas de données disponibles	
Nombre et pourcentage de policiers formés aux droits légaux	Pas de données disponibles	

et humains des PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables

Nombre et pourcentage de fonctionnaires de justice formés aux droits légaux et humains des PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables

1300 en 2016. Aucun dénominateur disponible.

UCOP+, PNUD

### Accès à la justice

Nombre de juristes, assistants juridique et avocats formés à l'aide juridique

Sous-ensemble des 1300 personnes mentionnées ci-dessus. Aucun dénominateur disponible.

UCOP+, PNUD

### Réforme juridique et politique

Nombre et type de lois et de politiques défendant/protégeant les droits en rapport avec le VIH des PvVIH et d'autres populations clés et vulnérables

Loi sur les droits des personnes vivant avec le VIH

Ci-dessous figure un ensemble d'indicateurs et de valeurs de référence permettant de mesurer les aspects quantitatifs des progrès accomplis vers l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose. Les indicateurs proposés s'ajoutent aux indicateurs de couverture et d'utilisation des services antituberculeux dans l'ensemble du continuum de soins, tels que l'impose ou le recommande le Fonds mondial (Fonds mondial, 2016b). Le manque de données est encore plus important que pour les services anti-VIH. Toutefois, plusieurs actions recommandées à l'issue de cette évaluation visent là encore à combler cette lacune.

### Indicateurs de suivi proposés pour la tuberculose

Indicateur	Valeur de référence	Source/Année
------------	---------------------	--------------

#### Stigmatisation et discrimination

Nombre et pourcentage de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant fait l'objet de stigmatisation/discrimination dans un établissement de santé

Aucune donnée

Nombre et pourcentage de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant fait l'expérience de services médiocres, y notamment d'un manque de confidentialité

Aucune donnée

#### Formation des professionnels de santé

Nombre et pourcentage de personnels de santé formés aux droits humains et à l'éthique médicale dans le contexte de la tuberculose

Pas de données regroupées

#### Services juridiques et accès à la justice

Nombre d'avocats et d'assistants  
juridique formés et disponibles  
pour offrir des services juridiques  
associés à la tuberculose

Aucune donnée

Nombre de personnes  
diagnostiquées tuberculeuses  
ayant fait l'objet de  
discrimination sur leur lieu de  
travail

Aucune donnée