



BAROMÈTRE ANALYTIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

PROGRÈS DANS LA REALISATION DES OBJECTIFS 95-95-95

2021



Avant-Propos

La RDC est pays aux dimensions continentales avec 2,345,000 km² de superficie et près de 100,000,000 d'habitants. Le pays s'est aligné sur les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA pour l'année 2020 et 95-95-95 pour l'année 2030 sanctionnant ainsi la fin du Sida comme problème de santé publique à travers le monde.

Les performances de la lutte enregistrées ces 5 dernières années montrent une amélioration progressive de nos indicateurs programmatiques et les derniers chiffres notés datent de 2020. En effet par rapport au première 95, le pays a réalisé 75%. Par rapport au deuxième 95 nous avons atteint 74% et 22% pour la suppression de la charge virale. Ces résultats bien qu'encourageant restent modestes et ressemblent à l'arbre qui cache la forêt.

Pour pénétrer cette forêt, ce rapport, le Baromètre Analytique de la RDC est tombé à point nommé. Par une analyse systématique de la couverture des interventions primaires et l'identification de goulots d'étranglement de notre système de santé dans l'atteinte des 95-95-95 de 2030, notre rapport, le Baromètre Analytique a su dégager les tendances générales et spécifiques provinces par province et ainsi révéler nos vrais problèmes et les axes prioritaires sur lesquels nous devrions miser. Au terme de cette démarche scientifique bien conduite, des recommandations sont livrées mettant un accent grave sur :

- L'universalisation du dépistage avec un système de réseautage, surtout pour les femmes enceintes ;
- L'institutionnalisation du suivi actif et individualisé des femmes enceintes séropositives au VIH ;
- La réduction des inégalités entre hommes et femmes dans la prise en charge et dans tous les services ;
- L'amélioration de la qualité des données par un usage adéquat du DHIS2 ;
- La question relative au VIH pédiatrique a également été abordée.
- Ainsi que l'accès à la charge virale dont est tributaire la suppression de la charge virale.

Dr LUC KAMANGA

Directeur

PNLS RDC

Prof. LIEVIN KAPEND

Secrétaire Exécutif National

PNMLS, RDC

Remerciements

Le Programme National Multisectoriel pour la Lutte contre le Sida et le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) de la ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention tiennent à remercier les membres du Groupe Technique qui ont travaillé inlassablement à l'élaboration du présent baromètre analytique annuel du VIH en République Démocratique du Congo, le premier rapport de son genre avec une analyse des déterminants du système de santé pour l'atteinte des cibles 95-95-95 en vue de la réalisation de l'objectif d'élimination du Sida d'ici 2030. Nous pensons principalement au Dr. Bijou Mankiading (Spécialiste suivi et évaluation, PNLS), Dr. François Mpanga (Spécialiste suivi et évaluation, PNLS), Mélia Bossiky (Spécialiste suivi et évaluation, PNMLS), Dr. Rams Mpale (Spécialiste suivi et évaluation, PNMLS), Dr. Lisa Ntumba (Spécialiste suivi et évaluation, PNMLS), Dr. Susan Kasedde (Directrice Pays, ONUSIDA), Adamou Dambagi (Conseiller en information stratégique, ONUSIDA), Prof. Jean Nyandwe (Spécialiste MEAL, ICHESS), Dr. Olivier Kingulu (Spécialiste santé communautaire, ICHESS), Dr. Godé Mpemba (Spécialiste SRMNEA-Nut, ICHESS), Dr. Jean Obolo (Analyste, ICHESS), Dr. Reagan Luvande (Analyste, ICHESS) et Sarah Ngongo (Analyste, ICHESS).

Nos remerciements s'adressent également au Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), et au Centre International d'Appui au Renforcement des Systèmes de Santé (ICHESS) pour leur appui technique dans la conceptualisation, les analyses, l'élaboration et la finalisation de cet important rapport.

La contribution particulière du Dr Ngashi Ngongo (Directeur Exécutif, ICHESS) et du Dr Gullit Lufiauluisu (chargé des programmes, ICHESS) dans l'écriture et la finalisation du document est reconnue.



Résumé

Presque quatre décennies après le début de l'épidémie à VIH en RDC, le pays a fait des progrès encourageants malgré les défis multiples, y compris ceux liés à l'insécurité, le financement insuffisant, et les crises humanitaires surtout dans l'Est et le centre du pays. Selon l'EDS 2013-2014, la prévalence du VIH dans la population des adultes âgés de 15-49 ans est estimée à 1,2% et les dernières estimations de SPECTRUM indiquent une prévalence de 0,7% et une incidence annuelle du VIH de 0,21% chez les adultes âgés de 15-49 ans en 2020.

Le gouvernement de la RDC était parmi les premiers à reconnaître la survenue de l'épidémie de Sida et à s'engager au plus haut niveau du leadership national. A cet égard, la RDC avait établi d'abord un cadre institutionnel fort avec le PNLS et le PNMLS et un centre de recherche reconnu mondialement qui a beaucoup contribué à la science du VIH/Sida. Aujourd'hui la réponse nationale est renforcée avec un cadre normatif comprenant d'une part le Plan stratégique de lutte contre le Sida 2018-2021 et le Plan de renforcement et d'extension des services VIH en faveur des populations clés du PNLS et, d'autre part, le Plan Stratégique National de la riposte au VIH 2020-2023 du PNMLS. Ces instruments matérialisent l'engagement du pays à atteindre les cibles 95-95-95 pour la réalisation d'une génération sans Sida d'ici 2030.

Ce Baromètre analytique vise à identifier les actions prioritaires d'accélération de la lutte vers les cibles 95-95-95 et l'élimination du Sida d'ici 2030 avec trois objectifs spécifiques :

- (i) Établir le niveau de couverture des interventions du VIH, la tendance et le taux de variation des 5 dernières années et les typologies de performance des provinces ;
- (ii) Identifier les contraintes majeures et les principaux goulots d'étranglement du système de santé sur lesquels agir pour améliorer la réponse au VIH en RDC ; et
- (iii) Faire des recommandations des stratégies et actions prioritaires d'accélération de la lutte contre le VIH pour l'atteinte des cibles 95-95-95.

Le développement de ce baromètre a suivi une méthodologie en six étapes :

- (i) La revue documentaire,
- (ii) La collecte et la triangulation des données (SPECTRUM, DHIS2, MICS 2017-2018, Monitoring amélioré pour action),
- (iii) L'analyse des tendances et des taux annuels de variation,
- (iv) L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé,
- (v) L'identification des stratégies d'accélération et
- (vi) La validation des résultats par les acteurs clés.

L'analyse a porté sur l'élimination de la TME du VIH, la prise en charge du VIH chez les adultes âgés de ≥15 ans et la prise en charge du VIH chez les enfants âgés de 0-14 ans.

L'élimination de la transmission mère – enfant (eTME) :

Les résultats montrent que les services d'élimination de la TME du VIH ont stagné légèrement en dessous de 40% avec un taux annuel de variation en dents de scie au cours de quatre dernières années en dépit d'une couverture de la CPN maintenue ascendante et atteignant 85% en 2020 contre 39% des femmes enceintes vivant avec le VIH recevant les ARV pour l'élimination de la TME. Il y a un grand écart de 46% entre les deux interventions témoignant ainsi d'une très faible intégration du VIH dans la SRMNEA.

Les deux goulots majeurs sont :

- (i) la faible offre des services due à la stratégie nationale sélective de mise en œuvre dans un nombre limité des zones de santé et des structures sanitaires et
- (ii) le taux élevé des perdus de vue par suite de la faiblesse du système de suivi des femmes séropositives et de celles sous traitement aux ARV.

La prise en charge du VIH chez les adultes :

La couverture de la prise en charge des adultes vivant avec le VIH âgés ≥ 15 ans avec le TARV a plus que doublé en cinq ans pour atteindre 82% en 2020 avec un taux annuel de variation resté constamment $\geq 15\%$ pendant cette période. Les données montrent que la totalité des adultes vivant avec le VIH âgés de ≥ 15 ans dépistés et connaissant leur statut sérologique (82%) est mise sous TARV (82%).

Les trois obstacles majeurs sont :

- (i) le faible accès à la mesure de la charge virale observée seulement chez 19% des adultes vivant avec VIH sous TARV qui ont une évidence de suppression virale principalement à cause de la faible disponibilité des tests de charge virale,
- (ii) les disparités importantes avec plus d'hommes vivant avec le VIH sous TARV (>98%) que des femmes vivant avec le VIH (74%) et
- (iii) l'accès au dépistage non encore universel pour récupérer le reste des adultes vivant avec le VIH qui ne sont pas encore sous TARV.

La prise en charge du VIH chez les enfants âgés de 0-14 ans :

La prise en charge des enfants vivant avec le VIH âgés 0-14 ans avec le TARV a montré des couvertures plus faibles : 31% contre 82% chez les adultes vivant avec le VIH, soit un écart de 51%. Le taux annuel de variation a aussi évolué en dents de scie comme celui de l'élimination de la TME du VIH avec une alternance d'une année de progression avec une année de régression.

Les obstacles majeurs sont :

- (i) A l'instar des deux interventions précédentes, l'accès des enfants vivant avec le VIH au TARV combine le premier obstacle de l'élimination de la TME du VIH qui est la faible offre des services, en particulier le dépistage, et
- (ii) le premier obstacle de la prise en charge des adultes vivant le VIH qui est le faible accès à la mesure de la charge virale avec seulement 11% des enfants vivant VIH sous TARV qui ont une évidence de suppression de la charge virale à cause de :
 - a. la faible disponibilité des tests et
 - b. du faible système de suivi des enfants séropositifs et ceux dans la file active.

