



## Revue de performance du PSN VIH en RDC

### Contribution de Médecins du Monde (1) Vision stratégique

L'amélioration de la couverture des besoins en services de lutte contre le VIH/sida en RDC passera par un accroissement important des ressources qui lui seront consacrées. Cependant, l'optimisation de l'impact des interventions qui seront prévues dans le prochain Plan stratégique national repose sur les stratégies d'intervention qui seront adoptées par le pays. S'il y a, en RDC, un enjeu « quantitatif » évident à toute action de plaider sur le VIH/sida – qui doit viser à accroître la couverture en services de prévention, de dépistage, de traitements et de soins – l'enjeu qualitatif lié aux stratégies d'intervention qui sont développées dans ce but est tout aussi majeur.

**Nous savons en effet aujourd'hui quelles sont les stratégies d'intervention qui permettent d'envisager la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au VIH et au sida chez les individus, mais aussi celle de l'incidence et ainsi, à terme, on l'espère, de la prévalence dans les populations. Ces stratégies ne sont pas en vigueur dans le pays ; ce sont donc celles dont il est pertinent de soutenir l'adoption et la mise en œuvre dans la politique nationale.**

Il n'est pas stratégique de plaider pour un plus fort engagement financier des autorités nationales et des bailleurs sans considérer la nature des politiques promues et mises en œuvre ainsi que leur impact sur la dynamique globale de l'épidémie dans le pays. En effet, si la RDC accuse un retard important en matière de taux de couverture, elle ne s'inscrit par ailleurs pas dans une vision « actuelle » de la riposte : en matière de politiques et de stratégies développées, elle doit ainsi également travailler à combler l'écart avec les priorités affichées au niveau mondial.

*Considérant ces éléments, il apparaît que les stratégies à promouvoir sont celles qui peuvent faciliter l'identification précoce des PVVIH ainsi que leur accès aux traitements et leur maintien durable dans les soins, dans le respect des droits des personnes, dans le but de réduire la mortalité et la morbidité et d'agir sur l'incidence dans la population.*

### Paradigme de la lutte contre l'épidémie de VIH/sida en 2013

Les dix, et surtout les cinq dernières années, ont connu une réorientation des stratégies de lutte contre le VIH/sida à l'échelle mondiale. Elle est partie du constat qu'il existait une « épidémie cachée »<sup>1</sup>, et que l'on ne pourrait pas efficacement agir sur l'épidémie tant qu'une large proportion des personnes vivant avec le VIH/sida resteraient dans l'ignorance de leur statut. L'attention s'est ainsi progressivement focalisée sur la nécessité qu'il y avait à « trouver les séropositifs », à travers une approche du dépistage s'inscrivant dans une vision « traditionnelle » de la santé publique, qui contrastait avec les « modèles » jusque-là prédominants. Ce tournant opéré vers le dépistage comme enjeu clef d'une action déterminante sur l'épidémie – qualifié de « changement de paradigme dans la lutte contre le VIH/sida »<sup>2</sup> – a notamment vu la promotion de la « banalisation du dépistage » et d'une diversification de l'offre (dépistage mobile, communautaire, délocalisé, démedicalisé etc.). Avec la découverte de l'effet préventif du traitement antirétroviral (TasP, *Treatment as Prevention*), l'objectif est rapidement devenu de fournir le plus rapidement possible un accès aux traitements et aux soins aux personnes dépistées positives, afin de réduire leur charge virale et, partant, celle des communautés, dans un objectif de réduction de l'incidence. Cette stratégie de la lutte contre le VIH/sida poursuit explicitement une visée de « contrôle de l'épidémie ».

Le cadre global d'intervention qui découle de cette vision est désormais formulé dans le concept de « la cascade », qui se décline en « seek, test, treat and retain » :

- Seek : partir à la recherche des personnes vivant avec le VIH/sida, mettre en œuvre une démarche d'outreach ;

<sup>1</sup> De Cock K. et al, *Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century*, Lancet, 2002 Jul 6 ; 360(9326):67-72.

