

République Démocratique du Congo  
PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



## RAPPORT SYNTHÈSE DE LA REVUE DU PROGRAMME VIH EN RDC



**Dr Hugues Lago , consultant International**  
**Dr Jean Pierre KABUAYI, consultant National**

**Kinshasa, Aout 2013**

## Sommaire

1	Introduction.....	3
2	But et objectifs.....	3
3	Méthodologie.....	4
4	Principaux résultats (constats) et recommandations.....	5
4.1	Axe prévention : réduction de la transmission des IST et du VIH.....	5
4.1.1	Communication pour le changement de comportement ainsi que la prévention positive 6	
4.1.2	Accès aux préservatifs/gel lubrifiant.....	6
4.1.3	Conseil et dépistage volontaire.....	6
4.1.4	Populations clés.....	7
4.1.5	Dépistage et traitement des IST.....	7
4.1.6	Prévention de la transmission par voie sanguine.....	7
4.1.7	Prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant.....	8
4.2	Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement.....	8
4.2.1	PEC.....	9
4.2.2	Coinfection TBVIH.....	10
4.2.3	Laboratoire.....	10
4.2.4	Prise en charge Nutritionnel.....	10
4.3	Réduction de l'impact socio-économique du VIH et du sida.....	11
4.3.1	Réduction de l'impact économique du vih et sida.....	11
4.3.2	Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination : 12	
4.3.3	Prise en charge des OEV :.....	12
4.3.4	Genre :.....	13
4.4	Soutien à la mise en œuvre du PSN.....	13
5	CONCLUSION.....	16

# 1 Introduction

La RDC est un pays à épidémie généralisée. La prévalence du VIH varie en fonction de la source des données. Elle est de 3,5% selon les données de la séro-surveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles (en 2011) et de 1,1% selon les données modélisées fournies par l'enquête EDS (2007).

A ce jour, le pays a adopté les données de l'enquête EDS 2007 pour faire ses estimations et projections.

En guise de réponse de la situation de VIH, la RDC dispose d'un plan stratégique national en cours de mise en œuvre et couvrant la période de 2010-2014 et parallèlement à cela, les Plans sectoriels dont celui du secteur de la santé 2011-2015.

Le progrès actuel dans le monde sur la lutte contre le VIH conduisant à une réduction sensible de décès de plus de 20% entre 2006 et 2011, la volonté de l'élimination de la transmission mère et enfant dans une visée de réduire à moins de 5% la proportion d'enfants infectés parmi ceux exposés ainsi que la réduction de 50% de la mortalité maternelle liée au VIH.

La nouvelle approche de lutte se fonde sur l'objectif zéro de l'ONUSIDA, à savoir zéro nouvelle infection, zéro décès lié au VIH et zéro discrimination et stigmatisation liées au VIH, appelant l'ensemble des pays à conjuguer les efforts pour notamment, (i) faire accéder à une grande majorité des personnes le traitement antirétroviral, (ii) faire usage de protocole approprié pour l'élimination de la transmission mère et enfant avec l'accélération vers l'utilisation de l'option B+, (iii) la création d'un environnement propice à la réduction du risque de transmission du VIH, à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH et sida,...

Ainsi, à l'horizon de l'évaluation des objectifs du plan stratégique 2010-2014 et du degré de contribution à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement à échéance 2015, le pays vient de faire un état de lieux de son programme sida au terme des efforts de mise en œuvre de son plan stratégique susmentionné.

Les efforts consentis ces dix dernières années avec les appuis financiers des partenaires, notamment de la Banque africaine de développement, de la banque Mondiale, du Fonds Mondial, de PEPFAR, des Agences du Système des Nations Unies, des Coopérations bilatérales, etc., à la réponse nationale au sida ont été ainsi analysés.

Il s'agissait de faire une critique sur les résultats atteints par l'identification de goulots d'étranglement, d'adapter et orienter les stratégies au regard des priorités et garantir un partenariat ainsi qu'une collaboration toute azimut entre les parties prenantes en faveur d'une réponse concertée et dont les résultats les engageront tous.

C'était donc une opportunité de faire une analyse approfondie du programme dans son contour global, incluant aussi la question qui touche aux populations clés pour lesquelles la stratégie nationale définissait moins d'orientations claires sur la réponse à leur adresser en matière de lutte contre le VIH.

## 2 But et objectifs

Le but de la revue était de mesurer les performances du programme national de lutte contre le VIH/SIDA en RDC pour la période 2001 – 2012 avec un focus sur le plan stratégique national 2010-2014 en vue de faire les recommandations nécessaires à l'amélioration de ses performances à inclure dans le plan stratégique de la 3<sup>ème</sup> génération 2014-2017..

Les objectifs poursuivis étaient d'apprécier et de :

- 1° L'organisation et le fonctionnement actuel du programme ;
- 2° La couverture de l'offre de services de prévention, soins et traitement VIH, y compris la co infection VIH tuberculose
- 3° L'ampleur actuelle de l'épidémie à VIH et les tendances évolutives du VIH au cours des dix dernières années
- 4° Le Genre, les droits humains et l'équité dans l'accès aux services de prévention, soins et traitement VIH
- 5° Formuler des recommandations spécifiques pour améliorer les performances du programme à tous les niveaux ;

