

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

**PLAN STRATEGIQUE DE
LUTTE CONTRE
LE VIH ET LE SIDA
du secteur de la santé**

**2008-
2012**

Juin 2008

www.minisanterdc.cd

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I : CONTEXTE INTERNATIONAL ET REGIONAL.....	9
CHAPITRE II : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL, POLITIQUE ET ECONOMIQUE NATIONAL.....	11
CHAPITRE III : CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL.....	15
3.1. L'organisation du système de santé.....	15
3.2. Les principes d'intervention.....	17
3.3. Les principales actions prioritaires	18
3.4. Les axes stratégiques de la SRSS.....	18
3.5. Les principaux indicateurs sanitaires	19
CHAPITRE IV : SITUATION DE L'EPIDEMIE DU VIH ET DU SIDA EN RDC : ETAT DES LIEUX ET RIPOSTE.....	21
4.1. Etat des lieux.....	21
4.2. Riposte de la RDC face à l'épidémie du VIH et du sida.....	28
CHAPITRE V : VISION DU SECTEUR SANTE DANS LA REPONSE CONTRE LE VIH ET LE SIDA	42
CHAPITRE VI : PENSEE STRATEGIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE SECTEUR DE LA SANTE	42
6.1. Mission du secteur de la santé dans la lutte contre le VIH et le sida	43
6.2. Les principes directeurs de la lutte contre le VIH et le sida :.....	44
6.3. Avantages compétitifs du secteur de la santé dans la lutte contre le VIH SIDA par rapport aux autres secteurs en RDC :.....	45
CHAPITRE VII : LE MANDAT ET LA MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA	46
7.1. DEFINITION DE L'OMS des quatre niveaux d'interventions :	46
7.2. Pour sa part, le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de la RDC insiste :	49
CHAPITRE VIII : ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS DU SECTEUR DANS LA LUTTE	50
8.1. Composantes du secteur santé en RDC.....	50
8.2. Rôles des acteurs de la lutte au sein du secteur de la santé	50
CHAPITRE IX : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE	55

9.1. Les forces et atouts du secteur de sante dans la lutte contre le VIH et le SIDA	55
9.2. Les faiblesses du secteur de sante dans la lutte contre le VIH et le sida	57
CHAPITRE X : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE.....	61
10.1. Opportunités offertes au secteur de la sante.....	61
10.2. Menaces	61
CHAPITRE XI : PROBLEMES STRATEGIQUES DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA	62
11.1. Augmentation des nouvelles infections	62
11.2. Augmentation de la morbidité et de la mortalité associées au VIH et au sida.....	62
11.3. Dysfonctionnement du système de santé	62
11.4. Insuffisance de l'information stratégique	62
11.5. Insuffisance de ressources financières.....	62
CHAPITRE XII: ISSUES STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE SECTEUR DE LA SANTE.....	65
12.1. Axe Prévention:.....	65
12.2. Axe Dépistage:.....	68
12.3. Axe Prise en charge:	69
12.4. Axe atténuation de l'impact:.....	71
12.5. Axe Services de soutien à la lutte:	71
CHAPITRE XIII: BUT, OBJECTIFS STRATEGIQUES ET CIBLES ANNUELLES POUR LES 5 ANS.....	76
CHAPITRE XIV: BUDGETS ANNUELS POUR LES 5 ANS.....	87
CHAPITRE XV: CADRE ORGANIQUE DE MISE EN ŒUVRE ET GESTION DU PARTENARIAT	89
CHAPITRE XVI : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION.....	90
ANNEXES	104
BIBLIOGRAPHIE.....	105

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : les principaux indicateurs de santé en RDC</i>	<i>..... p17</i>
<i>Tableau 2 : Prévalence moyenne du VIH auprès des femmes enceintes consultant en CPN, selon les tranches d'âge et le milieu de résidence</i>	<i>.....p21.</i>
<i>Tableau 3: Quelques indicateurs en rapport avec les connaissances et comportements en rapport avec le VIH/SIDA en RDC</i>	<i>..... p24</i>
<i>Tableau 4 : Participation des partenaires</i>	<i>..... p37</i>
<i>Tableau 5 : Effectifs des ressources humaines formées en matière de lutte contre le VIH et le sida en 2007.....</i>	<i>p38</i>
<i>Tableau 6 : Les effectifs généraux du personnel de santé.....</i>	<i>p38</i>
<i>Tableau 7 : L'évolution et les projections en rapport avec cet aspect de la lutte</i>	<i>..... p78</i>
<i>Tableau 8 : Ventilation des budgets annuels pour les 5 ans.....</i>	<i>p86</i>
<i>Tableau 9 : Cadre des résultats</i>	<i>.....p 95</i>
<i>Tableau 10 : Liste des enquêtes à réaliser de 2008 à 2012.....</i>	<i>p 104</i>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Quelques jalons dans la lutte mondiale contre le VIH/SIDA	p 9
Figure 2 : Les pays frontaliers de la RDC, avec indication de leur prévalence du VIH	p 11
Figure 3 : Grandes aires linguistiques de la RDC.....	p 12
Figure 4 : Provinces administratives actuelles de la RDC	p 13
Figure 5 : Carte sanitaire de la RDC (les provinces et les zones de sante)	p 15
Figure 6 : Proportions des souches circulantes de VH1 en RDC.....	p 21
Figure 7 : Modes de contamination par le VIH en RDC Figure 6 : Proportions des souches circulantes de VH1 en RDC.....	p 22
Figure 8 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles de la RDC en 2006.....	p 24
Figure 9 : Evolution du nombre des nouvelles infections VIH et le nombre des personnes infectées en RDC de 1985 à 2007	p 25
Figure 10 : Evolution de l'espérance de vie dans quelques pays d'Afrique y compris la RDC.....	p 27
Figure 11 : L'organisation des acteurs du secteur de la santé en RDC.....	p 37
Figure 12 : Nombre de cas d'IST pris en charge et notifiés, par an, par rapport aux besoins	p 83
Figure 13 : Evolution et prévision du nombre de femmes enceintes bénéficiant des services PTME en RDC.....	p 85
Figure 14 : Evolution et les projections des besoins en traitement ARV, ainsi que les prévisions programmatiques en cette matière.....	p 87
Figure 15 : Circuit d'information allant de la production à la diffusion et l'utilisation.....	p 95

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AGR	: Actions génératrices des revenus
ARV	: Anti-retroviral
BAD	: banque africaine de développement
BCZS	: bureau central de la zone de santé
BM	: Banque Mondiale
BPC	: bureau de coordination provincial du PNL
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: communication pour le changement de comportement
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CPN	: Consultation Prénatale
CSDT	: Centre de santé de dépistage et traitement de la tuberculose
CSR	: Centre de santé de référence
CTB	: coopération technique belge
DCIP	: dépistage-conseil initié par les prestataires
DPS	: division provinciale de la santé
DSCR	: document stratégique pour la croissance et réduction de la pauvreté
ECP	: équipe cadre provinciale
EDS	: enquête démographique et de santé
ESP	: Ecole de Santé Publique
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour Assistance à la Population
GLIA	: Initiative de lutte contre le VIH et le sida des pays de Grands lacs
GTZ	: coopération technique allemande
IFCOC	: Initiatives du Fleuve Congo, Ubangi et Chari
INRB	: Institut National de Recherche Biomédical
IO	: Infections opportunistes

IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	: Multi country aids program
MIP	: médecin inspecteur provincial
MSP	: ministère de la santé publique
ND	: non disponible
OAC	: organisation à assise communautaire
OEV	: orphelins et enfants vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH
PA	: Personne affectée
PNLS	: Programme National de lutte contre les IST/SIDA
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI/ASF	: Population Service International/Association de Santé Familiale
PSN	: Plan stratégique national
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
SADC	: communauté des Etats de l'Afrique australe pour le Développement
SIDA	: Syndrome d'immuno-déficience acquise
SMI	: santé maternelle et infantile
SRSS	: stratégie de renforcement du système de santé
USAID	: agence américaine pour le développement international
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: zone de santé

PREMIERE PARTIE :

**ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA
REPONSE ACTUELLE AU VIH ET AU SIDA
DU SECTEUR DE LA SANTE EN RDC**



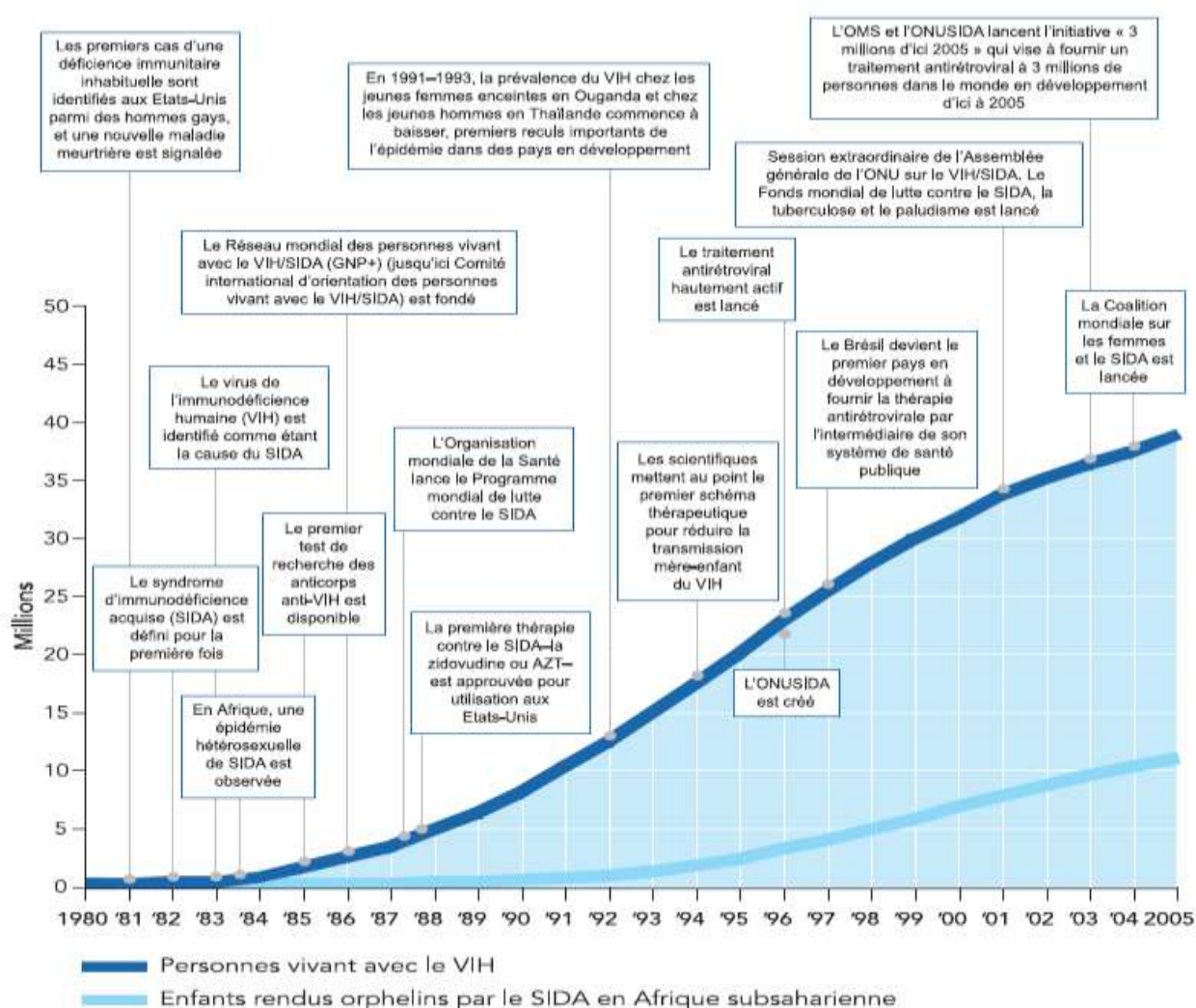
Cérémonie d'ouverture de l'atelier d'adoption, 2008

CHAPITRE I : CONTEXTE INTERNATIONAL ET REGIONAL

« En juin 1981, nous avons examiné un jeune gay atteint d'une des déficiences immunitaires les plus dévastatrices que nous ayons jamais vues. Et nous nous sommes dit, 'Nous ne savons pas de quoi il s'agit, mais nous espérons que nous ne reverrons jamais plus un cas pareil'. » (OMS, 1994).

Ces mots du Dr Samuel Broder, rapportés dans le « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 » (ONUSIDA), montrent que c'est depuis plus de 25 ans que l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et l'entité nosologique qu'elle entraîne (le SIDA), distillent leurs effets dévastateurs sur la santé, la croissance et le développement des populations. Un combat de longue haleine, qui continue jusqu'à ce jour et qui continuera sans doute encore pour longtemps, combat au cours duquel quelques pas importants ont été accomplis, tel que le montre la figure ci-après.

Figure 1: Quelques jalons dans la lutte mondiale contre le VIH/SIDA



Sources : ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 ».

En 1985, alors que des cas de SIDA étaient notifiés dans chacune des régions de la planète, un groupe de scientifiques et de spécialistes de la santé s'est réuni sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), afin de recommander une stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, qui fut ensuite adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé puis par l'Assemblée générale des Nations Unies.

En créant le Programme mondial de lutte contre le SIDA en 1987 puis le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) en 1996, les Nations Unies ont commencé à considérer le SIDA non comme un problème de santé isolé, mais comme une question de développement humain aussi grave que les autres problèmes auxquels le monde est confronté aujourd'hui.

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en 2001, 189 nations ont convenu que le SIDA constituait un problème de développement de la plus haute importance à l'échelle tant nationale qu'internationale et ont signé une Déclaration d'engagement historique sur le VIH/SIDA qui promettait des ripostes novatrices, des efforts coordonnés et une obligation de rendre des rapports concernant les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie. La Déclaration fixait une liste complète d'objectifs assortis de délais à l'appui de l'objectif du Millénaire pour le développement demandant de stopper l'épidémie et de commencer à en inverser le cours d'ici à 2015.

A ce jour, les plus récentes données sur le VIH compilées à l'échelle mondiale estiment qu'« en 2005, 38,6 millions [33,4 millions–46,0 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Les estimations établies font état de 4,1 millions [3,4 millions–6,2 millions] de nouveaux cas d'infection et de 2,8 millions [2,4 millions–3,3 millions] de décès imputables au SIDA¹ ».

L'Afrique subsaharienne paye le plus lourd tribut de cette progression continue de l'épidémie. Plus de 80 % de personnes vivant avec le VIH vivent en Afrique subsaharienne.

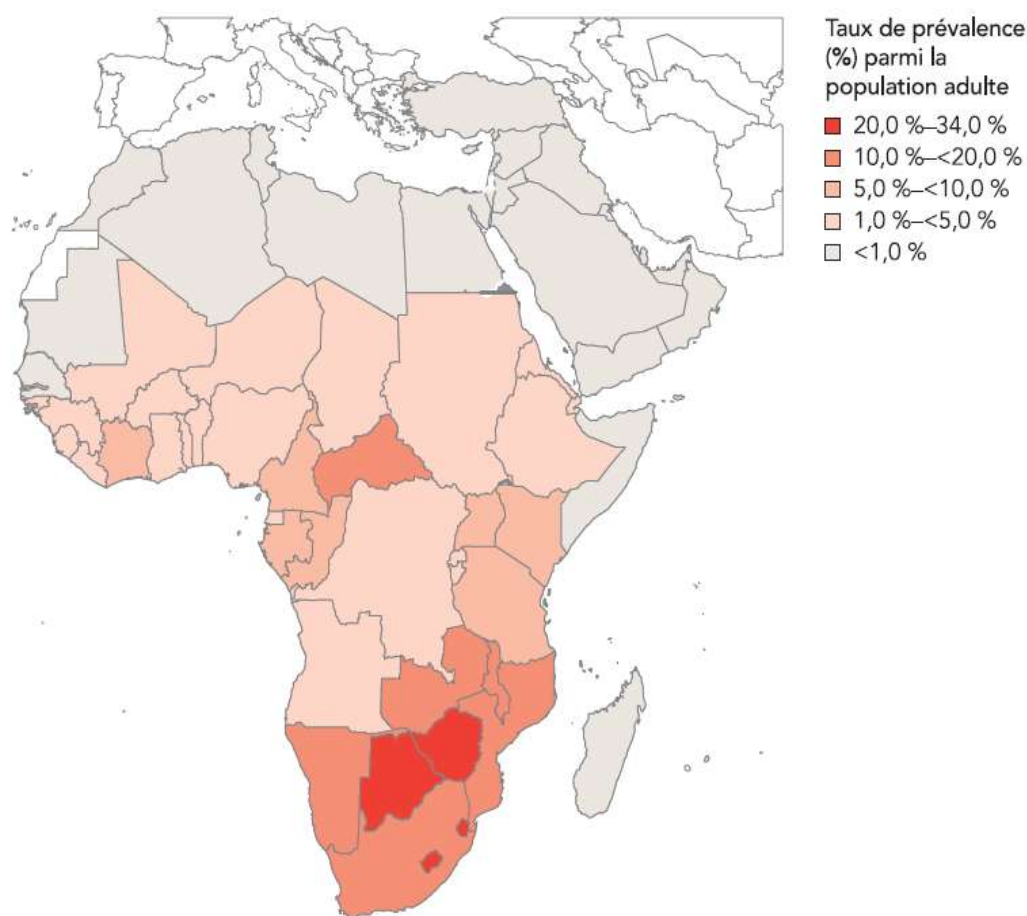
Aussi, à côté des initiatives mondiales et internationales, l'Afrique subsaharienne a mis en place des initiatives régionales et sous régionales pour la lutte contre le VIH/SIDA. Parmi ces dernières, on peut citer l'initiative de lutte contre le VIH/SIDA dans la région de la SADC, l'initiative de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays riverains des fleuves Congo, Oubangui et Chari (IFCOC) et l'Initiative de lutte contre le VIH et le sida des pays des Grands lacs (GLIA). Toutes ces initiatives visent à rassembler les efforts et conjuguer ensemble les énergies et les volontés pour atteindre des buts communs d'atténuation de l'impact négatif de l'infection à VIH et du SIDA.

¹ ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH 2006 ».

CHAPITRE II : CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL, POLITIQUE ET ECONOMIQUE NATIONAL

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

Figure 2 : Les pays frontaliers de la RDC, avec indication de leur prévalence du VIH



La population de la RDC peut être estimée en 2008 à 69.542.924 habitants, si nous considérons que cette population a été évaluée à 68.038.515 d'habitants 2007², et que le taux de croissance démographique annuel est de 3,1%¹.

La majorité de la population est composée de Bantous, Soudanais, Pygmées et Nilotiques. Plus de 70% de cette population vit en milieu rural et 57% a moins de 20 ans. Il existe plus de 300 tribus et environ 250 dialectes³.

² Ministère de la santé

³ Ministère de la santé de la RDC : www.minisante_rdc.cd/notreministere.

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

Sur le plan linguistique, la RDC est l'un des pays les plus multilingues de toute l'Afrique. En effet, l'« Atlas linguistique du Zaïre » dénombre 221 langues et dialecte en 1996. Cependant, 186 langues appartiennent à la seule famille bantoue et elles sont parlées par plus de 80 % de la population congolaise. Les autres langues sont représentées par la famille nilo-saharienne².

Ce pluralisme linguistique exceptionnel comprend trois grandes composantes: les langues locales dites «ethniques » (ou dialectes), les langues dites nationales et la langue officielle (le français).

Les dialectes sont utilisés localement et servent à la communication entre les diverses communautés.

Les langues nationales bénéficient d'une plus large audience, d'un plus grand développement et d'une plus grande expansion au plan national grâce à l'Administration, la justice, les écoles primaires, les médias et l'évangélisation. Les quatre langues nationales découpent le pays en quatre grandes aires linguistiques:

Figure 3 : Grandes aires linguistiques de la RDC



La majorité des Congolais sont de religion chrétienne. Les catholiques forment 40 % de la population, les protestants, 35 %, les kimbanguistes (une importante Église d'origine africaine), 10 %. Il existe également des communautés musulmanes (9 %), juives et grecques orthodoxes².

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

Figure 4 : Provinces administratives actuelles de la RDC

1. Bandundu
2. Bas-Congo
3. Équateur
4. Kasai-Occidental
5. Kasai-Oriental
6. Katanga
7. Kinshasa
8. Maniema
9. Nord-Kivu
10. Orientale
11. Sud-Kivu



La nouvelle Constitution de la RDC prévoit l'évolution de ce découpage en 26 provinces, dotées d'une autonomie de gestion et d'administration.

Le taux de scolarisation au niveau primaire reste faible : 52% d'enfants en moyenne avec un léger avantage pour les garçons [55% pour les garçons et 49% pour les filles].

La RDC est un pays unitaire fortement décentralisé, ayant un gouvernement central et 11 gouvernements provinciaux (un pour chaque province actuelle) responsables devant l'Assemblée provinciale.

Des décennies de mauvaise gestion et les récents conflits armés ont freiné le développement et provoqué l'effondrement de l'infrastructure de base notamment : les voies de communication, les infrastructures sanitaires, Le revenu annuel par habitant est tombé à près de 87 dollars américains et, selon les estimations, en 2002 près de 80% de la population vivaient avec moins d'un dollar par jour et par personne⁴.

Les conflits civils à répétition et les fréquents troubles qu'a connu le pays ont entraîné des mouvements des populations, avec concentration dans certaines cités et des villes. Ces milliers de personnes y vivent avec un statut de déplacés, et à une précarité économique et sociale qui les rend encore plus vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH. Bien plus, ces troubles sociaux ont aussi occasionné des violences sexuelles individuelles et collectives, un autre moyen de propagation du VIH.

La RDC a un sous-sol riche en minéraux et plusieurs carrières d'exploitation artisanale de mines sont recensées dans le pays. Ces carrières attirent différentes populations, tant des

⁴ Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), version intermédiaire.

exploitants que des acheteurs, et il s'y développe des réseaux de commerce et aussi de prostitution.