<sup>2</sup> Raguin G., *Politique VIH : changer de paradigme*, Transscriptases, n° 125, janvier 2006

- Test : offrir massivement le dépistage à toute la population, et prioritairement aux personnes des groupes les plus exposés aux risques vis-à-vis du VIH ;
- Treat : accompagner les personnes dans une démarche d'inscription dans le soin/la prise en charge et leur donner accès aux traitements ARV ;
- Retain : offrir aux PVVIH les meilleures conditions de suivi, qui facilitent leur inscription durable et leur maintien dans le soin et le traitement (de ce point de vue là, les conditions de prise en charge et les conditions de vie au sens plus large sont primordiales) et qui permettent *in fine* de maintenir leur charge virale VIH sous le seuil de l'indéfectibilité.

Pour que cette stratégie ait l'impact attendu, il faut colmater les « fuites » qui pourraient survenir – qui surviennent, la plupart du temps – dans les interstices de ces étapes : de la sensibilisation au dépistage, du dépistage aux soins, d'un suivi régulier sans traitement à l'initiation, de l'initiation à l'efficacité du traitement, enfin au maintien durable de cette efficacité, à travers une observance convenable. Autour de cette notion de « cascade » s'articulent ainsi les éléments-clé sur lesquels faire porter l'attention si l'on veut adopter une stratégie de « TasP ». On l'a dit, celle-ci peut modifier l'évolution de l'épidémie, puisqu'elle peut permettre de « casser la chaîne des transmissions », préserver des vies du poids d'une contamination, et agir sur l'incidence globale. Il convient en effet de rappeler que, dans les pays à ressources limitées, quand 1 personne accède au traitement antirétroviral, 2,5 se contaminent. On comprend, dans ce contexte, comment le traitement antirétroviral peut être un puissant outil d'action sur la dynamique de l'épidémie.

En 2010, l'ONUSIDA et l'OMS ont lancé l'initiative « Traitement 2.0 », une approche programmatique visant à rendre la thérapie antirétrovirale plus accessible, abordable, simple et efficace. L'objectif ultime est d'assurer et de maintenir un accès universel et de maximiser les effets préventifs du traitement. Le « Traitement 2.0 » compte cinq domaines d'action prioritaires interdépendants : optimisation des protocoles thérapeutiques, simplification du diagnostic, réduction des coûts, adaptation de la prestation des services et mobilisation des communautés. Le rapport 2012 de l'ONUSIDA, *Ensemble, nous mettrons fin au sida*<sup>3</sup>, revient sur les chantiers qu'il convient d'engager afin de mettre en œuvre des interventions dont les objectifs opérationnels rejoignent les enjeux du nouveau paradigme définis plus haut.

Le document rappelle le cadre mondial dans lequel on conçoit, considère et élabore la riposte mondiale au VIH/sida actuellement. Il présente non seulement des données sur l'état de la riposte mondiale, mais il est également un outil utile à la réflexion des acteurs sur les stratégies qu'ils peuvent s'approprier pour définir leurs interventions, en vue d'apporter les réponses les plus efficaces, celles qui ont le plus grand impact sur la dynamique de l'épidémie tout en préservant les intérêts et les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et en promouvant les droits des groupes les plus exposés et affectés par l'épidémie quand ceux-ci sont stigmatisés, discriminés ou marginalisés. **Dans la pertinence et l'efficacité de la réponse, il ne peut en effet pas être uniquement question d'enjeux biomédicaux, mais également d'enjeux sociaux et politiques, à commencer par celui des droits des personnes, qui sont une dimension essentielle de la réussite de la stratégie.**

La perspective désormais promue par l'ONUSIDA est la suivante : « L'avenir que nous voulons épouser l'approche du 'Traitement-Plus', qui consiste à étendre l'utilisation des médicaments antirétroviraux afin de prévenir et de traiter les infections à VIH et d'inclure les couples sérodiscordants, les femmes enceintes séropositives, les personnes ayant une numération élevée de CD4 et peut-être, à terme, tous les individus séropositifs. »<sup>4</sup> Les dernières recommandations de l'OMS concernant l'usage des antirétroviraux en matière de traitement et de prévention ont confirmé cette orientation.