### 3 Méthodologie

La Revue des performances du Programme de VIH en RDC s'est déroulée de Mai 2013 en Aout 2013 en quatre phases: **(1) La Phase I** qui correspond à la planification et l'organisation de la Revue : il a été marqué par la mise en place du comité de pilotage de la revue. Ce dernier a permis aux différents acteurs et partenaires nationaux de s'accorder sur le besoin de la revue, de déterminer ses objectifs, d'identifier les ressources nécessaires et de développer un plan d'action. ce comité de pilotage multisectoriel regroupant les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH en RDC était sous la conduite d'un coordonnateur de la revue désigné par le 2<sup>ème</sup> vice-président de CNMLS. Le coordonnateur était assisté par un consultant international et national ainsi que 4 consultants nationaux pour les 4 groupes thématiques mis en place selon les axes stratégiques de PSN multisectoriel ; **(2) La Phase II** de la revue documentaire a permis de procéder à une évaluation thématique à partir de documents nationaux et de sélectionner les outils pour l'évaluation sur le terrain. 4 groupes thématiques ont été constitués selon chaque axe stratégique avec de sous-groupes et dirigé par un consultant national assisté par deux consultants appelés sous thématiques.

Il s'agissait :

- de collecter d'informations thématiques à l'aide de l'outil spécifique portant sur les cibles, de prestations de services, de programmes.
- d'analyser en groupe les indicateurs clés à l'aide de l'outil générique en vue de retracer l'évolution dans le temps en terme de réalisation ainsi que de dégager les forces, faiblesses, opportunité et menaces.
- d'intégrer les données des provinces ;
- de produire les outils de collecte des données pour la revue externe

Au niveau provincial le même processus a été fait. A l'issue de toutes ces analyses, un atelier de validation de ces rapports thématique avec la participations des parties prenantes s'est tenu aussi bien au niveau central que provincial ; l'analyse des dépenses financières engagées était faite en parallèle par une autre enquête qui versera les résultats dans le cadre de la revue. **(3) La Phase III** s'est déroulée du 26 juillet au 10 août 2013 sous forme de revue conjointe avec le concours des évaluateurs nationaux (du niveau central et provincial). Elle s'est basée sur l'analyse des rapports thématiques et des résultats des visites de terrain au niveau central, provincial, zones de santé et au niveau des communautés. Toutes les 11 provinces ont été évaluées dans les différents secteurs prioritaires de la lutte contre le VIH (santé, éducation, affaires sociales, genre et famille, justice, défense, média et communication, organisation communautaires et groupes spécifiques). Dans le secteur de la santé deux zones de santé ont été chois (une rurale et une urbaine). Dans chaque zone de santé un hôpital général de référence, deux centre de santé, deux structures de conseil et dépistage volontaire communautaire, deux organisations communautaire et les populations clés.

L'ensemble de ce processus s'est effectué suivant une approche participative garantissant un haut degré d'appropriation des acteurs impliqués à tous les niveaux (acteurs gouvernementaux, composante privée, société civile, organisations des PVVIH, partenaires internationaux, multilatéraux et bilatéraux) aussi bien pendant la revue documentaire, la restitution des observations des terrains que lors de l'atelier de consensus national.

La revue du programme VIH a bénéficié de l'appui de 12 Consultants internationaux venus de l'ONUSIDA, OMS, UNICEF, PAM, MSH, MSFB, PEPFAR... et 81 Consultants nationaux. Au total 11 provinces ont été visité, 24 ZS, 24 HGR, 21 CS, 13 CDV, 50 OAC, 4 organisations des populations clés, et les autres secteurs (éducation, justice, défense, communication, affaires sociales, genre et famille...), la présidence, la primature, les assemblées provinciales et nationales.

.....\$ ont été mobilisé sur 4.918.060.311,10\$ soit ...% au 31 décembre 2012

## 4 Principaux résultats (constats) et recommandations

### 4.1 Axe prévention : réduction de la transmission des IST et du VIH

Le plan stratégique multisectoriel a eu à développer quatre domaines d'action prioritaire :

- Le renforcement de l'accès aux services de prévention à risque élevé
- La réduction du comportement sexuel à risque dans les groupes vulnérables
- La réduction de la transmission du VIH par voie sanguine
- La réduction de la transmission de VIH de la mère à l'enfant

Les résultats attendus à l'échéance de plan stratégique est que

- 90% des professionnels de sexe utilisent les préservatifs
- 58% des populations mobiles et carcérale sont touché par le programme
- La réduction à moins de 10% de premier rapport sexuel à l'âge de mois de 15 ans (partant de 28%)
- 100% des victimes de violence sexuelles sont touchées par la prophylaxie post exposition
- 60% de la population utilise les préservatifs lors de rapports occasionnels
- Moins de 1% de transmission de VIH par le sang et les dons des organes
- Les femmes enceintes VIH+ sous ARV à 80%

La prévention de la transmission de VIH a été l'intervention la plus mise en œuvre en RDC dans la réponse nationale mais les résultats à ce jour ne sont pas satisfaisants avec des progrès manifestes dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Les radios couvrant plus le milieu urbain que rural.

Le pays a eu à développer les guides pour le conseil et dépistage, les messages sur le VIH, les boîtes à images, les panneaux et les affiches dans les grandes agglomérations...l'adoption des lois protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées ainsi que celle de la gestion et la prévention des violences sexuelles basées sur le genre . Le renforcement des capacités de personnels se fait avec les partenaires intervenant dans le secteur Tous ces documents doivent être adaptés pour y inclure les particularités de groupe spécifiques. Les approches communautaires suivant ont été utilisés diversement : les relais communautaires (VOSI), le SALT, Le TCE, la communauté championne sous forme de projet sans que cela soit une norme ou directive nationale.