Limitations

L'analyse des données a eu un certain nombre des limitations, notamment celles liées à la non-représentativité des zones de santé incluses dans le monitoring, le manque des données qualitatives pendant cet exercice pour explorer d'avantage les causes des goulots et les solutions possibles dans la perspective des acteurs de terrain et la faible qualité des données du DHIS2 et du SPCTRUM à cause des faiblesses liées à la complétude, à la fiabilité et à la cohérence interne et externe. Certaines de ces limitations devront être adressées pendant les prochaines éditions du baromètre analytique.

Recommandations

S'inspirant des expériences de la RDC et de celles des autres pays en Asie, en Amérique et en Afrique qui ont faits de bons progrès, quatre recommandations en sont sorties :

- 1. Faire un virage stratégique vers le dépistage universel du VIH dans toutes les structures sanitaires (CPN, Vaccinations, centres de tuberculose, centres de réhabilitation nutritionnelle, approche familiale dans les centres de prise en charge des PVVIH...) avec des centres de prise en charge et des laboratoires d'analyse de la charge virale organisés en réseau pour une couverture nationale ;**
- 2. Institutionnaliser un système de suivi actif individualisé des femmes enceintes en CPN, des enfants exposés pendant la vaccination et des PVVIH (adultes et enfants) testés séropositifs dans les centres de traitement à l'aide des accompagnateurs et des nouvelles technologies pour améliorer l'enrôlement, la rétention et la suppression virale ;**
- 3. Réduire les iniquités entre les hommes et les femmes et entre les adultes et les enfants à travers l'amélioration de la performance des services d'élimination de la TME du VIH et le dépistage familial des cas indexés déjà sous TARV.**
- 4. Améliorer la qualité et l'utilisation des données de routine (DHIS2) et du SPECTRUM à travers des évaluations externes de la qualité des données du DHIS2, le monitoring trimestriel de la performance des services à la base et l'ajustement des hypothèses de modélisation du SPECTRUM sur la RDC.**

Ces recommandations vont avoir des implications sur la capacité du système et les ressources, en particulier le financement, les intrants et les ressources humaines. Le PNLS et le PNMLS, avec l'aide des partenaires, devraient rapidement actualiser la carte sanitaire des services d'élimination de la TME du VIH et de prise en charge avec clarté sur le positionnement des centres de traitement et des laboratoires d'analyse de la charge virale. En outre, le PNLS et le PNMLS devraient quantifier les besoins supplémentaires et mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des tableaux..... | 9 |
| Liste des figures..... | 10 |
| Abréviations et acronymes..... | 11 |
| I. Introduction..... | 13 |
| II. Engagements de la RDC vis-à-vis des cibles 95-95-95..... | 15 |
| III. But, objectifs et audience du baromètre..... | 16 |
| 3.1. But..... | 16 |
| 3.2. Objectifs..... | 16 |
| 3.3. Audience..... | 16 |
| IV. Méthodologie d'analyse..... | 17 |
| 4.1. La revue documentaire..... | 17 |
| 4.2. La collecte et triangulation des données..... | 17 |
| 4.3. L'analyse des tendances et des taux annuels de variation..... | 17 |
| 4.4. L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé..... | 18 |
| 4.5. L'identification des stratégies d'accélération..... | 18 |
| 4.6. La validation des résultats de l'analyse..... | 18 |
| V. Résultats..... | 20 |
| 5.1. L'élimination de la TME du VIH..... | 20 |
| 5.1.1. La tendance des indicateurs..... | 20 |
| 5.1.2. La performance des provinces..... | 21 |
| 5.1.3. Les goulots d'étranglement..... | 24 |
| 5.2. La prise en charge des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH..... | 25 |
| 5.2.1. La tendance des indicateurs et analyse de l'équité..... | 25 |
| 5.2.2. La performance des provinces..... | 26 |
| 5.2.3. Les goulots d'étranglement..... | 27 |
| 5.3. La prise en charge des enfants VVIH âgés de 0-14 ans..... | 28 |
| 5.3.1. La tendance des indicateurs et analyse de l'équité..... | 28 |
| 5.3.2. La performance des provinces..... | 29 |
| 5.3.3. Les goulots d'étranglement..... | 31 |
| VI. Discussions..... | 32 |
| VII. Recommandations pour l'année 2022..... | 37 |
| VIII. Conclusion..... | 39 |
| Références..... | 40 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1:CRITÈRES DE CLASSIFICATION ÉTME : PAYS AVEC PRÉVALENCE VIH DES MÈRES >2%..... | 22 |
| TABLEAU 2: PERFORMANCE DES PROVINCES SUR LES INDICATEURS D'ÉLIMINATION DE LA TME..... | 23 |
| TABLEAU 3: PERFORMANCE DES PROVINCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES ≥15 ANS VIVANT AVEC LE VIH | 27 |
| TABLEAU 4 : CRITÈRES DE CLASSIFICATION DE LA PERFORMANCE SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ÂGÉS DE 0-14 ANS VIVANT AVEC LE VIH..... | 29 |
| TABLEAU 5: PERFORMANCE DES PROVINCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ÂGÉS DE 0-14 ANS VIVANT AVEC LE VIH | 30 |
| TABLEAU 6 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE L'ÉLIMINATION DE LA TME DU VIH EN ITURI, 2010-2025 | 36 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| FIGURE 1:TENDANCE DE LA CPN1 ET DE LA PTME EN RDC, 2017-2020..... | 20 |
| FIGURE 2:TAUX DE VARIATION DE LA CPN1 ET LA PTME EN RDC..... | 21 |
| FIGURE 3: ANALYSE DES GOULOTS DE L'ÉLIMINATION TME SELON TANAHASHI..... | 24 |
| FIGURE 5: COUVERTURE TARV CHEZ LES ADULTES ≥15 ANS VIVANT AVEC LE VIH..... | 25 |
| FIGURE 4:TAUX DE VARIATION DU DÉPISTAGE ET DU TARV CHEZ LES ADULTES VVIH EN RDC..... | 25 |
| FIGURE 6 : ANALYSE DES GOULOTS DU TARV POUR ADULTES ≥15 ANS VIVANT AVEC LE VIH | 28 |
| FIGURE 7 : COUVERTURE TARV CHEZ LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH | 28 |
| FIGURE 8 : TAUX DE VARIATION DU DÉPISTAGE ET TARV DES ENFANTS VIVANT LE VIH..... | 29 |
| FIGURE 9 : ANALYSE DES GOULOTS DU TARV POUR ENFANTS 0-14 ANS VIVANT AVEC LE VIH | 31 |

Abréviations et acronymes

| | |
|---------|--|
| CNLS | Comité national de lutte contre le Sida |
| CPN 1 | Consultation prénatale - première visite |
| CSU | Couverture Sante Universelle |
| DHIS 2 | District Health Information Software 2 |
| EDS | Enquête Démographique et de santé |
| FM | Fonds Mondial |
| HGR | Hôpital Général de Reference |
| MAA | Monitoring Amélioré pour Action |
| MICS | Multiple Indicator cluster Survey |
| MST | Maladies sexuellement transmissibles |
| ODD | Objectifs du développement durable |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida |
| PEPFAR | President's Emergency Plan for AIDS Relief |
| PNLS | Programme National de lutte contre le Sida |
| PNMLS | Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida |
| PNSD | Plan national stratégique de développement économique et Social |
| PTME | Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| RDC | République Démocratique du Congo |
| SRMNE | Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant |
| TARV | Traitement Anti Rétroviral |
| TME | Transmission de la Mère à l'Enfant |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| ZS | Zone de Santé |



I. Introduction

Une épidémie qui a transformé le monde

Quatre décennies après le début de l'épidémie à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde, environ 37 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH dont 25,3 millions en Afrique (près de 70%) et 35 millions en sont décédées dont les trois quart (un peu plus de 23 millions) en Afrique. En outre, 1,8 millions des personnes sont nouvellement infectées chaque année et deux nouvelles infections sur sept surviennent chez les jeunes de 15 à 24 ans.¹ Les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont eu une progression rapide. A ce jour, tous les pays appliquent les dernières directives de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et environ 1,9 million de nouvelles infections ont été évitées en moins de deux décennies en offrant des médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH.² Cependant, les 150.000 nouvelles infections pédiatriques par transmission mère-enfant enregistrées chaque année, plus de sept fois la cible de 20.000 cas pour l'année 2020, restent moralement inacceptable.²

L'engagement des pays à travers les cibles d'accélération (95-95-95 pour le traitement, 200.000 new infections et zéro discrimination) d'ici 2030 est l'expression de la volonté et de la détermination de la communauté internationale de saisir l'opportunité de la couverture santé universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) pour en finir avec l'épidémie de Sida. Cependant, l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, indispensable pour mettre fin à cette épidémie d'ici 2030, reste un défi majeur surtout pour les groupes vulnérables et clés. Le progrès, bien qu'encourageant, reste plus lent que prévu. Par exemple, plus de deux décennies après l'introduction des antirétroviraux pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) et le traitement du sida, les données globales montrent que 84% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde connaissent leur statut sérologique, 85% des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent les antirétroviraux pour prévenir la TME du VIH et 73% des PVVIH ont accès au traitement.³

L'histoire de cette épidémie mondiale hors du commun est en effet d'abord une histoire d'un réveil du sens d'un destin commun qui, grâce aux interventions des investisseurs internationaux tels que l'ONUSIDA, le Fonds mondial (FM), le programme President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR), couplés aux initiatives internes des pays à travers les programmes nationaux de lutte contre le VIH, a mis les acteurs à travailler ensemble et a permis d'atténuer l'impact de cette épidémie dans le monde, donnant ainsi une lueur d'espoir que sa fin est possible d'ici 2030 dans le cadre de la CSU et des ODD. Les actions soutenues des mouvements associatifs ont contribué à mobiliser et à soutenir un engagement à haut niveau et à lever les barrières entre les personnes affectées et leurs familles d'une part et les professionnels de santé, les chercheurs et les bailleurs d'autre part pour une action concertée avec redevabilité et visant à accélérer le changement de comportement et l'accès aux services de prévention et de prise en charge. Les résultats bien visibles doivent être accélérés pour mettre fin à l'épidémie et atteindre l'objectif d'une génération sans sida d'ici 2030.