CHAPITRE III : CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL

3.1. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

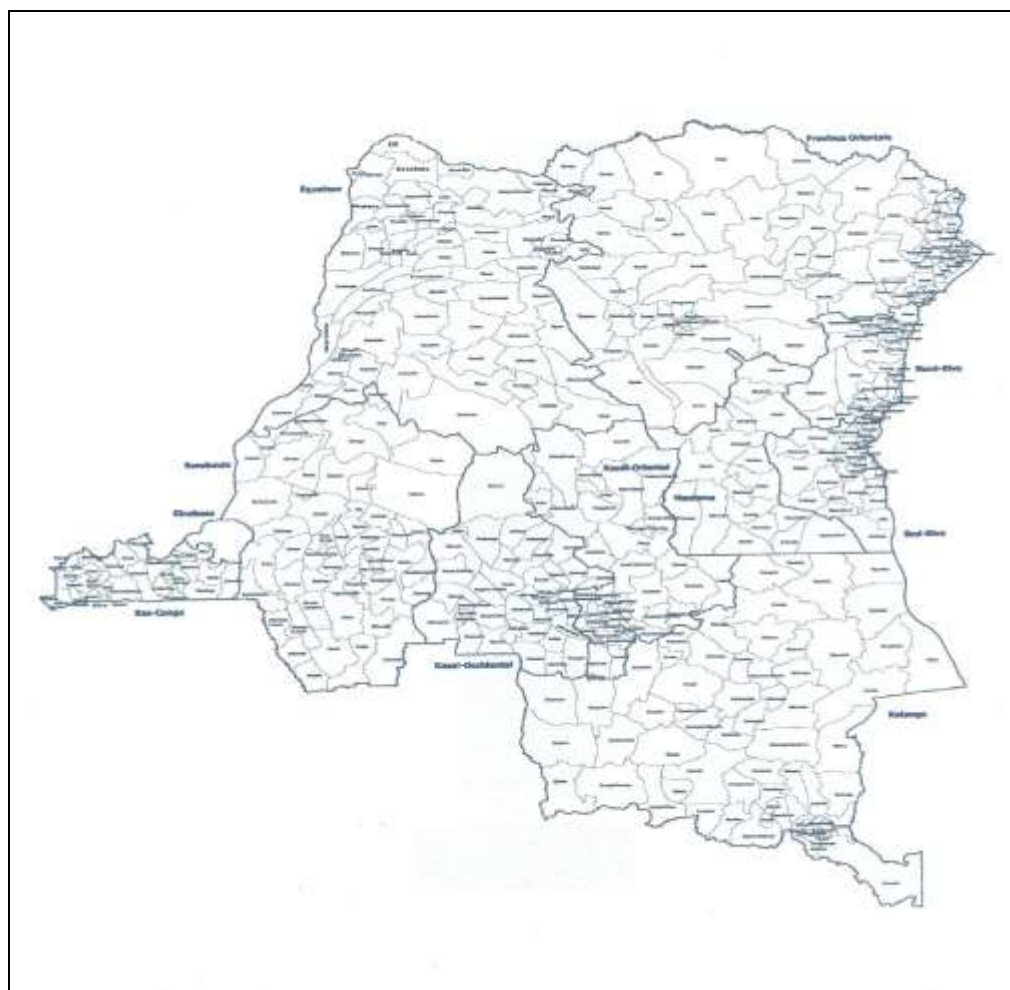
Sur le plan sanitaire, la politique du pays est basée sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). En effet, la RDC a ratifié la déclaration d'Alma Ata en 1978 et a adhéré à la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980. Depuis juin 2006, cette politique de SSP s'appuie sur la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS).

Le système de santé de la RDC est organisé en pyramide à trois niveaux : le niveau périphérique ou opérationnel, le niveau intermédiaire d'appui technique et le niveau central d'appui stratégique.

3.1.1. Au niveau opérationnel :

Le pays est découpé en 515 Zones de Santé (ZS), tel que le montre la figure ci-dessous.

Figure 5 : Carte sanitaire de la RDC (les provinces et les zones de sante)



La Zone de Santé est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la politique sanitaire du pays. Elle fonctionne comme une entité décentralisée autonome dotée de ses propres organes de gestion et de son plan d'action.

Elle couvre en moyenne une population de 100.000 à 150.000 habitants en milieu rural et 200.000 à 250.000 habitants en milieu urbain. En général, une Zone de Santé comprend : un Hôpital Général de Référence (HGR), des Centres de Santé de Référence (CSR) structures facultatives, et des Centres de Santé (CS) desservant chacun une « Aire de Santé », ayant en moyenne entre 5.000 et 10.000 habitants.

Le réseau de Centres de Santé offre un paquet minimum d'activités de soins de santé primaires, tandis que les CSR et l'Hôpital Général de Référence (HGR) offrent un paquet complémentaire d'activités.

La Zone de Santé est dirigée par une équipe-Cadre de la Zone de Santé, qui a la charge de la planification, la mise en œuvre et le reportage des activités de santé.

Toutes les structures de soins d'une ZS sont situées dans l'une de ses AS. Ces structures de soins sont soit d'obédience étatique, soit confessionnelle, ou encore privée lucratif ou non. On les distingue en structures intégrées et structures non intégrées. Les structures intégrées sont celles qui collaborent avec l'équipe-cadre de la ZS dans la mise en œuvre du paquet d'activités préventives, curatives, et promotionnelles. Ces structures rapportent mensuellement leurs activités au Bureau Central de la Zone de Santé.

Une aire de santé est dite opérationnelle lorsqu'elle est desservie par au moins une structure de soins intégrée, et qu'elle réalise au moins 80 % des activités du PMA.

3.1.2. Au niveau intermédiaire :

La politique de santé de la province est sous la charge du Ministre provincial de la Santé. Toute fois, le gouvernement provincial collabore étroitement avec le gouvernement central dans ce domaine, afin d'assurer la diffusion et la mise en œuvre des normes et directives édictées au niveau central.

L'inspection des ZS ainsi que l'appui technique et programmatique à leur apporter sont du domaine de l'équipe cadre provinciale de la santé (ECPS) que coordonne le Médecin Inspecteur Provincial (MIP) au sein de la Division provinciale de la santé (DPS). La DPS compte à ce jour 13 Bureaux dont un (le 4^{ème} Bureau) s'occupe de coordonner la lutte contre la maladie dans la province. A ce niveau existe également le Bureau provincial de coordination de lutte contre le VIH et le SIDA (le BPC/SIDA), et les bureaux de coordination des autres programmes de lutte contre la maladie (Tuberculose, Santé de la reproduction, Sécurité transfusionnelle, Paludisme, etc).

Certaines provinces sont subdivisées en Districts Sanitaires qui constituent les relais de la Division Provinciale.

3.1.3. Au niveau central :

Le cabinet du Ministre de la Santé Publique, le Secrétariat Général à la Santé Publique, 13 Directions centrales (dont la 4^e est chargée de la lutte contre la maladie), ainsi que 52 programmes spécialisés offrent un appui stratégique et normatif aux provinces et aux ZS. Parmi ces Programmes spécialisés, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNLS) est chargé de coordonner l'action de lutte contre le VIH et le SIDA dans le Ministère.

Dans le cadre de cet appui et pour la réalisation de sa mission, le Ministère de la Santé entretient un partenariat actif et mutuellement avantageux avec plusieurs partenaires dont des agences du système des Nations Unies, des organismes de coopération bi et multilatérale, des ONGs internationales et nationales, des organisations à assise communautaire, et les réseaux confessionnels.

Dans le cadre de ce partenariat agissant, les principaux problèmes de santé du pays sont discutés, les mesures de lutte et les principes directeurs des interventions sont définis, les urgences et les priorités sont arrêtées, et l'évaluation de l'action est faite.

Le concept de « Secteur de la Santé » désigne l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de ce large partenariat, travaillant aux côtés du Ministère de la Santé et sous sa houlette pour atteindre des objectifs fixés par le pays.

3.2. LES PRINCIPES D'INTERVENTION

La politique nationale de santé recommande les principes d'intervention ci-après⁵:

1. La qualité des soins et des services;
2. L'efficience et l'efficacité des projets et programmes de développement de santé;
3. La coordination intra et intersectorielle des prestations des services de santé;
4. La participation communautaire;
5. La décentralisation des centres de prise de décisions;
6. La déconcentration des services de production des soins;
7. L'intégration des services spécialisés au sein des services de santé de base.

⁵ Ministère de la Santé de la RDC: www.minisante_rdc.cd/notreministere.

3.3. LES PRINCIPALES ACTIONS PRIORITAIRES

Le Plan de Développement Sanitaire (PDDS) définit sept principales actions prioritaires de santé en RDC résumées ci-dessous :

1. La lutte contre les maladies, avec une attention particulière pour la santé des groupes vulnérables (mères, enfants, adolescents, jeunes, malades mentaux, travailleurs, personnes de troisième âge, personnes vivant avec handicaps, personnes pratiquant des métiers à risque).
2. La réorganisation du système de santé par la mise en place d'un cadre organique approprié, l'actualisation de la législation sanitaire et la définition des normes nationales pour la santé.
3. La réorganisation de la distribution des soins à la population par la réhabilitation des infrastructures sanitaires, l'équipement en matériel et l'approvisionnement en médicaments essentiels, l'instauration des mécanismes efficaces de suivi, de supervision et d'évaluation des programmes de santé ainsi que le renforcement des mécanismes de gestion. Ce principe permet d'offrir à la population un paquet complet d'interventions essentielles, et de renforcer le système de santé.
4. L'assainissement du milieu y compris l'approvisionnement en eau, l'hygiène, l'assainissement et la protection de l'environnement.
5. Le développement des programmes de promotion de la santé des groupes spécifiques.
6. La promotion de la participation communautaire.
7. La préparation aux urgences et catastrophes

3.4. LES AXES STRATEGIQUES DE LA SRSS

La stratégie de renforcement du système de santé adoptée en juin 2006 repose sur 6 axes principaux :

1. Revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique
2. Réorganisation du niveau central et intermédiaire
3. Rationalisation du financement de la santé
4. Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel
5. Développement des ressources humaines pour la Santé (RHS)
6. Renforcement de la recherche sur les systèmes de santé

3.5. LES PRINCIPAUX INDICATEURS SANITAIRES

Le données concernant les indicateurs de la santé en RDC sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : les principaux indicateurs de santé en RDC :

Indicateurs	Milieu urbain	Milieu rural	Niveau national
Proportion des femmes (**)	50,8%	51,1%	51%
Population 0 - 4 ans (**)	18,2%	19,2 %	19%
Population 0 -14 ans(**)	46,1%	48,9 %	48%
Population 15 - 59 ans(**)	50,6%	47,5 %	48,5%
Population >= 60 ans (**)	3,3%	3,6%	3,5%
Espérance de vie à la naissance (2001)(****)	-	-	51,8 ans
Taille de ménages (2001) (**)	6,6	6,3	6,4
Accès à l'eau potable de façon régulière (*)	66,5%	42,4 %	46,7%
Taux d'emploi stable (*)	22,2%	27,2 %	26,2%
Taux brut de natalité(***)	40,4%	46,8 %	44,1%
Taux de fécondité (*)	153‰	228 ‰	217‰
Taux de mortalité infantile (entre 2003-2007)(***)	-	-	92‰
Taux de mortalité néonatale (entre 2003-2007)(***)	-	-	42‰
Taux d'anémie sévère chez les enfants de 6 à 59 mois(***)	2,6%	5,4%	4,3%
Taux de mortalité maternelle	-	-	1289‰
Pourcentage de femmes ayant reçu les soins prénatals par un personnel formé(***)	92%	80,9 %	85,3%
Accessibilité économique aux médicaments essentiels(*)	37,50%	37,30 %	37,40 %
Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés(***)	38,7%	25,4 %	30,6%

Indicateurs	Milieu urbain	Milieu rural	Niveau national
Taux de couverture des accouchements assistés(***)	91%	63%	74%
Pourcentage de menages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide(***)	12,4%	7,1%	9,2%
Couverture d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois(***)	-	-	36,5%
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes en union(***)	9,5%	3,3%	5,8%
Taux d'utilisation des préservatifs pour les femmes âgées de 15 à 49ans(***)	60,5%	48,3 %	53,8%
Taux d'utilisation des préservatifs pour les hommes âgées de 15 à 49ans (***)	70,8%	59,1 %	64,2%
Taux d'utilisation des latrines hygiéniques (*)	17,40%	42,00 %	12,10 %
Taux de malnutrition aigue sévère des enfants (***)			4,0%
Taux d'accès aux soins de santé			40%
Nombre de médecins par habitant(plan stratégique PNLP, 2007-2011)			20.143
Nombre d'infirmiers par habitant (plan stratégique PNLP, 2007-2011)			189.623

Sources : (*) : Ministère de la santé, Etats des lieux de la santé en RDC, 1999 ; (**) : Enquête MICS2-RDC, 2001 ; (***) : EDS-RDC, 2007 ; (****) : Division statistique/BAD/ONUSIDA/Banque mondiale

CHAPITRE IV : SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH ET DU SIDA EN RDC : ETAT DES LIEUX ET RIPOSTE

4.1. ETAT DES LIEUX

4.1.1. Historique :

La RDC a notifié ses premiers cas de SIDA en 1983, à l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa ex Mama Yemo. Dès cette époque, des chercheurs congolais qu'ont rejoint plus tard leurs collègues d'autres pays ont travaillé à comprendre la maladie, ses modes probables de transmission et les moyens de l'éviter.

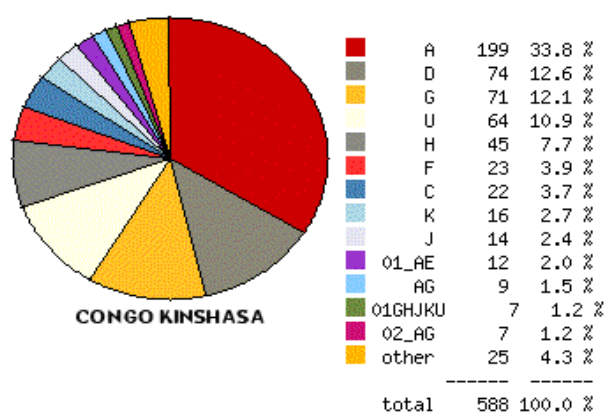
Ces travaux ont grandement contribué à la définition clinique du SIDA (plus tard connu sous le nom de Définition de Bangui)

4.1.2. Carte étiologique :

Des travaux réalisés en 1998 par des chercheurs congolais et américains ont montré qu'en RDC circulent la plupart des souches de VIH1 connues à l'heure actuelle.

Comme le montre la figure suivante, on note la prédominance des souches A, D, G, U et H, tandis que la souche B est peu représentée.

Figure 6 : Proportions des souches circulantes de VH1 en RDC

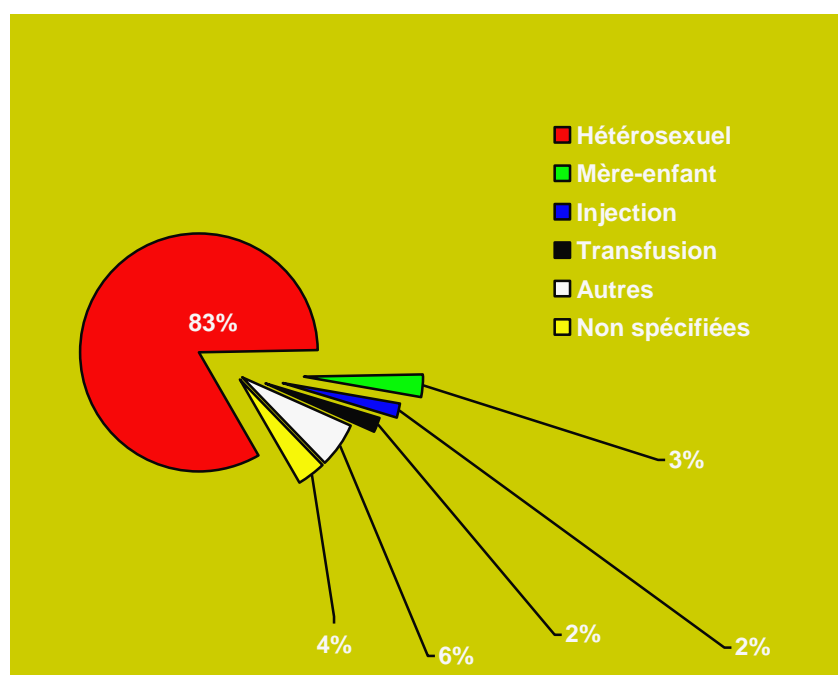


Au jour d'aujourd'hui, aucune étude n'a été menée sur le VIH2.

4.1.3. Modes de contamination :

La recherche opérationnelle sur les modes probables de contamination des personnes vivant actuellement avec le VIH en RDC montre que la majorité de personnes sont contaminées par la voie sexuelle. Toutefois, la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la transmission par le sang infecté et les objets souillés par le sang infecté ont encore une part importante dans la contamination.

Figure 7 : Modes de contamination par le VIH en RDC



Source : PNLS, rapport annuel 2004

4.1.4. Système de surveillance et carte épidémiologique actuelle :

La RDC base son système de surveillance de la maladie principalement sur la surveillance de seconde génération, alliant une surveillance biologique sentinelle auprès des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale aux enquêtes comportementales auprès de certains groupes cibles.

A ce jour, la République Démocratique du Congo connaît une épidémie du VIH et du sida de niveau généralisé. En effet, depuis les années 2002-2003 les enquêtes montrent que la prévalence de l'infection à VIH auprès des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale est toujours supérieure à 1 % dans tous les sites sentinelles. Le nombre de nouvelles infections augmente d'année en année comme l'indique le graphique n°XXX.

L'épidémie du VIH en RDC comporte quelques caractéristiques dont :

- Une féminisation de plus en plus croissante de l'épidémie : le sex ratio femme/homme VIH + est passé de 1,11 en 1990 à 1,25 en 2005. L'ampleur des violences sexuelles faites

à la femme, surtout dans le contexte de conflits sociaux et affrontements armés récurrents dans le pays depuis 1996, pourrait expliquer en grande partie cet état de choses.

- Une ruralisation progressive mais constante de l'épidémie : depuis 2004, à tous les passages annuels d'activités de surveillance de l'infection au niveau des sites sentinelles, la prévalence la plus élevée est notée dans un site rural. En 2006, les 2 premiers sites en termes de magnitude de la prévalence du VIH sont tous ruraux.

L'état de siège qu'ont connu plusieurs cités lors des affrontements armés d'une part, et la précarité des conditions de vie et d'accès aux services de prévention et de soins dans ces milieux d'autre part, expliqueraient cette ruralisation de l'épidémie.

- Une proportion relative de nouvelles infections de plus en plus grande auprès des personnes âgées de moins de 24 ans. En effet, la proportion des personnes vivant avec le VIH âgées de 15 à 24 ans est passée de 13% en 1990 à 19% en 2005. Ceci traduit la jувénalisation de l'épidémie en RDC.

En 2006, le passage des activités de surveillance dans les sites sentinelles note les chiffres suivants :

La prévalence mesurée auprès des femmes enceintes en CPN est de 4, 1%.

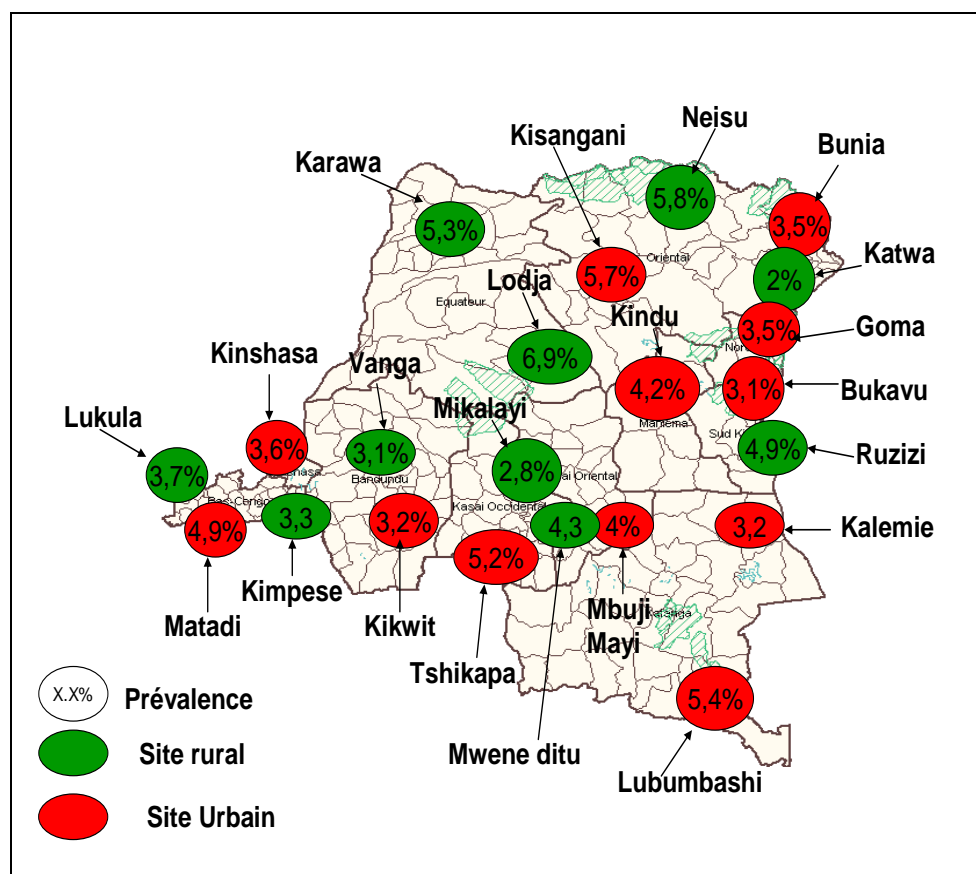
La ventilation de cette prévalence par tranche d'âge est exposée dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Prévalence moyenne du VIH auprès des femmes enceintes consultant en CPN, selon les tranches d'âge et le milieu de résidence.

Tranches d'âge (années)	Prévalence du VIH (%)			
	<i>Capitale</i>	<i>Milieu urbain</i>	<i>Milieu rural</i>	<i>Ensemble</i>
15 – 19	1,0% (n = 195)	2,9% (n = 1119)	3,7% (n = 1045)	3,1% (n = 2359)
20 – 24	3,3% (n = 364)	3,9% (n = 1739)	4,0% (n = 1434)	3,9% (n = 3537)
25 – 49	4,3% (n = 776)	4,9% (n = 2704)	4,6% (n = 2216)	4,7% (n = 5696)
Non déclaré	3,3% (n = 3)	0,0 (n = 16)	2,9% (n = 108)	3,3% (n = 127)
Total	3,6%(n = 1338)	4,2% (n = 5578)	4,2% (n = 4803)	4,1% (n = 11719)

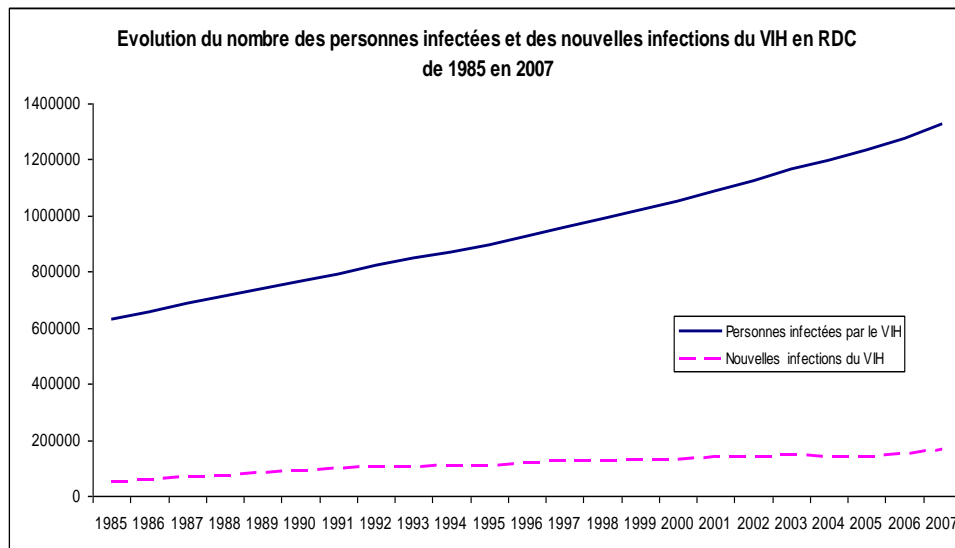
Source : PNLS, « Passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN », Kinshasa, décembre 2007.

Figure 8 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles de la RDC en 2006



Source : PNLS, «Rapport de passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN en 2006 », Kinshasa, décembre 2007.

Figure 9 : Evolution du nombre des nouvelles infections VIH et le nombre des personnes infectées en RDC de 1985 à 2007



- En ce qui concerne les données sur **les connaissances et les comportements** en rapport avec le VIH et le sida, plusieurs études menées par divers investigateurs ont montré que le niveau de connaissance sur le VIH et le sida demeure relativement faible.