Le CDV communautaire bien qu'encore disponible dans certaines zone de santé (fixe, mobile ou nocturne) ont été plus efficace moins efficient, font place de plus en plus au DCIP hospitalier réduisant ainsi leur utilisation à la population générale non malade.

Quelques projets ont été menés en directions des populations clés avec des résultats divers :

- L'organisation de la prise en charge des professionnels de sexes avec l'appui d'IMT/CDC/BM/MSFB dans la ville de Kinshasa aux Centres Matonge et Victoire, une bonne expérience pour le suivi de cette catégorie de la population. Les difficultés dans son fonctionnement et la vision de l'intégration de l'intervention dans les structures existantes présagent la fermeture lente mais sûre de ces deux centres.
- Le progrès santé sans pris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes avec la mise en œuvre de quelques cliniques de confiance.
- Les enquêtes CAP ont été réalisées dans le milieu carcéral sans pour autant améliorer les moyens de prévention (Dépistage, Préservatif, Prophylaxie Post Exposition).
- Les efforts manifestent sont visibles pour la réduction de la transmission par voie sanguine à moins de 1%. Parti de 3,5% en 2007, cette prévalence est en moyenne à 2,1% en 2012.
- La prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant a commencé en RDC depuis 1999 par l'administration de la dose unique à la Névirapine, suivi en 2010 par l'adoption de l'option A (AZT, AZT+3TC+NVP et AZT+3TC) couplé par la prophylaxie à la Névirapine chez le nouveau-né. La couverture aussi bien géographique que thérapeutique demeure faible.
- Elle est partie de 1,2% en 2007 pour atteindre 6,5% en 2012 avec 851 structures offrant la PTME sur 7520. Le PSN 2010-2014 s'est focalisé plus sur la prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant et la prophylaxie chez le nné des mères VIH positif.

- A ce jour, le pays a revu son protocole et va adopter le protocole pour le passage à l'option B+, un plan eTME est disponible pour la période 2012-2017 en rapport avec les 4 piliers : la prévention primaire auprès des jeunes femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH positive, la prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant, la prise en charge de la cellule familiale (traitement, soins, soutien)

#### **4.1.1 Communication pour le changement de comportement ainsi que la prévention positive**

Moins de 2% de la population sur 23.585.575 ont accès à l'information sur le VIH et se font dépister. Le pic atteint de 301.061 en 2009 n'est plus jamais atteint car redescendu à 187.881

Problèmes :

- Faible taux d'utilisation des préservatifs
- Accroissement de rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (21% actuel, valeur de départ 18% pour un objectif de moins de 10%)
- Insuffisance de stratégies spécifiques pour les jeunes (faible implication des jeunes ainsi que leur organisation)
- Régression de nombre de CDV communautaire (de 86 en 2009 à 59 en 2012)

Réponses :

Catégorisation des interventions en fonction des différents groupes des jeunes (Age, milieu de vie, niveau de scolarisation, genre)

#### **4.1.2 Accès aux préservatifs/gel lubrifiant**

On note une régression dans l'utilisation de 27% en 2008 à 14,9% en 2012

Sur 413680777 préservatifs prévus 341500127 préservatifs ont été distribué dont 12 715 046 préservatifs féminins

Problèmes :

- Faible utilisation des préservatifs
- Rupture fréquentes des préservatifs

Réponses :

- Garantir la disponibilité des préservatifs (marketing social, distribution communautaire, point de distribution dans les entreprises et secteurs)

#### **4.1.3 Conseil et dépistage volontaire**

Moins de 5% de la cible prévue de la population connaissent leur statut sérologique. Le nombre de CDV communautaire est en régression par manque de financement et ceux de CDV hospitalier en augmentation.

Les populations de grandes villes (villes) sont mieux servies que celles du milieu rural.

Problèmes

- Faible connaissance du statut sérologique
- Répartition inégale de CDV au pays

Réponses :

- Développer la composante publique
- Développer les composantes non gouvernementales (ONG et Entreprises)
- Implication de toutes les composantes (Disponibilité des Financements, Disponibilité des RH formées)

#### 4.1.4 Populations clés

La taille de cette population n'est pas connue, à ce jour dans 4 provinces (Bas Congo, Pro Orientale, Katanga et Kinshasa) :

- 19 876 professionnels de sexe identifiés parmi lesquels 1 707 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et 18 169 femmes.
- Les taux plus élevés ont été retrouvés chez les professionnels de sexe avec des niveaux allant jusqu'à 25% à Mbuji mayi.
- Les HSH ont de prévalences beaucoup plus fortes atteignant parfois 31%.

Pour les autres cibles il n'a y a pas des différences significatives avec la population générale.

Problèmes :

- Taille de la population non connue (Ampleur de plus en plus croissante des HSH)
- discrimination, la stigmatisation,
- le faible statut social et économique,
- la violence (viol, vols d'argent, arrestation arbitraire, proxénétisme)
- Faible couverture des interventions pour les populations clés (PS,HSH...)
- le faible accès aux services de santé
- Réticence des décideurs à répondre aux besoins des PS, HSH...

