PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU RWANDA
COMMISSION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

PLAN STRATEGIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Version finale

Kigali, Novembre 2005

TABLE DES MATIERES

……1
TABLE DES MATIERES 2
ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES..... 4
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine 5
PREFACE 6
REMERCIEMENTS 7
0. INTRODUCTION 8
1. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE..... 8
2. EVOLUTION DU VIH/SIDA AU RWANDA 9
3. DETERMINANTS DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA 10
3.1. Les déterminants biologiques 10
a) L'âge 11
b) Le Sexe 11
c) Le terrain immunitaire 11
3.2. Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires 11
3.3. Les déterminants environnementaux et culturels..... 12
3.4. Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la..... 13
coordination 13
4. REGARD RETROSPECTIF DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 13
4.1. Un condensé des principales réalisations depuis 2002 à nos jours 13
4.2. Les leçons apprises, opportunités et contraintes 15
a. Les leçons apprises 15
b. Forces / avantages comparatifs 16
c. Opportunités 16
e. Menaces..... 17
5. MISSION ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIGUE 17
5.1. Mission..... 17
5.2. Objectifs et orientations stratégiques 2005-2009..... 17
5.2.1. L'axe stratégique I: Renforcer les mesures de prévention de la transmission du..... 18
VIH. 18
5.2.2. L'Axe Stratégique II: Assurer une réponse adaptée à l'évolution de l'épidémie..... 19
par la surveillance et la recherche 19
5.2.3. L'axe stratégique III : Améliorer la prise en charge pour les personnes infectées.... 20
et affectées par le VIH/SIDA. 20
5.2.4. L'Axe Stratégique IV : Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA..... 21
5.2.5. L'Axe Stratégique V : Coordonner la réponse multisectorielle pour un meilleur..... 22
coût- efficacité. 22
6. APPROCHE ET STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA..... 25
6.1. Approche participative..... 25
6.2. Complémentarité avec les options nationales. 25
6.3. Réponses 25
6.4. Stratégie pour la qualité des programmes..... 27
6.5. Stratégies liées aux ressources 27
6.5.1. Les ressources humaines, physiques, matérielles et financières pour la..... 27

lutte contre le VIH/SIDA 27
6.5.2. De la Mobilisation des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA 28
6.5.3. Des procédures d'allocation des fonds. 29
6.5.4. De la gestion des fonds du plan stratégique 2005– 2009 29
6.5.5. Panier commun des fonds « Common Basket Funds » 30
7. SUIVI – EVALUATION 30
7.1. Dispositif de suivi et évaluation 30
7.2. Les indicateurs –clés pour le suivi-évaluation du plan stratégique 2005 – 2009 30
8. PERSPECTIVES D'AVENIR 31
REFERENCES 32
ANNEXES 34

ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES

ABASIRWA : Association des Journalistes dans la lutte contre le SIDA
APELAS : Association du Privé et du Para-étatique pour la lutte contre le SIDA
ARV : Anti-Rétroviraux
CAMERWA : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels au Rwanda
CBF : Common Basket Found
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CDC: Center for Disease Control
CHK: Centre Hospitalier de Kigali
CCC : Country Coordination Mecanism
CNF: Conseil National des Femmes
CNJR: Conseil National de la Jeunesse du Rwanda
COMESA :Marché Commun pour l'Afrique de l'Est et Australe
CNLS : Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CDLS : Commission de District de Lutte contre le SIDA
CPLS : Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA
EABC : Education, Abstinence, Fidélité et Usage de préservatifs
EDSR : Enquête Démographique et de Santé au Rwanda
EPP : Estimation and Projection Package
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FOSA : Formation Sanitaire
GIPA : Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS
GLIA : Great Lakes Initiative on Aids
IEC: Information, Education, Communication
IO : Infections Opportunistes
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MCI: Management Consulting International
MDG: Millenium Development Goals
MINADEF : Ministère de la Défense
MINALOC : Ministère de l'Administration Locale, de la Bonne Gouvernance et des Affaires Sociales
MINECOFIN : Ministère des Finances et de la Planification Economique
MINEDUC : Ministère de l'éducation, des Sciences, de la Recherche et de la Technologie
MIGEPROFE : Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille
MIFOTRA : Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MIJESPOC : Ministère de la Jeunesse, de la Culture et des Sports
MINISANTE : Ministère de la Santé
CDMT: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
NEPAD: Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Programme conjoint des Nations Unies contre le SIDA
OPDAS : Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le SIDA
OVC: Orphelins et Autres Enfants Vulnérables
PAYA: Panafrican Youth Against Aids

PEC: Prise en Charge
PEP: Prophylaxie Post Exposition
PEPFAR: Presidential Emergency Plan For Aids Relief
PMTCT/PMTE: Prevention of Mother To Child Transmission
PNLS: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNM : Plan National Multisectoriel
PRSP: Poverty Reduction Strategic Paper
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
RCLS : Réseau des Confessions Religieuses de Lutte contre le SIDA
RRP+ : Réseau des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIS : Système d'Information Sanitaire
TBC : Tuberculose
TRAC : Treatment and Research on AIDS Center
UA: Union Africaine
UNGASS : United Nations General Assembly Special Session on Aids
VCT: Voluntary Counselling and Testing
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Le VIH/SIDA vient de faire un peu plus de deux décennies en ravageant le monde entier. La lutte engagée nous a laissé beaucoup d'enseignements qui peuvent nous guider dans nos interventions futures.

Au Rwanda, les plus hautes instances du pays ont manifesté une volonté politique sans précédant en mettant en place des orientations qui contribuent à la recherche des réponses appropriées au VIH/SIDA et ses conséquences. En témoigne l'engagement personnel du Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur. En 2002, le Rwanda s'est doté des instruments lui permettant de mener des activités de lutte contre le VIH/SIDA pour une période de 5 ans en préconisant une approche multisectorielle pour pouvoir réduire l'impact de cette pandémie sur les communautés rwandaises.

A l'issue des travaux d'évaluation à mi-parcours, il s'est avéré que ces instruments méritent d'être révisés afin de pouvoir s'adapter au nouvel environnement caractérisé par un engagement très marqué des leaders à tous les niveaux, la présence d'un nombre croissant d'acteurs dans la lutte, la recherche avancée dans le domaine, le développement des techniques de surveillance de l'épidémie ainsi que la disponibilité des ressources allouées à la prise en charge médicale et non médicale. Les nouveaux documents doivent en outre se baser sur les politiques et les plans sectoriels nationaux et s'intégrer dans le contexte régional et international de la lutte contre le VIH/SIDA.

Pour ce faire, la CNLS a lancé le processus de révision des documents-cadre en recourant à l'approche participative qui a impliqué tous les acteurs nationaux et internationaux intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Le plan stratégique qui est sorti est un outil qui donne une orientation globale et des éléments essentiels pouvant guider les acteurs dans la planification de leurs interventions.
Le SIDA est une urgence, mais une urgence à long terme. Notre stratégie de lutte doit être à la hauteur sinon être supérieure aux effets dévastateurs engendrés par le VIH. Nous savons pertinemment qu'il y a de l'espoir, et quand il y a espoir, nous avons toutes les chances de vaincre le SIDA.

Dr Jean Damascène NTAWUKURIRYAYO
Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

La Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) saisit cette occasion pour présenter ses sincères remerciements:

- Aux personnes physiques ou morales qui travaillent sans relâche pour contribuer à freiner la propagation du VIH/SIDA et apportent leur contribution pour la prise en charge des personnes infectées et affectées. Leur apport de quelle nature qu'elle soit a pu aider le gouvernement rwandais à riposter au VIH/SIDA.

- Aux donateurs pour leur soutien logistique et financier au processus d'évaluation à mi-parcourt qui a aboutit aux recommandations conduisant à la révision des documents sus mentionnés dont notre pays a si grand besoin.

- A toutes les organisations nationales et internationales qui ont contribué à l'enrichissement des documents par leurs conseils, leurs observations et suggestions, leur participation à différents ateliers de pré- et validation.

La CNLS salue enfin le travail laborieux et le savoir–faire de l'Equipe de Consultants, qui, avec la guidance du Comité de Pilotage a eu la lourde mission de rassembler et organiser les éléments nécessaires à la révision de ce précieux document, support combien utile pour les acteurs nationaux et les différents partenaires impliqués dans lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

Dr Agnès BINAGWAHO
Secrétaire Exécutif de la CNLS

0. INTRODUCTION

Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda pour la période 2005-2009 vient canaliser les interventions de lutte contre le VIH/SIDA en apportant les réponses aux défis constatés au cours des cinq dernières années.