Le tableau suivant, tiré du rapport national à l'UNGASS, résume le niveau de certains de ces indicateurs de comportements en 2008⁶ :

Tableau 3: Quelques indicateurs en rapport avec les connaissances et comportements en rapport avec le VIH/SIDA en RDC

Indicateurs		Valeur	Période (année)	Source
1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	25,6 %	2004-2006	Enquête BSS, qui s'est déroulée en 2 phases : de décembre 2004 à Février 2005 et de janvier 2006 à mars 2006
2	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	29,7 %	2004-2006	
	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	28,1 %	2004-2006	
4	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	10,0 %	2004-2006	
5	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	64,1 %	2004-2006	
6	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	21,3 %	2007	Données EDS-RDC, 2007

⁶ PNMLS, Rapport National à l'intention de l'UNGASS. Janvier 2008.

Pour ce qui est des groupes spécifiques, seules les professionnelles de sexe ont été suivies pendant au moins 15 ans, notamment dans un centre spécialisé du PNLS. Dans ce groupe, la prévalence est passée de 22,3% à 12,5 % entre 1998 et 2004.

Bien qu'une étude menée par le PNLS et l'Université de Caroline du Nord à Kinshasa ait trouvé des poches de haute transmission du VIH auprès de **consommateurs des drogues injectables** et des **hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes**, ces groupes cibles n'ont pas encore été objets d'études particulières.

L'enquête faite en 2005 par le PNLS et le Programme National de Lutte contre la Toxicomanie (PNLCT) a trouvé une prévalence dans ce groupe de 5,2 % (n=497).

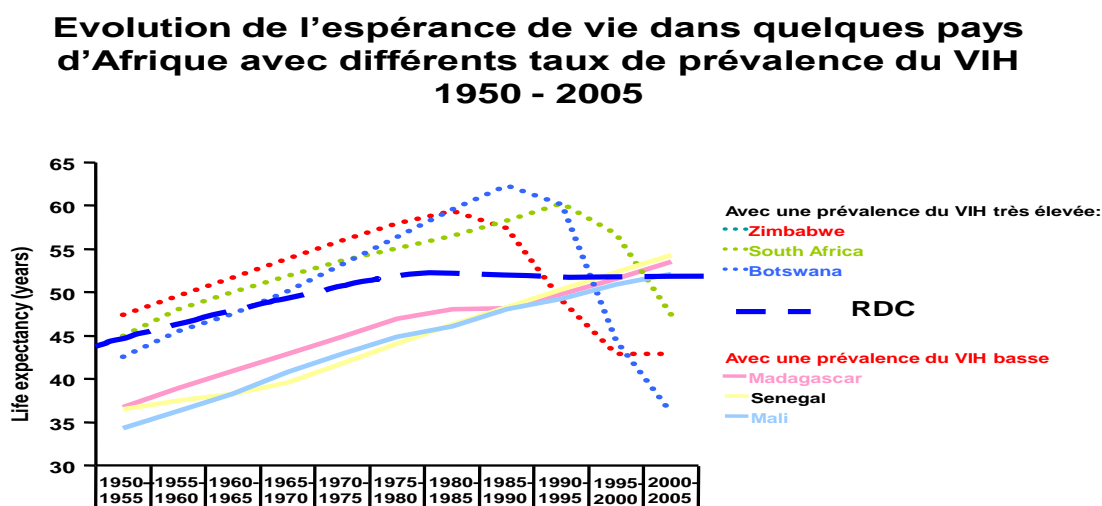
4.1.5. Impact de l'épidémie⁷

Le nombre total des personnes vivant avec le VIH est estimé à 1.376.230.

Le nombre de décès annuels liés au Sida (Adulte et enfants), est estimé à 110 220 en 2008. Le SIDA est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la tranche d'âge productive de 20 à 49 ans. Il appauvrit ainsi les familles et décime le capital humain dont le pays a grandement besoin pour son développement.

En 2008, on estime la réduction de 3 ans l'espérance de vie attribuable au VIH et sida soit de 49,1 à 46,1 ans tandis que le nombre d'orphelins dus au sida est estimé à 900.000.

Figure 10 : Evolution de l'espérance de vie dans quelques pays d'Afrique y compris la RDC



Source: UN Department of Economic and Social Affairs (2001) *World Population Prospects, the 2000 Revision*.

⁷ PNLS, Rapport 2006, Mise à jour des estimations et projections de l'épidémie de VIH et sida et les besoins en traitements antiretroviraux, 2007.

Pour la même année, 283.220 enfants de moins de 14 ans auront besoin de cotrimoxazole.

Il est aussi estimé à 364.590 le nombre de PVVIH qui ont besoin d'ARVs pour la même année.

On note par ailleurs une concentration de personnes touchées par le VIH et le sida dans des zones géographiques particulières (les zones de mouvement de population, en particulier là où sont cantonnées les déplacés internes, les zones d'exploitation minière, les zones portuaires et fluviales).

La figure suivante montre l'impact du VIH/SIDA sur l'espérance de vie en RDC et dans quelques autres pays d'Afrique.

4.2. RIPOSTE DE LA RDC FACE A L'EPIDEMIE DU VIH ET DU SIDA

4.2.1. Riposte politique et programmatique

La spécificité de la RDC dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA est d'avoir non seulement été l'un des premiers pays à avoir reconnu être touché par la maladie mais également d'avoir été l'un des premiers terrains d'intervention dans le cadre d'une lutte organisée et coordonnée contre cette pandémie, et ce grâce à une prise de conscience rapide du pouvoir public et des communautés. En effet, alerté par la croissance rapide et persistante du nombre de cas enregistrés suite au diagnostic des premiers cas en 1983, notamment à l'Hôpital général de Kinshasa (Ex. Mama Yemo) et aux formations médicales universitaires du pays, le gouvernement de la RDC a décidé en **1984** d'œuvrer avec la communauté internationale afin de mieux jauger les dimensions du problème. Un Comité National de Lutte contre le SIDA (**CNLS**) a été mis sur pied et celui-ci a, en **1987**, élaboré un «Plan à court terme» dont l'objet était d'évaluer l'étendue du problème dans le pays.

Cet exemple, qui a servi de cadre d'information et de formation à de nombreux chercheurs devenus d'éminentes références mondiales dans la lutte contre le VIH/SIDA aujourd'hui, a également inspiré d'autres pays en Afrique et à travers le monde, qui ont emboîté le pas à la RDC.

Aujourd'hui encore, le pays récolte les fruits de ce courageux effort du gouvernement et du peuple congolais, avec l'appui de leurs partenaires. Ainsi par exemple, cette prise de conscience précoce a fait que la RDC enregistre à ce jour le taux de prévalence de l'infection à VIH à la fois le plus bas et le plus stable de la Région d'Afrique Centrale.

Malheureusement, cette avancée chèrement acquise dans la lutte a été gravement annihilée par des troubles sociaux inattendus :

La guerre qui a déchiré le pays a créé ou exacerbé des problèmes spécifiques tels que l'accroissement du nombre de réfugiés, de déplacés et d'orphelins. La pauvreté s'est accrue,

les structures familiales et sociales se sont effondrées et la vulnérabilité de la population vis-à-vis du VIH/SIDA a augmenté, principalement en raison de la faiblesse du pouvoir économique qui pousse les gens à adopter des comportements à risque tels que la prostitution, les exposent aux abus des drogues, et diminue leur accès aux informations et aux services adéquats.

Les gains déjà forts compromis par la rupture de la coopération internationale et donc l'arrêt du financement de la communauté des bailleurs de fonds en 1994, se sont pratiquement effondrés, et le pays a peu à peu perdu son leadership dans la lutte.

De manière chronologique, la riposte politique, stratégique et programmatique de la RDC face au VIH/SIDA peut être retracée de la manière suivante :

- **1983** : diagnostics de 53 premiers cas de SIDA en RDC
- **1984** : reconnaissance de l'existence de l'épidémie dans le pays par le gouvernement. Création d'un centre de recherche multidisciplinaire appelé « Projet Sida », qui a été à la base d'une centaine de publications faisant le point sur le développement de l'épidémie ;
- **1985** : création du comité national de lutte contre le Sida (CNLS) avec un caractère multisectoriel,
- **1987** : création du Bureau central de coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (BCC/SIDA) piloté par le Ministère de la santé,
- **1991-1999** : baisse des activités de lutte contre le VIH à la suite des pillages du BCC/SIDA (de 1991 et 1993) de tout son équipement de travail aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique et la rupture de la coopération structurelle avec comme conséquence, le départ des principaux bailleurs de fonds et des équipes de chercheurs. Seules les agences de Nations unies (OMS, PNUD, ONUSIDA, Unicef, UNFPA,...) ont gardé leur appui au pays dans le domaine.
- **1995**, le projet préparatoire financé par l'OMS et le PNUD a redémarré l'exécution des activités de lutte contre le VIH/SIDA et a fourni une occasion au gouvernement de la RDC de mettre au point une nouvelle vision pour la lutte contre le VIH/SIDA, avec comme point de mire la création en **1998** par Arrêté du Ministre de la Santé, du Programme National de lutte contre le Sida (**PNLS**), et la rédaction ainsi que l'adoption la même année d'un « Document de stratégie nationale de lutte », globalisant et ayant une essence multisectorielle.
- **1999** : élaboration de la politique nationale et du plan stratégique national (PSN) 1999-2008 de lutte contre le VIH/SIDA avec l'appui de l'OMS, du PNUD et de l'ONUSIDA toujours piloté par le Ministère de la Santé.
- **2002** : signature du Protocole d'accord entre le Gouvernement et le secteur privé (GSS/CIPLA) pour l'introduction des médicaments antirétroviraux génériques.
- **2003** : Accord de don avec le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (round 3).
- **2004** : concrétisation de l'engagement pris par les 184 chefs d'Etat et de Gouvernement lors de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée au

VIH/SIDA, tenue à New York en juin 2001, engagement consistant à donner un signal fort en plaçant le pilotage de la lutte contre le VIH/SIDA sous la responsabilité des Chefs d'Etat ou de Gouvernement, et de créer un environnement multisectoriel de lutte, le Chef de l'Etat a créé par Décret présidentiel, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA, **PNMLS** en sigle.

- **2005 :**
 - élaboration et adoption du plan national d'extension de l'accès aux traitements antirétroviraux en RDC 2005-2009 dans le cadre l'« initiative 3 by 5 ».
 - Elaboration du Plan harmonisé d'approvisionnement en ARVs et autres intrants VIH/Sida
 - signature du Mémoire d'entente entre le Projet MAP et le Fonds Mondial en vue de l'harmonisation des interventions
 - élaboration des plans provinciaux pour l'accélération d'accès universel pour la prévention, les soins, le traitement et l'appui en matière de VIH.
- **2006 :**
 - élaboration d'une « feuille de route » pour l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH.
- **2007 :** le pays soumissionne et remporte le 7^e round du Fonds Mondial.

4.2.2. Riposte sur le plan normatif :

Sur le plan normatif, en dehors du document de Politique Nationale de lutte, du Plan Stratégique National qui touche à son terme en 2008, des guides, des directives, des protocoles, des modules de formation et autres ont été produits sous la coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS).

Au fil du temps, des documents intermédiaires ont été régulièrement élaborés, inspirés du plan stratégique qu'ils ont permis d'opérationnaliser et quelque fois d'adapter au contexte mouvant de la lutte et du pays en général.

Certains de ces documents normatifs nécessitent d'être revisités dans le cadre de la stratégie actuelle de renforcement du système de santé.

4.2.3. Riposte thématique du secteur de la santé:

Le secteur de la santé de la RDC joue un rôle clé dans la riposte nationale face à l'épidémie du VIH/SIDA. Pendant longtemps, ce secteur a été la locomotive de la riposte, entraînant les autres dans une dynamique de collaboration fructueuse à l'atteinte des objectifs communs. Aujourd'hui, dans le contexte multisectoriel de lutte et sous la houlette du PNMLS, le secteur de la santé reste encore la colonne vertébrale de la riposte.

Ci-après quelques-uns des principaux résultats obtenus au 31 décembre 2007 dans le secteur de la santé⁸, par axe de lutte :

4.2.3.1. Prévention de nouvelles infections au VIH

Le paquet de prévention comprend actuellement des activités de prévention de la transmission sexuelle du VIH (la communication pour le changement du comportement et la promotion de l'utilisation du préservatif), des activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des activités visant la sécurité sanguine et la prévention/prise en charge des accidents d'exposition au sang, ainsi que la prévention/prise en charge correcte des IST.

Il convient de noter que la promotion de la circoncision masculine, comme la prévention des surinfections et des co-morbidités auprès des PVVIH ne sont pas encore organisées comme des axes identifiés de lutte.

Les résultats obtenus dans les différents autres aspects de la prévention pour l'année 2007 sont exposés ci-dessous.

1. Communication pour le changement de comportement :
 - a. Nombre total ZS couverte : 197
 - b. Pourcentage des ZS couverte : 38,3%
 - c. Nombre moyen d'ONG/OAC actives par ZS couverte : 3,9
 - d. Nombre de personnes atteintes par le message lors de communication de groupe (sans compter les médias) : 5.124.644
 - e. Couverture nationale : 15%
 - f. Nombre de préservatifs envoyés en provinces : 22.508.350
 - g. Couverture nationale : 3%
2. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH :
 - a. Nombre de ZS couvertes : 168
 - b. Pourcentage de ZS couvertes PTME : 32,6%
 - c. Nombre de sites PTME : 394
 - d. Nombre moyen de structure par ZS couverte : 2,3
 - e. Nombre moyen de femmes testées ayant retiré les résultats : 122.115
 - f. Nombre de femmes enceintes VIH ayant reçu la nevirapine : 1.855
 - g. Nombre de nouveau-nés ayant reçu la nevirapine : 1.662
 - h. Couverture nationale : 5%
3. Sécurité sanguine :
 - a. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH : 46,8 %
 - b. Pourcentage des dons de sang provenant des donneurs bénévoles : 35%

⁸ PNLS, Rapport annuel 2007. Kinshasha, avril 2008.

- c. Pourcentage des donneurs fidélisés parmi les bénévoles : ND
- 4. Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles :
 - a. Nombre de ZS couvertes : 221
 - b. Pourcentage de ZS couverte : 42,9%
 - c. Nombre moyen de structures par ZS couvertes : 3,1
 - d. Nombre de nouveaux cas d'IST : 213.472
 - e. Couverture nationale : 31%
 - f. Nombre de contacts pris en charge : 56.471
- 5. Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang
 - a. Protocole de prévention et prise en charge des AES élaboré
 - b. Nombre de ZS ayant intégré la prise en charge des AES : 56
 - c. Nombre d'établissements de soins ayant intégré la prévention et la prise en charge des AES : ND

4.2.3.2. Conseil et dépistage du VIH

En RDC proportion d'adultes de 15 à 49 ans ayant fait un test VIH et retiré le résultat est estimée à 4,1 %⁹.

Le dépistage du VIH est encore presque entièrement basé sur le volontariat, c'est-à-dire un service demandé par le client. Le secteur de la Santé expérimente actuellement avec succès le dépistage initié par le prestataire.

En 2007, les résultats suivants ont été enregistrés en rapport avec le dépistage du VIH en RDC :

- a. Nombre de ZS couvertes : 125
- b. Nombre de structures avec CDV : 525
- c. Nombre d'institutions hospitalières avec CDV : 342
- d. Pourcentage de ZS couvertes : 24,3%
- e. Nombre de personne conseillées, testées et ayant retiré les résultats : 155.087
- f. Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui ont déjà subi un test VIH et en ont retiré les résultats : 4,1 %

4.2.3.3. Prise en charge des PVVIH

La prise en charge des PVVIH est reconnue pour être à la fois une mesure de réduction de l'impact négatif du VIH et du sida, et de prévention (à travers une diminution importante de la virémie induite par un traitement aux ARV).

Les PVVIH de la RDC bénéficient actuellement des services de gestion (prévention et prise en charge) des infections opportunistes, et de la prise en charge aux ARV.

⁹ PNLS/Ecole de Santé Publique: Enquête de surveillance comportementale (BSS), 2007

La prise en charge nutritionnelle, les soins de fin de vie, ainsi que la prévention des comorbidités évitables par la vaccination ne sont pas encore formellement organisées.

Jusqu'en 2007, les résultats suivants ont été enregistrés :

a. Nombre de PVV bénéficiant de la prophylaxie au cotrimoxazole	: ND
b. Couverture nationale en prophylaxie cotrimoxazole	: ND
c. Nombre de ZS couvertes dans la PEC des IO	: 132
d. Pourcentage de ZS couverte en PEC des IO	: 25,6%
e. Couverture nationale en PEC des IO	: ND
f. Nombre de nouveaux cas de sida notifiés	: 14.454
g. Nombre de nouveaux cas d'IO	: 31.491
h. Nombre total de ZS couverte en TARV	: 140
i. Pourcentage de ZS couverte	: 27,2%
j. Nombre de structures agréées pour le TARV	: 224
k. Nombre de prescripteurs	: 675
l. Nombre moyen de structures par ZS	: 1,6
m. Nombre de personnes mises sous ARV	: 20.856
n. Nombre d'enfants mis sous ARVs (parmi les 20.856)	: 1484
o. Nombre de femme mis sous ARVs (parmi les 20.856)	: 9852
p. Pourcentage de PVVIH sous TAR (20.856) par rapport aux personnes nécessitant le traitement (347.490 PVVIH éligibles)	: 6.0%

Cependant, une enquête menée auprès de 80 institutions de soins offrant la prise en charge aux ARV a montré entre autre que¹⁰ :

- seules 11 % de ces structures offrent un paquet d'activités conforme à leur niveau d'intervention, tel que définit dans le document de normes d'extension de la TAR.
- près de 2 % de ces structures ont connu des ruptures de stock en ARV les 3 mois précédant l'enquête
- 29 % des structures offrent des services gratuits de consultation, de laboratoire, ainsi que les médicaments ARV. Les autres offrent l'un ou l'autre service gratuitement, les autres restants payants.

D'autre part, le rapport pays à l'UNGASS note que le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 70 %.

Ces résultats dénotent d'une qualité de prise en charge aux ARV laissant encore à désirer, bien que les progrès en la matière puissent légitimement être jugés satisfaisants, étant donné la jeunesse de l'activité (la PEC aux ARV n'a commencé en RDC qu'en 2003).

La PEC pédiatrique est appuyée par la Fondation Clinton et l'Unicef dans 83 structures de PEC et 243 structures de recrutement à travers le pays.

¹⁰ PNLS/PNUD Fonds Mondial: Enquête sur la qualité du traitement antirétroviral en RDC, 2007

Un total de 75 PVVIH est mis sous le TAR de 2^{ème} ligne en 2007.

Les études sur les résistances aux ARVs ne sont pas réalisées.

4.2.3.4. Soutien à l'action de lutte et le renforcement du système de santé

La lutte contre le VIH et le sida est soutenue, particulièrement dans le secteur de la Santé, par un service de laboratoire performant, un système harmonisé de gestion de l'information stratégique, la coordination de l'action au sein du secteur de la santé et le développement des ressources humaines. Sur ce plan, la RDC a élaboré et met en œuvre des normes et directives claires sur le laboratoire en rapport avec le VIH/SIDA ; mis au point un cadre de surveillance biologique et comportementale ; mis en place un centre d'information stratégique sur le VIH/SIDA au niveau national ; et mené plusieurs recherches opérationnelles et quelques recherches fondamentales sur le VIH/SIDA.

4.2.3.4.1. Le laboratoire en rapport avec le VIH/SIDA

- 1 . Existence d'un laboratoire national de référence sur le VIH/SIDA
- 2 . Existence des normes et directives de laboratoire en matière de VIH/SIDA
- 3 . Nombre de provinces disposant d'un laboratoire de référence sur le VIH/SIDA : 3
- 4 . Nombre de ZS disposant d'un paquet de laboratoire suffisant pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA : 43

4.2.3.4.2. Surveillance épidémiologique et gestion de l'information stratégique

- 1 . Un groupe thématique Surveillance épidémiologique existe au sein du PNLS. Ce groupe se réunit régulièrement et supervise les passages des activités de surveillance biologique et comportementale
- 2 . La surveillance biologique est basée sur le passage annuel des activités de surveillance auprès des femmes enceintes venant à la CPN, dans les sites sentinelles (21 actuellement). Quelques enquêtes de surveillance biologiques ont été menées dans quelques groupes spécifiques (professionnelles de sexe, jeunes)
- 3 . La surveillance comportementale se fait à travers les enquêtes comportementales en rapport avec le VIH et le sida. Ces enquêtes sont biennales. Elles ciblent les jeunes dans les ménages, et quelques groupes particuliers (professionnelles de sexe, camionneurs, personnes en uniforme, personnes travaillant dans des carrières de mines).
- 4 . Existence d'un centre d'information stratégique sur le VIH et le sida à Kinshasa, une initiative privée qui fonctionne sous la houlette de l'Ecole de santé publique.
- 5 . Le système de surveillance de routine connaît bien de difficultés à se mettre en place.

Afin de maximiser l'impact des activités de lutte, le PNLS prône l'approche paquet d'intervention : chaque unité opérationnelle de lutte, qui est la Zone de Santé pour ce qui est du secteur de la Santé, devrait comprendre le paquet complet d'activités de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact.

4.2.3.4.3. Offre du paquet complet d'activités de lutte contre le VIH/SIDA

En fin 2007, aucune Zone de Santé n'offre un paquet complet d'activités de lutte contre le VIH et le sida.

Une zone de santé est dite fonctionnelle en matière de lutte contre le VIH et sida c'est-à-dire qu'elle a intégré le paquet complet des services, si en plus des critères généraux de fonctionnalité d'une zone de santé tels que définis dans le recueil des Normes d'une zone de santé quand elle offre à toute la population de la zone les interventions spécifiques dans au moins 4 centres de santé/centre de santé de référence (niveau primaire) et l'hôpital général de référence (le niveau de référence). Les autres centres de santé de la zone sont chargés de l'orientation vers le niveau primaire.