Une Afrique qui héberge le gros du fardeau du VIH

Le continent africain a porté le plus grand fardeau des infections à VIH avec deux tiers (25.3 millions) des cas des PVVIH et 58% (0.87 million) des nouvelles infections rapportées en 2020. Les pays qui ont le taux de prévalence du VIH les plus élevé sont en Afrique. Il s'agit

notamment de l'Eswatini, le Lesotho, le Botswana et l'Afrique du Sud dont la prévalence est au-dessus de 15%. En outre, six des sept pays avec le nombre le plus élevé des PVVIH, plus de 1.5 million des cas, sont en Afrique : L'Afrique du Sud (7.8 millions), le Mozambique (2.2 millions), le Nigeria (1.8 millions), Tanzanie (1.7 millions), Ouganda (1.5 millions) et Kenya (1.5 millions). En dépit de ces chiffres remarquables, l'Afrique est la région qui a fait le plus des progrès dans le monde, progrès encore plus remarquable en Afrique de l'Est et Australe en comparaison avec l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Par exemple, au cours de la dernière décennie, le nombre des nouvelles infections à VIH a baissé de 38%, loin supérieur à la moyenne globale de 23%⁴, la proportion des PVVIH connaissant leur statut sérologique a augmenté de 70% passant de 30% à 51% au cours de la même période.⁵

Cependant, en dépit de ce progrès encourageant, l'Afrique ne pourrait réaliser les cibles d'élimination du Sida pour 2030. Une étude récente a estimé les tendances et calculé la probabilité d'atteindre les indicateurs du VIH d'ici l'an 2030 à l'aide de 112 enquêtes représentatives de la population au niveau national menées dans 38 pays africains entre 2003 à 2018. L'étude a conclu qu'aucun pays n'atteindra les cibles de 95% de dépistage du VIH et de l'utilisation des préservatifs.⁶ De ce fait, la réalisation de l'objectif d'élimination du VIH d'ici 2030 demeure encore à ce jour une illusion. C'est pourquoi, le continent africain doit impérativement passer en mode d'accélération, capitalisant sur les expériences qui ont marché avec les bonnes pratiques et les innovations, pour lui donner la chance d'être au rendez-vous des nations sur certains indicateurs clés du VIH en 2030.

La RDC : Un pays qui progresse dans un contexte des défis multiples

La République démocratique du Congo (RDC) a fait des progrès encourageants malgré les défis multiples desquels on peut citer la faiblesse du système de santé, le financement de la santé et le développement social et économique largement insuffisant, l'insécurité, les urgences sanitaires récurrentes, et les crises humanitaires surtout dans l'Est et le centre du pays.

Les dernières données d'enquête sur le VIH en RDC indiquent une prévalence dans la population générale de 1,2% en 2014⁷ avec une épidémie généralisée dans 5 provinces de l'ancienne configuration : Maniema (4,0%), Province orientale (2,3%), Kasai Oriental (1,8%), Kinshasa (1,6%) et Katanga (1,5%). En outre, la prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 était de 1,6% contre 0,9% chez les hommes de 15-49 ans et, même dans les ménages la prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec les écarts allant du double au quadruple dans les 3 quintiles les plus élevés.⁹ Les données de l'EDS 2013-2014 ont montré une prévalence du VIH dans la population des adultes âgés de 15-49 ans de 1,2%. Les dernières estimations de SPECTRUM indiquent une prévalence de 0,7% et une incidence annuelle du VIH de 0,21% en 2020 chez les adultes âgés de 15-49 ans.⁸ Cette faible prévalence est associée avec des

La République démocratique du Congo (RDC) a fait des progrès encourageants malgré les défis multiples - la faiblesse du système de santé, le financement de la santé et le développement social et économique largement insuffisant, l'insécurité, les urgences sanitaires récurrentes, et les crises humanitaires....

couvertures des interventions de lutte contre le VIH, parfois supérieures à la moyenne africaine : 73,9% des professionnels de sexe rapportent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec le dernier client, 75% des PVVIH ont connaissance de leur statut sérologique (contre 51% en Afrique), et 75% des PVVIH sont sous traitement antirétroviral (TARV). Cependant, nombre d'autres interventions n'ont pas réalisé une bonne performance : seulement 39% des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent les antirétroviraux pour la prévention de la TME du VIH, 31% des enfants de 0-14 ans sont sous TARV et 20,4% des jeunes ont une bonne connaissance de la prévention du VIH.¹⁰

Ce baromètre analytique servira d'instrument par excellence d'appui aux efforts d'accélération de la lutte contre le VIH en RDC à travers une analyse approfondie des goulots d'étranglement du système de santé pour identifier les actions prioritaires pouvant permettre à la RDC d'atteindre les cibles d'élimination du VIH d'ici l'an 2030.

II. Engagements de la RDC vis-à-vis des cibles 95-95-95

La RDC avait notifié ses premiers cas de Sida en 1983 à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Kinshasa. Le gouvernement de la RDC était parmi les tous premiers à reconnaître l'existence de l'épidémie de Sida et avait créé le centre de recherche multidisciplinaire appelé « Projet Sida » en 1984 avec des chercheurs congolais qu'ont rejoint plus tard des experts internationaux travaillant ensemble pour comprendre la maladie, ses modes de transmission et ses mesures de prévention. Les travaux du « Projet Sida » ont grandement contribué à ce que nous connaissons aujourd'hui sur le Sida, y compris sa définition clinique plus tard connu sous le nom de Définition de Bangui.⁹ Pour établir son leadership, le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) fut créé en 1985, suivi deux ans plus tard de la création du Bureau central de coordination du Programme National de Lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (BCC/SIDA) sous le pilotage du Ministère de la santé.¹⁵ Le CNLS et le BCC/SIDA furent les précurseurs de Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) créé en 1998 par Arrêté du Ministre de la santé et le Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS) créé en 2004 par Décret présidentiel sous la responsabilité du Chef de l'Etat.¹⁵

Fort de ce cadre institutionnel, la RDC a matérialisé son engagement pour une réponse efficace en renforçant le cadre normatif avec un certain nombre d'instruments définissant la vision, la stratégie et les résultats à atteindre dans la lutte contre le VIH en RDC. Parmi les récents instruments, nous pouvons citer d'une part le Plan stratégique de lutte contre le Sida 2018-2021 et le Plan de renforcement et d'extension des services VIH en faveur des populations clés du PNLS et, d'autre part, le Plan Stratégique National de la riposte au VIH 2020-2023 du PNMLS. Ces instruments se fondent sur plan national stratégique de développement économique et social de la RDC (PNSD) 2019-2023 et ils matérialisent l'engagement du pays pour atteindre les cibles 95-95-95 (95% des PVVIH dépistées, 95% des PVVIH dépistées mises sous TARV et 95% des PVVIH sous TARV avec suppression de la charge virale) en vue de l'élimination du VIH d'ici 2030 dans le contexte de la CSU et des ODD.

III. But, objectifs et audience du baromètre

3.1. But

Le Baromètre analytique de lutte contre le VIH en RDC vise à identifier les stratégies et actions prioritaires d'accélération de la lutte vers les cibles 95-95-95 et l'élimination du VIH d'ici 2030.

3.2. Objectifs

- (i) Etablir le niveau de couverture des interventions du VIH, la tendance et le taux de variation des 5 dernières années et les typologies de performance des provinces ;
- (ii) Identifier les contraintes majeures et les principaux goulots d'étranglement du système de santé sur lesquels agir pour améliorer la réponse au VIH en RDC ;
- (iii) Faire des recommandations des principales stratégies et actions prioritaires d'accélération de la lutte contre le VIH pour l'atteinte des cibles 95-95-95

3.3. Audience

Le baromètre analytique sert à la fois à apprécier les efforts des différents acteurs et à guider les décisions et les choix des priorités dans les efforts d'accélération de la lutte contre le VIH.

Il est destiné aux groupes suivants :

- Les autorités politiques et politico-administratives : pour les guider dans la prise des décisions sur les priorités nationales, l'allocation des ressources et les zones prioritaires d'interventions.
- Les autorités sanitaires : pour guider leur prise des décisions sur les priorités sanitaires et leurs choix des stratégies et actions d'accélération et des zones géographiques d'intervention.
- Les gestionnaires et prestataires des services de santé : pour guider leurs choix des stratégies et actions d'accélération et des zones géographiques d'intervention pour assurer des services de VIH de qualité dans le respect des droits humains.
- Les partenaires techniques et financiers : pour guider leur plaidoyer avec les autorités sanitaires, leurs décisions sur les priorités d'investissements dans le VIH et leurs choix des stratégies d'accélération et des zones géographiques d'intervention.