Ces défis étaient principalement dus à l'environnement changeant du VIH/SIDA suite à l'évolution de la recherche, l'impact de l'épidémie sur la population qui s'accroît, la présence d'un nombre important d'acteurs dans ce domaine, les besoins en prise en charge de plus en plus croissants, les cibles nombreux et de catégories différentes qui acceptent d'affirmer leur sero-positivité, etc...

Le présent plan stratégique doit alors apporter certaines innovations quant au renforcement de la surveillance et le partage de l'information entres différents intervenants. Alors que durant la précédente période l'objectif était de stabiliser le taux de séro-prévalence, il est opportun de commencer à envisager la réduction de la propagation et d'asseoir des mécanismes de grand envergure de prise en charge globale des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA en mettant un accent particulier sur les enfants mineurs vulnérables.

La mise en œuvre des programmes de lutte contre le SIDA continuera à s'inscrire dans une approche multisectorielle, multidisciplinaire, décentralisée, communautaire et familiale. Les liens entre les interventions de ce plan stratégique avec les autres programmes nationaux, régionaux et internationaux seront renforcés.

Il s'agit notamment des Objectifs de développement du millénaire, de la Vision 2020, du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et d'autres politiques sectorielles du Gouvernement comme celle de la Santé, du Genre et de la Promotion de la Famille, de la décentralisation et du bien être social, Stratégie du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et des orientations générales du GLIA, PAYA, OPDAS, ONUSIDA pour ne citer que ceux-là à titre indicatif.

1. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Le Rwanda est un pays situé en Afrique Centrale entouré par l'Uganda au Nord, la Tanzanie à l'Est, la République Démocratique du Congo à l'Ouest et le Burundi au Sud. Avec une superficie de 26.338 km^2 et une population de 8.128.553 habitants (selon le RGPH de 2002), sa densité qui est d'environ 378 habitants au km^2 figure parmi les plus élevées d'Afrique.
La population rwandaise comprend 52,3% de femmes contre 47,7% d'hommes, soit un rapport de masculinité de 91 hommes pour 100 femmes.
Le Rwanda est caractérisé par une population jeune. En effet 43,8% de la population a moins de 15 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans ne représentent que 2,9% de la population. 1.260.000 enfants sont des orphelins. Trois enfants sur dix sont orphelins de père, de mère ou des deux.

La classification par tranches d'âges laisse apparaître la structure d'une population à forte fécondité et à mortalité élevée. En effet, la femme rwandaise devrait s'attendre à avoir 5,9 enfants en moyenne pendant sa vie féconde. Ce taux était de 6,5 en 1996 (EDSR-1996) et de 5,8 en 2000. Le niveau de mortalité est assez fort : la mortalité infantile est encore très élevée. Elle est de 139‰ sans distinction des sexes en 2002 contre 126‰ en 1991. Ce qui signifie qu'en moyenne, 1 enfant sur 7 meurt avant d'atteindre un an révolu.

L'espérance de vie à la naissance s'élève à 51,2 ans et elle s'élève à 58,4 ans à un an selon les résultats du RGPH. Les projections montrent que la population rwandaise pourrait atteindre 9.290.911 habitants en 2007 et 11.738.740 habitants en 2012 (selon l'hypothèse forte, RGPH). La population rurale présente 83% de la population globale.

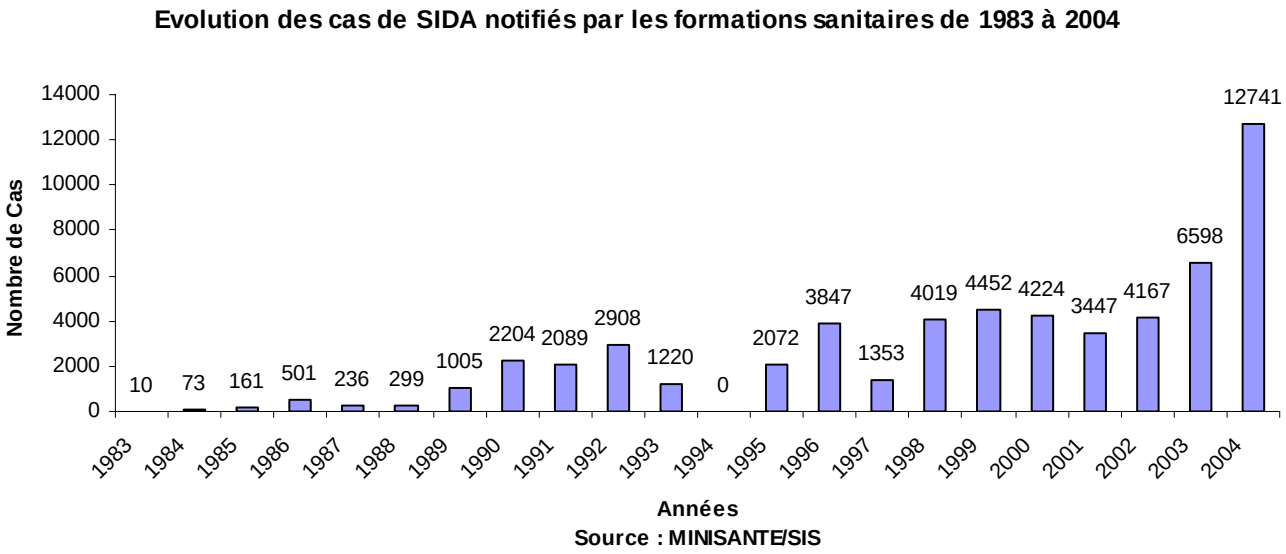
Le taux d'alphabétisation au Rwanda est de 52%. Le taux net de scolarisation au primaire est de 67,9%. Le taux net de scolarisation au niveau secondaire est de 7,5% et le taux brut est de 12,6% pour un âge moyen de 19 ans. Au niveau supérieur, on enregistre un taux brut de 1,3% et l'âge moyen des étudiants est de 25 ans avec 42% qui ont plus de 26 ans.

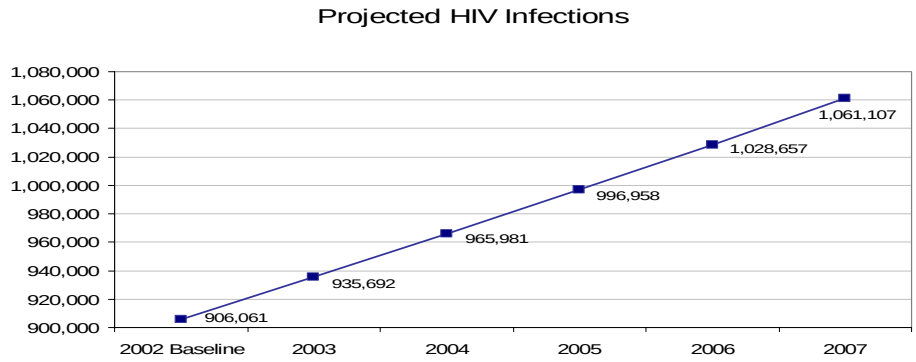
2. EVOLUTION DU VIH/SIDA AU RWANDA

C'est en 1983 qu'ont été signalés les premiers cas de SIDA au Rwanda. Le nombre des cas de SIDA en 2005 est estimé entre 200.724 et 243.308 personnes (Estimation selon EPP). Le nombre de nouveaux cas se situe entre 18.390 et 22.324 (Estimation selon Spectrum).

L'évolution des cas de SIDA tel que présentée sur le graphique 1 montre que le nombre de cas de SIDA enregistré en 2003 a presque doublé en 2004.