Ce paquet contient essentiellement selon le niveau:

La prévention : la communication (plaidoyer, la mobilisation sociale et CCC), la PTME, la sécurité transfusionnelle, le conseil et dépistage volontaire/ DCIP, la prise en charge des IST

Les soins et traitement : la prise en charge des accidents liés à l'exposition sanguine, la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge par les ARV, la prise en charge psychosociale, le laboratoire

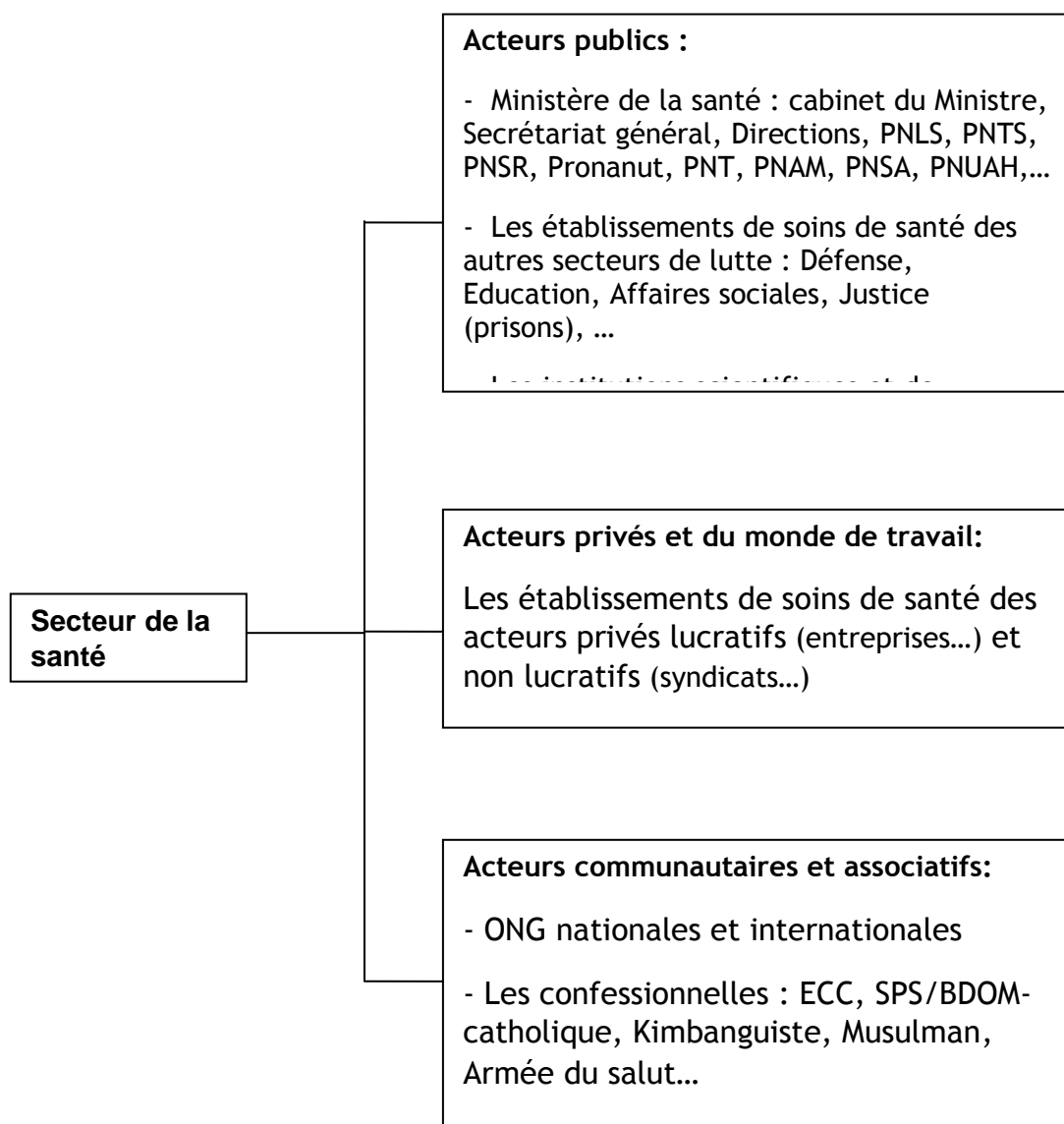
Les services d'appui : la planification, la coordination, la surveillance épidémiologique, le suivi et évaluation, la gestion des médicaments et intrants, la recherche opérationnelle, la gestion des déchets biomédicaux, la supervision

4.2.3.4.4. Coordination de l'action de lutte au sein du secteur de la Santé

La lutte contre le VIH/SIDA en RDC est placée sous le haut patronage du Chef de l'Etat. Elle est pilotée par le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS).

Dans le secteur de la Santé, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et des IST (PNLS) a la charge de coordonner l'action de lutte.

Figure 11 : L'organisation des acteurs du secteur de la santé en RDC



Toute fois, il convient de noter que la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de la Santé, comme le reste des activités du secteur, souffre d'un défaut de coordination et d'alignement.

Le Document de Stratégie de Renforcement du Système de Santé stipule en effet :
« La baisse quasi constante de la part du budget de l'Etat consacré à la santé a eu entre autre pour conséquences :

- (i) *la perte par le Ministère de la Santé d'une bonne part de son autonomie pour décider, orienter et conduire la politique nationale de santé (PNS) et les politiques sous sectorielles,*

- (ii) *l'insuffisance de la coordination des bailleurs suite à la baisse du leadership national,*
- (iii) *un manque de contrôle du Ministère sur le financement du secteur mettant les responsables du secteur dans des conditions où ils ne savent pas au début de chaque exercice budgétaire, de combien des ressources ils vont disposer et d'où elles proviendront afin de réaliser la politique nationale de santé, ce qui rend aléatoire tout exercice de planification à long terme,*
- (iv) *le modèle conceptuel du système de santé basé sur la Zone de Santé comme unité opérationnelle se trouve ainsi fortement perturbé par d'autres modèles à travers lesquels les bailleurs des fonds véhiculent leur financement. »¹¹*

4.2.3.4.5. Financement de la lutte au sein du secteur de la Santé

La coordination des financements de la lutte souffre du même déficit de l'alignement.

Le système de financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux) et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers (jusqu'à 70% des frais de fonctionnement).

Malheureusement, le budget de l'Etat consacré à la Santé et son taux d'exécution sont restés faibles. En 2001 par exemple, moins 3% du budget de l'Etat a été consacré à la santé avec un taux d'exécution de 50%. Ce budget a certes évolué depuis, mais il continue de rester largement inférieur aux besoins du secteur. Après avoir atteint et même dépassé 5 %, la part du budget de l'Etat dévolue aux dépenses publiques de santé est retombée à 2,5 % en 2007.

Quant au financement de la lutte contre le VIH/SIDA, il est actuellement assuré pour plus de 90 % par des financements extérieurs.

Il convient cependant de noter que ces appuis sont souvent, trop souvent même, gérés de manière verticale, non articulée, et rendent compte des résultats quelque fois non intégrés au contexte global de planification de la lutte.

Le deuxième écueil en rapport avec ces financements est le faible taux de décaissement, lui-même lié à des procédures financières lourdes, bureaucratiques et trop variées pour les mêmes acteurs de terrain.

A ce jour, plus 20 partenaires d'appui sont recensés, dont moins de la moitié assurent entre 70 et 80 % du financement. Ces partenaires variés (fonds, fondations, programmes et projets spéciaux, agences du système des Nations Unies, coopérations bilatérales et multilatérales, privés, etc.), agissent soit en finançant directement des activités de terrain, soit en appuyant la coordination de celles-ci.

¹¹ Ministère de la Santé: Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Juin 2006

Tableau 4 : Participation des partenaires

N°	ONG/ Partenaires	Niveau et zone d'intervention
1	OMS	- Appui technique à l'unité centrale et dans les provinces - Appui au fonctionnement du niveau central
2	USAID	- Appui aux ONGs de mise en œuvre
3	Fonds mondial	- Appui financier et technique (à travers les Sous bénéficiaires) à plus de la moitié des zones de santé
4	MAP/BM	- Appui au fonctionnement des coordinations provinciales et nationale - Appui à la lutte contre le VIH et sida dans certaines zones de santé et structures de santé
5	Unicef	- Appui aux activités de la PTME et Prise en charge pédiatrique dans les provinces - Appui au fonctionnement de la Coordination nationale du PNLS
6	Fondation Clinton	- Approvisionnement des ARVs pédiatriques et ARVs adulte de deuxième ligne
7	MSF	- Offre des services de lutte contre le VIH et sida
8	CTB	- Appui au fonctionnement de 2 coordinations provinciales et nationale - Offre des services de lutte contre le VIH et sida
9	GTZ	- Offre des services de lutte contre le VIH et sida

4.2.3.4.6. Le développement des ressources humaines dans la lutte

Afin de soutenir les interventions de lutte et assurer la qualité des services offerts, le pays a entrepris de former des prestataires qualifiés dans tous les axes de lutte. Des formateurs formés tant au pays qu'à l'étranger ont été mis à contribution pour démultiplier les formations thématiques à travers le pays.

Toutefois, la coordination, l'harmonisation et l'alignement de ces formations ne sont pas optimales, de sorte qu'il n'existe pas encore en ce jour un inventaire exhaustif de tout le personnel formé dans chaque axe. Le tableau suivant donne les effectifs enregistrés au PNLS, pour l'année 2007.

Le personnel de santé est formé dans le cursus de base. Mais, ces formations n'étant pas pratique, le PNLS organise les sessions de formation du personnel du système de santé.

Tableau 5 : Effectifs des ressources humaines formées en matière de lutte contre le VIH et le sida en 2007

Provinces	IST	PSS	CDV	IO	TARV	MOSO	PTME	PAES	VIH/TUB
Bandundu	ND	0	7	62	62	0	0	0	0
Bas Congo	0	45	25	23	23	122	95	95	0
Equateur	30	0	0	0	0	168	0	0	0
Kasai Occ	0	0	0	0	0	0	40	0	0
Kasai Or	0	25	24	27	27	120	35	0	35
Katanga	15	33	ND	58	161	262	64	0	65
Kinshasa	188	36	156	142	121	139	0	0	0
Maniema	27	ND	30	51	51	ND	30	0	0
Nord Kivu	59	97	62	36	36	455	153	0	26
Province Orientale	50	6	38	22	22	173	61	0	27
Sud Kivu	175	50	48	60	79	50	60	40	25
Total	544	292	390	481	582	1489	538	135	178

Source : Rapport annuel 2007

Tableau 6 : Les effectifs généraux du personnel de santé

N°	Catégories	Effectifs	Proportion par habitant
1	Médecins	3.116	20.143
2	Pharmaciens	331	189.623
3	Administrateurs gestionnaires (L2 et G3)	1.104	56.853
4	Infirmiers (LA, A1, A2, A3)	43.021	1.459
5	Techniciens de laboratoire	870	72.144
6	Nutritionnistes et diététiciens	301	208.523
7	Assistants en pharmacies	270	232.464
8	Techniciens de radiologie	212	296.063

4.2.3.4.7. Les infrastructures

La RDC compte 401 hôpitaux dont :

- 176 appartenant à l'Etat,
- 179 appartenant aux confessions religieuses,
- 46 appartenant aux entreprises des acteurs publics et privés

En plus de ces hôpitaux, le pays compte 7.725 autres établissements de soins comprenant les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également aux publics, privés, confessionnels et associatifs.

DEUXIEME PARTIE :

**CADRE DE PLANIFICATION STRATEGIQUE
DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**



Vue partielle des participants à l'atelier d'adoption du PSN

CHAPITRE V : VISION DU SECTEUR SANTE DANS LA REPONSE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

« Le secteur de la santé s'érige comme moteur de la lutte contre le VIH et le Sida. Il s'engage à fournir à toute la population congolaise, un accès universel aux services de prévention, de soins et traitement liés au VIH et au Sida , à travers un système de santé rénové, revitalisé et renforcé.

Cet accès universel ainsi garanti, aiderait sensiblement à l'amélioration de la productivité nationale et conduirait la République démocratique du Congo vers des horizons meilleurs, porteur d'un développement humain harmonieux durable... »

CHAPITRE VI : PENSEE STRATEGIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Comme préalable à la réussite du plan stratégique du secteur de la santé, il faut faire appel à tous les partenaires du secteur en vue de former une équipe de planification regroupant le plus grand nombre possible de responsables clés et ce, non seulement en référence à la diversité dans le domaine d'expertise mais en vue de créer un sentiment d'appropriation qui sera utile tout au long du processus et plus tard, lorsqu'il faudra mobiliser les ressources.

Le plan stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de la santé devra exploiter les ressources des communautés affectées à la lutte contre la pandémie avec appui des dirigeants politiques, religieux et de la société civile.

Si un grand nombre de personne clé des organisations du secteur de la santé participait au processus de la planification, les besoins des communautés seraient pris en compte et leur potentiel d'action exploité.

La conception et la mise de ce plan stratégique nécessitent leur volonté, leurs compétences, des ressources matérielles et financières. Et alors le plan stratégique de lutte contre le VIH du secteur de la santé sera d'abord bien élaboré et utile.

6.1. MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

En rapport avec le mandat que doit exécuter le secteur de la santé dans la lutte contre le VIH-SIDA, la raison d'être du secteur de santé doit viser à :

1. Réduire (1) la transmission sexuelle, (2) la transmission par voie sanguine et (3) la transmission prénatale, périnatale et postnatale (mère-enfant).
2. Assurer la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA
3. Identifier les partenaires, discuter leurs préoccupations, évaluer le niveau de performance du secteur dans la réponse par rapport aux critères d'appréciation des partenaires.
4. Intégrer la philosophie et valeurs de lutte contre le VIH-SIDA dans le secteur de la santé :
 - La santé des personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA et même des non infectées et affectées est un droit fondamental, condition d'un développement social durable.
 - La santé des personnes infectées et affectées exige un engagement politique du gouvernement congolais et de tous les partenaires intéressés à la lutte contre le VIH-SIDA ;
 - Les différentes formes de discrimination et de rejets des inégalités flagrantes entre personnes affectées et ceux non infectées et non affectées répartition inéquitable des ressources affectées aux catégories sont à éviter à tout prix ;
 - L'auto responsabilité et la réduction de la dépendance particulièrement des PVV et personnes affectées par les VIH doit être renforcée cela appelle pour être efficace, la solidarité nationale et internationale.
 - La santé des PVVIH doit viser en même temps : (1) L'amélioration de la qualité de la vie par la prise en charge psychosociale et nutritionnelle et (2) la prise en charge médicale par l'utilisation rationnelle des ARV et des médicaments traitant les IO et IST
 - La politique de santé de la RDC vis-à-vis des PVV, bien que engagé à prendre à charge l'ensemble des PVV et personnes affectées par le VIH-SIDA devrait accorder des priorités aux groupes vulnérables que sont les femmes, les enfants, les adolescents, les handicapés, les personnes âgées et les malades mentaux.
 - Toute politique de prise en charge des PVV et personnes affectées par le VIH devrait reposer sur les valeurs et principes de (1) solidarité (2) équité (3) éthique (4) identité culturelle (5) le respect du genre (6) participation (7) les coordinations et partenariat (8) décentralisation et intégration (9) multisectorialité (10) appropriation (11) processus gestionnaire (12) standardisation et simplification (13) respect des principes de la politique nationale de la RDC (14) respect de la nouvelle approche dans la prise en charge des malades co-infectés TBC/VIH. (15) le respect des droits des PVV et (16) le respect des devoirs et obligations des PVVs.

6.2. LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA :

1. **La solidarité :**

La solidarité doit caractériser les institutions de la lutte contre le VIH/Sida. Elle doit être fondée sur les principes de partenariat, et de partage de responsabilités et partage de risques.

2. **L'équité :**

Dans l'offre des services de lutte contre le VIH/Sida, le principe d'accès universel aux soins de santé doit être respecté. Les inégalités flagrantes dans la situation des personnes infectées et affectées par rapport aux personnes non infectées et non affectées doivent être réduites et annulées

3. **L'éthique :**

Dans toutes les actions de lutte contre le VIH et le sida, la dignité de l'homme et ses droits universels doivent être respectés. On doit bannir toute sorte de discrimination des PVV.

4. **L'identité culturelle :**

Les interventions de lutte contre le VIH/SIDA doivent respecter et intégrer les valeurs locales et les traditions, les us et coutumes favorables à la santé

5. **Le respect du genre** dans les interventions :

Dans le traitement de lutte contre le VIH/SIDA, toute discrimination du sexe (féminin) et d'âge doit être évitée

6. **La participation active** des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH, non infectés et non affectés dans la lutte contre le VIH/SIDA doit être encouragé.

7. **La coordination et le partenariat** avec souci majeur de voir toutes les activités intra sectorielles de lutte contre le VIH/Sida fonctionner sans heurts, sans conflit, avec synergie dans la réponse du secteur à l'épidémie.

8. **La décentralisation et l'intégration des services de santé :**

La décentralisation des services liés au VIH/SIDA aux niveaux des établissements de santé et des communautés et leurs intégrations à d'autres interventions de santé prioritaires constituent des enjeux majeurs pour parvenir à l'accession universelle.

9. **La multisectorialité :**

Tout en attendant la réponse sectorielle de la santé à la pandémie, les activités devront à tout prix tenir compte des aspects d'autres secteurs en vue d'une efficacité maximale. Tous les secteurs doivent s'impliquer et collaborer en partageant les responsabilités et les ressources

10. **L'appropriation** de la lutte contre le VIH-SIDA par la population et par les décideurs politiques est un facteur important et capital dans la pérennisation de la lutte. Les différentes personnes impliquées dans la lutte devront considérer comme leurs, les stratégies de lutte.

11. **Le processus gestionnaire**, notamment la planification, l'organisation, l'exécution et surtout le leadership pour mener à terme une vision dans la lutte contre le VIH-SIDA constituent un sous-bassement de la viabilité des activités des secteurs.

12. **La standardisation et simplification des protocoles et procédures** assurent à la population la couverture la plus large de lutte contre le VIH-SIDA dans des lieux de divers.
13. **Le respect des principes de la politique** nationale de la RDC, notamment les normes de la santé et de la lutte contre le VIH-SIDA, le Paquet Minimum et Complémentaire d'activités dans le fonctionnement de la Zone de Santé.
14. **Le respect de l'approche** de la prise en charge des malades co-infectés par le TBC et le VIH-SIDA.
15. **Le respect des droits suivants des PVV :**
Les personnes vivant avec le VIH-SIDA ont droit :
- à l'information correcte sur la maladie
 - à connaître leur statut sérologique
 - à la confidentialité et au secret professionnel en rapport avec leur état
 - au mariage avec rapports sexuels protégés
 - à la procréation, motif de fierté, d'épanouissement et de cohésion familiale tout en connaissant le risque d'avoir un enfant séropositif
 - au travail et l'embauche en dehors de tout empêchement due l'âge et à des inaptitudes
 - au voyage avec possibilité des circuler librement dans et en dehors du territoire national
16. **Le respect de devoirs et obligations des PVV :**
Les personnes vivant avec le VIH-SIDA ont les devoirs :
- d'informer leurs partenaires sur leur état sérologique dans la pratique d'une sexualité responsable ;
 - de mener une vie positive dans laquelle leur état et accepter des bonnes relations avec l'entourage familiales en conciliant sont gardées
 - d'élever leurs enfants en veillant à leur éducation et instruction
 - de prévenir les conflits et dissension leur entour

6.3. AVANTAGES COMPETITIFS DU SECTEUR DE LA SANTE DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH SIDA PAR RAPPORT AUX AUTRES SECTEURS EN RDC :

Avant la création du PNMLS en 2004, la lutte contre le VIH et le sida était pilotée par le seul secteur de la santé en collaboration avec d'autres secteurs. Cette longue expérience lui a permis de participer à la création du PNMLS et au renforcement des capacités d'autres programmes/cellules sectorielles.

CHAPITRE VII : LE MANDAT ET LA MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

L'OMS, dans sa réflexion "**Vers un accès universel d'ici a 2010**", a défini le secteur de la santé comme « secteur très vaste, englobant les services de la santé Publique et privés (y compris les services de promotion de la santé, de prévention diagnostic, de traitement et des soins) ».

Les services du ministère de la santé, diverses organisations non gouvernementales, des mouvements associatifs et des associations professionnelles, ainsi que d'autres institutions dont l'activité est directement utile pour le secteur de la santé (industrie pharmaceutique et établissement d'enseignement), donne l'ensemble des interventions essentiellement intégrées du secteur de la santé pour la prévention, les soins et le soutien en matière de VIH.

7.1. DEFINITION DE L'OMS DES QUATRE NIVEAUX D'INTERVENTIONS :

1. Intervention au niveau des institutions de la santé

- **Information et éducation concernant la transmission du VIH**
- **Dépistage du VIH et conseil**, comprenant (i) le dépistage et conseil à l'initiative des prestataires; (ii) le dépistage et diagnostic du nourrisson et (iii) le dépistage des familles et services de conseil.
- **Prévention de la transmission mère-enfant**, comprenant (i) l'information et conseil en matière de prévention de la transmission du VIH; (ii) la planification familiale pour les femmes enceintes vivant avec le VIH/SIDA ou non; (iii) l'utilisation d'antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et prise en charge de la mère (prophylaxie au cotrimoxazole et ARV) pour sa propre santé; (iv) le conseil à l'allaitement du nourrisson et (v) le traitement et soins des infections chez la mère, le nourrisson et les autres membres de la famille.
- **Prévention de la transmission sexuelle**, comprenant (i) la détection et prise en charge des IST; (ii) le conseil en matière de pratiques sexuelles à moindre risque et de réduction des risques; (iii) la promotion et fourniture de préservatifs et (iv) les interventions spéciales auprès des professionnel(le)s du sexe, des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et des adolescents.
- **Réduction des risques chez les utilisateurs de drogues injectables**, comprenant (i) l'information et éducation en matière de réduction des risques; (ii) la fourniture et échange d'aiguilles et seringues stériles; (iii) les traitements de substitution aux opioïdes et la vaccination contre l'hépatite B.

- **Prévention de la transmission sur les lieux de soins**, comprenant (i) la sécurité sanguine; (ii) les précautions universelles et gestion sûre des déchets; (iii) la sécurité des injections et la prophylaxie post-exposition.

- **Services de prévention destinés aux personnes vivant avec le VIH et le sida**

- **Prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH et le sida** comprenant (i) la prophylaxie au cotrimoxazole; (ii) la prise en charge des infections opportunistes et des comorbidités (y compris les maladies mentales et l'hépatite); (iii) la co-prise en charge de la tuberculose et du VIH; (iv) les soins palliatifs (prise en charge des symptômes et soins de la fin de vie); (v) l'appui nutritionnel; (vi) le traitement antirétroviral et (vii) l'action spécifique sur les soins et le traitement des personnels de santé.

2. Intervention à base communautaire

- **Dépistage du VIH et conseil**, comprenant (i) le dépistage volontaire et conseil et (ii) le dépistage et conseil à domicile, pour les partenaires et, dans les zones à forte prévalence dans le cadre des campagnes « Connaître son statut ».

- **Prévention à base communautaire**, comprenant (i) la promotion de la prévention à base communautaire ; (ii) les interventions de prévention en réseau pour les populations vulnérables et les plus exposées et (iii) la prévention positive pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- **Traitement et soins du VIH/SIDA**, comprenant (i) la préparation des communautés au traitement du VIH et de la tuberculose; (ii) l'appui au traitement antirétroviral, au traitement de la tuberculose et à la prophylaxie; (iii) le soutien psychologique et social; (iv) les soins palliatifs à domicile; (v) la livraison à domicile des renouvellements de médicaments et (vi) les groupes de soutien par les pairs.

3. Intervention de proximité auprès des populations les plus exposées

- **Dépistage du VIH et conseil**, comprenant (i) le dépistage de proximité, avec utilisation de tests rapides et (ii) le transfert des services de proximité aux services de dépistage et de conseil.

- **Prévention de proximité en faveur des populations les plus exposées**, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les jeunes et les populations mobiles, comprenant : (i) l'information et éducation par l'intermédiaire des pairs; (ii) la promotion et programmation de l'usage du préservatif, incluant des campagnes de promotion du préservatif à 100%; (iii) la fourniture et échange d'aiguilles et seringues stériles; (iv) les services ciblés en matière d'IST et de santé sexuelle et génésique, notamment à destination des jeunes filles et des femmes et le transfert aux services de prévention spécialisés.

- **Traitement et soins du VIH/SIDA** : Intégration du support au traitement antirétroviral, au traitement contre la tuberculose et de la prophylaxie dans les services de proximité.