IV. Méthodologie d'analyse

Le baromètre analytique a été développé à travers une méthodologie en 5 étapes :

- La revue documentaire
- La collecte des données du Spectrum, DHIS2, du MICS 2018 et du monitoring
- L'analyse des tendances et des taux annuels de variation
- L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé
- L'identification des stratégies d'accélération
- La validation des résultats de l'analyse

4.1. La revue documentaire

La première étape avait consisté à revoir la littérature à travers les bases de données mondiales telles que PubMed et Google scholar en plus de la collecte des documents du programme tels que les plans stratégiques de lutte contre le VIH du PNLs et du PNMLS, le Plan de renforcement et d'extension des services VIH en faveur des populations clés du PNLs, les rapports nationaux de suivi de la riposte au VIH, les rapports de monitoring des interventions de lutte contre le VIH et les enquêtes nationales sur le VIH en RDC.

4.2. La collecte et triangulation des données

Nous avons obtenu de l'équipe technique de l'ONUSIDA les dernières estimations de Spectrum sur la prévalence du VIH dans la population générale, chez les enfants 0-14 ans et chez les femmes enceintes au niveau national. Ces données ont servi de dénominateurs pour estimer les couvertures de l'élimination de la TME du VIH et le traitement aux antirétroviraux en général.

Les données sur l'utilisation des services de consultation prénatale ont été extraites du DHIS2 avec l'appui des experts du Ministère de la santé publique, hygiène et prévention pour déterminer la tendance au cours de 4 dernières années.

Nous avons utilisé les données du MICS 2018 sur la consultation prénatale et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes pour pallier les grands écarts observés avec les données du DHIS2, en particulier pour les provinces de Kinshasa et du Kongo Central, qui pourrait en partie être attribué au sous-rapportage du secteur privé dans DHIS2.

Nous avons pris les données du monitoring des services de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SRMNE), parmi lesquelles l'élimination de la TME du VIH et le traitement aux antirétroviraux pour adultes et pour enfants dans 33 zones de santé (ZS). Les données des déterminants de couverture ont été rassemblées sur les ressources humaines, les intrants essentiels, l'accessibilité géographique, l'utilisation et la qualité des services.

4.3. L'analyse des tendances et des taux annuels de variation

La première partie de l'analyse a porté sur la tendance générale de la performance de chacune de 3 interventions principales en vue de déterminer si ces tendances sont restées positives. En outre, nous avons estimé le taux annuel de variation pour voir si l'intervention est en accélération, stagnante ou en décélération avec la formule suivante :

$$\text{Taux annuel de variation} = \frac{\text{Couverture}_{A1} - \text{Couverture}_{A0}}{\text{Couverture}_{A0}}$$

4.4. L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé

Nous avons appliqué le cadre de déterminants de couverture selon Tanahashi pour faire une analyse secondaire des données du monitoring amélioré pour action (MAA) des sessions menées en 2020 dans 33 ZS appuyées par l'UNICEF. Nous avons particulièrement analysé pour chacune des 3 interventions prioritaires du VIH, les goulots dans la disponibilité des services (la disponibilité des prestataires qualifiés et formés et celle des médicaments et intrants essentiels), l'accessibilité des services (accessibilité géographique), l'utilisation des services (utilisation initiale et la continuité pour des services à contacts multiples) et la qualité des services.

La construction des indicateurs des déterminants de couverture a été guidée par les cibles 95-95-95. Dans cette perspective, nous avons identifié les goulots d'étranglement comme étant des écarts entre l'attendu et l'observé que nous avons classifié comme suit :

- **Goulot majeur si l'écart est égal ou supérieur à 50%**
- **Goulot modéré si l'écart est entre 25% et 49%**
- **Goulot léger si l'écart est inférieur à 25%**

Commençant avec les goulots majeurs, nous avons utilisé la technique de « 5 pourquoi » développée par la Société japonaise Toyota Motors au début des années 1900 pour faire une analyse des causes profondes qui nous a permis de creuser sur chaque goulot, y compris l'examen de l'environnement politique et programmatique, pour trouver les facteurs qui pourraient justifier la non-performance sur lesquels on peut cibler les stratégies de correction en vue de remédier au goulot pour accélérer la couverture de l'intervention.

4.5. L'identification des stratégies d'accélération

A la suite de l'analyse des goulots d'étranglement, nous avons élaborés des matrices des stratégies de réduction des goulots pour répondre aux causes des goulots identifiés sur les déterminants de couverture de chacune de 3 interventions du VIH incluses dans cette analyse.

La priorisation des stratégies a permis de mettre en avant les stratégies à effet multiple, c'est-à-dire celles agissant sur plusieurs causes et plusieurs goulots d'étranglement et qui auraient le plus d'impact sur l'amélioration des couvertures des interventions de lutte contre le VIH.

4.6. La validation des résultats de l'analyse

La validation des résultats s'est faite en deux étapes :

- La revue interne au sein du groupe technique du baromètre analytique : Ce comité a été mis en place pour superviser tout le processus de la collecte des données aux analyses et à l'élaboration et la finalisation du rapport. Le groupe technique a donné ses orientations et contributions à toutes les étapes. Il a en particulier aidé à la collecte des données des différentes sources et à revoir la pertinence des stratégies identifiées.
- La revue externe avec le groupe technique élargi pour inclure les acteurs clés, y compris les organisations de la société civile, et les bailleurs. Cette deuxième étape a permis d'élargir le champ des consultations pour valider la pertinence des analyses et

résultats et établir le consensus sur les stratégies recommandées pour garantir leur mise en œuvre par tous.



V. Résultats

L'analyse a été faite sur le niveau de couverture, la tendance au cours de 5 dernières années en fonction de la disponibilité des données, l'analyse des goulots d'étranglement et l'identification des stratégies d'accélération de 3 interventions clés :

- L'élimination de la TME du VIH
- La prise en charge des adultes vivant avec le VIH âgés de 15 ans et au-delà

La prise en charge des enfants vivant avec le VIH âgés de 0-14 ans

5.1. L'élimination de la TME du VIH

L'analyse du progrès sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH s'est fondée sur la stratégie à quatre volets qui vise la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non-désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la TME du VIH de la mère vivant avec le VIH à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement et les soins intégrés, le traitement et l'assistance pour les femmes testées séropositives et pour leurs familles.

A cet égard, les critères d'élimination de la TME du VIH comprennent le taux de la consultation prénatale (première visite) de 95%, le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes de 95% et le taux du traitement aux antirétroviraux pour les femmes testées séropositives de 95%. A cet égard, à cause des problèmes de complétude des données du DHIS2 qui n'étaient disponibles que pour 2019 et 2020 sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et les antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives, l'analyse a porté sur les données du MICS 2017-2018 en ce qui concerne la comparaison des provinces et du SPECTRUM en ce qui concerne la tendance et les taux annuels de variation.

5.1.1. La tendance des indicateurs

La revue de la performance des interventions pour l'élimination de la TME aux cours des dernières années montre des trajectoires divergentes. La consultation prénatale est l'une des interventions de la santé maternelle qui a maintenu une assez bonne performance au-delà de 80% de couverture avec une tendance ascendante soutenue au cours des années. Les données des enquêtes EDS (2007, 2014) et MICS (2010, 2017-2018) confirme la même tendance avec des couvertures maintenues au-delà de 80%. Cependant, la proportion des femmes vivant avec le

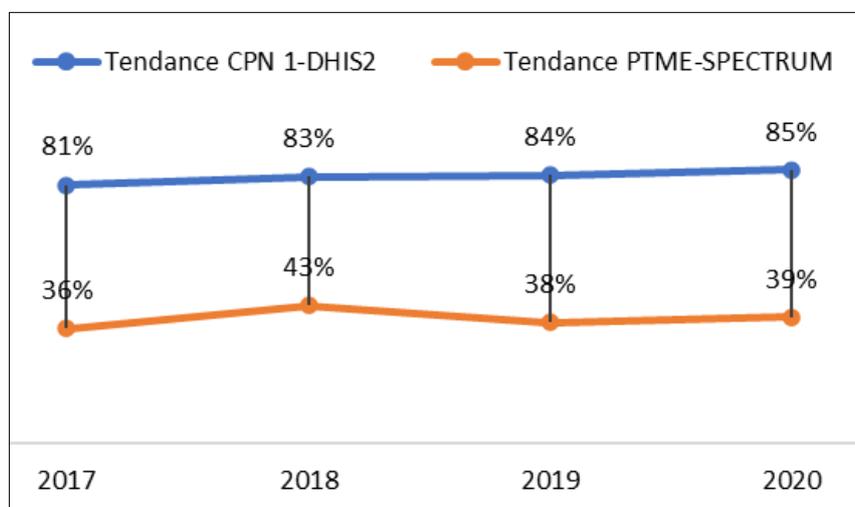


Figure 1: Tendance de la CPN1 et de la PTME en RDC, 2017-2020

VIH testées séropositives et ayant reçu les antirétroviraux pour prévenir la TME du VIH a stagné légèrement en dessous de 40% aux cours des quatre dernières années avec une tendance variable caractérisée pour une alternance des années d'accélération avec des années de décélération. Dans les deux cas, ces indicateurs clés sont loin de refléter l'accélération sur laquelle se fonde l'agenda de l'élimination de la TME du VIH dans le monde et en RDC.