### *L'enjeu des droits humains*

Dans nombre de contextes, « l'épidémie cachée » l'est en raison de la marginalisation sociale des personnes concernées. Ainsi, une autre implication de ce changement de paradigme consiste à donner un haut niveau de priorité aux « groupes de population les plus exposés aux risques vis-à-vis du VIH »<sup>5</sup> que sont souvent les usager-e-s de

<sup>3</sup> PP 21-26 pour un rappel sur l'initiative « Treatment 2.0 ».

<sup>4</sup> « Ensemble, nous mettrons fin au sida », rapport 2012 de l'ONUSIDA

<sup>5</sup> « Highly-exposed populations » ou MARPs, « Most-At-Risk Populations »

drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes incarcérées et bien d'autres selon les contextes. Du fait d'une fréquente stigmatisation et/ou de discriminations légales, ces populations se trouvent dans des situations d'absence d'accès aux services de prévention, de dépistage et de soins, et dans un éloignement des dispositifs qui pourraient leur permettre d'y accéder. Ainsi, si l'on veut envisager mettre en œuvre ces stratégies d'intervention, il faut développer des programmes ou des dispositifs qui ciblent ces groupes de populations. Cependant, afin d'éviter que des politiques « agressives », voire autoritaires, de dépistage et de mise sous traitement soient menées – sous couvert de la santé publique et d'efficacité de la riposte – au détriment des libertés individuelles de ces populations exclues ou stigmatisées, il existe au sein de ce nouveau paradigme une forte dimension de défense des droits humains des personnes, dans le domaine du soin (anonymat, libre consentement...) mais aussi plus globalement.

## *Implications pour la République Démocratique du Congo*

*Vivre avec le VIH/sida en RDC, c'est :*

*Arriver tardivement aux soins : développer un sida et risquer de mourir, laisser répliquer le virus et risque de le transmettre*

*Ne pas accéder aux services de PTME : exposer son enfant au VIH*

*Devoir (souvent) payer pour les soins : devoir renoncer aux traitements et aux soins*

*Subir des discriminations liées au VIH<sup>6</sup>*

Le « changement de paradigme » en vigueur dans la lutte contre le sida depuis 2007 n'est pas une réalité en RDC. Il est important que le pays adopte de nouvelles perspectives dans le cadre même des stratégies actuellement élaborées. Il serait préjudiciable aux PVVIH et aux PA, en même temps qu'aux objectifs nationaux de riposte au VIH/sida, que le pays ne prenne pas le « virage mondial » qui a été décrit. Ce choix s'inscrit dans l'intérêt du pays car les messages liés à cette stratégie constituent de puissants leviers de plaidoyer potentiels : ils démontrent qu'avec de la volonté politique traduite en moyens financiers et en politiques publiques efficaces, il est possible de voir la situation s'améliorer à moyen-terme. La mise en œuvre efficace de cette stratégie suppose un engagement politique de haut niveau, qui se traduise par des mesures financières, administratives et parfois législatives ou réglementaires. **On sait désormais qu'il est coût-efficace d'investir beaucoup et tôt, et que ceci permet d'avoir un impact sur l'épidémie du sida. Il s'agit d'une opportunité historique d'inverser la courbe.**

**Les deux objectifs d'accroissement des ressources consacrées à la riposte et l'amélioration des politiques et des stratégies d'intervention s'articulent l'un à l'autre et fonctionnent ensemble : en accroissant les moyens, il sera possible de mener davantage d'actions et aussi d'en consacrer davantage à l'optimisation des stratégies ; en rendant les interventions plus efficaces et plus efficaces, on optimisera l'usage des fonds disponibles pour de nouvelles activités et on accroîtra les chances que les bailleurs investissent dans le pays.**

Le contexte actuel de la riposte au VIH/sida en RDC présente quelques signes positifs en faveur de ces évolutions : modification du protocole national de dépistage, perspective de changement de la stratégie de PTME ou possibilité donnée aux infirmiers de prescrire les ARV dans certaines situations. Si on cherche à évaluer la situation de la RDC en rapport aux éléments constitutifs du modèle de « la cascade », l'on peut avancer les éléments suivants :