Réponses :

- La prévention dès l'entrée aux commerces de sexes
- La protection des professionnels du sexe et leurs partenaires
- L'assistance des professionnels de sexes pour l'offre des alternatives professionnelles au commerce de sexe
- Les domaines d'action prioritaire sont : le renforcement de la prévention des IST et du VIH sida, le renforcement des soins, traitement et soutien (intégration de leur prise en charge dans les structures existantes ou création de centre spécialisés), le partenariat avec les forces de l'ordre et les autorités politico administrative, l'autonomisation des PS, la réglementation du commerce de sexe

#### 4.1.5 Dépistage et traitement des IST

Problèmes :

- Incidence des IST élevé
- Rupture en intrant IST

Réponses :

- Approvisionnement en intrant et médicaments

#### 4.1.6 Prévention de la transmission par voie sanguine

Le résultat actuel montre un risque de transmission autour de 1,6% pour un objectif de moins de 1% (parti avec un risque de 2%)

Problèmes :

- Fidélisation des donneurs (baisse de donneur bénévole de 34% en 2011 à 32% en 2012)
- Faible accès au sang de qualité (coût, rupture de test pour certains marqueurs)
- Insuffisances des mesures de précautions universelles dans les FOSA

Réponses :

- Création de club de 25
- Amélioration de l'offre des services de prise en charge par l'intégration de la prophylaxie post exposition dans les structures sanitaires ;

#### 4.1.7 Prévention de la transmission de VIH de la mère à l'enfant

- 326.856 ont été testés sur les 2.576.800
- 4,417 mises sous ARV sur le 20577 (24% de la cible attendues 85737 soit 5%)

##### Problèmes

- Faible couverture géographique des interventions
- Insuffisance de l'implication des partenaires masculins
- Faible implication de la communauté
- Insuffisance en intrant et médicaments

##### Réponses

- Intégration de la PTME dans le service de SMNE
- Délégation des tâches aux autres prestataires
- Renforcer la participation communautaire
- Garantir les approvisionnements en intrant et TARV

#### 4.2 Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement

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 une mesure de prévention.

Les PVVIH de la RDC bénéficient des services de prévention et prise en charge des infections opportunistes et de la prise en charge aux ARV dans 280 ZS. Les services de la prise en charge nutritionnelle, les soins de fin de vie, ainsi que la prévention des comorbidités évitables par la vaccination se font encore sous forme de projets avec l'appui des partenaires.

Commencé sous forme de projet avec des molécules séparées et selon l'appréciation de chaque clinicien, la RDC a eu à élaborer les directives pour cette prise en charge pour uniformiser les schémas thérapeutiques avec les molécules de remplacement en cas d'intolérance. Un comité de prescription dans chaque hôpital devait statuer pour le démarrage de traitement, les médecins devaient être accrédités pour la prescription des ARV par un arrêté ministériel. Si l'exigence de l'arrêté n'est plus à l'ordre du jour, la prescription reste du seul ressort des médecins souvent non disponible dans la plupart des structures de prise en charge de l'arrière-pays.

Parti du schéma de STD+3TC+NVP suivi de celui de AZT+3TC+NVP, le pays est en voie d'adopter celui de TDF+3TC+EFV. Les guides pour la prise en charge des adultes, des enfants, de la coinfection TBVIH, l'accompagnement psychosociale, la prise en charge nutritionnel existent. Certains seront mis à jour au vu de l'évolution régulière dans le domaine de VIH.

Le schéma de la deuxième ligne est resté le même ddl+ABC+LPV/r.

Les besoins en couverture d'ARV sont variables d'année en année en fonction de l'estimation faite selon EPP Spectrum prenant en compte les données de la sérosurveillance. En moyenne 480.000 PVV auraient besoin des ARV chaque année.

Parti de 24.245 PVV sous ARV en 2008 soit 7%, à ce jour nous sommes à 64 219 PVV sous ARV soit, 15% avec au moins 60% des patients de sexe féminin ; les villes ayant une proportion importante que les milieux ruraux. Chaque année au moins 75% des nouvelles inclusions en traitement (10 à 11.000 PVVIH) sont adhérent. Il est impossible d'affirmer si la cohorte des patients de 2001 est toujours en vie par l'insuffisance des outils de suivi. MSFB avec plus de 25 années d'expérience au pays peut contribuer pour l'élaboration des directives nationales ainsi que les leçons apprises dans le projet avec l'Union pour le suivi des patients TBVIH et la distribution communautaire des ARV pour les patients stables.

Les enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce ne présagent pas un bon suivi des patients au vu des ruptures en médicaments ARV, le retard dans le réapprovisionnement des patients, d'où la possibilité d'émergence des virus résistants au traitement de première ligne. Actuellement 1035 PVV sont en traitement de 2ième ligne jusqu'en 2010.

La tuberculose est la première infection opportuniste parmi les PVV et aussi la cause de décès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La recherche de la tuberculose est encore timide (elle se fait sous



forme de projet avec l'Union, UNC..). L'intégration des mesures conjointes de lutte contre les deux affections à chaque niveau de la pyramide sanitaire s'avère indispensable pour une gestion efficace de la coinfection VIH/TUB car à ce jour seul 239 ZS semble avoir intégré les activités de la coinfection TBVIH sur les 516 ZS. Ainsi, il existe un groupe de travail VIH/TUB mise en place par arrêté ministériel, de même qu'il existe un guide de prise en charge, des outils de collecte des informations sur la coinfection VIH/TUB et des services VIH/TUB au niveau des deux programmes PNLT et PNLS au point que le % des co-infectés mis sous ARV a augmenté passant de 10% en 2010 à 40% en 2012. Cependant beaucoup de défis restent à relever dans cet aspect crucial. Il s'agit de l'inexistence des groupes de travail VIH/TUB au niveau provincial (là où ils existent ils sont peu fonctionnels) ; de la faible couverture des interventions (dépistage de la TB chez PVVIH 6,2%, test pour le VIH chez les tuberculeux 30%, couverture au co-trimoxazole 61% et en ARV 40%); de la rupture fréquente en intrants pour le dépistage du VIH, en ARV et en médicaments contre les infections opportunistes (IO) ; de la non application de la prophylaxie à l'isoniazide et des mesures de lutte contre l'infection dans les structures de prise en charge VIH et TB.