En outre, la stagnation de la proportion des femmes enceintes testées positives ayant reçu les antirétroviraux pour prévenir la TME du VIH a eu lieu en dépit de la couverture élevée de la CPN1 maintenue au cours

des années, reflétant ainsi des opportunités manquées pour l'intégration des services d'élimination de la TME du VIH chez plus de la moitié des femmes venant en CPN. Les données de la récente enquête MICS 2017-2018 montre que seuls 31,9% des femmes enceintes ont fait un test de dépistage du VIH pendant la CPN deux décennies après l'introduction des services de prévention de la TME du VIH. Cependant, la plupart

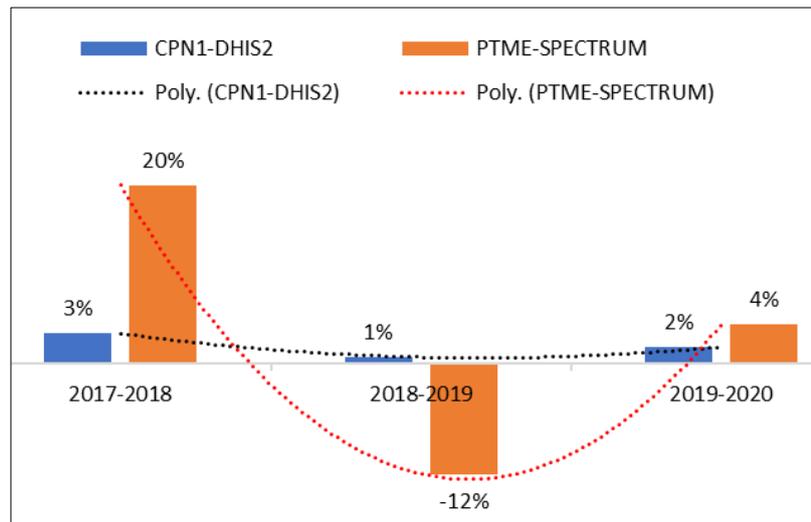


Figure 2: Taux de variation de la CPN1 et la PTME en RDC

des femmes testées séropositives ont accès au traitement aux antirétroviraux. Ainsi, le premier obstacle majeur pour l'accès des femmes enceintes aux services d'élimination de la TME du VIH en RDC est *le faible dépistage du VIH pendant la CPN*.

La cible de couverture pour l'élimination de la TME du VIH étant de 95% pour la CPN, le taux actuel de 85% n'est pas encore optimal. Des efforts additionnels doivent être consentis pour lever les goulots restants et assurer ainsi un accès universel des femmes enceintes à la CPN, indispensable pour donner à la RDC la chance de réaliser l'objectif d'une génération sans sida chez les enfants d'ici 2030.

5.1.2. La performance des provinces

L'élimination de la TME du VIH reste un défi majeur pour sa réalisation au niveau national, mais faisable au niveau de certaines provinces de la RDC. A cet égard, nous avons classifié les provinces par niveau de performance selon les critères décrits ci-dessous¹⁰.

Tableau 1: Critères de classification éTME : Pays avec prévalence VIH des mères >2%

| | | | |
|--------|----------|---------------|----------|
| OR | ≥ 95% | CPN1 | ≥ 95% |
| | | Dépistage VIH | ≥ 95% |
| | | FE VIH+ S/ARV | ≥ 95% |
| ARGENT | 90 à 94% | CPN1 | 90 à 94% |
| | | Dépistage VIH | 90 à 94% |
| | | FE VIH+ S/ARV | 90 à 94% |
| BRONZE | ≤ 89% | CPN1 | ≤ 89% |
| | | Dépistage VIH | ≤ 89% |
| | | FE VIH+ S/ARV | ≤ 89% |

Sur base de ces critères, toutes les provinces de la RDC sont dans la catégorie BRONZE, montrant ainsi que la RDC dans sa totalité est encore loin des cibles 95-95-95 d'élimination de la TME du VIH. Cependant, certaines provinces ont montré des bons résultats sur un ou deux indicateurs. C'est le cas du Nord Kivu qui est actuellement la seule province qui a atteint 95% de couverture sur la CPN1. Cinq autres provinces se situent entre 90% et 94% de CPN1. Il s'agit de Kinshasa, Kongo Central, Sud Kivu, Haut Uele et Sud Ubangi. Il est donc possible de prioriser l'élimination de la TME dans ces provinces en utilisant la CPN1 comme point d'entrée pour l'identification et la fidélisation des femmes testées séropositives à travers un dépistage universel avec initiation du traitement aux antirétroviraux depuis la grossesse jusqu'à l'arrêt de l'allaitement maternel et au-delà. Cependant, le dépistage du VIH pendant la grossesse reste le défi le plus important pour toutes les provinces avec le plus grand écart vis-à-vis de la cible de 95% pour l'élimination de la TME du VIH, à l'exception du Nord Kivu, Kinshasa et Sud Kivu qui ont des taux de 73,7%, 72,2% et 65,3% respectivement. Les données nationales le confirment : plus de la moitié des femmes enceintes venant pour la CPN n'ont pas accès à un test de dépistage du VIH pour bénéficier des services de prévention de la TME du VIH.

Tableau 2: Performance des provinces sur les Indicateurs d'élimination de la TME

| DPS | Femmes enceintes avec ≥1 visite de CPN (MICS 2017-2018) | Femmes enceintes ayant reçu un test de depistage du VIH (MICS 2017-2018) | Femmes enceintes VVIH sous TARV (SPECTRUM 2020) | Niveau de la province pour validation éTME (MOYENNE 3 indic) |
|----------------|---|---|---|--|
| Ituri | 89,6% | 25,2% | 226,4% | 113,7% |
| Nord-Kivu | 97,5% | 73,7% | 100,0% | 90,4% |
| Bas-Uélé | 80,5% | 16,3% | 135,5% | 77,4% |
| Sud-Kivu | 93,5% | 65,3% | 56,3% | 71,7% |
| Haut Uélé | 90,1% | 33,1% | 86,9% | 70,0% |
| Kinshasa | 94,1% | 72,2% | 43,4% | 69,9% |
| Kongo Central | 93,9% | 39,9% | 54,2% | 62,7% |
| Haut Lomami | 77,1% | 6,8% | 84,2% | 56,0% |
| Haut Katanga | 85,1% | 35,8% | 41,5% | 54,1% |
| Tshopo | 78,4% | 19,8% | 44,9% | 47,7% |
| Kasaï Central | 87,4% | 8,6% | 41,2% | 45,7% |
| Mongala | 64,1% | 0,7% | 67,0% | 43,9% |
| Lualaba | 66,6% | 15,3% | 41,1% | 41,0% |
| Sud Ubangi | 94,8% | 11,1% | 13,1% | 39,7% |
| Kasaï Oriental | 85,0% | 15,4% | 11,0% | 37,1% |
| Kwango | 75,9% | 13,6% | 19,6% | 36,4% |
| Equateur | 74,0% | 9,1% | 25,5% | 36,2% |
| Lomami | 71,0% | 12,6% | 14,8% | 32,8% |
| Nord Ubangi | 81,8% | 3,3% | 10,6% | 31,9% |
| Kwilu | 80,3% | 3,4% | 10,2% | 31,3% |
| Maindombe | 75,9% | 6,9% | 10,3% | 31,0% |
| Maniema | 67,5% | 2,3% | 22,0% | 30,6% |
| Tshuapa | 66,7% | 3,6% | 16,0% | 28,8% |
| Tanganyika | 44,5% | 16,4% | 23,4% | 23,4% |
| Sankuru | 58,6% | 0,0% | 4,8% | 21,1% |
| Kasaï | 46,9% | 3,6% | 10,1% | 20,2% |
| RDC | 82,4% | 31,9% | 39,2% | 51,2% |

L'accès au traitement aux antirétroviraux reste le deuxième grand défi des efforts d'élimination de la TME du VIH en RDC. Les données de routine montrent qu'un quart des femmes testées séropositives en 2019 et un tiers en 2020 n'ont pas reçu les antirétroviraux pour l'élimination de la TME du VIH, beaucoup d'entre elles n'étant même pas informées de leurs résultats sérologiques.

L'indice de l'élimination de couverture des services d'élimination de la TME du VIH calculé comme la moyenne de la couverture de la couverture de la CPN1, du dépistage du VIH pendant la grossesse et du traitement aux ARV parmi les femmes enceintes séropositives a permis de classer les provinces par ordre de performance. Nonobstant la qualité de certaines données du Spectrum, cinq provinces ont eu une performance relativement bonne avec un indice de couverture des services de l'élimination de la TME du VIH supérieur à 60% : Nord Kivu (90%), Sud Kivu (71,7%), Haut Uele (70,0%), Kinshasa (69,9%) et Kongo Central (62,7%).