Graphique 1 :
Evolution des cas notifiés par les formations sanitaires de 1983 à 2004





3. DETERMINANTS DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA

En se fondant sur les données de l'analyse situationnelle du VIH/SIDA et des données de diverses études récentes sur les comportements, les attitudes, les connaissances et les pratiques sur la sexualité des jeunes, les questions liées au genre dans la société rwandaise, on a pu identifier les déterminants de la propagation de l'infection du VIH/SIDA au Rwanda qui sont les suivants :

3.1. Les déterminants biologiques

Cette catégorie de déterminants touche l'âge, le sexe et le terrain immunitaire des personnes exposées à l'infection du VIH/SIDA.

a) L'âge

La population la plus exposée et la plus touchée dans le monde est constituée par les jeunes de 15 à 25 ans. Au Rwanda, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons et ces jeunes ont aussi des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés (24% de garçons et 54% de filles) (FHI/IMPACT -RWANDA, 2000).

b) Le Sexe

Les femmes sont les plus exposées et plus atteintes que les hommes. Cette situation interpelle à plus de considération cette population féminine dans toutes les actions de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

c) Le terrain immunitaire

Il existe autant de terrains immunitaires qu'autant d'êtres humains sur la planète. Autrement dit, les acquis immunitaires (potentialité de résistance aux stimuli, adaptabilité, etc.) tout comme les insuffisances immunitaires (faible résistance aux agressions, inadaptation etc.) diffèrent d'un sujet à l'autre.
Dans le cadre du VIH/SIDA, les femmes enceintes et les personnes atteintes de certaines maladies infectieuses et parasitaires ont un terrain immunitaire fragilisé. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose, des IST, des carences nutritionnelles et des parasitoses intestinales. Or, les données sur la situation sanitaire au Rwanda mentionnent que la plupart de ces maladies sont classées parmi les premières causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

3.2. Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires

a) Parmi les principaux facteurs de transmission du VIH/SIDA, nombreux sont ceux qui sont liés aux attitudes, aux pratiques et aux comportements vis-à-vis de soi-même ou à l'égard des autres personnes.

Parmi ces derniers, on peut retenir :

- Le refus d'admettre l'existence du VIH/SIDA,
- L'ignorance de la population sur la réalité, le danger que représente le SIDA,
- La résistance au changement de comportement,
- Les rapports sexuels non protégés et non sûrs,
- L'abus d'alcool et les drogues,
- Les partenaires sexuels multiples,
- La prostitution et le vagabondage sexuel (le désir de prouver sa virilité par la conquête de multiples partenaires),
- Les coutumes et les pratiques culturelles traditionnelles favorisant la transmission du VIH.

b) Quant aux mouvements migratoires, il y a lieu de signaler :

- **L'exode rural**

Les jeunes quittent les campagnes et se rendent en ville sans emploi connu. Ils deviennent des enfants de la rue et délinquants, une situation qui les expose encore plus aux comportements à risque pour les IST et VIH/SIDA (viol, alcoolisme, consommation et vente de drogues, prostitution, etc.)

- **La mobilité géographique des forces armées**

Dans leurs activités ordinaires de maintien de la sécurité, les hommes en uniformes quittent leurs casernes et se rendent dans tous les coins du pays. Leur contact avec les populations locales ou un séjour prolongé les pousse à avoir des relations sexuelles avec les jeunes filles et des femmes de ces lieux.

- **La migration scolaire**

Les élèves des écoles secondaires et universitaires quittent leurs lieux de résidence habituelle pour se rendre à l'école ou à l'université. Actuellement, on remarque un nombre considérable de jeunes étudiants qui sont externes, loin de tout contrôle social et cette liberté est un facteur susceptible de les exposer au risque d'attraper les IST et VIH/SIDA.

- **La mobilité des routiers** :

Une séparation plus ou moins prolongée des conjoints ou des partenaires sexuels réguliers représente des hauts risques d'exposition au danger. Il faut signaler que les personnes mobiles sont dans les tranches d'âges sexuellement actives. Les chauffeurs et les convoyeurs de camions et taxis qui effectuent des transports nationaux et internationaux pouvant traverser plusieurs pays pendant des longues périodes constituent un groupe à haut risque surtout pour leurs partenaires régulières avec lesquelles le niveau d'utilisation des préservatifs est très faible. En effet, 25% de ces routiers n'ont jamais utilisé le préservatif et 71% n'ont jamais subi un test de dépistage du VIH/SIDA. (FHI/IMPACT – RWANDA, 2000).

3.3. Les déterminants environnementaux et culturels

Dans le contexte du VIH/SIDA, un certain nombre de facteurs environnementaux (facteurs sociaux, culturels, économiques, géographiques, les mass–média, la sécurité etc.) contribuent à accélérer ou à freiner la propagation de cette infection. Ici, il y a lieu de souligner « le contrôle social » comme un élément important qui limite le vagabondage sexuel (Qu'en dira-t-on ?).

Parmi les facteurs environnementaux, on peut retenir pour le cas spécifique du Rwanda :

- Les conséquences du génocide de 1994, la banalisation du VIH. Les gens disent : nous avons survécu à la guerre et au génocide, le SIDA est moins cruel, il ne peut rien nous faire.
- Le désespoir, la croyance au destin et la fatalité : la perte du goût de la vie. J'ai tout perdu, je suis seul, je suis démuni, je n'ai rein à perdre ni à sauver.
- L'endémicité de certaines maladies associées au VIH/SIDA telles que la tuberculose et les IST qui fragilisent le terrain immunitaire des individus.
- La précarité des moyens financiers des communautés rwandaises.

- L'existence de certaines croyances et pratiques culturelles néfastes qui augmentent le risque de propagation du VIH/SIDA.
- Attitudes sur l'usage des préservatifs.
- La villagisation (habitat groupé) des zones rurales non accompagnées des programmes d'éducation au VIH/SIDA.
- La séparation prolongée des conjoints (célibat géographique).
- Les conditions de vie dans l'armée.
- Le nombre élevé de prisonniers.
- L'oisiveté, le chômage.
- La méchanceté, la fatalité : je suis contaminé, il ne faut pas que je meurs seul.

3.4. Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination

Les limites dans l'organisation et le fonctionnement des structures nationales de coordination et d'exécution de la lutte contre l'épidémie du VIH peuvent constituer un handicap au développement harmonieux des plans d'actions sectoriels.

Les déterminants suivants ont pu être identifiés au cours du processus engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA :

- Une faible implication des structures décentralisées dans la lutte contre le VIH/SIDA,
- Une insuffisance des ressources de la part des structures décentralisées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les autorités de base sont sollicitées dans de nombreuses autres activités et ne consacrent pas suffisamment de temps à la lutte contre le VIH/SIDA,
- La précarité des infrastructures de santé,
- Une insuffisance du personnel qualifié,
- Les injections avec les seringues non stériles,
- La manipulation d'objets souillés,
- La transmission de la mère à l'enfant,
- Une intégration encore limitée de la lutte contre le VIH/SIDA dans tous les secteurs de la vie nationale.

4. REGARD RETROSPECTIF DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

4.1. Un condensé des principales réalisations depuis 2002 à nos jours

1. L'élaboration du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2002-2006, DU PNM 2002-2006, du Plan National de Suivi et Evaluation pour les programmes du VIH/SIDA 2002-2006, du cadre stratégique national en matière de CCC, du Plan National de Prévention du VIH/SIDA 2005-2009, de la Stratégie Nationale IEC/CCC en matière de santé.
2. La prise en charge, diffusion des guides et algorithmes de prise en charge des IST et de la tuberculose dans toutes les formations sanitaires.

3. La formation du personnel médical et paramédical responsables des formations sanitaires en algorithmes de soins IST et de la tuberculose et formation des formateurs.
4. L'approvisionnement des médicaments et des réactifs pour le diagnostic et le traitement précoce des IST et de la tuberculose dans les formations sanitaires.
5. La construction et la réhabilitation des infrastructures.
6. L'extension du VCT et des services connexes à travers le système de santé du pays. Le modèle utilisé est celui d'un VCT intégré. Nombre de sites VCT en septembre 2005: 217.
7. L'élaboration des directives nationales de l'hygiène dans les établissements à haut risque de contamination accidentelle.
8. La diffusion des directives de l'hygiène dans les établissements à haut risque de contamination accidentelle.
9. L'approvisionnement des structures à haut risque identifiées en produits désinfectants.
10. Les campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques d'exposition aux contaminations accidentelles dans les établissements à haut risque.
11. La vente des préservatifs au cours de 3 dernières années a été la suivante : en 2002: 6.200.855, en 2003: 5.192.877 et en 2004: 7.592.395.
12. La sensibilisation des donneurs de sang, le dépistage de l'hépatite, du VIH et de la Syphilis, la collecte de sang, sa conservation et son utilisation, la formation du personnel de laboratoire de dépistage et le renforcement des 3 centres nationaux de transfusion sanguine plus l'hôpital de Rwamagana (équipement, personnel, etc.).
13. Nombre de sites PTME en septembre 2005 : 199
14. La prévention de la transmission du VIH/SIDA parmi les populations mobiles et les groupes vulnérables qui ne sont pas couverts par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
15. Les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). Nombre de personnes sous ARV 13.881 adultes et 1054 enfants dans 67 sites (fin Août 2005).
16. L'intégration du VIH dans les différents plans sectoriels.
17. La promotion de la recherche opérationnelle.
18. Le développement d'un système de collaboration et de coordination entre pays.
19. La mobilisation des ressources.
20. L'élaboration et la diffusion du formulaire du SIS/MINISANTE incluant la notification des cas du VIH/SIDA au niveau des centres de santé.
21. L'existence d'un système de notification de cas qui est déjà institutionnalisé pour les cas de la TB.
22. Le programme pilote de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et les résultats disséminés.
23. La mise en place d'un service de mycobactériologie au niveau du laboratoire national de référence. L'étude de la chimio sensibilité de BK aux tuberculostatiques en cours.
24. Développement des activités génératrices de revenus.
25. Amélioration de l'accès des PVVIH et des OVC aux services divers (emploi, mutuelles de santé, scolarisation, alphabétisation, épargne-crédits).