La prise en charge nutritionnelle a continué à être considérée comme une distribution des vivres aux PVVIH avec l'appui de PAM et UNICEF. Quelques enquêtes réalisées au pays montre que plus de 51.9 % de PVVIH sont malnutries à leur admission au traitement ARV dont 25 % d'entre elles viennent aux structures de prise en charge en état d'émaciation sévère contre 26.9% en état de malnutrition aiguë modérée. Après un appui nutritionnel d'au moins 3 mois ces indicateurs se sont améliorés !

Le pays vient de se doter d'un guide de la prise en charge nutritionnel en voie de vulgarisation.

En RDC, le diagnostic de l'infection à VIH se fait principalement dans les établissements de soins (88 % des centres de dépistage sont hospitaliers). Pour le dépistage, les directives prévoient l'utilisation des tests rapides indirects (détection des anticorps). Selon la stratégie, il est recommandé l'utilisation soit de deux tests rapides soit de trois tests indirects, différents par leurs principes et/ou préparations antigéniques. Là où c'est possible, la technique ELISA peut être utilisée, de même que la confirmation par Western blot ou LIA si nécessaire. Le diagnostic précoce de l'infection chez les enfants exposés se fait, dès la 6ème semaine d'âge, par la Technique de Réaction de Polymérisation en Chaîne (PCR/DNA) à Kinshasa jusqu'à ce jour bien que le pays prévoit sa réalisation dans 3 grandes villes du pays (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani)

Le pays compte 655 centres de dépistage du VIH, répartis dans toutes les provinces

Les capacités des services de laboratoires ne sont performants que s'il y'a un renforcement en équipements, en personnels compétents mais aussi en système d'approvisionnement de stockage et de distribution de réactifs, matériels biomédicaux et intrants de laboratoire satisfaisant. Le renforcement du plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4, charge virale plasmatique, bilan hématologique et biochimique au niveau des sites de prise en charge) devient une exigence pour une prise en charge de qualité

Le réseau de laboratoire est en cours d'extension et faiblement fonctionnel, la diversification de la tarification même avec les intrants reçu en don et le choix des équipements est fait différemment selon les fournisseurs avec tous les problèmes liés à la maintenance en lieu et place d'un parc identique

#### 4.2.1 PEC

- 64219 PVV sont en traitement sur la moyenne de 233000 éligibles soit 28%.
- 280 ZS avec 559 structures sanitaires offrent le TARV sur les 516ZS

##### Problème

- Faible couverture géographique ou non prise en compte de la population de 287ZS dans la lutte contre le VIH
- Faible proportion des PVV mis sous ARV (15%)
- Faible suivi de cohorte des patients sous ARV ou de maintien de PVV en traitement (enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce non systématique dans les structures de prise en charge)
- Diagnostic et traiter est-ce faisable en RDC ?

Réponses :

- Renforcement des capacités (formations spécifiques TB-VIH, Pharmacovigilance, nutrition, gestion des médicaments) par le tutorat et le stage dans le centre d'excellence
- Amélioration de la planification de l'intégration des activités VIH dans la ZS en tenant compte de la couverture de la population clés/vulnérables (stratégie fixe et avance)
- Initiation précoce de TARV auprès populations clés VIH+
- Implication des acteurs communautaires Vulgarisation de la loi sur la stigmatisation
- Renforcement du réseautage

#### 4.2.2 Coinfection TBVIH

- 6,5% PVV ont fait l'objet de la recherche de la tuberculose soit 4422
- 30% de tuberculeux ont été testé au VIH (sur les 100.000 tuberculeux annuellement)

Problèmes

- Comité ou groupe de travail non fonctionnel dans les provinces
- Non appropriation des activités TBVIH par les acteurs de la ZS (perception de l'activité comme un projet permanent)

Réponses

- Redynamiser le groupe de travail TBVIH dans chaque province
- Sensibiliser l'équipe cadre de la ZS pour l'appropriation de la lutte
- Intégrer le diagnostic et le traitement du VIH dans tous les CSDT/ le diagnostic de la TB dans les structures publique privées avec activités VIH
- Faire le suivi régulier chez les personnes infectées et sous ARV pour la détection de la TB
- Introduire les mesures contre la transmission de la TB dans les services de Santé) dans les centres de traitement ARV

#### 4.2.3 Laboratoire

- 655 centres de dépistage du VIH, répartis dans toutes les provinces (239 ZS) et 3 laboratoires national de référence

Problèmes

- Faible extension du réseau de laboratoire 30CS/625 CS/HGR
- Multiplicité des marques des équipements
- Diversité des prix des examens de laboratoire (suivi biologique)
- Equipements de labo non fonctionnels et insuffisants (réactif, formation techniciens, absence d'accréditation des laboratoires AQ/CQ ...)