5.1.3. Les goulots d'étranglement

Une analyse approfondie des goulots d'étranglement selon le cadre des déterminants de couverture de Tanahashi a permis l'identification des obstacles majeurs à l'accès universel des femmes enceintes aux services d'élimination de la TME. Le premier obstacle majeur est la faible offre des services qui ne sont disponibles que pour moins de la moitié des femmes enceintes sur le territoire national par manque des intrants de base (tests VIH disponible 40% des jours et ARV pour femmes enceintes séropositives disponible 32% des jours), la carence

en ressources humaines formées en élimination de la TME du VIH (disponible seulement pendant 41% des jours de services) et la faible couverture géographique des services d'élimination de la TME (seulement 40% des femmes enceintes vivant

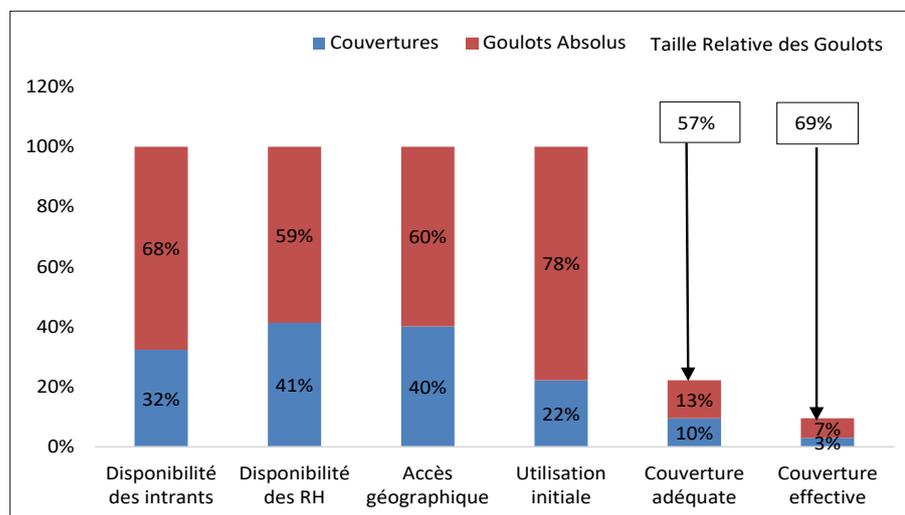


Figure 3: Analyse des goulots de l'élimination TME selon Tanahashi

dans un rayon de 5 km d'une structure sanitaire offrant les services d'élimination de la TME). Ce goulot est principalement la conséquence de la stratégie nationale de mise en œuvre des services d'élimination de la TME du VIH en RDC qui vise à offrir un paquet complet des services (dépistage et de prise en charge) dans un nombre limité des zones de santé et des structures sanitaires. Par conséquent, le modèle du programme d'élimination de la TME en RDC rend impossible l'atteinte des cibles 95-95-95 et de l'objectif d'élimination du Sida d'ici 2030.

Le deuxième obstacle majeur est la déperdition des femmes enceintes séropositives dont plus de la moitié dans les 33 zones de santé du monitoring disparaissent après le dépistage sans recevoir le traitement aux antirétroviraux et plus de deux tiers des femmes séropositives sous traitement aux antirétroviraux disparaissent de la file active avant d'accomplir 12 mois. Ces taux élevés des perdus de vue sont dus au manque de suivi des femmes et des enfants qui caractérisent le système de santé de la RDC en général et la sante maternelle et infantile en particulier. Par exemple, la récente enquête MICS a montré que 82% des femmes enceintes font au moins une visite de consultation prénatale, mais seulement 42% arrivent à 4 visites et 1,9% à 8 visites comme récemment recommandées par l'OMS. En outre, le manque de monitoring régulier de la performance et en temps réel fait que les gestionnaires ne sont pas toujours au courant de l'ampleur du problème et de ses conséquences sur la santé des populations en général et les mères et les enfants en particulier.

Ces deux obstacles méritent une attention particulière et urgente pour assurer d'abord une intégration totale des services d'élimination de la TME avec la santé maternelle et infantile de sorte que chaque femme en CPN bénéficie de tous les services pour rapprocher la couverture des services d'élimination de la TME de celle de la CPN et permettre ainsi à la RDC d'avancer vers les cibles 95-95-95 en vue de l'élimination du sida d'ici 2030.

5.2. La prise en charge des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH

Le traitement aux antirétroviraux reste une intervention importante pour la réduction de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH. L'analyse de la prise en charge des PVVIH avec le traitement aux antirétroviraux a permis d'évaluer le progrès accompli en termes de couverture et d'équité dans l'accès deux décennies après son introduction en RDC.

5.2.1. La tendance des indicateurs et analyse de l'équité

La revue de la performance de la prise en charge des PVVIH adultes âgés de 15 ans et plus et

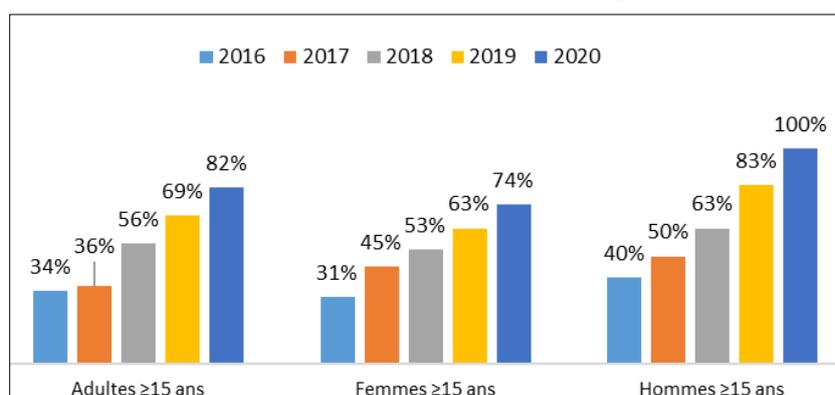


Figure 4: Couverture TARV chez les adultes ≥15 ans vivant avec le VIH

en particulier le traitement aux antirétroviraux a montré une trajectoire ascendante soutenue au cours des années et qui expliquerait le niveau actuel assez élevé de la couverture estimée à 82%. Ce résultat est en corrélation avec des taux similaires du dépistage du VIH dans la même population, qui ont aussi

maintenu des taux annuels de variation positifs au cours de 5 dernières années. Les informations du SPECTRUM donnent des couvertures du dépistage qui sont identiques à celles du traitement aux antirétroviraux pour les 3 dernières années. Ce qui signifie donc que chaque personne dépistée a été mise sous traitement.

Nonobstant les quelques inconsistances dans les données du SPECTRUM, la tendance générale de cette intervention reste constamment positive avec un taux annuel de variation supérieur à 15%. Les efforts d'amélioration devraient être intensifiés sur le dépistage du VIH pour identifier le quart des PVVIH encore inconnu et privé de la prise en charge et les mettre sous traitement pour leur améliorer la survie et la qualité de la vie.

Cependant, les taux de couverture agrégés cachent des grandes iniquités. Une simple

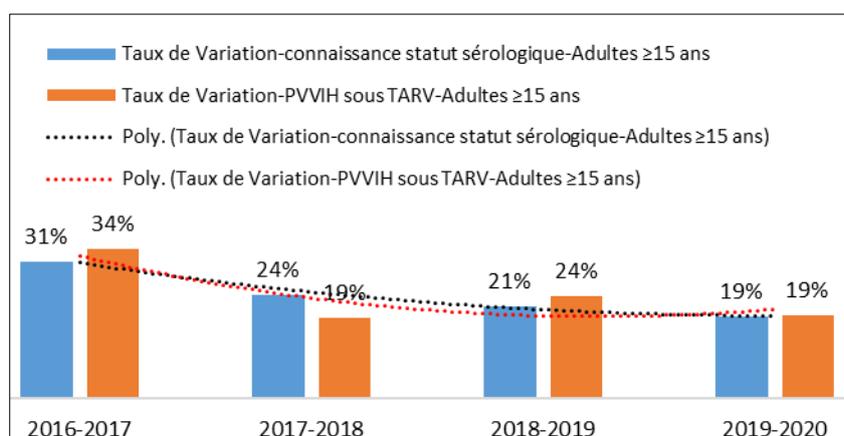


Figure 5 : Taux de variation du dépistage et du TARV chez les adultes vivant avec le VIH en RDC

comparaison de la performance par sexe a révélé que la quasi-totalité des hommes vivant avec le VIH a été dépistée et mise sous traitement aux antirétroviraux contre seulement 74% des femmes vivant avec le VIH. En outre, ces disparités sont allées en augmentant sans relâche au cours des années,

passant ainsi d'une différence de seulement 9% en 2016 à 24% en 2020.

5.2.2. La performance des provinces

La classification des provinces par niveau de performance sur l'intervention sur l'accès des adultes vivant avec le VIH âgés de 15 ans et plus au traitement aux antirétroviraux s'est inspirée des critères recommandés pour l'élimination de la TME du VIH comme suit :

Tableau 3 : Critères de classification de la performance sur la prise en charge des adultes ≥15 ans vivant avec le VIH

| | | | |
|--------|----------|--------------------|----------|
| OR | ≥ 95% | Depistage du VIH | ≥ 95% |
| | | Traitement aux ARV | ≥ 95% |
| | | Suppression virale | ≥ 95% |
| ARGENT | 90 à 94% | Depistage du VIH | 90 à 94% |
| | | Traitement aux ARV | 90 à 94% |
| | | Suppression virale | 90 à 94% |
| BRONZE | ≤ 89% | Depistage du VIH | ≤ 89% |
| | | Traitement aux ARV | ≤ 89% |
| | | Suppression virale | ≤ 89% |

Sur la base de ces critères, toutes les provinces de la RDC sont dans la catégorie BRONZE comme aucune n'a pu réaliser une moyenne d'au moins 90% sur tous les trois indicateurs.

En outre, seules l'Ituri et le Haut Katanga ont dépassé le seuil de 90% sur deux indicateurs : le dépistage et le traitement aux ARV. Toutes les autres provinces sont en dessous de 90% sur tous les trois indicateurs. Donc, malgré le progrès encourageant sur cette intervention, la RDC dans sa totalité reste loin de la réalisation des cibles 95-95-95.

En outre, sur les trois indicateurs, la suppression virale est l'indicateur qui pose le plus des problèmes avec les taux les plus élevés en Ituri (88,3%) et dans le Haut Katanga (78,7%) et les taux les plus faibles en dessous de 20% dans au moins 5 provinces : Nord Ubangi (3,1%), Tshuapa (8,6%), Maniema (13%), Lomami (13,9%) et Kwilu (15,2%).