26. Un processus d'agrément des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA.
27. Le «mapping» des intervenants et leurs zones d'opérations.
28. L'harmonisation des outils de planification et de suivi, mise en place des outils de rapports, définition de cheminement des rapports.
29. L'appui institutionnel et opérationnel à 8 umbrellas.
30. Le développement de la collaboration avec les organisations internationales.
31. Le développement de la coopération avec des organisations régionales : GLIA, OPDAS, PAYA
32. Le plaidoyer pour la disponibilité et la baisse du coût des ARV : de 400$ US par mois en 2002, 100$ US en 2003 et à $18 (10, 000Frw) en 2004.

4.2. Les leçons apprises, opportunités et contraintes

a. Les leçons apprises :

- La prise en charge des PVVIH leur permet de faire face à la peur, à l'isolement,au stigma et contribue dans une certaine mesure à la prévention du VIH.
- L'engagement et la participation des PVVIH sont déterminants pour la réussite de tous les programmes de lutte contre le SIDA.
- Une bonne nutrition contribue à maximiser les effets pharmacologiques des ARV. Ceci influence aussi l'adhérence dans le sens qu'un mauvais état nutritionnel ne favorise pas une bonne absorption des médicaments et pourrait provoquer l'abandon du traitement.
- Les Volontaires communautaires et les accompagnateurs des PVVIH contribuent à renforcer l'adhérence au traitement, l'appui psychosocial, à la réduction du stigma et de la discrimination associés au VIH/SIDA.
- Le paquet des services incluant l'éducation, les soins de santé, la prévention, la nutrition, le logement, l'habillement, l'augmentation du revenu, l'appui psychosocial/émotionnel, l'encadrement, la protection juridique contribue au bien-être des OVC.
- Pour donner le traitement nécessaire, le système de santé exige l'augmentation des capacités sur plusieurs aspects clés:
    - Large approvisionnement des services de prise en charge globale incluant les ARV et les médicaments pour les IO,
    - Engagement et formation des professionnels de la santé,
    - Renforcement des capacités des services de laboratoire,
    - Extension des services d'information sanitaire (SIS).

- La diversité des activités de lutte contre le VIH/SIDA exige une forte capacité de gestion, d'administration et de coordination au niveau central et décentralisé.
- Le financement des projets générateurs de revenu devrait être précédé d'une formation en gestion et suivi des petits projets.
- Les activités génératrices de revenus au niveau communautaire contribuent à la réduction des impacts socio-économiques, favorisent le changement de comportements, l'accès aux soins et la lutte contre la pauvreté.

- La sensibilisation sur le VIH/SIDA et les activités génératrices de revenus devraient aller de pair pour une meilleure réponse avec la réduction des impacts socioéconomiques du VIH SIDA.
- L'engagement et la participation des bénéficiaires sont déterminants pour la réussite des projets générateurs de revenu.
- Le développement du partenariat et le suivi efficace sont des facteurs de durabilité et d'efficacité des projets communautaires.

b. Forces / avantages comparatifs

- La volonté politique dans la lutte contre le VIH/SIDA,
- L'existence des structures centralisées et decentralisées,
- L'implication des confessions religieuses,
- La participation communautaire significative,
- Les partenaires au développement collaboratifs,
- Une synergie entre différents acteurs,
- Les valeurs culturelles
- Le Three Ones' (Un seul organe de coordination, un seul plan stratégique, un seul plan de suivi-évaluation).

c. Opportunités

- Les bailleurs réceptifs aux sollicitations du gouvernement rwandais,
- L'existence des programmes sectoriels nationaux (Vision 2020, PRSP etc),
- L'intégration du VIH/SIDA dans d'autre plans sectoriels (Education, genre, jeune,..),
- Les femmes sont bien représentées dans les organes de prise de décision,
- La bonne gouvernance /accountability.

d. Faiblesses/ Contraintes

- La restriction et les conditions des bailleurs de fonds pour financer les programmes liés aux condoms,
- Le faible taux de disponibilité, d'accessibilité, de distribution et d'utilisation du condom surtout en milieu rural.
- Le gaspillage des efforts et la duplication des activités liés au manque d'échange d'informations,
- Le peu de centres sentinelles de serosurveillance,
- La faiblesse du système de collecte des données sanitaires et du VIH/SIDA,
- La persistance du stigma et de la discrimination associés au VIH/SIDA,
- Le faible taux d'implication des entreprises privées et paraétatiques dans les programmes VIH/SIDA,
- Le faible lien entre les prestataires des soins et la communauté,
- La majorité des clients des VCT et les membres des associations des PVV sont des femmes,
- La disproportion entre les ressources et les besoins (Ex. 1/10 des personnes sous ARV)

- la CNLS et ses partenaires dans la coordination sont encore dans l'exécution suite aux défaillances voire même l'inexistence des structures d'exécution,
- l'accessibilité limitée de la communauté à l'information,
- La lutte contre le VIH/SIDA dans le milieu du travail du secteur public est encore très faible,
- Le manque d'études d'impact socio-économique du VIH sur les individus et les familles.

e. Menaces

- Les conséquences du génocide,
- La forte proportion des ressources financières allouées à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH provient de l'aide extérieure. Conséquence : la durabilité des interventions dans la provision de la qualité de traitement aux personnes infectées et affectées est mise en question,
- L'analphabétisme,
- La paupérisation de la population.

5. MISSION ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIGUE

5.1. Mission

Le plan stratégique national de lutte contre le SIDA est un outil à travers lequel les objectifs globaux, spécifiques ainsi que les résultats attendus de la Politique Nationale sont définis. Ces objectifs tracent la voie selon laquelle les programmes de lutte contre le SIDA permettent aux différents acteurs de contribuer à l'aboutissement de la mission fixée.
Le plan stratégique permet de mettre en application les orientations générales tracées dans la Politique Nationale.

Ainsi, la mission du plan stratégique est celle-ci: "*Assurer un plan d'opérationnalisation à travers lequel toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda trouvent leur place"*.

5.2. Objectifs et orientations stratégiques 2005-2009

Le Rwanda entend mettre en oeuvre son plan stratégique 2005-2009 à travers la réalisation de l'objectif global défini de manière suivante : *«Réduire la propagation du VIH/SIDA et son impact sur les communautés rwandaises, les familles et les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA en assurant leur prise en charge globale durant la période de 2005 à 2009»*.
Pour réaliser cet objectif, cinq principales orientations qui constituent les axes stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA ont été tracées et guideront la direction des interventions.
Ces axes stratégiques sont les suivants :

5.2.1. L'axe stratégique I: Renforcer les mesures de prévention de la transmission du VIH.

Le VIH/SIDA continue à menacer l'humanité malgré les efforts consentis pour le combattre. Faute de vaccin et de remède efficace, la prévention reste l'unique moyen sûr pour éviter de s'infecter ou de contaminer les autres. La prévention basée sur l'approche « ABC » doit se poursuivre en sensibilisant la population sur l'abstinence, la fidélité et l'usage du préservatif. Dans cette optique, il faudra renforcer le marketing social des preservatifs et paticulierement promouvoir le condom féminin.

La prévention doit être renforcée pour plusieurs raisons notamment: elle cible toute la population, elle limite le nombre de nouvelles infections et exige peu de ressources par rapport aux coûts qui seraient engagés dans la prise en charge. Les activités de prévention se font à travers l'IEC/CCC par plusieurs canaux comme les medias de masse, pair éducateur, les supports éducatifs comme les banderoles, les dépliants, les casquettes, les porte-clés, les affiches, les T-shirts. Les messages peuvent être dispensés à travers les réunions formelles et informelles, les activités culturelles et sportives, les conférences.
Ce programme va viser surtout les groupes qui se sont révélés à haut risque notamment les jeunes et les femmes sans oublier d'autre groupes à haut risques comme les prostitués, les chauffeurs, les travailleurs du secteur informel ainsi que les prisonniers.