Réponses

- Etendre le réseau laboratoire VIH en s'appuyant sur les structures existantes
- Elaboration d'un plan d'inventaire et de réhabilitation des équipements existants
- Rationaliser la mise en place des équipements de laboratoire en fonction de la structure, des ressources humaines et surtout de la file active des PVVIH
- Standardiser les équipements par niveau pour faciliter la maintenance
- Rédiger les procédures opératoires standardisées
- Subventionner tout le paquet de suivi biologique pour une meilleure PEC des PVVIH incluant le génotype de résistance même à l'initiation

#### 4.2.4 Prise en charge Nutritionnel

- 54% des PVVIH en traitement bénéficient d'une assistance alimentaire de la part de PAM en grande partie et de l'Unicef

Problèmes :

- Non intégration des aspects nutritionnels dans le paquet VIH dans les formations sanitaire
- 1. Insuffisance des ressources (matérielles, financières, humaines); 2. Indisponibilité du protocole national de PEC nutritionnel, 3. Non capitalisation des données existantes
- Insuffisance des fournitures d'une assistance alimentaire aux pvvh démunies

Réponses :

- Intégration de la PEC nutritionnelle dans le PMA, PCA (évaluation, conseil, soins, soutien nutritionnel...)
- Renforcement des capacités du personnel
- Impliquer davantage les PVVIH et les acteurs communautaires dans la lutte et la PEC nutritionnelle

### 4.3 Réduction de l'impact socio-économique du VIH et du sida

En rapport avec l'axe stratégique 3 relatif à la réduction de l'impact socioéconomique du VIH et du Sida, le plan stratégique en révision avait prévu comme visée stratégique ce qui suit : « Les PV VIH et les PA fragilisées économiquement par l'infection pourront acquérir l'autonomie financière et bénéficier d'une protection sociale, juridique et d'un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination » cela dans trois domaines d'action prioritaire suivant :

- la réduction de l'impact socio-économique du VIH et sida ;
- La promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) et des personnes affectées (PA) ;
- La prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV).

A ces trois domaines précités, il s'est ajouté le « **Genre** » qui était pris en compte dans le PSN 2010 - 2014 d'une manière transversale, sans être aligné comme domaine d'action prioritaire.

Le pays est doté de la loi n°08/011 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées, loi qui aurait dû favoriser toutes les catégories des personnes en besoin d'assistance d'accéder aux emplois et d'être protégées contre la précarité économique; cependant ladite loi rencontre d'énormes défis dans son application à cause de sa faible vulgarisation à tous les niveaux et à l'absence des mesures d'application pour sa mise en œuvre.

Certaines organisations ont réalisé des actions visant la création et la protection des emplois des PVVIH à travers leurs projets mais avec une faible couverture et une durabilité éphémère. Il s'agit à titre exemplatif des OSC regroupées au sein des faïtières, telles que le FOSI, UCOP+, CIELS, RENOAC, AMO CONGO, FFP, VORSI CONGO, RENADEF, PSSP, SWAA, TIFIE, APDEF, GETS, ELCOS, BATISSEURS, FONAFEM(min genre), CARITAS, etc.

Il est à noter que la plupart des AGR proposées ne tenaient pas compte des besoins spécifiques des PVVIH en financement, capacité de gestion, mais aussi du marché. L'apprentissage des métiers restait également limité aux techniques appropriées de courte durée par manque des ressources récurrentes.

A l'issue de la revue documentaire relative à la prise en charge des OEV, il ressort au niveau de la performance et de l'opérationnalisation des stratégies que le résultat atteint pour la prise en charge des OEV reste en dessous de la moyenne.

#### 4.3.1 Réduction de l'impact économique du vih et sida

Problèmes :

- Grande vulnérabilité socioéconomique des PvVIH
- L'insuffisance des centres de formation sur l'ensemble du pays
- Le paquet minimum des interventions non clairement défini
- L'absence de Plan d'action opérationnel issu de PSN de secteur concerné

Réponses :

- Autonomiser les PvVIH

- Développer les actions économiques pérennes (AGR, Mutuelles des crédits, caisse d'épargne,...)
- Réaliser la cartographie des PVVIH et PA sur l'ensemble du pays,
- Définir Paquet minimum des interventions (PVVIH/PA);
- Mettre en place d'un réseau et partenariat entre les intervenants communautaires et les programmes nationaux dans la mise en œuvre et la coordination pour la prise de décision.
- Renforcer l'implication communautaire à la planification et à la mise en œuvre dans la stratégie à tout le niveau,
- Développer les stratégies d'implantation des radios communautaires,
- Développer l'approche communautaire basée sur les leaders communautaires
- Que les ministères sectoriels concernés élaborent les PAO issus du PSN

### **4.3.2 Promotion d'un environnement luttant contre la stigmatisation et la discrimination :**

Problèmes :

- La législation non conforme aux recommandations universelles en droits et VIH
- Le manque d'appui juridique
- La non implication des PVV aux instances de décision (simple bénéficiaires), insuffisance de l'application de principe GIPA
- L'absence de directives pour la PEC de survivant des violences sexuelles

Réponses :