4. Mesures nationales nécessaires à l'appui des prestations de services

- **Sensibilisation et leadership**, comprenant (i) les politiques, législations et réglementations à l'appui des programmes de lutte contre le VIH et les autres IST; (ii) les mesures de lutte contre la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et des populations les plus exposées et (iii) la mobilisation des communautés, des ONG, des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des groupes les plus exposés et du secteur des affaires.
- **Planification stratégique nationale et gestion des programmes** comprenant (i) les plans nationaux stratégiques et opérationnels incorporant les interventions prioritaires du secteur santé; (ii) les normes et protocoles nationaux pour les prestations de services; (iii) les objectifs nationaux pour chaque domaine majeur d'intervention et (iv) l'accompagnement technique et tutorat pour les autres acteurs: formations, supervision, etc.
- **Gestion des approvisionnements et des stocks**, comprenant (i) la mise à jour des listes nationales de médicaments essentiels et systèmes efficaces d'agrément des médicaments et (ii) les systèmes sûrs et fonctionnels de gestion des approvisionnements et des stocks, couvrant les médicaments, produits diagnostiques du VIH et autres fournitures.
- **Services de laboratoire**, comprenant (i) le diagnostic de l'infection à VIH ; (ii) le suivi biologique du traitement aux ARV; (iii) le diagnostic de la tuberculose et autres infections opportunistes et (iv) la recherche du VIH dans les dons de sang et produits sanguins.
- **Ressources humaines**, comprenant (i) le plan national de ressources humaines; (ii) la formation des personnels de santé et (iii) les mesures de fidélisation des personnels de santé et plans de carrières.
- **Financement durable** comprenant (i) les plans nationaux réalistes et chiffrés de lutte contre le VIH et (ii) les dispositifs de mobilisation des ressources, de responsabilité financière et de rapport sur les comptes.
- **Systèmes d'information stratégique en matière de VIH et d'IST**, comprenant (i) la surveillance nationale du VIH, des IST et des comportements; (ii) la surveillance des résistances aux médicaments contre le VIH dans les populations, et pharmacovigilance; (iii) le système national de suivi et évaluation des activités de lutte et (iv) la recherche opérationnelle.

7.2. POUR SA PART, LE DOCUMENT DE STRATEGIE DE CROISSANCE ET DE REDUCTION DE LA PAUVRETE DE LA RDC INSISTE :

1. **Sur la santé en ces termes** « à l'état actuel, le niveau de réalisation des Objectifs de Millénaire pour le Développement lié au secteur de la santé accuse un déficit sans précédent. »

Sur le combat de la lutte contre le VIH SIDA en ces termes : «La RDC s'engage à mener une bataille sans merci contre la pandémie afin de protéger sa population tel que spécifié dans le document de DSCR.

L'objectif est de contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH et en réduisant son impact sur l'individu, la famille et la communauté dans le cadre global de la réduction de la pauvreté. Plus spécifiquement, les efforts à mener pour les trois prochaines années seront axés sur la stabilisation de l'évolution de l'épidémie, l'amélioration des conditions de vie des PVVIH et l'atténuation de son impact sur le développement.

Les objectifs spécifiques retenus dans le DSCR consistent à :

1. réduire le taux de transmission du VIH et des IST auprès de la population particulièrement chez les femmes et les jeunes ;
2. accélérer le traitement et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et le SIDA
3. atténuer l'impact négatif socio-économique du VIH et du sida sur les individus, les familles et les communautés et renforcer les mécanismes de coordination de tous les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH et le sida ainsi que du suivi évaluation des activités mises en œuvre.

CHAPITRE VIII : ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS DU SECTEUR DANS LA LUTTE

8.1. COMPOSANTES DU SECTEUR SANTE EN RDC

Le secteur de santé de la RDC englobe les structures offrant les services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, soins, soutien et toute autre action d'appui à l'offre des services précités. Il peut s'agir de services publics, privés, confessionnels et associatifs.

En résumé, toutes les institutions dont les activités sont directement utiles pour le secteur de la santé.

8.2. ROLES DES ACTEURS DE LA LUTTE AU SEIN DU SECTEUR DE LA SANTE

Les acteurs du secteur de la santé suivants interviennent dans la lutte contre le VIH-SIDA (liste non limitative) :

8.2.1. Les acteurs publics du secteur du Ministère de la santé

Acteurs	Rôles
Cabinet du Ministre	- Définir les orientations politiques
Secrétariat général à la santé	- Assurer la coordination technique et l'administration Générale des Services du Ministère de la Santé.
Direction des services généraux et des ressources humaines	- Développement des ressources humaines, - Réglementer les prestations et PEC du personnel de santé en milieux de travail
Direction des services des établissements de soins	- Garantir le bon fonctionnement de tous les établissements de soins tant publics que privés ; - Organiser la médecine traditionnelle
Direction de la pharmacie, médicaments & plantes médicinales	- Garantir l'importation, la production, la distribution et l'utilisation des médicaments et consommables de qualité
Direction de lutte contre la maladie	- Définir les stratégies nationales de lutte contre la maladie y compris le VIH, le sida et les IST et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures sanitaires générales et spécifiques ; - Organiser la surveillance intégrée des maladies dont le VIH et le sida

Direction de développement des soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les stratégies et les normes des soins de santé primaires. - Organiser l'intégration des interventions de lutte contre le VIH et le sida dans les soins de santé de base. - Garantir l'offre et l'utilisation des services de lutte contre le VIH et le sida
Direction de l'Enseignement des sciences de sante	- Produire un personnel de santé du niveau secondaire compétant pour assurer à la population les soins de qualité susceptibles de réduire la mortalité et la morbidité
Direction d'études et planification	- Promouvoir le partenariat pour la mobilisation des ressources
Direction de laboratoire de santé	-Standardiser les méthodes d'analyses, des réactifs et d'équipement de laboratoire et autres intrants de lutte
PNLS	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les normes/directives de lutte contre le VIH et le sida - Assurer l'appui technique aux structures de prestation de services - Coordonner la lutte contre le VIH et le sida au sein du secteur de la santé - Produire l'informations stratégiques en matière de lutte contre le VIH et le sida dans le secteur - Mobiliser les resooources pour la lutte
Pronanut	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'élaboration et à l'application des normes et directives techniques en matière de nutrition, des denrées alimentaires et de délivrer le certificat de conformité en la matière ; - Promouvoir les bonnes pratiques de nutrition
PNTS	- Garantir les services de sécurité sanguine
PNSR	- Offrir le cadre de prestation de la PTME à travers les services des soins prénatals et la planification familiale dans le cadre de la protection maternelle et infantile.
PNT	- Offrir le cadre de prise en charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et le sida
Programme national des urgences et catastrophes (PNUAH)	- Offrir les services de lutte en situations des urgences
PNSA	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir le cadre de prise en charge des IST et VIH et sida chez les jeunes er les adolescents - Assurer la promotion de la santé de l'adolescent par la prise en charge des problèmes de santé liés

au VIH et au sida

PNAM	- Garantir la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments de qualité
Programme de médecine traditionnelle	- Organiser la réponse de trapraticiens oeuvrant dans le domaine du VIH et du sida - Appuyer la recherche en matière de médecine traditionnelle
PNLP	- Garantir la prévention et la prise en charge du paludisme chez les PVVIH.

8.2.2. Les acteurs publics du secteur autres que ceux du Ministère de la santé

Acteurs	Rôles
Les institutions scientifiques et de recherche : Cliniques universitaires, ESP...	- Appuyer les enquetes et recherches en matière de VIH et sida - Offrir les services de santé liés au VIH et sida particulièrement ceux du niveau tertiaire
PNMLS/CNMLS	- Assurer la coordination inter(multi)sectorielle - Mobiliser les ressources pour les secteurs y compris la santé
Les établissements de soins de santé des autres secteurs de lutte : défense, Education, Affaires sociales, Justice (prisons), ...	- Offrir les services de santé liés au VIH et sida à leurs cibles spécifiques - Rapporter les informations au PNLS

8.2.3. Les acteurs privés du secteur de la santé

Acteurs	Rôles
Les établissements de soins de santé des acteurs privés lucratif [entreprises, ...] et non lucratif[syndicats,...]	- Offrir les services de santé liés au VIH et sida à leurs cibles spécifiques - Rapporter les informations au PNLS

8.2.4. Les partenaires, les communautaires et les bailleurs

Acteurs	Rôles
Les agences du SNU: ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, OMS, ...	- Mobiliser les ressources
Les Bailleurs de Fonds : Fonds mondial, Banque mondiale, ...	- Mobiliser les ressources
ONG nationales et internationales	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre des activités - Rapporter les informations au PNLS - Mobiliser les ressources additionnelles
Les confessionnelles : ECC, SPS/BDOM-catholique, Kimbanguiste, Musulman, Armée du salut...	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre des activités - Rapporter les informations au PNLS - Mobiliser les ressources additionnelles

TROISIEME PARTIE :

IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES PROBLEMES STRATEGIQUES DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA AU SEIN DU SECTEUR DE LA SANTE



Atelier d'adoption du PSN : Les Ministres provinciaux de la santé

CHAPITRE IX : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

9.1. LES FORCES ET ATOUTS DU SECTEUR DE SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

9.1.1. Forces des organes et structures

1. Existence des cadres de concertation à différents niveaux, présidés par des hautes autorités sanitaires.
2. Structures d'exécution du programme opérationnelles au niveau central et dans les provinces.
3. Existence des documents normatifs : Plan à moyen terme, manuel de procédure, les politiques sectorielles, l'analyse ethnoculturelle, les modules de formation, les manuels des directives, normes,...

9.1.2. Forces acquises des stratégies et des interventions de la lutte

1. Existence du sida est connue par la très grande majorité de la population.
2. Existence d'une expérience éprouvée pour chaque axe d'intervention normée.
3. Intégration des services de prévention, soins et traitement du VIH et sida dans les structures de soins.
4. Existence des réseaux de prise en charge à domicile.
5. Existence des ONG spécialisées dans le traitement, soins et soutien aux orphelins aux familles affectées et aux PVV

9.1.3. Forces thématiques

9.1.3.1 Prévention

9.1.3.1.1. Forces liées à la sécurité sanguine :

1. Existence du Centre national et centres provinciaux
2. Existence des documents normatifs

9.1.3.1.2. Forces liées à la prise en charge des IST :

1. Existence de la stratégie nationale de la prise en charge syndromique et étiologique
2. Existence des documents normatifs à tous les niveaux

9.1.3.1.3. Forces liées à la PTME

1. Protocole national révisé conformément aux directives de l'OMS sur la PTME comprehensive
2. Existence du Plan de passage à l'échelle

9.1.3.1.4. Forces liée aux préservatifs :

1. Existence d'une politique nationale
2. Couverture suffisante en marketing social dans toutes les provinces

9.1.3.1.5. Forces liée à la circoncision masculine :

1. Pratique courante de la circoncision dans tous les établissements de soins de base et dans la communauté

9.1.3.1.6. Forces liée aux précautions universelles et biosécurité et celle liée à l'accident post expositionnel :

1. Existence des documents normatifs : destruction des déchets (PEV, PNTS, PNSR...), sécurité des injections (PEV, PNTS, PNSR...) et autres

9.1.3.1.7. CCC

1. Existence des Plans intégrés de communication dans quelques provinces

9.1.3.2. Dépistage et conseil

1. Existences des documents normatifs
2. Présences des noyaux provinciaux de formateurs
3. Adoption de DCIP comme stratégie d'accélération du dépistage
4. Existence des CDV communautaires

9.1.3.3. Traitement et soins

1. Existences des documents normatifs
2. Présence des noyaux provinciaux de formateurs
3. Présence de laboratoires provinciaux pour le suivi biologique
4. Présence d'un laboratoire national de référence

9.1.3.4. Renforcement du système de santé

1. Existence et mise en œuvre progressive de la stratégie de renforcement du système de santé
2. Existence des financements pour le renforcement (BAD, Fonds mondial, Banque mondiale, PS9FED, GAVI, Etat congolais, Coopération belge...)

9.1.3.5. Informations stratégiques

1. Passage régulier de surveillance épidémiologique depuis 2003
2. Existence de documents normatifs sur la surveillance, suivi et évaluation.
3. Existence de la gestion informatisée des PVVH mis sous ARVs

9.1.4 Autres forces :

9.1.4.1. Forces liées au monde du travail dans le secteur :

1. Intégration des activités de lutte contre le VIH et sida dans les établissements de soins privés, confessionnels et autres
2. Existence de directives de la prévention de la transmission du VIH dans les milieux de soins

9.1.4.2. Forces liées à l'éthique, l'équité et au droit

1. Existence de la loi sur les droits et devoirs des PVVIH

9.2. LES FAIBLESSES DU SECTEUR DE SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

Les faiblesses du secteur de la santé en rapport avec la réponse à l'épidémie sont :

9.2.1. Faiblesses managériales et celles liées à la coordination.

1. La non fonctionnalité de plus de la moitié de zones de santé.
2. Absence de plan d'action dans la plupart des zones de santé prenant en compte les aspects de lutte contre le VIH et sida
3. La non appropriation et non pilotage des activités de lutte par l'ECZS.
4. Le manque de plan national concerté pour la lutte, de référence et engageant tous les partenaires du secteur
5. Les saupoudrages des financements et des activités

6. La faible intégration des structures du secteur privé dans le système d'informations sanitaires
7. Faiblesse dans le système référence et contre référence
8. Faible collaboration entre les cliniciens et les tradipraticiens

9.2.2. Faiblesses thématiques

9.2.2.1. Prévention

9.2.2.1.1. Faiblesses liées à la sécurité sanguine :

1. Insuffisance de la couverture en sang sécurisé par rapport aux besoins liée à l'insuffisance de donneurs de sang fidélisés, l'insuffisance de sang sécurisé
2. Utilisation peu rationnelle des produits sanguins

9.2.2.1.2. Faiblesses liées à la prise en charge des IST :

1. Insuffisance de la prise en charge syndromique des IST liée à l'insuffisance des approvisionnements en médicaments et intrants.
2. Absence de l'évaluation périodique de l'efficacité de l'approche syndromique

9.2.2.1.3. Faiblesses liées à la PTME

1. Faible couverture nationale en PTME
2. Faible prise en charge des enfants nés de mères séropositives

9.2.2.1.4. Faiblesse liée aux préservatifs :

1. Faible disponibilité des préservatifs

9.2.2.1.5. Faiblesse liée à la circoncision masculine :

1. Faible application des mesures de précaution universelles

9.2.2.1.6. Faiblesse liée aux précautions universelles et biosécurité et celle liée à l'accident post expositionnel :

1. Insuffisance des interventions liées aux précautions universelles et biosécurité dans les établissements des soins y compris la disponibilité des kit-PEP.

9.2.2.1.7. CCC

1. Insuffisance de l'information dans les établissements de soins auprès du personnel de santé et la population fréquentant ces établissements.
2. Insuffisance d'information sur le mariage et la procréation (PVV & jeunes)

9.2.2.2. Dépistage et conseil

1. Faible couverture en services de conseil et dépistage
2. le conseil et dépistage initié par le prestataire non intégré dans le système de santé

9.2.2.3. Traitement et soins

1. Faible couverture en structures disposant des ressources nécessaires pour la PEC aux ARVs liée à l'insuffisance de médicaments pour les soins des malades, insuffisance en personnel formé, insuffisance des équipements et intrants de laboratoire et autres
2. Faible intégration dans les CSDT la PEC des PVV,
3. Faible intégration des activités de PEC nutritionnelle des PVV dans la lutte contre le SIDA
4. Insuffisance de la collaboration entre les structures des soins et les organisations communautaires.

9.2.2.4. Renforcement du système de santé

1. Insuffisance des ressources humaines formées et motivée dans la lutte
2. Vétusté des infrastructures et équipements de santé de base des zones de santé

9.2.2.5. Informations stratégiques

1. Faible fonctionnalité des systèmes de surveillance, suivi et évaluation de routine
2. Insuffisance de nombre de sites sentinelles de surveillance
3. Insuffisance des données stratégiques fiables
4. Insuffisance des ressources pour la recherche sur le VIH
5. Absence des informations comportementales sur la population générales
6. Non maîtrise de la problématique des minorités sexuelles

9.2.3. Autres faiblesses :

9.2.3.1. Faiblesses liées au monde du travail dans le secteur :

1. Manque d'information sur l'impact de l'épidémie dans le monde du travail

2. Stigmatisation et discrimination des PVVIH en milieu de travail
3. Discrimination et stigmatisation en milieu de soins

9.2.4.2. Faiblesses liées à l'éthique, l'équité et au droit

1. Discrimination, rejet et stigmatisation des PVV et des PA
2. Violation des droits des PVV et PA
3. Insuffisance de prise en charge sanitaire des orphelins et veufs (ves)

9.2.4.3. Faiblesses liées aux croyances

1. Persistance de coutumes et mœurs à risque, et faux espoirs de guérison
2. Imputation des décès liés au VIH à la sorcellerie et à l'empoisonnement

CHAPITRE X : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

10.1. OPPORTUNITES OFFERTES AU SECTEUR DE LA SANTE

Les opportunités du secteur en rapport avec la réponse à l'épidémie sont :

1. La volonté politique manifeste : en effet, toutes les institutions du pays sont attentives aux questions liées au VIH/SIDA.
2. La priorité accordée à la lutte contre le SIDA dans le DSCR et le plan triennal du gouvernement.
3. Les partenaires des différents secteurs, publics, privés, communautaires, les agences de nations unies et les partenaires multi et bilatéraux se sont impliqués dans la lutte.
4. La reprise progressive de la coopération structurelle.
5. Le rôle désormais incontournable des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV+) qui se sont mobilisées pour sortir de la clandestinité et promouvoir le changement de comportement.
6. La pratique culturelle très étendue de la circoncision masculine dès la petite enfance.

11.2. MENACES

1. L'instabilité socio-économique, politique et sécuritaire.
2. Faible allocation du budget de l'état dans les activités de la lutte avec comme conséquence la dépendance de l'extérieur pour le financement du programme
3. Le faible revenu et la pauvreté des populations.
4. La persistance de certaines coutumes, traditions et rites à risque.
5. L'enclavement et l'inaccessibilité de certaines zones de Santé rendant difficiles la communication, le monitoring et la supervision et l'approvisionnement en intrant
6. La faible prédictibilité des financements liés au VIH dans le secteur de la santé

CHAPITRE XI : PROBLEMES STRATEGIQUES DU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA

Les problèmes stratégiques du secteur sont regroupés en 5 domaines principaux :

11.1. AUGMENTATION DES NOUVELLES INFECTIONS

L'épidémie est généralisée et le nombre de nouvelles infections ne cesse d'augmenter d'année en année. Cette épidémie a tendance à la **ruralisation**, à la **juvénilisation**, à la **féminisation** et à la **concentration** dans des zones géographiques telles que les zones fluviales, minières et de mouvement de population lié aux conflits. Cette situation est liée au faible niveau d'accès aux services de prévention et au mauvais ciblage des interventions.

11.2. AUGMENTATION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE ASSOCIEES AU VIH ET AU SIDA

Le faible niveau d'accès universel aux soins et traitement comprenant la PEC aux ARV, la prophylaxie et PEC des IO, le suivi biologique des PVVIH, la PEC nutritionnelle et l'appui psychosocial fondé à base communautaire et l'implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/sida aggrave la mortalité et la morbidité liées au VIH.

11.3. DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

La vétusté et l'insuffisance des infrastructures et équipements, l'insuffisance du personnel qualifié, la faible motivation du personnel, la faible intégration de la lutte dans le système de santé particulièrement au niveau opérationnel, la faible coordination intra sectorielle, l'insuffisance de ressources d'appui, la faible fonctionnalité du système de référence et contre référence compromettent la mise en œuvre des interventions de lutte contre le sida à tous les niveaux.

11.4. INSUFFISANCE DE L'INFORMATION STRATEGIQUE

La couverture insuffisante des sites sentinelles par rapport à l'étendue du pays et aux caractéristiques socioculturelles, la faible fonctionnalité d'un système de surveillance, suivi et évaluation de routine, l'incoordination et l'insuffisance d'appui à la recherche opérationnelle et aux enquêtes planifiées ne permettent pas le captage de toute l'information stratégique pour une prise de décision adéquate.

11.5. INSUFFISANCE DE RESSOURCES FINANCIERES

L'absence d'un plan de mobilisation de ressources, le non alignement/harmonisation des financements, la faible prédiction des financements à long terme, la multiplicité et la lourdeur des procédures de décaissement et la faible implication du Gouvernement congolais compromettent le passage à l'échelle des interventions.

QUATRIEME PARTIE :

FORMULATION DU PLAN



Comité de pilotage en séance de travail

CHAPITRE XII: ISSUES STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

12.1. AXE PREVENTION:

Visée stratégique : Élargir au maximum la contribution du secteur de la santé pour la réduction des nouvelles infections

12.1.1. Domaine d'intervention numéro 1 : Prévention de la transmission sexuelle du VIH

- **Cadre de mise en œuvre :**

Le secteur de la Santé utilisera les services de soins et suivi médical des personnes pratiquant le métier de professionnels de sexe ou apparentés pour délivrer les messages et les intrants nécessaires à leur capacitation pour freiner la transmission sexuelle du VIH. Il pourvoira aussi aux services de conseil et de dépistage du VIH ainsi que d'éducation à la santé génésique auprès des malades des IST, le personnel de santé et les utilisateurs de services et leurs familles en particulier, et à tous les utilisateurs de ses services en général.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Offrir un cadre de suivi médical et d'éducation à la sexualité responsable à toutes les personnes pratiquant le métier de professionnels de sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, ainsi qu'aux jeunes
- b. Offrir un cadre continu d'éducation à la sexualité responsable à tous les utilisateurs de services de santé
- c. Elargir et renforcer la prévention, la détection et la prise en charge correcte des IST
- d. Promouvoir et fournir les préservatifs aux malades IST
- e. Offrir une expertise en communication sur la transmission sexuelle du VIH à toutes les parties prenantes à la lutte, et à la communauté
- f. Promouvoir la bonne pratique de la circoncision masculine

12.1.2. Domaine d'intervention numéro 2 : *Prévention de la transmission du VIH sur les lieux de soins*

- Cadre de mise en œuvre :

Le secteur de la Santé s'emploiera à minimiser le plus possible le risque de contamination au VIH en milieux de soins, tant pour les soignants que pour les malades et leurs accompagnateurs. Il organisera également une prise en charge scientifiquement valable de tout accident d'exposition au sang potentiellement contaminé par le VIH. Tous les établissements de soins, qu'ils soient publics, privés ou confessionnels, seront mis à contribution pour cette intervention.

- Interventions prioritaires :

- a. Garantir la sécurité transfusionnelle sur toute l'étendue du pays
- b. Garantir la sécurité des injections et de tout acte traumatisant posé pour des visées thérapeutiques
- c. Offrir un cadre de soins assaini et une éducation aux malades et leurs accompagnateurs afin d'éviter la contamination accidentelle
- d. Former tout le personnel soignant en prévention et prise en charge des AES
- e. Approvisionner toutes les structures de soins en PEP-kits

12.1.3. Domaine d'intervention numéro 3 : *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)*

- Cadre de mise en œuvre :

Le secteur de la Santé veillera à ce que tous les établissements de soins offrant le service de santé maternelle et infantile offrent en même temps le paquet de service de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le PNLS édicte les normes et les directives en cette matière, et collabore avec le PNSR pour leur mise en œuvre.

De même, les directives concernant l'alimentation des nouveau-nés des mères séropositives seront produites par le PNLS, en collaboration entre le Pronanut qui en garantira la mise en œuvre, de la prise en charge du paludisme avec le PNLS, la tuberculose avec le PNT....