Les jeunes bénéficient des programmes spécifiques fournis par les parents et les enseignants, ils acquièrent les habiletés de savoir vivre et savoir être ainsi que la santé de la reproduction au sein de la famille et de l'école. Les VCT contribuent aussi à la prévention car la personne dont le statut sérologique est négatif reçoit les séances de counseling qui l'aident à adopter un comportement à moindre risque. Le VCT encourage les personnes VIH positif à fréquenter les services de santé pour requérir les soins de qualité.

Les IST constituent la plus grande porte d'entrée du VIH. A travers les activités de prévention, il y a une réduction remarquable des IST car la population est informée des symptômes des conséquences de ces infections et les attitudes à adopter. Les prestataires de soins jouent un rôle important à la réduction des IST par leur attitude vis-à-vis de la population : accueil, conseil, compétence.

Une autre méthode de prévention du VIH est basée sur les précautions universelles préconisées dans tous les endroits où les soins de santé sont prodigués. Les précautions universelles incluent toute une série de mesures d'hygiène comprenant notamment la sécurité des injections, le traitement des déchets médicaux, la lutte contre les infections nosocomiales. Il faudra aussi intégrer la prévention des risques des infections accidentelles dans les FOSA, spécialement dans tous les programmes de lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles et former les tradi-praticiciens ainsi que les accoucheuses traditionnelles dans l'application des précautions universelles.
La promotion de la sécurité transfusionnelle est aussi un moyen de prévention de transmission du VIH. Elle pourrait être réalisée en actualisant le protocole national sur la transfusion sanguine. Dans ce contexte, il faudra aussi accroître les centres de transfusions,

améliorer les moyens logistiques pour la collecte et le stockage du sang et intégrer le CCC de VIH/SIDA dans les activités de PNTS

Le PTME contribue dans une certaine mesure à la diminution de la propagation du VIH de la mère à l'enfant. Sa réussite dépend de deux facteurs principaux à savoir l'accessibilité des FOSA qui offrent les services de PTME et la motivation du couple à les fréquenter. Ici, tous les efforts doivent être mobilisés pour promouvoir l'approche familiale par la participation du couple.

La prophylaxie médicale type PEP diminue le taux de propagation du VIH chez les prestataires de soins et en cas de viol sexuel. Signalons enfin, la nécessité de sauvegarder les valeurs culturelles qui contribuent à diminuer la propagation du VIH et à décourager les mauvaises habitudes qui favorisent sa progression.

5.2.2. L'Axe Stratégique II: Assurer une réponse adaptée à l'évolution de l'épidémie par la surveillance et la recherche

L'objectif général de la surveillance et la recherche est de contrôler l'évolution du VIH/SIDA et des maladies associées telles que les IST et la Tuberculose durant la période 2005-2009. Il met en évidence l'importance d'avoir une banque de données stratégiques aussi bien au niveau épidémiologique (morbidité, mortalité, prévalence, incidence,…) qu'au niveau socioéconomique et comportemental (identification des groupes à risque) étude ethnographique et impact économique de même qu'au niveau médical (suivi des essais cliniques). La connaissance de ces données est nécessaire pour une prise de décision judicieuse en matière de prévention et de prise en charge. C'est sans doute ce qui a conduit à la création du TRAC.

Bien que le suivi et évaluation soit indiqué dans l'axe 5 pour régulièrement déterminer l'état d'avancement et évaluer l'impact de la réponse ainsi que le renforcement de la coordination pendant la planification et l'exécution, il faut reconnaître que le suivi nous permettra de faire la mise au point de nos intervention/activités en cours (management). Mais ceci est biaisé par le choix des interventions/activités planifiées sur l'environnement précédent (qui prévalait). Aussi, il convient de rappeler que l'évaluation n'est pas un outil de gestion et de mise au point mais plutôt, elle est utilisée au bout d'une étape ou à la fin d'un programme pour déterminer l'impact de l'intervention.

Au niveau global de la réponse (paquet des interventions) ainsi qu'au niveau de la prise en charge des individus, nous avons besoin d'adapter notre réponse basée sur l'évidence qui provient de la surveillance et l'ensemble des recherches. Cet axe ne met pas l'accent sur l'exécution de la surveillance et la recherche ni dans la disponibilité de ces résultats mais sur la transformation de ces résultats dans les formats qui facilitent leur utilisation et l'interprétation. L'objectif d'un système de surveillance est de suivre les tendances.

Le fait de focaliser les interventions sous l'Axe 2 sur l'utilisation des résultats à travers le renforcement des capacités techniques ainsi qu'analytique chez les décideurs (non technique) a un effet positif envers toutes sortes de décisions. Celles-ci sont basées sur

l'évidence, pour mieux connaître l'environnement dans lequel on mène la lutte et pouvoir faire les adaptations nécessaires au moment opportun.

5.2.3. L'axe stratégique III : Améliorer la prise en charge pour les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

L'objectif général de la prise en charge est d'améliorer le bien être des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA. En priorité, il s'agit de réduire l'impact sanitaire de l'infection du VIH/SIDA, des IST et de la tuberculose sur les PVVIH, leurs conjoints, les orphelins et les veufs (veuves) du SIDA. La prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH nécessite la disponibilité et la baisse des coûts des médicaments (médicaments essentiels, ARV) d'une part et d'autre part l'existence d'un service de counselling efficace et d'autres services adaptés à leurs besoins comprenant notamment les mutuelles de santé, les soins palliatifs, l'assistance matérielle, nutritionnelle, psychosociale, spirituelle, émotionnelle ou juridique.

L'amélioration de la prise en charge sera réalisée en augmentant de manière durable l'accès, la disponibilité et en veillant à une bonne qualité. Pour y arriver, plusieurs stratégies doivent être mises en œuvre notamment : les innovations en matière de diagnostique comme le PID, encourager l'implication des cliniques privées et para étatiques dans la prise en charge, la prophylaxie et la nutrition thérapeutique.

La prophylaxie permet de retarder l'apparition de la phase de SIDA maladie; elle aide à améliorer et maintenir l'immunité des patients et la productivité en attendant le moment d'être sous ARV. Concernant l'accessibilité financière au traitement, malgré le bas coût des ARV, il y a quelques obstacles liés aux coûts indirects sous la charge des personnes sous ARV comme les frais de transport, les dépenses encourues lors du traitement des IO etc... Le ministère de la santé a mis en place une instruction qui clarifie les contributions de chaque catégorie de personne selon ses revenus mensuels.

Même si les ARV sont gratuits pour les personnes classées dans la catégorie des indigents et les plus pauvres, ces coûts indirects pourraient constituer des freins pour la première visite mais surtout sur les rendez-vous médicaux à long terme et auront un impact sur l'adhérence. Il faut arriver à baisser le coût réel des soins (économie d'échelle) si on veut réussir un programme de prise en charge aux ARV.

Pour augmenter le nombre de personnes diagnostiquées devant être traitées et pour augmenter le nombre de patients à mettre sous prophylaxie, il faut promouvoir le PID qui est aussi un aspect de qualité de service. Il est important de savoir que la qualité des soins est conditionnée aussi par le comportement du prestataire.
Compte tenu du rôle capital des ressources humaines, il est indispensable d'améliorer l'image et la compétence des prestataires des soins (médecins, infirmiers, agents communautaires).
Il existe un besoin réel de faire la liaison entre la communauté et les prestataires de service au niveau des FOSA. Ceci permet une économie des ressources, facilite l'accessibilité, augmente la couverture géographique et renforce la synergie (la collaboration) entre les

fournisseurs des soins. En outre, il est recommandé de ne pas traiter le VIH comme une infection à part pour ne pas favoriser la stigmatisation. Il sied de préciser que la prise en charge du VIH en dehors des FOSA ne se limite pas seulement aux soins à domicile, mais elle s'étend aussi en dehors de la famille du patient ; elle est mise en œuvre dans la communauté, par la communauté.

Ce genre de prise en charge est souvent réalisé par les personnes qui ne sont pas celles des structures sanitaires ; elles sont communément appelées des agents de santé ou des animateurs communautaires bénévoles. Leur formation sur différents thèmes comme la prise en charge psychosociale et spirituelle peut contribuer à améliorer la qualité du traitement notamment par le DOT communautaire. Agissant en tant que bénévoles, ces personnes doivent être reconnues et encouragées à travers ce que nous pourrions appeler «la culture du volontarisme». Celle-ci peut se faire à travers l'octroi du petit matériel de travail, la facilitation du transport, l'organisation des formations sanctionnées par la délivrance d'un certificat de participation.