- Poursuivre l'amélioration de l'environnement juridique (Réforme de la loi, adoption de mesures d'application sur l'accès à la justice, aux soins et traitement, la prévention en prison, etc) ;
- Réaliser une enquête nationale sur la mise en œuvre du principe GIPA
- Appuyer l'assistance juridique notamment :
  - o en mettant en place une politique adaptée d'aide légale impliquant les parties prenantes comme le Ministère de la justice, le Conseil supérieur de la magistrature, l'ordre des avocats, etc. ainsi que les potentiels bénéficiaires notamment les organisations de PVVIH et autres populations clés stigmatisées ou à risque (MSM, Travailleurs du sexe, personnes avec handicap, prisonniers...), ONG de droits de l'homme, ONG de lutte contre le VIH et sida, ...)
  - o en déterminant le paquet d'activités entrant dans l'assistance juridique ainsi que leur coût unitaire ;
  - o en resautant les organisations parties prenantes car toutes ne sont pas dans la sphère de la lutte contre le VIH/sida;
  - o en instituant de mécanismes de référence et contre-référence pour le suivi ;
  - o en finançant les prestations et autres frais requis pour le mécanisme d'aide légale ;
- Mettre sur pied un observatoire de la stigmatisation et discrimination assis sur le réseau des organisations avec services juridiques liés au VIH en vue de collecter les informations stratégiques dans ce domaine et par rapport aux services juridiques, lesquelles font cruellement défaut pour orienter l'action ;
- Doter le pays des directives claires pour la PEC des survivants des violences sexuelles et mener les études comportementales relatives aux causes des violences sexuelles
- Que les ministères sectoriels concernés élaborent les PAO issus du PSN

### **4.3.3 Prise en charge des OEV :**

Problèmes :

- Non intégration de PAN OEV dans le PSN
- Précocité de rapport sexuel
- Violence sexuelle

Réponses :

- Que les ministères sectoriels concernés élaborent les PAO issus du PSN

#### 4.3.4 Genre :

Le genre a été pris comme une intervention transversale mais au vu de sa spécificité il serait souhaitable de l'avoir comme un domaine d'action prioritaire. Les femmes et les filles sont plus vulnérables et souvent sujet à la violence sexuelle.

Problèmes :

- Recrudescence de l'exploitation sexuelle des mineurs
- Non prise en compte de genre dans le PSN ou Faible prise en compte des aspects genre dans tous les secteurs

La proposition des recommandations suivantes est faite :

- Vulgariser la loi sur les violences sexuelles et basées sur le genre
- Vulgariser la loi portant sur la protection de l'enfant
- Elaborer les mesures de protection de l'enfant
- Intégrer le Genre comme DAP dans le nouveau PSN en respectant les principes et étapes ci-après :

Principes :

- Objectifs et indicateurs de performance précis en matière d'équité et d'égalité ;
- Travailler dans le cadre de partenariats locaux ;
- Appuyer la diversité et le respect ;
- Encourager la responsabilisation ;
- Promouvoir les respects des droits des individus et des groupes vulnérable;
- Autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes, et les communautés ;

Etapes :

- Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre, les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes ;
- Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats des programmes ;
- Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la des objectifs du programme ;
- Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre ;
- Formuler les indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et affecter leur suivi, évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre ;
- Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation, renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui ne viennent pas produits de bons résultats.
- Vulgariser la politique nationale Genre et la loi sur SGBV
- Réviser la stratégie nationale Genre pour intégrer les aspects VIH
- Tenir un dialogue national sur les questions des droits humains, SGBV ;
- Voter et promulguer la loi sur la parité ;
- Réviser le code de famille ;
- Que le ministère sectoriel (Genre et famille) élabore le PAO issus du PSN.

#### 4.4 Soutien à la mise en œuvre du PSN

Le PSN a défini en rapport avec l'appui à la mise en œuvre du PSN décrit six domaines d'action prioritaire :

- (i) le renforcement des systèmes de base pour la lutte contre le sida comprenant la santé, l'éducation, la justice, la protection sociale, le monde du travail, le monde de la culture, de la communication et des médias ainsi que l'implication communautaire ;
- (ii) le renforcement des structures de coordination ;
- (iii) le financement durable ;
- (iv) l'amélioration de la gestion des ressources ;
- (v) la production et la gestion de l'information stratégique concernant le système de suivi & évaluation
- (vi) la recherche et le renforcement du partenariat.

La visée stratégique était de renforcer les secteurs et les systèmes de base, les structures de coordination, avec un système de suivi et évaluation efficace, un partenariat élargi, un financement durable ainsi qu'une gestion transparente des ressources mobilisées.

La réponse nationale au VIH devrait fonder son appui sur les principaux systèmes de base, à savoir les systèmes de santé, éducatif, judiciaire, la protection sociale, le monde du travail, le monde de culture, communication et média ainsi que sur l'implication communautaire ; selon leurs avantages comparatifs

La revue des performances du PSN 2010-2014 nous permet de faire les constats suivant : faible accompagnement des secteurs par le PNMLS en vue de pérenniser la lutte dans les différents secteurs, la non fonctionnalité des comités de lutte contre le sida (CNMLS, CPMLS, CLMLS, Comités sectoriels) due essentiellement au manque des mesures d'application, la révision de l'ordonnance du 18 Mars 2011 sans les mesures d'accompagnement, la faible allocation du budget de l'Etat à la lutte contre le VIH/Sida , faible organisation du système d'approvisionnement en ARV et intrants VIH , la non fonctionnalité du système d'information VIH au niveau multisectoriel (informations à collecter par secteur, circuit, compilation, périodicité) ; l'absence des données sur certaines populations cibles : les utilisateurs de drogues injectables, MSM ; professionnels de sexe, population carcérale etc...le faible leadership de l'instance de coordination et faible fonctionnalité des cadres de concertation

La pléthore de mécanisme de coordination et le lien confus de responsabilité ont handicapé la mise en œuvre des activités. Moins de 20% de budget ont été mobilisé pour les activités dans cet axe dont 98% proviennent de financement extérieur, 0,87% de secteur privé et 0,19% de l'Etat. Les stratégies proposée en 2009 sont encore d'actualités : le plaidoyer à tous les niveaux, le renforcement des capacités des acteurs à la mobilisation des ressources à tous les niveaux et le développement des mécanismes de financement novateurs.