- Interventions prioritaires :

- a. Assurer la formation des équipes des prestations des services de santé maternelle et infantile (SMI)
- b. Approvisionner les services de SMI
- c. Assurer préférentiellement les services de planification familiale aux femmes vivant avec le VIH

- d. Assurer le conseil et le dépistage auprès des femmes enceintes et leurs conjoints.¹²
- e. Offrir les soins continus incluant la prophylaxie et le TARV aux femmes enceintes séropositives pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et pour la propre santé de ces femmes
- f. Pourvoir aux soins ainsi qu'au traitement des autres infections chez la mère, le nourrisson et les autres membres de la famille
- g. Assurer le conseil et le soutien à l'alimentation du nouveau-né né d'une mère séropositive

12.1.4. Domaine d'intervention numéro 4 : *Prévention de proximité en faveur des populations les plus exposées, notamment les professionnel(le)s de sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les jeunes (particulièrement les jeunes filles), les personnes en uniforme et les personnes pratiquant un métier ambulancier.*

- **Cadre de mise en œuvre :**

Le secteur de la Santé mettra à contribution son expertise et son cadre d'offre de services pour fournir aux individus et aux groupes d'individus jugés particulièrement vulnérables à l'infection à VIH un ensemble de mesures de prévention particulières et adaptées. Les services spécialisés du ministère de la Santé qui s'occupent des jeunes et adolescents (PNSA), de la lutte contre la toxicomanie (PNLCT) ; les services de santé du ministère du Transport s'occupant des routiers ; ainsi que les services médicaux des ministères de la Santé, du Tourisme, de la Défense, de Transport, de l'Intérieur et des affaires sociales en charge de la santé des personnes pratiquant le métier de professionnel(le)s de sexe seront tous impliqués dans la mise en œuvre de cette intervention.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Assurer la formation des pairs éducateurs et accompagner la pair-éducation
- b. Mettre en place des points d'information et de conseil
- c. Initier et soutenir les activités de prévention en réseau
- d. Programmer et promouvoir l'usage du préservatif, notamment à travers les campagnes 100% condom
- e. Assurer la sécurité des injections auprès des usagers des drogues injectables
- f. Assurer des services de traitement de substitution (notamment aux opioïdes) et la vaccination contre l'hépatite B aux usagers des drogues injectables.

¹² OMS et ONUSIDA, Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé ; mai 2007

12.2. AXE DEPISTAGE:

Visée stratégique : Offrir à chaque congolais la possibilité de savoir en toute confidentialité et en toute responsabilité son statut sérologique vis-à-vis du VIH.

- **Cadre de mise en œuvre :**

La connaissance de son statut sérologique en rapport avec le VIH est un droit de la personne en RDC. Le secteur de la Santé offrira les services de dépistage à toutes les personnes qui souhaitent savoir leur état sérologique dans le cadre du dépistage-conseil initié par le prestataire, et à toutes celles dont la situation (sanitaire ou autre) fait craindre un risque élevé d'infection particulièrement les personnes violées, les malades tuberculeux et les enfants malnutris. Pour ce qui est du dépistage communautaire, des OACs, les secteurs privés, les confessionnels et ONGs formées et supervisées collaboreront avec le secteur de la Santé pour une offre de service de proximité.

- **Interventions prioritaires ¹³:**

- a. Initier le dépistage du VIH auprès de tous les malades de tuberculose, des IST et autres patients considérés comme à risque d'infection fréquentant les services de soins de chirurgicaux; prénatals, obstétricaux et postnatals ; santé génésique et les enfants de moins de 10 ans,
- b. Assurer l'encadrement et l'accompagnement des ONGs et des OACs œuvrant dans le domaine de conseil et dépistage volontaire et communautaire du VIH
- c. Assurer le diagnostic du VIH chez le nourrisson, et le dépistage et conseil familiaux
- d. Initier le dépistage et conseil auprès des malades fréquentant les services de santé

¹³ OMS et ONUSIDA, Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé ; mai 2007

12.3. AXE PRISE EN CHARGE:

Visée stratégique : Assurer l'accès universel au soutien nutritionnel, aux soins et traitement y compris les antirétroviraux à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Dans le contexte multisectoriel de lutte, le secteur de la santé porte l'entière responsabilité de cet axe de lutte.

12.3.1. Domaine d'intervention numéro 1 : *Prophylaxie et prise en charge des Infections opportunistes*

- Cadre de mise en œuvre :

Des études ayant montré que les infections opportunistes (notamment pulmonaires) constituent la première cause de mortalité des PVVIH en RDC¹⁴, le secteur de la santé s'emploiera à prévenir, détecter et soigner à temps et correctement ces infections.

La tuberculose étant la plus fréquente de ces IOs, le PNLS travaillera en étroite collaboration avec le PNT pour la co-prise en charge du VIH et de la Tuberculose. L'expérience de décentralisation des soins et de participation familiale et communautaire accumulé par le PNT sera particulièrement utile pour cette co-prise en charge.

- Interventions prioritaires :

- a. Assurer la prophylaxie au cotrimoxazole à toute les PVVIH.
- b. Assurer la formation des techniciens de laboratoire en diagnostic de la tuberculose ainsi que d'autres infections opportunistes fréquentes
- c. Approvisionner les laboratoires des établissements de soins qui suivent les PVVIH en intrants et réactifs pour le diagnostic de la tuberculose et des autres infections opportunistes fréquentes
- d. Assurer la formation des prestataires de soins de niveau périphérique en suivi clinique des PVVIH et gestion des infections opportunistes et des comorbidités (y compris les maladies mentales et l'hépatite B).

12.3.2. Domaine d'intervention numéro 2 : *Prise en charge aux ARV*

- Cadre de mise en œuvre :

Les estimations actuelles font état d'environ 347 490 PVVIH au stade avancé de l'infection, nécessitant le traitement aux ARV. Le rapport 2007 du PNLS dénombre à ce jour 18 009 PVVIH sous ARV, ce qui fait une couverture de 5,18 % des besoins.

Le secteur de la Santé qualifiera au moins un établissement de soins par Zone de Santé pour offrir les services de prise en charge aux ARV. Pour ce faire, ces établissements de soins compteront des prestataires (tant médecins que paramédicaux) formés en prise en charge aux ARV, et seront équipés pour le diagnostic ainsi que pour le suivi biologique des patients.

- Interventions prioritaires :

- a. Assurer la formation de prestataires de niveau périphérique en prise en charge aux ARV
- b. Equiper les laboratoires des établissements de soins ciblés en matériels et autres consommables nécessaires au diagnostic précis, à la pratique des examens biologiques d'éligibilité, et au suivi biologique des patients sous traitement aux ARV
- c. Assurer l'approvisionnement régulier et le renouvellement continu des ARV à tous les établissements de soins ciblés
- d. Mettre en place des mécanismes clairs de participation aux soins des PVVIH et de leurs proches
- e. Assurer les soins palliatifs de qualité et les soins de fin de vie adaptés
- f. Mettre en place un cadre approprié pour l'assurance de la qualité du traitement

12.3.3. Domaine d'intervention numéro 3 : *Appui psychosocial et participation communautaire à la prise en charge*

- Cadre de mise en œuvre :

Le taux d'utilisation des services de santé est bas en RDC. La lutte contre certaines maladies comme la tuberculose, la lèpre et l'onchocercose a obtenu des résultats encourageants grâce à l'implication de la communauté tant dans l'identification des potentiels malades que dans le soutien aux personnes sous traitement. Le secteur de la Santé mettra à profit cette expérience réussie pour soutenir les PVVIH sous traitement. Seront notamment impliqués les associations à assise communautaires, les associations de PVVIH et les ONGs d'accompagnement.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Former les membres des OACs et ONGs en techniques et savoir-faire en matière de soutien psychologique, et superviser leurs activités
- b. Assurer la formation et les conseils en rapport avec l'alimentation à toutes les PVVIH et leurs familles
- c. Fournir un soutien nutritionnel aux PVVIH sous ARV
- d. Contribuer à l'autonomisation financière et sociale des PVVIH

12.4. AXE ATTENUATION DE L'IMPACT:

Visée stratégique : Atténuer l'impact négatif du VIH/SIDA auprès des individus, des familles et des communautés, en assurant les soins adaptés aux Personnes Affectées par le VIH (PAVIH).

- **Cadre de mise en œuvre :**

En collaboration avec les secteurs des Affaires Sociales, de l'Education, de la jeunesse et de la Défense, le secteur de la santé mettra en route un ensemble de mesures visant à assurer aux orphelins et autres PAVIH un bien-être qui puisse contribuer à atténuer le risque négatif du VIH auprès d'elles. La contribution du secteur de la santé dans ce domaine consistera à assurer à ces PAVIH des soins de santé adaptés à leurs besoins.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Offrir des services de soins gratuits ou fortement subventionnés aux orphelins et aux autres PAVIH
- b. Assurer l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans tous les services de santé des entreprises
- c. Mettre en place un cadre de promotion de l'emploi des PVVIH/PAVIH et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers elles au sein des formations sanitaires

12.5. AXE SERVICES DE SOUTIEN A LA LUTTE:

Visée stratégique : Assurer un soutien opérationnel à la lutte par (i) la production et la gestion de l'information stratégique et la surveillance de la maladie, (ii) l'offre des services de laboratoire, (iii) la gestion des approvisionnements et des stocks des médicaments et intrants, (iv) la Coordination de la lutte au sein du secteur de la santé, (v) et le développement des ressources humaines.

12.5.1. Domaine d'intervention numéro 1 : *Production, actualisation et gestion de l'information stratégique et VIH et du SIDA*

- Cadre de mise en œuvre :

La lutte contre le VIH/SIDA en RDC n'aura du succès que si les stratégies de lutte sont adaptées aux déterminants réels de la propagation, lesquels sont à la fois comportementaux, sociaux, médicaux et autres.

Le secteur de la santé s'emploiera, en collaboration avec les institutions de recherche et les universités pour produire l'information stratégique, la gérer et la mettre à la disposition des acteurs de la lutte.

- Interventions prioritaires :

- a. Mener des recherches annuelles de surveillance biologique sentinelle de l'infection à VIH auprès des femmes enceintes
- b. Mener des recherches annuelles de surveillance de la résistance aux médicaments du SIDA et de leurs effets indésirables
- c. Mener des recherches biennales sur les déterminants comportementaux, socio, et économiques de la propagation
- d. Mener des recherches biennales sur l'impact économique du VIH/SIDA sur la vie des ménages
- e. Mener des recherches triennales d'actualisation de la carte étiologique de l'infection à VIH en RDC
- f. Suivre, évaluer et diffuser la réponse du secteur de la santé
- g. Développer le sous système d'information du secteur santé

12.5.2. Domaine d'intervention numéro 2 : *Services de laboratoires nécessaires et adaptés à la lutte contre le VIH/SIDA*

- Cadre de mise en œuvre :

Le laboratoire est un des piliers importants de la lutte contre le VIH/SIDA en RDC. Les services de laboratoires sont utiles au dépistage/diagnostic de l'infection à VIH et d'autres infections opportunistes, aux examens d'éligibilité au traitement, au suivi biologique du traitement aux ARV, et comme soutien techniques aux études et autres recherches.

Le secteur de la santé organisera ces services de laboratoire, au profit de tous les acteurs de la lutte.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Organiser au moins 1 laboratoire équipé pour le dépistage/diagnostic du VIH et les examens de base d'éligibilité et de suivi du traitement aux ARV dans chaque ZS du pays
- b. Organiser au moins 1 laboratoire équipé pour les examens de base, et en plus au moins la charge virale dans chaque province du pays
- c. Renforcer le Laboratoire National VIH/SIDA et IST du PNLS ainsi qu'au moins 2 autres laboratoires du pays, et les équiper pour les examens de base, intermédiaires, et en plus de sensibilité aux ARV.
- d. Intégrer les notions de VIH et sida dans le curricula de formation

12.5.3. Domaine d'intervention numéro 3 : *Gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et intrants*

- **Cadre de mise en œuvre :**

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST nécessite une quantité importante d'intrants et de médicaments. Principal utilisateur de ces intrants et médicaments, le secteur de la Santé s'assurera de la mise en route d'un train de mesures visant la garantie de la qualité de ces intrants et médicaments, la sécurité de leur stockage et distribution, et leur gestion au niveau opérationnel.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Organiser le système d'assurance qualité des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH et le sida et les IST
- b. Produire et faire appliquer les normes et directives en matière de gestion des médicaments et intrants du VIH et du SIDA
- c. Mettre en place un comité national de sélection, de quantification, et de pharmacovigilance sur les ARV
- d. Formaliser la collaboration et la recherche impliquant la médecine traditionnelle.

12.5.4. Domaine d'intervention numéro 4 : *Coordination de la lutte au sein du secteur de la santé*

- **Cadre de mise en œuvre :**

Le champ d'action du secteur de la santé dans la lutte contre le VIH/SIDA est vaste, et les intervenants sont nombreux. Pour pouvoir s'insérer efficacement dans le cadre multisectoriel et s'harmoniser avec les autres secteurs, le secteur de la santé mettra en place une coordination souple et active en son sein. Au centre de cette coordination se trouve le PNLS, qui interagira avec les autres programmes de lutte contre la maladie sous la houlette de la Direction centrale en charge de la lutte contre la maladie, et qui rendra compte au PNMLS, aux partenaires du secteur de la santé en la matière, et aux bailleurs de fonds. Le PNLS réalisera cette coordination notamment à travers la standardisation et des procédés, des qualifications et des techniques ; la supervision ; le renforcement des capacités des acteurs ; et le suivi et évaluation des activités et des résultats. Cette coordination sera optimale dans le cadre du renforcement global du système de santé.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Institutionnaliser le rôle de coordination des intervenants du secteur de la santé relevant du PNLS
- b. Produire les normes et directives relatives à la lutte qui ne le sont pas encore
- c. Diffuser toutes les normes et directives jusqu'au niveau opérationnel
- d. Assurer la présence d'un paquet complet d'activités de promotion de l'information utile, de la prévention, de la prise en charge, et de l'atténuation de l'impact dans chaque ZS.
- e. Assurer une supervision formative à tous les acteurs de lutte dans le secteur de la santé
- f. Offrir un cadre de formation, de recyclage et de stages à tous les acteurs de lutte
- g. Produire et diffuser sur une base annuelle un rapport d'activités de lutte du secteur de la santé

12.5.5. Domaine d'intervention numéro 4 : *développement des ressources humaines*

- **Cadre de mise en œuvre :**

La mise en œuvre des diverses interventions de lutte contre le VIH/SIDA, particulièrement celles relevant du secteur de la santé, nécessite l'implication des ressources humaines compétentes, formées et régulièrement recyclées, et en nombre suffisant.

Le secteur de la santé s'assurera des services d'une telle main d'œuvre en en assurant la formation et la qualification, le maintien au poste, et le recyclage régulier.

Pour la formation, le secteur collaborera avec des institutions nationales spécialisées dans la formation des cadres, notamment les Ecoles de Santé Publique, et des institutions internationales.

Le maintien en poste du personnel formé nécessitera la mise en œuvre d'un train de mesure de motivation et d'incitation.

- **Interventions prioritaires :**

- a. Dresser et mettre en œuvre un Plan de développement des ressources humaines utiles à la lutte contre le VIH/SIDA au sein du secteur de la santé
- b. Identifier et mettre en œuvre toutes les mesures à même d'assurer le maintien en poste du personnel formé, notamment les mesures d'incitation et de motivation
- c. Arrêter et mettre en œuvre une feuille de route pour le recyclage régulier des prestataires
- d. Organiser et participer aux rencontres d'échanges d'expériences nationales et internationales.

CHAPITRE XIII : BUT, OBJECTIFS STRATEGIQUES ET CIBLES ANNUELLES POUR LES 5 ANS

BUT

Contribuer à freiner la propagation de l'épidémie à VIH en RDC, et à atténuer son impact négatif sur les individus, les familles, les communautés, ainsi que le secteur productif dans les cinq prochaines années.

Objectifs globaux :

1. Offrir des services de prévention permettant d'éviter, d'ici fin 2012, 500 000 nouvelles infections à VIH sur l'ensemble du territoire de la RDC
2. Offrir un service complet de dépistage, comprenant le retrait des résultats et l'orientation, à 23 585 575 clients d'ici fin 2012
3. Assurer, d'ici fin 2012, la prise en charge aux ARV à 148 000 PVV éligibles à ce traitement
4. Produire chaque année, pendant les 5 ans, un rapport sur la quantité et la qualité des services offerts par le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH/SIDA

Objectifs spécifiques

D'ici fin 2012 :

1. Porter le Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus de 25,6 % à 60 %
2. Offrir les services de prise en charge correcte à 4 795 336 personnes présentant une Infection sexuellement transmissible
3. Assurer les services complets de PTME à 3 534 155 femmes enceintes
4. Assurer la qualification biologique pour 85 % de poches de sang transfusées à travers tout le pays
5. Offrir des services complets de dépistage à 23 585 575 personnes fréquentant les établissements de soins, et dans la communauté
6. Assurer une prise en charge aux ARVs de qualité, assortie lorsqu'applicable d'une prise en charge sociale et nutritionnelle, à 148 000 PVV éligibles

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">7. Mettre en place un réseau des services de laboratoire à même de soutenir l'action de lutte sur toutes ses facettes.8. Mettre en place un système intégré et efficace de gestion des approvisionnements et de stocks des médicaments et autres intrants utiles à la lutte9. Coordonner l'action de lutte dans le secteur de Santé. |
|--|

13.1. BUT

Contribuer à freiner la propagation de l'épidémie à VIH en RDC, et à atténuer son impact négatif sur les individus, les familles, les communautés, ainsi que le secteur productif dans les cinq prochaines années.

Le secteur de la santé est l'un des piliers de la réponse nationale face à l'épidémie du VIH/SIDA. Cette réponse est coordonnée dans tous les secteurs de la vie nationale par le PNMLS. Lors de sa création, le PNMLS a reçu comme le mandat de coordonner la lutte dans tous ses aspects. Le but de cette action globale de lutte coordonnée par le PNMLS est de freiner la propagation de l'épidémie à VIH en RDC, et d'atténuer son impact négatif sur les individus, les familles, les communautés, ainsi que le secteur productif.

Par son action, le secteur de la santé qui est la colonne vertébrale de la lutte contribuera à ce but.

13.2. OBJECTIFS GLOBAUX :

1. Offrir des services de prévention permettant d'éviter, d'ici fin 2012, 500 000 nouvelles infections à VIH sur l'ensemble du territoire de la RDC

La prévention des nouvelles infections est l'un des objectifs clés de la lutte. Les estimations et projections faites sur EPP/Spectrum sur la base des données de surveillance auprès des femmes enceintes font état d'une moyenne de 181 176 nouvelles infections annuelles attendues, avec un total dans les 5 ans de 908 830 infections.

La RDC a fait ses preuves dans la prévention des nouvelles infections à VIH, réussissant une relative stabilisation de l'épidémie les 5 à 10 dernières années. Les stratégies et les actions de prévention prévues dans le cadre de ce Plan visent à prévenir 500 000 nouvelles infections dans 5 ans, ce qui correspond à éviter 55 % d'infections attendues. Ces infections seront évitées notamment à travers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; la prévention de la transmission sexuelle du VIH par la gestion correcte des IST ; la qualification du sang à transfuser; l'adoption des attitudes et comportements conséquents après connaissance du statut sérologique ; et le changement de comportement suite à l'éducation continue de la population générale.

D'autre part, la mise sous traitement ARV d'un nombre de plus en plus croissant de PVV éligibles constituera également une mesure de prévention de la contamination des autres.

2. Offrir un service complet de dépistage, comprenant le retrait des résultats et l'orientation, à 23 585 575 clients d'ici fin 2012

Le rapport de la RDC à l'UNGASS 2008 mentionne qu'environ 10 % seulement des PVVIH de la RDC, et moins de 2 % de la population générale connaissent leur statut sérologique. Pour sa part, le rapport 2007 du PNLS note que l'activité de conseil et dépistage du VIH est présente dans 157 des 515 ZS du pays. La même année, un total de 525 centres de dépistages a été recensé dans tout le pays, dont 65,1% sont des CDV hospitaliers, et qui ont dépisté 155 087 clients.

Pour les 5 prochaines années, il est prévu à la fois l'extension, la diversification, et l'amélioration des services de dépistage. Ainsi, 2575 nouveaux Centres pour le dépistage du VIH seront implantés, dont 515 communautaires et 2060 hospitaliers.

Chaque Zone de santé couverte comptera au moins 1 CDV communautaire et 4 CDV hospitaliers. L'approche d'offre du dépistage évoluera aussi, car l'accent sera également mis sur le dépistage initié par le prestataire en milieu de soins.

3. Assurer, d'ici fin 2012, la prise en charge aux ARV à 148 000 PVV éligibles à ce traitement

Le traitement ARV offert aux PVV éligibles est l'un des volets de lutte contre le VIH/SIDA dans les quels la RDC est le moins avancée. Le rapport du pays à l'UNGASS 2008 note en effet que seuls 5 % de PVV éligibles au traitement ARV le reçoivent effectivement. Cette contre performance est due notamment à l'accès difficile aux services de santé ; à un nombre encore faible de prestataires (médecins, laborantins, pharmaciens et autres) ; à une distribution insuffisante et inégale des équipements, du matériel et d'autres intrants ; ainsi qu'à une couverture encore faible des Zones de Santé qui offrent ce service.

Pour les 5 prochaines années, l'offre d'un traitement ARV de qualité sera l'un des piliers clés de la lutte. Progressivement, les ZS seront pourvues en ressources humaines, matérielles et en équipements nécessaires à l'offre du traitement ARV. La gratuité du traitement et du suivi biologique assurera un large accès au traitement aux PVV éligibles de toutes les provinces du pays. Chaque ZS couverte comptera une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmier, laborantin, assistant social...), au moins deux laboratoires de dépistage du VIH, et au moins un laboratoire à même de réaliser des examens d'éligibilité au traitement et de suivi biologique. Les services de santé privés, communautaires et confessionnels seront mis à contribution. Par ailleurs, la promotion des

services sera assurée par l'implication des leaders communautaires et des relais. Ce qui permettra d'assurer un traitement ARV de qualité à 148 000 PVV éligibles dans les 5 ans.

4. Produire chaque année, pendant les 5 ans, un rapport sur la quantité et la qualité des services offerts par le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH/SIDA

La coordination de l'action de lutte englobe à la fois des activités de supervision, d'assurance qualité, de suivi et évaluation, et d'élaboration des normes et directives. Dans le cadre de la lutte au sein du secteur de santé, cette coordination est réalisée par le PNLS.

La surveillance épidémiologique de l'épidémie est aussi du ressort de l'entité de coordination sectorielle de la lutte. Dans le cadre de la RDC, cette surveillance continuera d'avoir aussi bien un volet biologique qu'un volet comportemental. Le volet biologique comportera aussi bien la surveillance sentinelle (annuelle) de l'infection auprès des femmes enceintes, la surveillance des groupes spécifiques, et les données des programmes de lutte contre la tuberculose, et de transfusion sanguine. Le volet comportemental consistera en des enquêtes bisannuelles BSS/BSS+, et 2 enquêtes triennales sur les indicateurs spécifiques du SIDA (EIS).

Certaines recherches seront également menées en vue d'améliorer la compréhension de l'épidémie et de ses déterminants. Il s'agira notamment de la mise à jour de la cartographie des sous-types du VIH circulant en RDC, des recherches opérationnelles dans chacun des volets de la lutte, et des recherches sur l'impact socio-économique de l'épidémie et/ou des actions de lutte.

Les résultats de toutes ces études et autres démarches seront présentés dans des rapports annuels d'activités rédigés par le PNLS. Ces rapports rendront annuellement compte des progrès dans la connaissance de l'épidémie et ses déterminants, ainsi que des succès obtenus à travers les services offerts.

13.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Porter le Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus de 25,6 % à 60 % d'ici fin 2012

Les connaissances exactes sur la transmission du VIH, les méthodes de prévention et le rejet des idées fausses constituent un préalable clé à la prévention des nouvelles infections. Depuis l'identification des premiers cas de SIDA dans le pays en 1983, la RDC a mené des campagnes de sensibilisation de masse, avec l'implication des médias tant publics que privés. Ces 5 dernières années, la communication interpersonnelle a aussi été utilisée, notamment par la pair-éducation. Toutefois, ces actions se sont limitées pour la plus part dans les grandes agglomérations du pays.