L'indice de traitement aux antirétroviraux calculé comme la moyenne des couvertures des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique, des PVVIH qui reçoivent le traitement aux antirétroviraux et des PVVIH sous antirétroviraux qui ont atteint la suppression virale a permis de classer les provinces par ordre de performance. Nonobstant les difficultés liées à la qualité des données, cet exercice a montré que 6 provinces ont dépassé la moyenne de 60% : Ituri (95,5%), Haut Katanga (89,5%), Haut Lomami (76,1%), Sud Kivu (69,6%), Kinshasa (68,4%) et Nord Kivu (68,4%). Quatre de ces 6 provinces ont été aussi identifiées parmi les 6 provinces les plus performantes sur l'élimination de la TME du VIH.

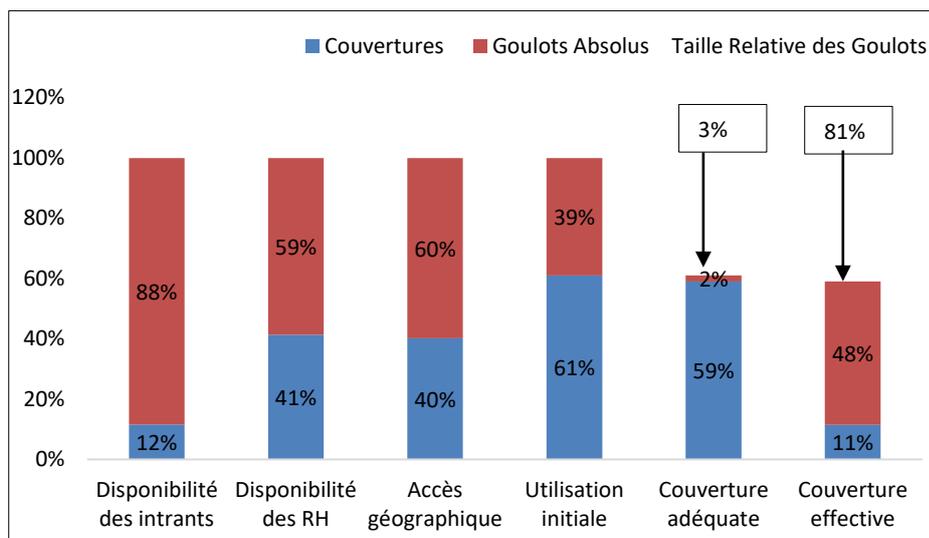
Tableau 3: Performance des provinces sur la prise en charge des Adultes ≥15 ans vivant avec le VIH

| DPS | Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut SPECTRUM | Personnes vivant avec le VIH et recevant TARV SPECTRUM | Personnes vivant avec le VIH et ayant une charge virale supprimée SPECTRUM | Niveau Objectifs 95-95-95 MOYENNE 3 indicateurs |
|----------------|---|--|--|---|
| Ituri | 102,9% | 95,3% | 88,3% | 95,5% |
| Haut Katanga | 94,97% | 94,7% | 78,7% | 89,5% |
| Haut Lomami | 89,0% | 89,0% | 50,1% | 76,1% |
| Sud-Kivu | 73,3% | 69,8% | 65,8% | 69,6% |
| Kinshasa | 70,6% | 76,2% | 58,3% | 68,4% |
| Nord-Kivu | 72,7% | 72,6% | 59,7% | 68,4% |
| Tshopo | 70,2% | 69,6% | 37,1% | 59,0% |
| Bas-Uélé | 69,4% | 69,0% | 36,0% | 58,2% |
| Lualaba | 66,7% | 64,9% | 39,9% | 57,2% |
| Tanganyika | 59,1% | 59,1% | 51,5% | 56,6% |
| Kwango | 0,0% | 61,9% | 61,9% | 41,2% |
| Haut Uélé | 53,1% | 52,9% | 0,0% | 35,3% |
| Kasaï Oriental | 0,0% | 45,5% | 49,9% | 31,8% |
| Kongo Central | 0,0% | 49,8% | 44,5% | 31,4% |
| Sud Ubangi | 0,0% | 35,4% | 37,9% | 24,4% |
| Maniema | 31,3% | 26,8% | 13,0% | 23,7% |
| Kasaï | 0,0% | 33,6% | 33,6% | 22,4% |
| Tshuapa | 0,0% | 50,5% | 15,2% | 21,9% |
| Kwilu | 0,0% | 42,6% | 8,6% | 17,1% |
| Equateur | 0,0% | 47,9% | 0,0% | 16,0% |
| Kasaï Central | 0,0% | 46,1% | 0,0% | 15,4% |
| Mongala | 0,0% | 45,9% | 0,0% | 15,3% |
| Lomami | 0,0% | 30,8% | 13,9% | 14,9% |
| Nord Ubangi | 0,0% | 18,9% | 3,1% | 7,3% |
| Maindombe | 0,0% | 20,7% | 0,0% | 6,9% |
| Sankuru | 0,0% | 17,0% | 0,0% | 5,7% |
| RDC | 82,0% | 82,0% | 0,0% | 54,7% |

5.2.3. Les goulots d'étranglement

L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé pour la prise en charge des adultes âgés 15 ans et plus vivant avec le VIH, a été alignée sur les cibles 95-95-95 et a examiné la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services en rapport avec le dépistage (le premier 95%), le traitement aux antirétroviraux (deuxième 95%) et la suppression virale (troisième 95%). En ligne avec les données du SPECTRUM, le monitoring a confirmé que la quasi-totalité des adultes âgés 15 ans et plus vivant avec le VIH dépistés et connaissant leur statut sérologique sont mises sous traitement aux antirétroviraux. Cependant, le premier obstacle majeur est le faible taux de suppression virale avec seulement 19% des adultes âgés 15 ans et plus vivant avec le VIH sous traitement qui atteignent la suppression 12 mois après la mise sous traitement. La cause principale est la faible disponibilité des tests et la carence

en technologie et intrants de dépistage comme des DBS. Beaucoup des zones de santé n'ont pas de papier DBS de prélèvement pour le test de charge viral qui n'était disponible que pour



12% des jours dans les 33 zones de santé du monitoring. Cependant, les intrants pour le dépistage du VIH et les ARV pour adultes étaient disponibles pour 40% et 32% des jours respectivement. Le deuxième obstacle majeur pour l'atteinte des cibles 95-95-95

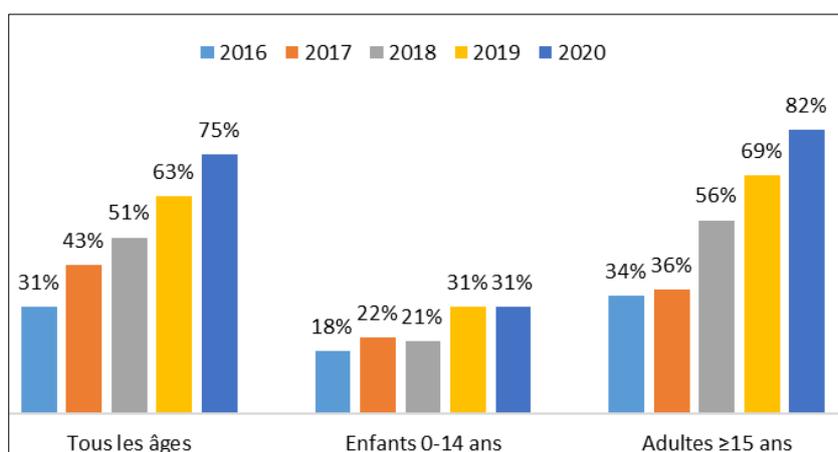
Figure 6 : Analyse des goulots du TARV pour adultes ≥15 ans vivant avec le VIH

sur le traitement est l'accès universel au dépistage pour récupérer le quart de PVVIH restant. Ce ceux qui sont affectés on peut compter les femmes et les enfants vivant avec le VIH comme confirmes par les grandes disparités observées pour ces deux groupes de population.

5.3. La prise en charge des enfants VVIH âgés de 0-14 ans

A l'instar des adultes, le traitement aux antirétroviraux des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH, est une importante intervention de la riposte au VIH/Sida en RDC pour maintenir les enfants en vie et les aider à vivre une vie de qualité. Cette analyse visait à évaluer le progrès accompli deux décennies de mise en œuvre de cette intervention en RDC par le gouvernement avec l'aide de plusieurs partenaires.