En ce qui concerne la prise en charge alimentaire, pour maximiser les effets pharmacologiques, il faut une bonne nutrition thérapeutique. Ceci influence aussi l'adhérence dans le sens qu'un mauvais état nutritionnel ne favorise pas une bonne absorption des médicaments et pourrait provoquer l'abandon du traitement.

Bref, une large provision d'un programme de prise en charge globale du VIH/SIDA exige un examen minutieux des éléments clés de politiques, comprenant:

- Un système centré sur le patient, incluant les prix pour les tests de VIH et les médicaments,
- Les salaires des travailleurs de la santé et leurs encouragements,
- L'intégration des services VIH/SIDA dans le système de santé,
- La décentralisation des services de santé,
- Une meilleure prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH,
- Le soutien et la solidarité avec les personnes atteintes pour améliorer leur qualité de vie.

5.2.4. L'Axe Stratégique IV : Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

Le VIH a des conséquences néfastes non seulement sur la santé des individus et sur la population en général; mais aussi il a des effets négatifs socio- économiques, éducatifs, juridiques, etc. Cette situation a des multiples répercussions sur la sécurité financière de toute la famille. Les personnes frappées par le VIH vont s'appauvrir du fait des charges occasionnées par les dépenses en soins de santé. Ceci devient un gros fardeau aux systèmes de santé, aux communautés et aux ménages. Le virus anéantit les efforts visant à le contenir; mine les gains durement acquis en matière de développement économique, des ressources humaines et l'éducation.
Il réduit l'espérance de vie; augmente le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux, accroît le taux de morbidité et de mortalité par la tuberculose et les autres infections opportunistes. L'infection augmente rapidement, créant ainsi un nombre sans précédent d'enfants orphelins, des veufs et des veuves. Les communautés et les ménages infectés et/

ou affectés effectuent des changements structurels importants afin de faire face à la maladie et au décès de membres de la famille ayant un rôle significatif et afin de subvenir aux besoins des orphelins.

Le VIH/SIDA réduit la production agricole, ainsi que la constitution de l'épargne et du capital social. D'autres conséquences du VIH/SIDA sur les personnes infectées sont l'isolement, la stigmatisation, la peur et la possibilité réelle de perdre l'emploi ou la capacité de travailler qui a un impact sur l'individu (micro-économique) ainsi que sur la productivité du pays (macroéconomie).

Le poids devient lourd lorsque l'épidémie s'abat sur les groupes sans accès au revenu ni pouvoir de décisions sur les moyens de production en l'occurrence les jeunes et les femmes. Il y a risque d'occasionner chez ces «sans revenus» des comportements déviants tels que : la mendicité, la prostitution, l'agressivité, le vol, etc. Dans ce cas de figure, ces comportements pervers, notamment la prostitution, risquent de contribuer à la propagation des IST et du VIH. Dans un tel contexte, les jeunes et les femmes seront un groupe cible prioritaire dans les programmes de réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA. Les programmes en faveur de ces groupes devront leur permettre d'exercer des activités génératrices de revenus qui leur donnent la possibilité de s'insérer dans le tissu économique du pays.

La réduction de l'impact du SIDA sur les PVVIH et les OVC pourrait se faire en ouvrant l'accès de ces personnes aux services divers comme la scolarisation, l'alphabétisation, l'emploi, l'épargne - crédits et d'autres sources de revenus. Elle inclue la promotion de l'égalité entre les sexes, la défense des droits de l'enfant et des PVVIH en tant qu'être humains. Elle implique aussi la lutte contre la stigmatisation des PVVIH, la protection juridique de la femme, des petites filles et des petits garçons contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination.

5.2.5. L'Axe Stratégique V : Coordonner la réponse multisectorielle pour un meilleur coût- efficacité.

Les quatre premiers axes contribuent à la réponse sur le VIH/SIDA. Pour avoir un impact, cette réponse doit être coordonnée et soutenue par un partenariat. C'est ce qui justifie le rôle des structures de coordination et la présence des partenaires.

La structure nationale de coordination

La mission de coordination est dévolue à la CNLS qui accomplit les tâches suivantes :

- Se doter des outils nécessaires à la définition et au suivi des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Consolider les dispositifs permettant la mise en oeuvre rapide et l'adaptation des actions en fonction de l'environnement, des découvertes ou des données du suivi.
- Renforcer les compétences des intervenants et les soutenir en facilitant l'accès aux formations, à la supervision et en favorisant la collaboration.

- Faciliter la mise en oeuvre et suivre la programmation des actions déconcentrées afin de toucher les populations au plus près des réalités locales, surtout celles du milieu rural.
- Mobiliser les ressources.
- Renforcer le partenariat.
- Soutenir les associations des PVVIH et les impliquer dans toutes les étapes de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Faciliter la décentralisation par la déconcentration et la délégation des responsabilités et le pouvoir de décision.
- Mettre en place un dispositif de suivi et évaluation du plan stratégique.

Les structures décentralisées

Dans les districts administratifs et au niveau des secteurs, la CNLS est assistée dans la coordination par les organes décentralisés.

Le TRAC

La mission du TRAC est d'exécuter la surveillance nationale du VIH/SIDA et de fournir une assistance technique aux secteurs publics et privés dans la prévention par le biais du VCT et de la PTME et le traitement clinique du VIH/SIDA au Rwanda.

Le TRAC est responsable de la planification nationale, du développement des politiques, de la formation des formateurs et du développement des curricula pour les programmes cliniques. Le TRAC fournit une assistance technique et donne des lignes directives dans l'organisation et la gestion efficace des programmes VIH/SIDA.

C'est aussi l'agence à qui incombe la responsabilité pour le suivi, l'évaluation et la coordination de la performance du secteur de la santé dans son ensemble pour réduire le VIH/SIDA. Le TRAC assure la Coordination de la recherche en ce qui concerne les IST, IO, VCT/PMTE, TB et prise en charge par les ARV, les aspects socio- comportementaux.

Des services techniques d'appui

Le Laboratoire National de Référence (LNR)

Le Laboratoire National de Référence est chargé des aspects biomédicaux du VIH/SIDA, des IO et des IST (par le dépistage, le contrôle de qualité et la recherche).

La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels au Rwanda (CAMERWA)

La CAMERWA a le mandat d'importer, stocker et distribuer les médicaments essentiels, les ARV et les consommables médicaux. Il est responsable de la passation des marchés dans ce domaine en collaboration avec le TRAC.

Les umbrellas

- Le RRP+ : Ce réseau créé en 2003 a pour mission principale d'encadrer les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Le Forum des ONGs a été créé en novembre 1999 et compte 84 membres. Sa mission est de promouvoir les actions des ONGs susceptibles de prévenir et de réduire l'impact du VIH/SIDA et de soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Rwanda et appuyer la CNLS dans la coordination des interventions de lutte contre le SIDA au sein de ses membres et d 'autres organisations à base communautaire.
- L'APELAS fut mis en place en novembre 2003 et rassemble 180 membres. Il coordonne les activités dans les entreprises privées et paraétatiques.
- Le RCLS (Réseau des confessions religieuses engagées dans la lutte contre le SIDA) a été créé en 2003; il coordonne, suit et évalue, intègre et/ou renforce les programmes de lutte contre le SIDA dans le secteur communautaire des religieux.
- Le CNF: créé en 1996, le CNF intervient dans plusieurs domaines dont la lutte contre VIH /SIDA en faveur de la femme.
- CNJR : crée 1999, le CNJR a quatre missions dont la sensibilisation des jeunes à se protéger contre le VIH/SIDA.
- ABASIRWA: Le réseau médiatique de lutte contre le SIDA. Les journalistes membres d'ABASIRWA interviennent comme acteurs clés dans la diffusion des messages sur l'IEC/CCC.
- Les point focaux du secteur public se retrouvent dans les ministères les plus impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Le Cluster du Gouvernement pour le HIV/AIDS est constitué de Secrétaires Généraux des Ministères.
- Les Partenaires au Développement sont aussi regroupés au sein d'un Umbrella portant le nom du Cluster des Partenaires au Développement pour le HIV/SIDA. Cette structure qui se distingue de celle de la santé se justifie par le fait que le SIDA est plus qu'un problème de santé. Elle est composée par le Ministère de la Santé, la CNLS et la structure de coordination du Groupe Thématique des Nations Unies.