Une des caractéristiques actuelles de l'épidémie à VIH en RDC est sa juvénilisation. Il y a quelques années, la prévalence du VIH auprès des femmes enceintes de moins de 24 ans était à peine supérieure à 1%. En 2006, cette prévalence était pratiquement identique à celle de l'ensemble de femmes enceintes âgées de 15 à 40 ans (3,5 contre 4,1%). Des programmes de prévention spécifiquement adressés aux jeunes ont été mis en route, avec diverses stratégies dont l'éducation par les paires, l'éducation à la vie, etc.

Les efforts de prévention ciblant les jeunes consistent aussi bien en des campagnes de sensibilisation, des programmes d'éducation par les paires, et des centres d'information dédiés aux jeunes. Le pays projette d'étendre l'expérience de centres d'écoute et de conseils adressés aux jeunes, qui a porté des fruits dans la capitale, à d'autres provinces. A coté de ces stratégies de routine et de renforcement des capacités, le pays a expérimenté avec succès l'apport de rencontres périodiques des jeunes autour de la question de VIH/SIDA.

C'est dans ce cadre qu'il faut noter la Conférence Nationale des jeunes sur le VIH/SIDA, un forum à vocation annuelle qui a commencé en 2004, mais qui n'a eu qu'une seule occurrence, faute de moyens financiers. Enfin, plusieurs organisations des jeunes ou d'encadrement des jeunes sont renforcées en capacité de communication sur le VIH/SIDA & IST, et en moyens d'intervention.

Afin de rendre compte des efforts nationaux dans le domaine d'information et de sensibilisation vis-à-vis de l'infection à VIH, les connaissances des jeunes âgés de 15 à 24 ans seront mesurées sur une base annuelle.

Tableau 7 : L'évolution et les projections en rapport avec cet aspect de la lutte sont résumées ci-dessous :

Indicateur (données)	Base (Année)	2008	2009	2010	2011	2012
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	25.6%/B SS/ 2006	30,0%	40,0%	50,0%	55,0%	60,0%

Pour réaliser cet objectif, le secteur de la santé cherchera à atteindre les principaux résultats suivants :

- 104 780 000 personnes touchées par le message de sensibilisation dans la communauté, en 5 ans. Ce chiffre représente la somme des personnes touchées par le message par an pour les 5 ans. Des personnes touchées par le message des années de suite seront donc comptabilisées autant de fois.
- 5 445 336 utilisateurs de services et personnes travaillant dans les institutions de santé touchés par le message de sensibilisation en 5 ans. Le secteur de la santé mettra en œuvre un ensemble de mesures pour assurer l'accès à l'information et à la sensibilisation à toutes les personnes y travaillant, ainsi qu'aux utilisateurs de services de santé, quels qu'ils soient.

2. Offrir les services de prise en charge correcte à 3 688 720 personnes présentant une Infection sexuellement transmissible d'ici fin 2012

La prévention et la prise en charge correcte des infections sexuellement transmissibles est déterminante pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH. En RDC, la prévalence de la syphilis auprès des femmes enceintes a été estimée à 4,2 % en 2006, tandis que les estimations faites sur RNM font état d'un total de 8 542 432 infections sexuellement transmises attendues pour de 2008 à 2012.

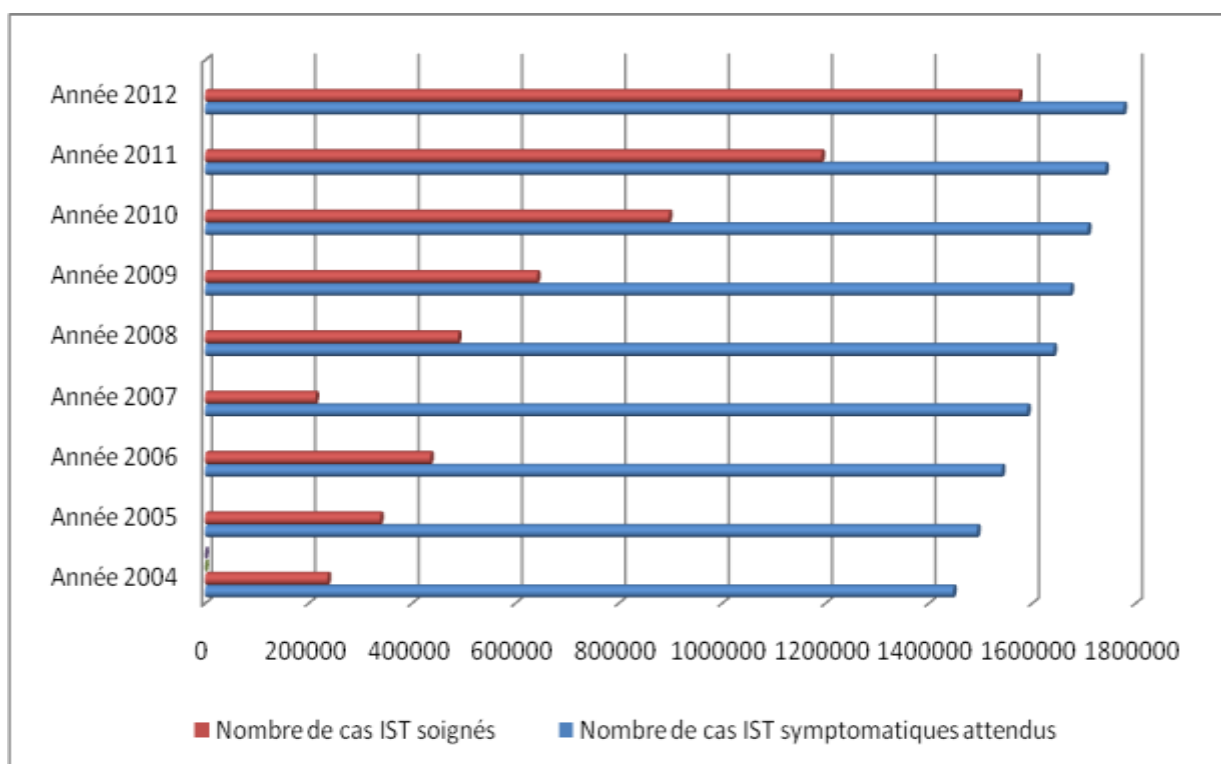
La couverture croissante des ZS en services de prévention et prise en charge correcte des IST (formation du personnel, approvisionnement en médicaments et autres intrants, supervision, appui au rapportage des cas), permettra d'identifier, orienter et soigner 3 299 023 cas d'IST, comprenant les conjoints et autres contacts sexuels.

L'expérience de la RDC en la matière a prouvé que des telles performances peuvent être atteintes. En effet, les rapports annuels 2004, 2005, 2006 et 2007 du PNLS montrent un nombre moyen d'IST prises en charge par an de 306 100, pour un total de 244 (sur 515) ZS couvertes. Hormis l'année 2007 qui a enregistré une contre performance due à une rupture de stock des médicaments dans plusieurs centres de prise en charge, on note une allure régulièrement croissante du nombre de cas d'IST prises en charge. Dans le cadre de ce plan, il s'agira de consolider la prise en charge dans les centres qui l'organisent déjà, et de l'étendre à d'autres centres de la même ZS, ainsi qu'aux ZS non encore couvertes. Au terme des 5 années que couvre ce Plan, toutes les ZS du pays seront couvertes en services de prévention et de prise en charge des IST. Dans chaque ZS couverte, au moins 4 structures de soins dont l'HGR offriront les services de prévention et de prise en charge des IST.

Concomitamment à l'accroissement du nombre de cas pris en charge, la qualité de la prise en charge sera également régulièrement améliorée. Ainsi, en 2012, 89% de cas d'IST symptomatiques seront soignés dans les établissements de soins, conformément aux directives nationales en la matière.

Ce faisant, le nombre de cas pris en charge augmentera constamment, tel que le montre la figure suivante.

Figure 12 : Nombre de cas d'IST pris en charge et notifiés, par an, par rapport aux besoins.



3. Assurer les services complets de PTME à 4 290 800 femmes enceintes

A l'état actuel des connaissances, la transmission verticale du VIH est à l'origine de 3 % de l'ensemble de contamination par le VIH en RDC.

Les données de la surveillance de l'épidémie auprès des femmes enceintes en 2006 montre que la prévalence de l'infection à VIH auprès des jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans est de 3,7 %. Ajoutées à la féminisation de plus en plus prononcée de l'épidémie, ces données soulignent toute l'importance d'offrir des services à même de réduire autant que faire ce peut la transmission verticale du VIH.

La problématique de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant est complexe. Elle concerne non seulement les gestantes et les parturientes, mais aussi les femmes en âge de procréer de façon générale puisque l'infection au VIH se fait dans la majorité des cas avant même que la femme tombe enceinte. Et même pendant la période d'allaitement, certaines femmes sont infectées par le VIH au cours de rapports sexuels non protégés. Ainsi en allant d'amont en aval, différents éléments seront être pris en compte pour réduire le risque de transmission verticale du VIH.

En RDC, la situation de la PTME est caractérisée par :

- l'incidence relativement élevée de l'infection au VIH chez les femmes en âge de procréer
- la faible capacité du système à limiter la survenue des grossesses chez les femmes séropositives
- la très faible capacité de détection et de prise en charge des femmes enceintes séropositives par le système de santé, due à un faible taux de fréquentation des CPN
- l'absence de prise en charge à long terme de la mère après l'accouchement dans la quasi totalité des structures offrant la PTME.

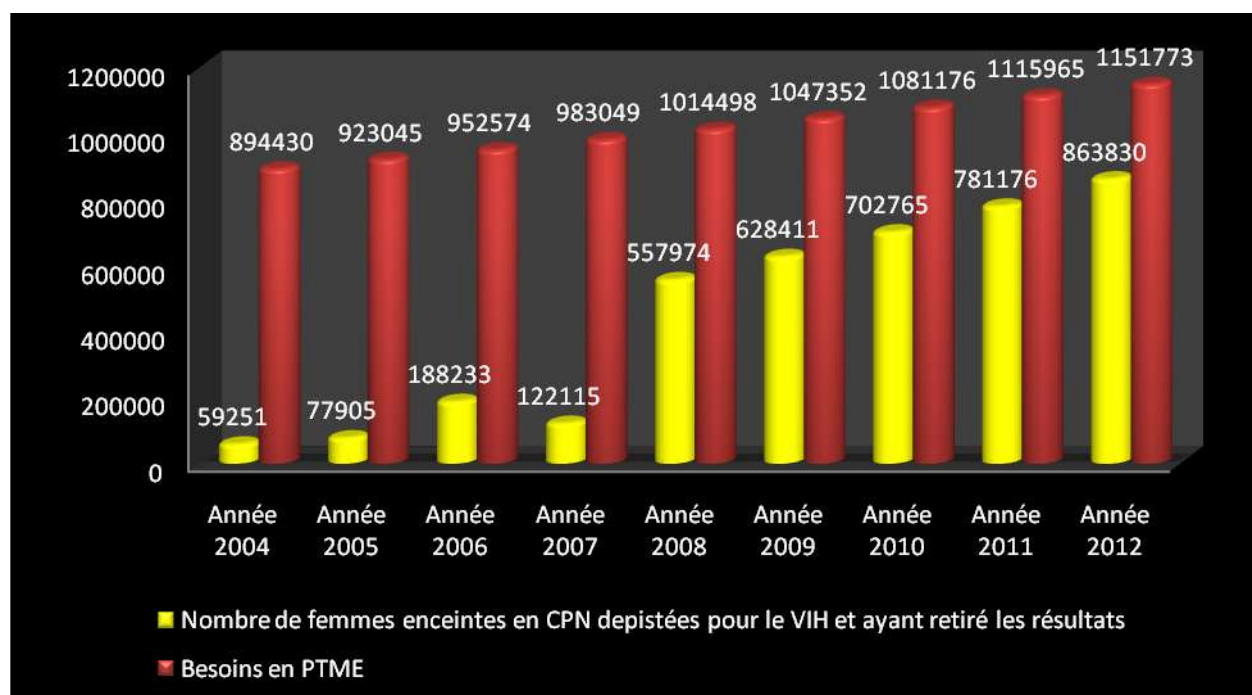
Le succès de cette intervention en PTME dépend donc des paramètres tels que :

- la réduction de l'incidence de l'infection au VIH chez les femmes en âge de procréer,
- la prévention de la grossesse chez les femmes séropositives au VIH,
- le dépistage volontaire à grande échelle, des femmes enceintes séropositives au VIH,
- la prise en charge médicale correcte des femmes enceintes séropositives au VIH au moment de l'accouchement,
- le choix d'un mode d'alimentation approprié pour le nouveau-né,
- la réduction de la stigmatisation et de la discrimination des mères séropositives au VIH,
- la dispensation de la trithérapie à un maximum de femmes enceintes et de mères séropositives au VIH éligibles.

Au terme de l'année 2012, toutes les ZS du pays seront couvertes en services PTME. Chaque ZS couverte disposera d'au moins 3 sites PTME.

La PTME constituera également une importante porte d'entrée pour l'identification et le recrutement des femmes et des enfants éligibles au traitement ARV.

Figure 13 : Evolution et prévision du nombre de femmes enceintes bénéficiant des services PTME en RDC



4. Assurer la qualification biologique pour 85 % de poches de sang transfusées à travers tout le pays

La transfusion sanguine constitue le principal mode de contamination par le VIH en milieu de soins en RDC.

Dans son rapport annuel 2007, le Programme National de Transfusion sanguine (PNTS) note que **235 945** transfusions sanguines ont été rapportées dans tout le pays, sur 450 000 attendues (soit une couverture rapportée de besoins de 52,4 %). Cependant, **2 652** de ces unités de sang transfusées n'ont été testées pour aucun des 4 principaux antigènes (dont le VIH). D'autre part, sur l'ensemble d'unités de sang transfusées pour lesquelles l'information sur le test a été rapportée, on note que 82,9 % ont été testées aux 4 antigènes. Sur l'ensemble des unités de sang testées, 13 % (soit près de 25 000 unités) ont été écartées de suite de la présence d'un ou de plusieurs marqueurs biologiques.

Pour les 5 prochaines années, des ressources seront déployées pour maintenir et consolider la couverture en unités de sang qualifiées pour les structures transfusantes qui y ont accès, et pour étendre la couverture à tous les établissements de soins du pays.

Au terme des 5 ans, les besoins en unités de sang du pays seront comblés à 80 %, et 85 % d'unités de sang transfusées à travers tout le pays auront été testées aux 4 principaux antigènes.

5. Offrir un service complet de dépistage, comprenant le retrait des résultats et l'orientation, à 18 477 550 clients d'ici fin 2012

La connaissance de son statut sérologique vis-à-vis du VIH sera considérée comme un véritable droit pour chaque congolais, où qu'il vive.

Pour ce faire, chaque ZS du pays sera pourvue des services de dépistage de l'infection au VIH, tant au sein des établissements de soins que dans la communauté.

Pour ce qui est des établissements de soins : 4 structures, choisies de telle sorte qu'ensemble elles totalisent au moins 50 % de la fréquentation des services de santé de la ZS, seront dotées chacune des ressources humaines, matérielles, logistiques et financières conséquentes pour initier le dépistage du VIH à auprès de toutes les personnes qui les fréquentent. L'amélioration de l'accès aux services de santé constituera un atout majeur pour ce type de dépistage.

Quant au dépistage dans la communauté, chaque ZS du pays sera dotée d'au moins 1 CDV communautaire, dont la tenue impliquera suffisamment les personnes vivant avec le VIH

6. Assurer une prise en charge aux ARVs de qualité, assortie lorsqu'applicable d'une prise en charge sociale et nutritionnelle, à 148 000 PVV éligibles

Sur le plan du traitement aux ARV, le plan national d'extension prévoit l'accréditation des centres de traitement (CT), de centres de référence (CR) et de centres d'excellence (CE).

Les centres de traitement sont par défaut tous les hôpitaux et hôpitaux généraux de référence, publics, confessionnels ou privés du pays. On y trouve des médecins prescripteurs d'ARV formés et reconnus comme tels par le Ministère de la Santé ; un laboratoire ayant l'équipement et un personnel formé pour le diagnostic, les examens d'éligibilité au traitement, et le suivi biologique des patients; et approvisionné en médicaments nécessaires pour prendre en charge les infections opportunistes et au moins la première ligne d'ARV. A terme, chacune des 515 Zones de Santé disposera d'au moins 1 CT.

Les Centres de références sont, eux, les hôpitaux provinciaux de référence et d'autres établissements de soins de même niveau. Ils prennent en charge les patients référés par les CT, pour suspicion d'échec thérapeutique et/ou de résistance au traitement. Ces centres sont équipés en personnels et matériels nécessaires pour confirmer l'échec thérapeutique, en gamme de médicaments permettant de varier le régime thérapeutique en cas de besoin.

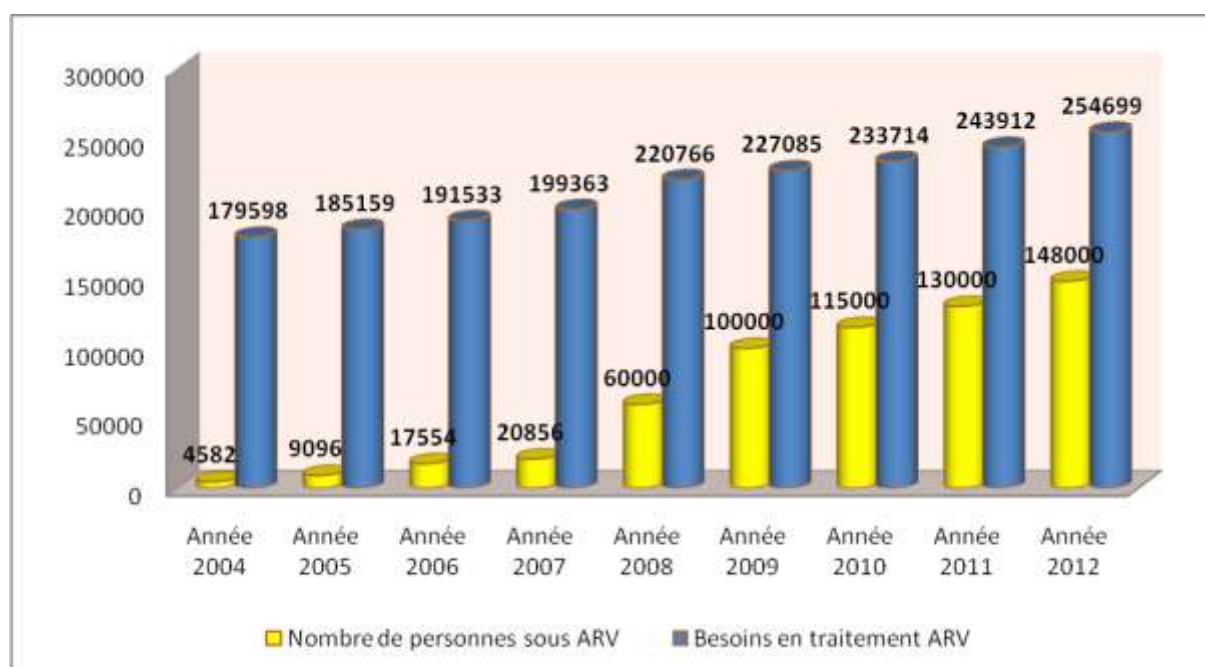
La RDC compte actuellement 11 provinces sanitaires, qui seront bientôt redécoupées en 26. Pour commencer, chaque province sanitaire sera dotée d'un centre de référence.

Dans le cadre du passage à l'échelle, les CR seront également mis à contribution pour commencer le traitement chez un nombre limité de patients naïfs.

Les centres d'excellence (CE) sont des établissements de soins de niveau tertiaire (universitaire ou hospitalo-universitaire). Ils ont la triple vocation de formation, recherche, et traitement (en particulier des cas référés). Ces centres sont localisés au niveau des hôpitaux universitaires, et des établissements de soins dépendant des (ou collaborant avec les) facultés de médecines des universités. Ils sont dotés des capacités nécessaires pour la gestion des cas résistants, le test de résistance et la gestion des données.

Le traitement aux ARV a commencé vers la fin 2002 dans les 2 plus grandes villes du pays (Kinshasa et Lubumbashi), mais il a fallu attendre la baisse drastique des prix des ARV génériques en 2004 et la proclamation de la gratuité des soins en 2005 pour enregistrer une remarquable remontée des PVVIH sous traitement ARV.

Figure 14 : Evolution et les projections des besoins en traitement ARV, ainsi que les prévisions programmatiques en cette matière.



7. *Mettre en place un réseau des services de laboratoire à même de soutenir l'action de lutte sur toutes ses facettes.*
8. *Mettre en place un système intégré et efficace de gestion des approvisionnements et de stocks des médicaments et autres intrants utiles à la lutte*
9. *Coordonner l'action de lutte dans le secteur de Santé.*

CHAPITRE XIV : BUDGETS ANNUELS POUR LES 5 ANS

CHAPITRE XII : BUDGETS ANNUELS POUR LES 5 ANS

Sur la base des objectifs programmatiques ci-dessus, les budgets annuels par axes de lutte ont été calculés en utilisant le “Resource Needs for HIV/AIDS : Model for estimating resource needs for prevention, care and mitigation (RNM)”.

Les coûts unitaires utilisés sont ceux ayant cours au moment de l'estimation, et donc sujets à évolution.

La base de calcul des chiffres du tableau suivant, ainsi que les coûts unitaires des biens et des services, sont à l'annexe ...