Le fonctionnement du CNMLS ainsi que l'absence des mesures d'accompagnement des textes promulgués demeurent un frein pour un environnement favorable à l'attente des objectifs du PSN

La Situation épidémiologique en République Démocratique du Congo (RDC) présente une opportunité pour une réponse VIH soutenable. Il existe un bon système de surveillance sentinelle et des études chez les populations clés. Le taux de la prévalence en RDC est situé autour de 1.2% (1.1-1.3). Néanmoins dans certaines provinces comme la Province Orientale, le Kasai et le Katanga les prévalences sont plus élevées (>5%) et surtout dans les zones urbaines.

Dans le même sens les prévalences dans les groupes à haut risque ( les professionnelles sexe ) sont plus élevées que la moyenne nationale.

Néanmoins la tendance nationale de la prévalence du VIH autant que l'incidence ont une tendance à la décroissance depuis les années 2005-06. Quelques explications à cette situation : la RDC a été parmi le premier pays à reconnaître l'épidémie à VIH et amorcée les grandes campagnes de sensibilisation médiatique et par de chanson (chanson de sida par Franco), la circoncision auprès de la quasi-totalité de la population (90%), la baisse de la prévalence chez les professionnels de sexe

L'existence d'une unité de S&E au niveau de PNMLS/PNLS, des outils de collecte standard et des directives et procédures pour le remplissage des outils de collecte des données constituent autant d'atouts pour le programme. (La prévision de disposer aussi d'un logiciel de gestion des données VIH qui sera en alignement avec celui de Ministère de la santé). Malheureusement les données disponibles ne sont pas souvent fiables. Cependant, les défis à relever sont en rapport avec le système de suivi évaluation qui n'est réduit qu'aux données épidémiologiques, l'insuffisance en ressources humaines, la non fonctionnalité du logiciel pour la collecte, le traitement et l'analyse des données, la rupture

récurrente en outils de collecte des données sur le terrain, la fonctionnalité de cadre de suivi souvent lié au rapportage des données UNGASS/GARP, pas de collaboration formelle entre les institutions de recherches.

Les problèmes ci-dessous peuvent être considérés comme prioritaires :

- L'absence des mesures d'accompagnement de l'ordonnance restructurant le PNMLS
- L'irrégularité de la tenue de réunion de CNMLS
- La pléthore des mécanisme de collaboration (forum, groupe de travail..)
- Le faible financement interne (gouvernement et privé) de la lutte
- L'accompagnement insuffisant des autres secteurs (excepté santé et défense) pour la mise en place de la cellule VIH
- Rupture des stocks en intrants et médicaments
- Faible motivation de personnel
- L'insuffisance des données sur l'estimation de groupe spécifiques et leur localisation

Les améliorations suivantes sont proposées pour arriver à remédier à cette situation :

- L'élaboration des mesures d'application de l'Ordonnance Elaboration des mesures d'application de l'Ordonnance
- L'appropriation de la lutte contre le VIH/sida par les autorités politico-administratives nationales : capacité à devenir PR des subventions du Fonds mondial
- La décentralisation effective de la lutte : identification des besoins, programmation et planification, évaluation de la mise en œuvre et gestion des ressources.
- L'amélioration de l'efficacité de la gestion des fonds par tous les acteurs (publics, privés, PS, SR...)
- Mettre à la disposition du PNMLS un budget pour renforcer la coordination des interventions et des intervenants et accompagner les autres secteurs excepté celui de la santé et défense.
- Mener un dialogue social pour l'amélioration du salaire et de conditions de travail à tous les niveaux
- Renforcement de capacités techniques et logistiques à tous les niveaux en gestion de stocks
- Mise en place du système d'information en gestion logistique
- Le renforcement de capacités institutionnelles et managériales des structures communautaires impliquées dans la lutte
- L'accroissement des ressources (domestiques et extérieures) par des mécanismes innovants (taxe téléphone, billet d'avion, carburant...)
- Finaliser le profil épidémiologique de VIH au pays et faire l'estimation de la taille et la cartographie des populations clés

## 5 CONCLUSION

La Revue du Programme VIH a permis une analyse approfondie du profil épidémiologique de VIH en RDC, de la gestion programmatique, de la disponibilité et de l'utilisation des ressources. Elle a permis par ailleurs de mettre en évidence les résultats majeurs du Programme et le niveau de performance des interventions. Cette revue a démontré la forte implication des acteurs de la lutte contre le VIH et l'engagement politique manifeste des dirigeants et autorités du pays. La revue reconnaît l'existence du goulot dans le fonctionnement de CNMLS et que l'élaboration des mesures d'accompagnement améliorerait cet état de chose. Cependant, on peut souligner que le partenariat doit être mieux coordonné pour être plus efficace et efficient en évitant le double emploi ou mieux double dépense. Un bon cadre de suivi de la mise en œuvre des recommandations permettrait de relever les défis identifiés par la revue.

En effet, la mise en œuvre des recommandations de cette revue va permettre à la RDC de s'engager vers l'accès universel en mettant à échelle les interventions de lutte permettant de réduire les nouvelles infections dues au VIH dans l'équité conformément aux engagements du pays.

**L'analyse des performances du programme VIH a fait ressortir les orientations stratégiques suivantes pour le plan 2014-2017**, il s'agit des stratégies 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.

Le cadre global des orientations 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* (*atteindre le non atteint*)
- 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'indétectabilité.

Pour l'équipe des consultants  
Dr Jean Pierre KABUAYI-NYENGELE  
Consultant National