Les mécanismes de coordination des programmes

La coordination est facilitée par différents documents de politique, d'orientations stratégiques ou d'harmonisation des interventions: le Plan Stratégique National pour la lutte, le cadre stratégique de VCT/PMTC, le guide établissant les normes et directives de VCT/PMTCT et les outils de supervision en VCT/PMTCT. Des stratégies nationales de lutte par domaine comme la Stratégie Nationale en CCC/IEC, IST/VIH/SIDA.

D'autres mécanismes préconisés par la CNLS dans la gestion et la coordination sont : un processus d'agrément des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA, le mapping des intervenants et leurs zones d'opérations, des missions de supervision régulières sur le terrain, l'harmonisation des outils de planification et de suivi, la mise en place des outils de rapports, la définition de cheminement des rapports, la mise en place du Comité National d'Approbation des Projets, du Comité d'Approbation des Messages, le Country

Coordination Mécanism, Comités de pilotage, Groupes Techniques de Travail (multisectoriels et multidisciplinaires).

6. APPROCHE ET STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

6.1. Approche participative

Alors que la participation des personnes vivant avec le VIH /SIDA est devenue une réalité, il y a encore des efforts à fournir pour s'assurer que d'autres groupes notamment les femmes et les OVC participent dans la prise de décisions qui les concernent.

En effet, grâce à la création du Réseaux Rwandais des personnes vivant avec le VIH/SIDA (RRP^{+}) , les PVVIH ont trouvé un espace leur permettant de prendre part aux réponses communes à la pandémie à tous les niveaux quand bien même les améliorations sont toujours nécessaires.

Ceci cadre bien avec l'approche GIPA (Greater Involvement of People living with HIV/AIDS) officiellement adopté en 1994 lors du sommet de Paris qui a soutenu les initiatives visant à renforcer les capacités et la coordination des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Partant de cette expérience, les efforts seront mis au renforcement des capacités du Conseil National des Femmes et d'autres forums des femmes ainsi que les forums des OVC en perspectives pour les impliquer dans le processus de prise de décisions qui les concernent.

6.2. Complémentarité avec les options nationales.

Les activités de lutte contre le SIDA ne s'opèrent pas de manière isolée, elles s'intègrent dans les stratégies nationales comme la vision 2020, le PRSP, la politique de décentralisation et la dimension genre.

6.3. Réponses

Le caractère multisectoriel de la lutte contre le VIH/SIDA appelle les réponses à 5 niveaux à savoir: les réponses du secteur public, du secteur privé, du secteur communautaire, du secteur des structures de coordination et des structures d'appui financier.

a) Réponses du secteur public

***)** Réponse des Hautes Instances Publiques du Pays.

Au Rwanda, les plus hautes instances du pays ont manifesté une volonté politique en s'impliquant dans la recherche de réponses appropriées tant au niveau national que dans le partenariat international contre le VIH/SIDA. En témoigne l'engagement personnel du

Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur. Sur le plan organisationnel et institutionnel, il y a une Commission Nationale de lutte contre le SIDA (CNLS) et ses structures décentralisées.

*) Réponse du sous-secteur de la santé

Cette réponse a été et reste marquée par le rôle du ministère de la santé dans la lutte contre le SIDA que ce soit au niveau de la planification, de l'exécution et de la coordination des programmes.

*) Réponse du secteur public non-santé

Elle est marquée par la forte implication des autres ministères : MINECOFIN, MINADEF, MINEDUC, MIJESPOC, MIGEPROF, MINALOC, MIFOTRA, etc dans la lutte.

b) Réponses du secteur privé et paraétatique

L'implication du Secteur Privé a marqué un pas important dans ces dernières années avec la création de l'Association du Privé et du Paraétatique dans la lutte contre le SIDA (APELAS). Certaines entreprises ont développé des actions de prévention et de prise en charge médicale de leur personnel. Cela se passe à travers les actions d'IEC, de prise en charge des maladies opportunistes et d'accès à la trithérapie. Les entreprises qui ont déjà commencé de tels programmes sont : la BRALIRWA, la BNR, l'ATRACO, la BRD, le SULFO Rwanda et la Caisse Sociale du Rwanda pour ne citer que ceux-là. La prévention du VIH/SIDA sur le milieu du travail est un projet en cours de réalisation dans pas mal d'entreprises.

c) Réponses du secteur communautaire

Les initiatives du Secteur Communautaire ont été très nombreuses, mais concentrées principalement sur la sensibilisation et les ateliers de formation en IEC. En effet, selon l'étude menée conjointement par Le MINISANTE/PNLS/OMS sur le Rôle des ONG et Associations impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda en 1999, 46% de leurs interventions sont concentrées sur l'IEC. Par contre les initiatives de prise en charge communautaire sont peu développées.
Les confessions religieuses telles que l'Eglise catholique, les Eglises protestantes et les Musulmans sont impliquées non seulement dans l'accompagnement spirituel, mais aussi, en l'IEC/CCC, dans la prise en charge médicale, l'appui psycho–social, matériel et nutritionnel aux PVVIH et aux membres des familles affectées à des degrés divers.
Les associations et ONG nationales ont intégré l'IEC sur les IST/VIH/SIDA dans leurs programmes d'éducation au niveau de la base.
On recense maintenant plus de 600 associations de PVVIH sous l'encadrement du Réseau Rwandais de Personnes vivant avec la VIH/SIDA (RRP^{+}).

d) Réponses du secteur des structures de coordination

La coordination au niveau central est assurée par la CNLS en collaboration avec ses structures décentralisées. Au sein du Ministère de la Santé, le TRAC coordonne la surveillance de l'évolution de l'épidémie et le traitement. Le cluster des partenaires a été mis en place pour renforcer la synergie dans les interventions.

e) Réponses du secteur d'appui financier

La lutte contre le VIH/SIDA par le secteur d'appui financier s'est matérialisée par l'apport du gouvernement à travers son budget ainsi que les apports financiers et techniques aux différents programmes par les différents bailleurs dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

6.4. Stratégie pour la qualité des programmes

Cette stratégie se fonde sur le système de planification participative, l'exécution concertée, la répartition équitable des ressources, un système de gestion efficace et de contrôle interne et le suivi-évaluation.

6.5. Stratégies liées aux ressources

6.5.1. Les ressources humaines, physiques, matérielles et financières pour la lutte contre le VIH/SIDA

L'exécution des programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2005-2009 se fonde sur l'utilisation rationnelle des ressources humaines, physiques, matérielles et financières des différents secteurs d'intervention. Les financements proviendront des fonds propres du pays et de la mobilisation des ressources à travers la coopération bilatérale et multilatérale et les organisations partenaires. Toutes ces ressources seront mises à contribution pour exécuter les activités du plan stratégique 2005– 2009.
Il convient de préciser que les ressources humaines sont représentées par les intervenants nationaux de tous les secteurs d'intervention (public, privé, communautaire et structures de coordination).

En parlant d'intervenants, il s'agit de :

- **Des décideurs politiques**: Cette catégorie d'intervenants de la lutte contre le VIH/SIDA définit les politiques, les lignes directrices et orientent les décisions pour mettre en vigueur les choix et les directives.
- **Des acteurs nationaux**: Ce sont les intervenants provenant des divers secteurs d'intervention de la lutte contre le VIH/SIDA dont le secteur public (le ministère de la Santé et les autres ministères), le secteur privé (formel et informel), le secteur communautaire composé des ONG, Réseaux d'associations, dont celui des PVVIH,

organisations de la société civile et le secteur des structures de coordination (CNLS, CDLS et Groupes techniques)

- **Des partenaires** dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. Ce sont les organisations bilatérales ou multilatérales et même les ONG Internationales.
- **D'autres compétences** au niveau international (experts, auditeurs, les consultants, etc.) pourront être requises par la CNLS dans certaines étapes du processus de la lutte contre le VIH/SIDA notamment dans le suivi et évaluation annuel des documents cadres de la période 2005 – 2009, la formation des acteurs nationaux et les audits externes.

Les ressources physiques et matérielles sont représentées par les locaux additionnels et ou réfectionnés, l'équipement matériel, la logistique, les fournitures de bureau, les outils informatiques, les réactifs et autres consommables médico–sanitaires, etc.
Quant aux ressources financières de la lutte contre le VIH/SIDA, elles s'identifient au budget global du plan stratégique 2005– 2009, défini lui–même, à partir des budgets des plans sectoriels 2005 – 2009.