Tableau 8 : Ventilation des budgets annuels pour les 5 ans en million de dollars américains

Coûts des activités VIH/SIDA RDC	2008	2009	2010	2011	2012	PSN (2008-2012)
Prévention	110 388 335,8	121 730 886,1	141 882 983,8	159 004 415,4	177 226 910,3	710 233 531,4
Populations prioritaires						
Interventions centrées sur les jeunes	4 914 406,1	5 767 033,7	6 400 886,3	6 794 758,5	6 921 535,6	30 798 620,1
Travailleuses de l'industrie du sexe et clients	2 080 106,8	2 115 468,6	2 510 003,5	2 917 341,2	3 430 519,8	13 053 439,9
Travailleurs de l'industrie du sexe et clients	272 575,8	613 855,2	981 953,6	1 378 771,1	1 806 268,9	5 053 424,6
Lieu de travail	7 633 806,1	3 995 031,1	8 360 357,1	8 746 683,7	9 151 821,6	37 887 699,6
Consommateurs de drogues injectables	387 064,7	532 678,4	720 181,7	911 745,7	1 107 437,0	3 659 107,5
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	255 599,6	371 333,5	492 705,3	619 859,5	752 943,4	2 492 441,3
Autre population vulnérable 1	2 418 728,8	2 016 253,3	1 613 519,5	1 210 527,5	807 276,9	8 066 306,0
Prestation de services						
Fourniture de préservatifs	23 184 215,6	25 849 683,9	28 113 750,9	30 478 436,1	32 962 331,6	140 588 418,1
Traitement des MST	8 535 800,0	9 153 004,0	9 791 481,8	10 451 837,6	11 134 691,0	49 066 814,4
CTV	19 181 029,7	23 092 028,8	27 230 794,6	31 605 959,1	36 236 294,6	137 346 106,8

Coûts des activités VIH/SIDA RDC	2008	2009	2010	2011	2012	PSN (2008-2012)
PTME	18 853 671,9	23 423 942,9	28 621 708,2	34 478 123,7	41 015 441,3	146 392 888,0
Média de masse	500 000,0	433 333,3	366 666,7	300 000,0	233 333,3	1 833 333,3
Soins de santé						
Sécurité du sang	9 231 705,0	9 530 660,9	9 838 459,5	10 155 028,4	10 480 872,6	49 236 726,4
Prophylaxie post exposition	49 455,6	53 576,9	57 698,2	61 819,5	65 940,8	288 490,8
Injection sans risque	178 112,5	201 090,7	224 689,4	248 891,7	273 746,2	1 126 530,5
Précautions universelles	12 712 057,8	14 581 911,1	16 558 127,4	18 644 632,1	20 846 455,7	83 343 184,1
Services de soin et de traitement	137 809 818,1	138 973 275,3	176 441 592,3	203 082 364,9	231 827 058,8	888 134 109,5
Thérapie ARV	41 470 314,3	61 911 583,7	94 505 087,8	118 982 886,9	146 582 163,9	463 452 036,6
Soin et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	61 788 159,2	46 572 213,6	42 567 276,7	40 074 726,2	36 512 849,3	227 515 224,9
Examen diagnostique	132 486,8	331 216,9	529 947,1	728 677,2	927 407,4	2 649 735,4
Soins palliatifs	33 261 157,9	28 734 611,1	37 315 880,8	41 674 124,5	46 064 638,2	187 050 412,5
Formation aux soins ARV	59 000,0	59 000,0	59 000,0	59 000,0	59 000,0	295 000,0
Soutien nutritionnel	398 700,0	664 650,0	764 400,0	862 950,0	981 000,0	3 671 700,0
Tuberculose	700 000,0	700 000,0	700 000,0	700 000,0	700 000,0	3 500 000,0
Mesures palliatives	3 463 811,1	14 316 198,7	20 131 429,8	25 943 622,5	31 695 488,4	95 550 550,5
Éducation	-	4 160 832,2	5 659 563,4	7 175 832,6	8 693 835,6	25 690 063,8
Soutien sanitaire	1 648 782,0	2 728 914,8	3 778 198,3	4 828 050,5	5 867 185,9	18 851 131,6
Soutien familial/domestique	-	5 085 533,8	7 285 880,2	9 479 650,3	11 645 878,8	33 496 943,1
Soutien communautaire	859 268,7	1 659 194,2	2 449 148,3	3 224 678,5	3 979 279,2	12 171 568,8
Coûts d'organisation	955 760,3	681 723,7	958 639,5	1 235 410,6	1 509 309,0	5 340 843,2
<i>Sous-total</i>	<i>251 661 965,0</i>	<i>275 020 360,1</i>	<i>338 456 005,9</i>	<i>388 030 402,7</i>	<i>440 749 457,6</i>	<i>1 693 918 191,3</i>
Politique, administration, recherche, suivi et évaluation	11 752 613,8	12 843 450,8	15 805 895,5	18 121 019,8	20 582 999,7	79 105 979,5
Total Millions de USD	263 414 578,8	287 863 811,0	354 261 901,4	406 151 422,5	461 332 457,2	1 773 024 170,9

CHAPITRE XV : CADRE ORGANIQUE DE MISE EN ŒUVRE ET GESTION DU PARTENARIAT

La mise en œuvre de ce Plan est placée sous l'autorité du Ministre de la Santé. La coordination de cette mise en œuvre est du ressort du PNLS, qui en répond devant le directeur de la Direction de lutte contre la maladie, le Secrétaire Général à la Santé, et le Ministre. Tous les acteurs du secteur de la santé contribueront à la mise en œuvre du plan, et à l'atteinte des résultats prévus.

Conformément aux prescrits de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), qui est la pierre angulaire de la mise en œuvre de toute action en santé et de ce plan, toutes les interventions seront planifiées et coordonnées au niveau de la ZS, sous la houlette de l'équipe cadre de la ZS.

La mise en œuvre du plan participera également à la revitalisation des structures des ZS couvertes, appuiera la réorganisation du niveau intermédiaire et du niveau central, contribuera à la rationalisation du financement de la Santé en soutenant la constitution du panier commun de financement, promouvra le renforcement du partenariat intra et intersectoriel à travers les structures et les cadres de concertation, contribuera au développement et à la prise en charge des ressources humaines adaptées pour la santé, et financera la recherche en santé.

Tout ceci n'est possible que si l'action est organisée autour de l'ECZS, chaque acteur alignant son action dans le cadre du plan d'action d'une ZS, et harmonisant ses objectifs et ses méthodes d'intervention avec les autres acteurs.

Parmi les principaux acteurs (producteurs et consommateurs des services) dans le cadre de ce plan on peut citer :

- Les structures de prestation des soins et autres services (étatiques, confessionnelles ou privées)
- Le bureau central de zone de santé
- Le bureau de district sanitaire
- Le bureau provincial de coordination du PNLS
- La direction nationale du PNLS
- Le secrétariat général et le cabinet du ministre
- Le PNMLS
- Les ONGs/Associations et leurs Forums
- Les bailleurs de fonds
- Les universités et autres agences de recherche
- Le CCM pour le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

- Les agences des Nations Unies
- Les autres ministères du gouvernement
- La presse
- Les associations des personnes vivant avec le VIH
- Les entreprises et autres privés
- Les confessions religieuses
- L'institut national des statistiques

Le PNLS coordonnera chaque année l'élaboration d'un plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA du secteur de la santé. L'élaboration de ce plan connaîtra la participation de tous les acteurs du secteur, et se fera à l'échelle provinciale avant d'être consolidée à Kinshasa. Le suivi des progrès dans la mise en œuvre du plan ainsi adopté, ainsi que l'évaluation de l'atteinte des résultats escomptés, seront réalisés dans le cadre des forums de concertation de tous les acteurs, également aux niveaux provincial et national.

La gestion de ce partenariat actif permettra au PNLS de planifier l'extension des services et des ressources dans le temps et dans l'espace.



Cérémonie de clôture de l'atelier de validation et d'adoption du PSN

CHAPITRE XVI : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Pour permettre au secteur d'apprécier ses efforts et de rendre compte de sa contribution à la lutte contre le VIH et le sida en RDC, le PNLS met en place un dispositif lui permettant de capter à temps, l'information dont il a besoin. L'ensemble de l'information à collecter répond au besoin de gestion du programme et de toutes les parties prenantes du secteur ainsi que du PNMLS.

Ce cadre décrit le dispositif qui sera mis en place pour suivre la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida dans le secteur santé et le calendrier des enquêtes pour collecter les informations. Il met également en relief le rôle des intervenants et partenaires dans la mise en œuvre du suivi et évaluation.

La description complète des indicateurs, des outils de collecte, le plan de diffusion des résultats et des procédures d'assurance qualité des données seront décrites dans le plan de suivi et évaluation et le guide de collecte des données qui accompagneront ce plan.

Unité de Suivi et d'Evaluation

Le suivi et évaluation de toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le pays sont organisés par le document national de suivi et évaluation du PNMLS. Dans le secteur de santé, le suivi et l'évaluation sont du ressort des structures du PNLS, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.

La responsabilité de produire l'information sur la mise en œuvre du plan stratégique relève, selon les dispositions actuelles, des divisions de suivi et évaluation et de surveillance. Cette dernière produit les données de surveillance biologique chez les femmes enceintes et celles auprès des sous populations à haut risque, de surveillance comportementale dans la population générale et dans les sous populations à haut risque, de la production des estimations et projections sur le VIH et le sida. Elle devra s'occuper également du suivi de la mortalité aux morgues sentinelles et de la surveillance des résistances. La division de suivi et évaluation est responsable de la production de l'information sur la mise en œuvre des activités, sur les prestations de services, et d'autres données sur la qualité et la couverture des services ainsi que des données pour le suivi des résultats et de l'impact autres que celles produites par la surveillance.

Au niveau central, la division de suivi et évaluation est composée d'un médecin santé publique, chef de division, d'un gestionnaire de la base des données et d'un chargé de la planification et du suivi des projets. La division de surveillance est composée d'un médecin santé publique, chef de division, le chef de services des enquêtes et le chef de service des données de routine. Au niveau provincial, la surveillance, le suivi et l'évaluation sont sous la responsabilité du médecin coordonnateur provincial du PNLS épaulé par un informaticien. Au niveau de la zone de santé, une personne est chargée de la

gestion des données notamment sur le VIH et le Sida sous la responsabilité du médecin chef de zone de santé.

A chaque niveau, un groupe de suivi qui se réunit (mensuellement au niveau de la zone), ou trimestriellement (au niveau de district, de la province et central). Ces groupes sont composés des prestataires des structures de santé ou des ONGs et associations des partenaires qui appuient les activités de lutte contre les IST/SIDA ainsi que les médecins chef de zone de santé, le médecin chef de district, le médecin coordonnateur provincial, le médecin chef du 4ème bureau, le chef de division suivi et évaluation, le chef de division de surveillance épidémiologique, le chef de division de la recherche, la direction de lutte contre les maladies, la direction de développement des soins de santé primaires, la DEP, le PNTS, du PNSR et la 2ème direction

Collecte et gestion de l'information

Les divisions de surveillance et de suivi et évaluation, chacune en ce qui la concerne coordonne la collecte, la saisie, l'analyse et la diffusion des données, elles assurent la mise à jour des données, le renforcement des capacités des partenaires en suivi et évaluation et établissent des rapports trimestriels et annuels. Les données de routine sont collectées et transmises à la division de suivi et évaluation du PNLS en suivant la pyramide sanitaire, c'est-à-dire de la structure de soins à la division de suivi et évaluation du PNLS en passant par le bureau central de la zone de santé et le bureau provincial de coordination du PNLS. Le partage de l'information entre les structures du même niveau ou avec un partenaire à la base n'est pas une entrave au bon cheminement de l'information d'un niveau à un autre. Avant d'être transmises, les données sont validées au cours d'une réunion de validation, réunion mensuelle au niveau de la zone de santé et trimestrielle au niveau provincial. Le circuit de l'information, allant de sa production à la diffusion et l'utilisation, est schématisé sur la figure 15.

Lors des visites de terrain, le niveau supérieur devra superviser et réaliser l'audit des données. Les enquêtes sont sous traitées avec les agences de recherche ; à cet effet la division concernée prépare les termes de référence, s'assure de la bonne sélection de l'agence de recherche, suit les activités sous traitées et s'assure du respect des termes de référence. La division de surveillance coordonne directement les passages de séro surveillance dans les maternités, cependant elle sous traite les autres activités dont est elle responsable. Les données des malades sous traitement ARV seront collectées et gérées de manière à assurer le suivi des cohortes dans le logiciel ARV Pro.

Comme décrit ci dessus, les composantes de suivi et évaluation sont :

La gestion des données de routine : il s'agit des données générées par les structures de prestation de services qui remontent en respectant la pyramide sanitaire (« SNIS VIH/SIDA »).

La surveillance épidémiologique : comprend la surveillance biologique et comportementale et la notification mensuelle de cas et décès de sida. La surveillance

La recherche : il convient de compléter la surveillance par des données de recherche pour comprendre les données de surveillance ou de routine. Elle permet de collecter certains indicateurs qu'on ne peut avoir par la gestion du programme, c-à-d les données de routine, par des études bien spécifiques. La recherche permet également de comprendre les moteurs de l'épidémie.

Tableau 9: cadre de résultats

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
Obj. SPécifique1	Porter le Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus de 25.6 % à 60 %		Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus, dans les ZS couvertes	25.6%/BSS/ 2006	30,0%	40,0%	50,0%	55,0%	60,0%	60,0%
	Résultat 1.1	la population générale, et en particulier les personnes pratiquant le métier de professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, ainsi que les jeunes sont continuellement éduqués sur les moyens d'éviter l'infection au VIH	Nombre de personnes atteintes par le message de sensibilisation dans la communauté	5124644/PNLS/2007	15 600 000	18 200 000	20 800 000	23 400 000	26 780 000	104 780 000

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
	Résultat 1.2	les utilisateurs des services de santé sont continuellement conseillés sur la sexualité responsable	<i>Nombre de professionnels de santé et d'utilisateurs des services de santé atteints par le message de sensibilisation</i>	ND	619 216	772 096	1 026 896	1 322 464	1 704 664	5 445 336
Obj. SPécifique2	Offrir les services de prise en charge correcte à 4 795 336 personnes présentant une Infection Sexuellement Transmissible									
	Résultat 2.1	les personnes souffrant d'IST sont dépistées et soignées	<i>Nombre de cas d'infections sexuellement transmises soignés conformément aux directives nationales en la matière</i>	213432/PNLS/2007	489 216	642 096	896 896	1 192 464	1 574 664	4 795 336
			<i>Besoins (nombre de cas d'IST symptomatiques)</i>	RNM	1 641 500	1 674 330	1 707 817	1 741 973	1 776 812	8 542 432
			Couverture de besoins (%)		30	38	53	68	89	
	Résultat 2.2	les prestataires de soins des ZS couvertes offrent le traitement de qualité à tous les malades IST venus en consultation	<i>Proportion de cas d'infection sexuellement transmissible en consultation soignés conformément aux directives nationales</i>	ND	60%	65%	70%	75%	80%	80%

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
Obj. SPécifique3	Assurer les services complets de PTME à 3 534 155 femmes enceintes									
	Résultat 3.1	le dépistage du VIH est offert et fortement conseillé à toutes les femmes en consultation prénatale dans les ZS couvertes	<i>Nombre de femmes enceintes venues en CPN, et à qui un paquet complet de services PTME a été offert</i>	122115/PNLS/2007	557 974	628 411	702 765	781 176	863 830	3 534 155
			<i>Besoins (Nombre de femmes enceintes ayant besoin des services PTME)</i>	RNM	1 014 498	1 047 352	1 081 176	1 115 965	1 151 773	5 410 765
			<i>Couverture de besoins: Proportion de femmes enceintes venues à la CPN dans les ZS couvertes, à qui un paquet complet de PTME a été offert</i>		55	60	65	70	75	
	Résultat 3.2	le paquet complet de conseil, traitement ARV et autres mesures préventives nécessaires est offert à toutes les femmes enceintes dépistées séropositives pour le VIH	<i>Nombre de femmes enceintes séropositives qui ont bénéficié d'un paquet complet de conseil, traitement ARV et autres mesures</i>	ND	15 177	17 093	19 115	21 248	23 496	96 129

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
			<i>préventives.</i>							
Obj. SPécifique4	Assurer la qualification biologique pour 85 % de poches de sang transfusées à travers tout le pays		<i>Proportion, parmi les unités de sang transfusées, de celles qui ont été testées aux 4 principaux marqueurs biologiques</i>	65 % /PNTS/2007	80%	85%	90%	95%	100%	100%
	Résultat 4.1	les besoins en sang à transfuser du pays sont couverts par du sang testé par rapport aux 4 principaux marqueurs biologiques	<i>Proportion des besoins en unités de sang de transfusion comblés par des poches de sang qualifié</i>	35 %/PNTS/2007	50%	65%	75%	80%	85%	85%
	Résultat 4.2	les structures de soins transfusant disposent ou ont accès au sang qualifié	<i>Proportion de structures de soins transfusant dont 100 % de poches de sang transfusées étaient testées aux 4 principaux marqueurs</i>	ND	50%	65%	75%	80%	85%	85%
Obj. SPécifique5	Offrir des services complets de dépistage à 23 585 575 personnes fréquentant les établissements de soins, et dans la communauté		<i>Nombre de personnes qui ont bénéficié d'un service complet de dépistage du VIH, comprenant le retrait des résultats et l'orientation</i>	155087/PNLS/2007	3 511 500	4 096 750	4 682 000	5 267 250	6 028 075	23 585 575

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
			<i>Besoins (Nombre de personnes ayant besoin des services CDV)</i>	RNM	14 487 183	14 949 522	15 425 299	15 914 380	16 421 282	77 197 666
			<i>Couverture de besoins en CDV</i>		24	27	30	33	37	
	Résultat 5.1	les structures de soins des ZS couvertes sont renforcées en capacités de conseil et dépistage du VIH, et approvisionnées en intrants nécessaires pour offrir le DCIP	<i>Nombre de structures de soins offrant le DCIP</i>	ND	1 200	1 400	1 600	1 800	2 060	2 060
	Résultat 5.2	un CDV communautaire est fonctionnel dans chaque ZS couverte	<i>Nombre de CDV communautaires appuyés et fonctionnels</i>	ND	300	350	400	450	515	515
Obj. SPécifique6	Assurer une prise en charge aux ARV de qualité, assortie lorsque applicable d'une prise en charge sociale et nutritionnelle, à 148 000 PVV éligibles		<i>Nombre de personnes recevant actuellement un traitement ARV conforme aux directives nationales en la matière</i>	20856/PNLS/2007	60 000	100 000	115 000	130 000	148 000	148 000
			<i>Besoins en traitement ARV</i>	RNM	220 766	227 085	233 714	243 912	254 699	265 435

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
			Couverture de besoins en traitement ARV	5%/PNMLS/2007	27	44	49	53	58	
	Résultat 6.1	une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins est formée dans chaque ZS couverte pour la prise en charge intégrée du VIH/SIDA	<i>Nombre de ZS disposant d'au moins 1 équipe multidisciplinaire de prise en charge intégrée du VIH/SIDA</i>	180/PNLS/2007	300	350	400	450	500	500
	Résultat 6.2	les ZS couvertes sont régulièrement approvisionnées en médicaments ARV, IO et autres intrants utiles au traitement	<i>Nombre de ZS approvisionnées en médicaments et intrants pour le traitement ARV, et qui n'ont pas noté de rupture de stock de plus de 7 jours les 12 derniers mois</i>	ND	300	350	400	450	515	515
Obj. Spécifique7	Mettre en place un réseau de services de laboratoire à même de soutenir l'action de lutte sur toutes ses facettes									
	Résultat 7.1	Les ZS couvertes sont approvisionnées en Kits de dépistage du VIH, et en kits de prise en charge des accidents d'exposition au	<i>Nombre de ZS dont au moins 3 structures de soins sont approvisionnées kits de dépistage du VIH, et n'ont pas noté de rupture de stock</i>	ND	300	350	400	450	500	500

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
		sang potentiellement contaminé	<i>de plus de 7 jours les 12 derniers mois</i>							
			<i>Nombre de ZS dont au moins 3 structures de soins sont approvisionnées kits de prise en charge des AES, et n'ont pas noté de rupture de stock de plus de 7 jours les 12 derniers mois</i>	ND	300	350	400	450	500	500
	Rés ultat 7.2									
Obj. Spécifique8	Mettre en place un système intégré et efficace de gestion des approvisionnements et de stocks des médicaments et autres intrants utiles à la lutte									
	Rés ultat 8.1	Un cadre de concertation, présidé par le Ministre provincial de la santé, chargé de suivre les approvisionnemen ts, les stocks, et d'assurer la qualité des médicaments et autres intrants VIH/SIDA, est fonctionnel dans chaque province	<i>Nombre de provinces dotées d'un cadre de concertation chargé de suivre les approvisionneme nts, les stocks, et d'assurer la qualité des médicaments et autres intrants VIH/SIDA, qui est fonctionnel</i>	0	4	10	15	20	26	26

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
	Résultat 8.2	Un cadre de concertation, présidé par le Directeur du Programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels, chargé de suivre les approvisionnements, les stocks, et d'assurer la qualité des médicaments et autres intrants VIH/SIDA, est fonctionnel au niveau central	<i>Nombre de réunion du Comité national dont on a la preuve que les décisions prises ont été suivies et ont influé sur la gestion des médicaments et autres intrants de lutte</i>	0	12	12	12	12	12	60
Obj. Spécifique9	Coordonner l'action de lutte dans le secteur de Santé									
	Résultat 9.1	Elaborer, diffuser et vulgariser les documents intégrés de formation des équipes du CS, de la ZS et de la province sur la mise en œuvre du paquet d'activités de lutte contre le VIH/SIDA à chaque niveau	<i>Nombre de ZS disposant des kits de documents intégrés de formation</i>	ND	300	350	400	450	500	500
	Résultat 9.2	Produire chaque année, pendant les 5 ans, un rapport sur la quantité et la qualité des	<i>Nombre de rapports annuels produits</i>	1	1	1	1	1	1	5

Logique de l'intervention	Objectifs et Résultats		IOV	Base/Source/ Année	2008	2009	2010	2011	2012	Total/ final
		services offerts par le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH/SIDA								

Tableau 10 : Liste des enquêtes à réaliser de 2008 à 2012

<i>Enquêtes</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Exécutant</i>	<i>Division responsable</i>	<i>Responsabilité institutionnelle</i>
Sérosurveillance	Annuelle	BPC	Surveillance	PNLS
BSS+	Biannuelle	Agence de recherche	Surveillance	PNLS
EIS	5 ans	Agence de recherche	Suivi et évaluation	PNMLS
EPS	5 ans	Agence de recherche	Suivi et évaluation	PNLS



Se permettre de rêver d'une génération sans sida...

ANNEXE

BUSINESS PLAN

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère du Plan, Document Stratégique de Croissance de réduction de la pauvreté
2. Ministère de la santé, Stratégie de renforcement du système de santé, juin 2006
3. Ministère de la santé, Normes de zones de santé 2002
4. PNLS, Plan stratégique national de lutte contre le VIH et sida de 1999 à 2008
5. PNLS, La politique nationale SIDA
6. PNLS et ESP, Les rapports BSS
7. PNLS, Rapports d'activités 2005, 2006 et 2007
8. PNLS, Rapports de sérosurveillance 2003, 2004, 2005, 2006
9. PNLS, Rapports d'estimations et projection 2005 et 2006
10. PNTS, Plan directeur de sécurité transfusion
11. PNLS, Plan de passage à l'échelle PTME et soins pédiatriques
12. CCM, Soumission au 3^{ème} round du Fonds mondial
13. CCM, Soumission au 7^{ème} round du Fonds mondial
14. PNLS et ESP, Aperçu sur l'évolution des indicateurs du VIH/sida de 2004, 2005, 2006
15. PNLS et ESP, Rapport des états de lieux de la réponse du secteur de la santé face au VIH/sida
16. PNMLS, Rapport national sur l'épidémie en 2006, décembre 2007
17. PNMLS, Cadre de suivi et évaluation
18. PNLS, Manuel de suivi et évaluation
19. Ministère de la santé, Plan d'actions de provinces pour l'accélération du paquet prévention, soins et traitement du VIH/sida en 2006
20. Ministère du Plan et Ministère de la santé, Rapport préliminaire EDS-RDC 2007
21. Rapport de l'ONUSIDA, 2007
22. PNMLS, « La feuille de route pour l'accès universel »
23. Les Plans sectoriels de la Défense, Jeunesse, Intérieures, Enseignement primaire/secondaire/universitaire, agriculture
24. PNLS, Plan d'action de développement des laboratoires VIH/IST en RDC 2005-2009, Aout 2005
25. PNMLS, Politique nationale sur les préservatifs (draft)
26. PNLS, Rapport de l'évaluation de la prise en charge des PVV en 2006
27. PNMLS, Rapport sur la cartographie des interventions de lutte contre le VIH/sida financées par le MAP et le Fonds mondial, mars 2007
28. OMS, Guide du processus de planification de la réponse du secteur de la santé au VIH et sida
29. OMS, ONUSIDA et UNICEF, Vers un accès universel : rapport de situation, avril 2007
30. OMS, UNICEF, ONUSIDA et all, Guide de suivi et d'évaluation VIH/SIDA, TUBERCULOSE et PALUDISME, 2^{ème} édition, janvier 2006
31. ONUSIDA, Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/sida 1, 2, 3 et 4 ; 1998
32. Ministère de la santé, Document du cadre organique