*Seek : promouvoir une politique active de « recherche » de PVVIH, sensibiliser les professionnels de santé, mobiliser les communautés*

L'objectif d'en faire une priorité n'était pas, jusqu'à présent, à l'ordre du jour. Il convient d'instituer le dépistage « en routine » dans les lieux de soins, et de développer une politique active de recherche de PVVIH potentielles. Plusieurs éléments issus de l'expérience de soignants hospitaliers laissent en effet penser que l'on trouverait une proportion non négligeable de séropositifs dans les lieux d'hospitalisation. Entre autres initiatives, il pourrait donc être pertinent

---

<sup>6</sup> Voir les résultats de l'enquête Stigma Index 2012 mené par UCOP+

de promouvoir une approche de « dépistage-conseil à l'initiative des prestataires de soins », qui permettrait d'inscrire le dépistage du VIH dans la pratique des soins courants, et ainsi de démultiplier les opportunités de dépistage.

*Test : promouvoir et banaliser le recours au dépistage, diversifier l'offre, « routiniser » (DCIP) en population « générale » et en direction des groupes les plus exposés*

Le dépistage doit également devenir une priorité en RDC. L'argument selon lequel les antirétroviraux manqueraient pour les personnes qui seraient dépistées positives n'est pas toujours recevable. En effet, si l'accès aux traitements à la suite d'un dépistage est évidemment un enjeu majeur, il ne peut cependant pas justifier à lui seul de ne pas mettre la priorité sur le dépistage. D'une part, la proportion des personnes suivies mais non traitées est importante dans les files actives et chacun reconnaît l'importance d'être inscrit dans ce suivi, même sans traitement. D'autre part, la situation de « manque d'antirétroviraux » dans le pays est à nuancer. **En termes de couverture globale, il existe évidemment un cruel déficit ; cependant, des acteurs rapportent qu'il peut ne pas y avoir de « files d'attente visibles » dans les services, ou, parfois, qu'il n'y en a « plus ».** Il se trouve ainsi une situation de « rareté invisible », qui ne constitue pas un bon signe quant à la situation des personnes qui sont en besoin de traitement : sont-ils décédés ? « perdus de vue » ? dans l'ignorance de leur statut ? Dans certaines zones de santé, il n'y a tout simplement pas d'offre de soins liés au VIH.

Cette situation accroît la difficulté à rendre visible la pénurie de traitements, puisque sans politique de dépistage, les PVVIH restent dans l'ignorance de leur statut et ne peuvent être référés dans les centres de prise en charge. **De la même manière, à certains endroits du pays, les antirétroviraux sont disponibles mais ne sont pas utilisés, et parfois périment, ou doivent être détruits, car leur répartition géographique a été faite sans considération des besoins.** En l'absence de politique de dépistage, il n'est même pas possible de les re-déployer vers les zones où se trouveraient les personnes en situation de besoin. S'il est souhaité de prioriser une stratégie centrée sur le dépistage dans le contexte de la RDC, ceci ne peut se faire que si les besoins en matière d'accès aux traitements sont convenablement évalués.

*Treat : donner de meilleures molécules aux PVVIH, initier le traitement plus précocement, prévenir la TME (aller vers un régime de PTME « B+ »), produire nationalement des ARV ( ?)*

Les nouvelles recommandations de l'OMS devraient être adoptées dans le pays. Faut-il promouvoir une initiation plus précoce du traitement au sein des stratégies nationales ? Si oui, avec quels moyens pour assurer la prise en charge ? Il n'est pas certain que les ressources additionnelles du Fonds mondial permettent d'envisager d'aller plus loin que les recommandations OMS.

Il existe également des questionnements sur l'existant en matière de traitements, dans une perspective de « Treatment 2.0 ». Quel regard portons-nous sur les molécules employées dans le pays, via les programmes financés par le Fonds mondial en particulier ? **Quel sort faisons-nous à la revendication des PVVIH de la généralisation du tenofovir dans les combinaisons en vigueur ?** Quelle attention portée à la dimension « qualitative » des traitements fournis aux personnes ?