6.5.2. De la Mobilisation des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA

Les sources principales des fonds sont de deux ordres: les fonds propres ou internes et les fonds externes mobilisés à travers plusieurs mécanismes notamment l'organisation d'une table ronde des bailleurs de fonds.

a) Le financement par fonds propres ou internes

L'infection du VIH/SIDA est une menace pour le Gouvernement et la population du Rwanda. Le Gouvernement du Rwanda est le premier concerné. C'est pourquoi, il devrait faire montre d'une contribution substantielle au financement du plan stratégique 2005– 2009.

Malgré la précarité du budget national, le financement de la lutte contre le VIH/SIDA pourrait être assuré par :

- Une part du budget national
- La rétrocession des fonds provenant de la remise des dettes (Fonds PPTE)
- La contribution des initiatives des individus, des secteurs du Privé (entreprises) et du Communautaire (dons, legs, jumelage, etc.)

b) Le financement par des fonds externes

Le financement international du plan stratégique 2005– 2009 sera assuré par les contributions des partenaires bilatéraux, multilatéraux, des ONGs internationales et des fondations. A cet effet, une table ronde est prévue lorsque le Gouvernement se sera doté de son Plan stratégique 2005 – 2009.

6.5.3. Des procédures d'allocation des fonds.

a) Allocation des fonds internes.

La contribution financière du Gouvernement à la lutte contre le VIH/SIDA passe par le budget de l'Etat et la rétrocession de la remise des dettes (fonds PPTE). Le Ministère des Finances et de la Planification économique fera le transfert des fonds suivant les procédures et modalités d'engagement sur un compte de l'Unité Centrale de Gestion des Fonds SIDA au profit du plan stratégique 2005– 2009.

b) Allocation des fonds externes

Il convient de préciser que le financement du plan stratégique 2005– 2009 par les fonds externes se fait grâce à deux types de contributions des partenaires et donateurs.
On distingue les contributions suivantes :

- ***Les subventions non remboursables des partenaires et les dons des Fondations***

Dans le contexte du partenariat au développement en général et du Partenariat contre le VIH/SIDA en particulier, les contributions financières des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONGs internationales sont généralement des subventions non remboursables. Les partenaires contribueront directement au financement en ciblant les domaines d'actions prioritaires du plan stratégique selon leur secteur d'intervention privilégié.

Il apparaît judicieux que les partenaires bilatéraux, multilatéraux et autres donateurs qui interviennent par les subventions non remboursables puissent choisir parmi eux une agence qui pourrait gérer le Panier commun au profit du plan stratégique 2005– 2009.

- ***Les prêts concessionnaires des banques (Banque Mondiale, BAD, etc.)***

La Banque Mondiale octroie des prêts pour aider le Gouvernement rwandais à lutter contre le VIH/SIDA. Ces prêts sont gérés par des projets tels que le Projet Population et lutte contre le SIDA (PPLS) dans d'autres pays et le Projet Santé et Population au Rwanda. D'autres banques comme la Banque Africaine de Développement contribue également au financement du programme SIDA.

6.5.4. De la gestion des fonds du plan stratégique 2005– 2009

La gestion des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA doit requérir de structures efficaces et des procédures cohérentes. Elle implique alors une définition claire des structures de gestion, des procédures de gestion et d'un système de contrôle de gestion des fonds.

6.5.5. Panier commun des fonds « Common Basket Funds »

Une gestion efficace et cohérente des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA requiert qu'il y ait des structures de gestion adéquates, des procédures de gestion clairement définies et un système de contrôle rigoureux de la gestion de fonds. A cet effet, il sera mis sur pied un système de «Common Basket Funds, CBF» à travers lequel tous les financements seront gérés.

Par voie de conséquence, il sera mis en place une unité de gestion des fonds, des comités de financement des plans d'actions sectoriels, un système d'audit interne, d'audit financier et technique ainsi que des mécanismes efficaces de concertation en matière de gestion de fonds dans le plan du partenariat. Un document ad hoc fournit des informations plus détaillées sur le CBF.

7. SUIVI – EVALUATION

7.1. Dispositif de suivi et évaluation

Le Suivi-évaluation est un processus important et incontournable dans la vie d'un programme. On l'interprète comme étant un jugement par lequel est apprécié le degré d'avancement, de pertinence, d'adéquation, d'efficacité et d'impact d'un plan d'actions d'une part et d'autre part le degré de satisfaction des décideurs, des intervenants et des bénéficiaires vis–à–vis des acquis enregistrés par l'exécution de ce plan.

Cette composante se présente sous la forme d'un tableau de bord pour le monitoring des activités. Il permet aux responsables de l'exécution des plans d'actions sectoriels de suivre les indicateurs relatifs à l'état d'avancement de l'exécution des programmes.

Il aide à l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs des activités suivant les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires initialement définis. Les décisions sont prises en temps utiles pour opérer les rectifications et les ajustements nécessaires.

7.2. Les indicateurs –clés pour le suivi-évaluation du plan stratégique 2005 – 2009

- Nombre de personnes touchées par les campagnes d'IEC/CCC,
- Existence d'une base de données sur la surveillance de l'épidémie,
- Nombre de personnes traitées (IO, ARV),
- Nombre de programmes en faveur des PVVIH, des jeunes filles et des femmes,
- Nombres d'OVC pris en charge,
- Nombre d'acteurs/partenaires dans la lutte contre le VIH/SIDA,
- Les outils de suivi–évaluation développés,
- Nombre de projets exécutés.

8. PERSPECTIVES D'AVENIR

- Renforcer les activités en cours,
- Mobiliser les ressources,
- Renforcer le partenariat et la coordination multisectorielle,
- Poursuivre la recherche et l'étude comportementale,
- Evaluation de la mise en exécution du plan stratégique 2005-2009.

REFERENCES

1. Commission Nationale de Lutte contre le SIDA, **Cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2002-2006,** Mai 2002
2. Commission Nationale de Lutte contre le SIDA, **Mid-term review of MNP 2002-2006,** Février 2005
3. Commission Nationale de Lutte Contre LE SIDA**, Plan National Multisectoriel,** Mai 2002
4. CNLS, **Plan National de Prévention**, Juillet 2005
5. Dr Anthony Kinghorn et al, **Evaluation de l'Impact du SIDA sur le Secteur de l'Education au Rwanda**, Avril 2003.
6. Food and Nutrition Technical Assistance, **HIV/AIDS: a guide for nutritional care and support,**2004
7. Ministère des Finances et de la Planification Economique, **Indicateurs de développement du Rwanda 2003,** 2003
8. Ministère des Finances et de la Planification Economique, **Vision 2020** (draft 4), Novembre 2002
9. Ministère des Finances et de la Planification Economique, **National Poverty Reduction Program, Poverty Reduction Strategic Paper,** June 2002
10. Ministère de la Santé, **Plan stratégique de nutrition,** juillet 2005
11. Ministère de la Santé, **Analyse de la situation nutritionnelle** : base de la politique nationale de nutrition au Rwanda**,** Février 2005
12. Ministère de la Santé, **Politique nationale de nutrition**, 2005
13. Ministère de la Santé, **Politique du secteur de santé**, Février 2005
14. Ministère de la Santé, **Instruction ministérielle déterminant les conditions et modalités de prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA,**2005
15. Ministère de la Santé**, Rapport annuel 2004**, Septembre 2005
16. Ministère de la Santé, **Plan stratégique du secteur de la santé 2005-2009**, 2005
17. MINISANTE/IMPACT-Rwanda, **Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des prostituées**, Rwanda, 2000
18. MINISANTE/IMPACT-Rwanda, **Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des jeunes de 15-19 ans**, Rwanda, 2000
19. ONUSIDA, **Cadre stratégique mondial sur le VIH/SIDA**, juin 2001
20. ONUSIDA, **Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : 4ème rapport mondial**, Juillet 2004

21. Ministère des Finances et de la Planification Economique, Recensement Général de la Population et l'Habitat du Rwanda, Kigali, Février 2005.
22. Ricardo Bitran et al, **The Impact of HIV/AIDS on Rwanda's Health Sector**, January 2003
23. TRAC, VIH/SIDA au Rwanda, **Bulletin Epidémiologique**, Octobre 2005
24. TRAC, **TRAC Five-Year Strategic Plan** (2004-2009)**,** Juin 2005
25. Uganda AIDS Commission, **Uganda National Aids Policy**, November 2004
26. UNAIDS, **Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001**, New York, June 2002
27. William J. Clinton Foundation, **HIV/AIDS, treatment and care plan 2003-2007,**Juin 2003

ANNEXES

1. La structure de la CNLS
2. Plan logique