Quelle position également sur la question du développement d'une production nationale d'ARV ? Il s'agit d'un chantier ouvert il y a plusieurs années, et depuis abandonné, qui visait à ce que Pharmakina, entreprise basée à Bukavu et qui produit des traitements antirétroviraux génériques, puisse approvisionner le marché national, notamment au sein des programmes financés par les bailleurs internationaux. Il fallait cependant que les produits passent l'étape de pré-qualification par l'OMS, et pour ce faire 1 million de dollars était nécessaire. Considère-t-on qu'il s'agirait d'un chantier à rouvrir ?

*Retain : faciliter l'accès aux soins : gratuité, proximité, assurer un environnement favorable, accompagner dans la vie avec le VIH, promouvoir l'autonomisation des personnes*

Ici, il est en particulier question des conditions de prise en charge – mais aussi et plus globalement, des conditions de vie – et d'accessibilité (financière et géographique) aux soins notamment, mais aussi d'accompagnement « psychosocial », de réseaux d'entraide etc. **c'est-à-dire de toutes les conditions à réunir pour permettre aux**

**personnes de se maintenir durablement dans une démarche de soins.** Y compris celle d'une présence communautaire forte, au sein et autour des centres de prise en charge, et aussi plus largement « dans la communauté ». Quelle place sera faite aux dispositifs communautaires de dépistage ou d'accès aux traitements et aux soins. La question est notamment soulevée à l'occasion de la décentralisation de la PEC du VIH dans les zones de santé de Goma et Karisimbi : les organisations de PVVIH réclament des autorités la présence pérenne d'intervenants communautaires, chargés en particulier de missions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des personnes dans le soin.

L'enjeu du maintien dans le soin soulève ainsi la question des modèles de prise en charge en vigueur et qui sont promus par les acteurs. **De nombreuses expériences existent en matière de modalités de prise en charge du VIH, qui s'articulent notamment autour de la délégation de tâches des médecins à d'autres acteurs et/ou de la participation communautaire à la dispensation des traitements et des soins.** Quelle place pour des « modèles infirmiers » ? Quelle place pour des « modèles communautaires », qui prévoient la participation en 1<sup>ère</sup> ligne des organisations de PVVIH à la dispensation des traitements et des soins ?

### *Quelques questions centrales*

- Stratégie globale de la lutte : quelle position sur la stratégie dite de la « cascade » ? Ciblage du dépistage (communautaire, DCIP et CPN), accès rapide au test CD4, lien rapide entre test CD4 et mise sous traitement, bon suivi des PVVIH sous traitement et facilitation de leur vie, par exemple en les impliquant dans une démarche communautaire ?
- Modèles de prise en charge : quelle place pour les modèles « infirmier » et/ou « communautaire » ?
- Stratégies de prise en charge : quelle position sur l'enjeu d'une initiation plus rapide du traitement dans certains groupes de population (femmes enceintes, professionnel-le-s du sexe – dont les jeunes femmes du programme FDR, couples sérodifférents, les gays/HSH...) ?
- Stratégies de dépistage : quelle position sur l'enjeu d'une politique ambitieuse de dépistage, à la fois en population dite générale et vers des groupes ciblés ? Si l'on ne peut pas promouvoir le dépistage des personnes si l'on ne peut leur donner l'assurance de leur offrir un traitement, il est difficilement défendable de laisser des personnes s'épuiser à traiter des infections opportunistes et les voir en mourir sans avoir dressé de diagnostic. Outre le bénéfice individuel du traitement, essentiel, ces deux dernières questions amènent à penser l'enjeu d'offrir un traitement qui peut limiter la propagation du virus à davantage de personnes plus rapidement.
- Promotion et défense des droits humains : lutter contre les inégalités hommes-femmes, qui nourrissent l'épidémie ; prendre conscience de la stigmatisation et des discriminations et de l'importance de les combattre ; faire appliquer la loi de 2008 (notamment sur les discriminations dans les lieux de soins et les écoles) ; amender la loi portant protection des PVVIH qui pénalise la transmission « délibérée » du VIH ; inclure les populations les plus exposées aux risques du VIH/sida (professionnel-le-s du sexe, personnes incarcérées, hommes homo- et bisexuels notamment) dans les dispositifs de prévention, de dépistage et de soins.