5.3.1. La tendance des indicateurs et analyse de l'équité



L'évolution de la performance du traitement aux antirétroviraux pour les enfants VVIH âgés de 0-14 ans a montré une trajectoire faiblement ascendante avec des années de stagnation. La couverture des enfants sous traitement aux antirétroviraux est passée de 18% en 2016 à 31% en

Figure 7 : Couverture TARV chez les enfants vivant avec le VIH

2020. Ce changement représente seulement une augmentation de 72% en comparaison avec le traitement des adultes qui a augmenté de 141% pendant la même période. Le taux annuel de variation de la couverture révèle une tendance en dents de scie avec une année

augmentation suivie d'une année de stagnation. A l'instar de l'élimination de TME du VIH, cette intervention n'illustre en aucun cas l'engagement national pour l'accélération vers les cibles 95-95-95. Comme c'est le cas avec l'intervention précédente, il est difficile de comprendre que la couverture du dépistage du VIH chez les enfants soit égale à celle de

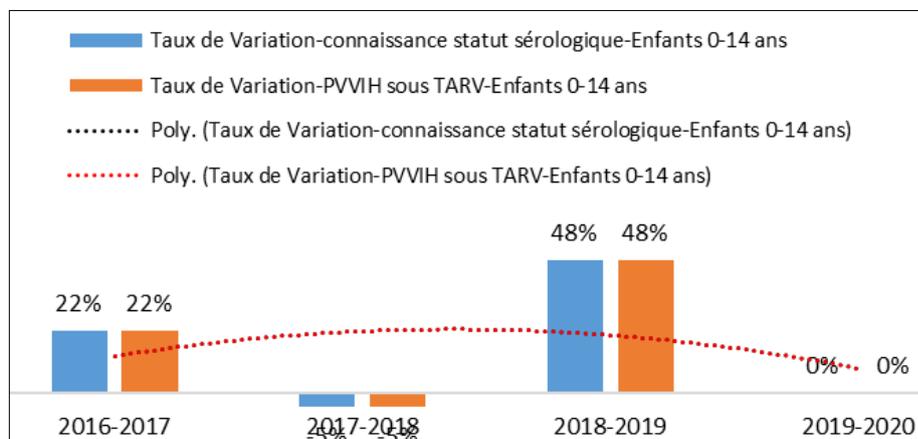


Figure 8 : Taux de variation du dépistage et TARV des enfants vivant le VIH

l'accès au traitement aux antirétroviraux pour cette population aussi vulnérable connaissant que certains de ces enfants sont testés pour le compte de l'élimination de la TME du VIH qui a montré des taux élevés de déperdition qui

pourraient aussi s'appliquer au dépistage des enfants. En dépit de cela, les données disponibles indiquent que le dépistage précoce du VIH reste donc le goulot majeur pour l'accès des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH au traitement comme la vaste majorité est infectée du VIH à travers la TME et devrait être identifiée et initiée sous traitement aux antirétroviraux tôt dans l'enfance. En outre, il y a d'énormes disparités dans l'accès au traitement aux antirétroviraux entre les adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH et les enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH. Ces disparités sont allées en augmentant de 14% de différence en 2016 à 48% en 2020.

5.3.2. La performance des provinces

A l'instar de l'intervention précédente, la classification des provinces par niveau de performance sur l'intervention sur l'accès des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH au traitement aux antirétroviraux s'est inspirée des critères recommandés pour l'élimination de la TME du VIH comme suit :

Tableau 4 : Critères de classification de la performance sur la prise en charge des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH

| Niveau de performance | Cible globale (%) | Critères de performance | |
|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------|
| | | Indicateur | Cible (%) |
| OR | ≥ 95% | Depistage du VIH | ≥ 95% |
| | | Traitement aux ARV | ≥ 95% |
| | | Suppression virale | ≥ 95% |
| ARGENT | 90 à 94% | Depistage du VIH | 90 à 94% |
| | | Traitement aux ARV | 90 à 94% |
| | | Suppression virale | 90 à 94% |
| BRONZE | ≤ 89% | Depistage du VIH | ≤ 89% |
| | | Traitement aux ARV | ≤ 89% |
| | | Suppression virale | ≤ 89% |

Sur la base de ces critères, toutes les provinces de la RDC tombent dans la catégorie BRONZE. A l'exception de l'Ituri qui a dépassé le seuil de 95% sur un seul indicateur, probablement à cause de la mauvaise qualité des données, toutes les provinces sont restées en dessous de 90% sur tous les trois indicateurs.

Tableau 5: Performance des provinces sur la prise en charge des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH

| DPS | Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut SPECTRUM | Personnes vivant avec le VIH et recevant TARV SPECTRUM | Personnes vivant avec le VIH et ayant une charge virale supprimée SPECTRUM | Niveau Objectifs 95-95-95 MOYENNE 3 indicateurs |
|----------------|---|--|--|---|
| Kwango | 0,0% | 233,4% | 0,0% | 77,8% |
| Nord-Kivu | 78,0% | 77,9% | 58,4% | 71,4% |
| Ituri | 85,4% | 79,1% | 5,5% | 56,7% |
| Haut Katanga | 57,7% | 57,6% | 45,9% | 53,7% |
| Bas-Uélé | 77,7% | 77,3% | 0,0% | 51,7% |
| Sud-Kivu | 42,4% | 40,4% | 28,1% | 37,0% |
| Lualaba | 38,5% | 37,5% | 24,1% | 33,3% |
| Haut Uélé | 36,2% | 36,1% | 0,0% | 24,1% |
| Kinshasa | 0,0% | 41,7% | 30,1% | 23,9% |
| Haut Lomami | 34,4% | 34,4% | 0,0% | 22,9% |
| Maniema | 23,9% | 20,5% | 10,3% | 18,2% |
| Tshopo | 23,2% | 23,1% | 2,9% | 16,4% |
| Mongala | 0,0% | 45,8% | 0,0% | 15,3% |
| Kongo Central | 0,0% | 22,5% | 22,5% | 15,0% |
| Tanganyika | 17,6% | 17,6% | 8,8% | 14,7% |
| Kasaï Oriental | 0,0% | 21,5% | 14,5% | 12,0% |
| Kasaï Central | 0,0% | 15,1% | 0,0% | 5,0% |
| Tshuapa | 0,0% | 10,9% | 1,6% | 4,2% |
| Equateur | 0,0% | 11,0% | 0,0% | 3,7% |
| Kasaï | 0,0% | 10,6% | 0,0% | 3,5% |
| Lomami | 0,0% | 7,8% | 1,6% | 3,1% |
| Kwilu | 0,0% | 7,9% | 0,0% | 2,6% |
| Sud Ubangi | 0,0% | 7,3% | 0,0% | 2,4% |
| Maindombe | 0,0% | 5,5% | 0,0% | 1,8% |
| Nord Ubangi | 0,0% | 4,0% | 0,0% | 1,3% |
| Sankuru | 0,0% | 2,2% | 0,0% | 0,7% |
| RDC | 31,0% | 31,0% | 0,0% | 20,7% |

Par conséquent, les traitements des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH avec les antirétroviraux à la plus faible performance des trois interventions analysées.

A l'instar du traitement aux antirétroviraux pour les femmes enceintes, le dépistage du VIH chez les enfants âgés de 0-14 ans reste le plus grand obstacle. A ce jour, deux décennies après l'introduction des services de dépistage et de prise en charge du VIH chez les enfants, seuls 31% sont dépistés et la totalité de ces enfants sont initiés au traitement aux antirétroviraux.

Le deuxième grand obstacle est la suppression virale. Les données des provinces qui sont disponibles montrent qu'au moins 10 provinces ont des taux de suppression virale chez les enfants qui sont inférieurs à 20% : Ituri, Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami, Maniema, Sud Ubangi, Tanganyika, Tshuapa, Tshopo.

L'indice de traitement aux antirétroviraux calculé comme la moyenne des couvertures des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH dont le statut sérologique est connu, des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH qui reçoivent le traitement aux antirétroviraux et des enfants VVIH âgés de 0-14 ans sous antirétroviraux qui ont atteint la suppression virale a permis de classer les provinces par ordre de performance. En dépit des difficultés liées à la qualité des données, cet exercice a montré que seules 2 provinces ont dépassé la moyenne de 60% : Kwango (77%, probablement à cause de la mauvaise des données) et Nord Kivu (71,4%).

5.3.3. Les goulots d'étranglement

L'analyse des goulots d'étranglement du système de santé en rapport avec la prise en charge des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH, a permis d'identifier les obstacles qui

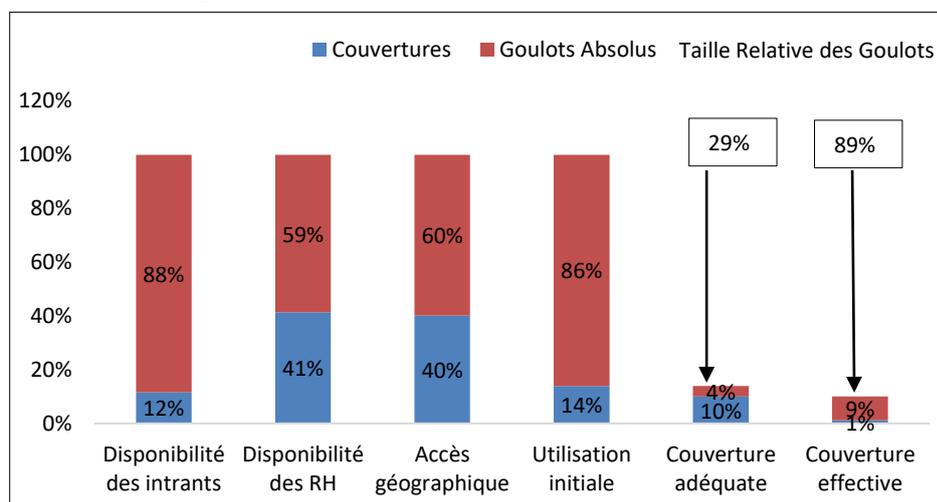


Figure 9 : Analyse des goulots du TARV pour enfants 0-14 ans vivant avec le VIH

contribuent à la faible couverture des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH qui reçoivent le traitement aux antirétroviraux pour leur survie et pour améliorer la qualité de leur vie. Le premier obstacle majeur est l'insuffisance de l'offre et en

particulier le faible dépistage des enfants exposés au VIH dans le contexte de l'élimination de la TME du VIH comme principal point d'identification des enfants vivant avec le VIH avant qu'ils ne deviennent asymptomatiques et l'insuffisance des formes pédiatriques des ARV pour la prise en charge. A cet effet, dans les 33 zones de santé de monitoring, la couverture du dépistage du VIH était estimée à 14% seulement et le DBS pour le dépistage et les formes pédiatriques des ARV n'étaient disponibles que 12% et 17% des jours pendant la période monitorée de 6 mois. Le deuxième obstacle majeur est la faible suppression virale avec seulement 19% de succès chez les enfants vivant avec le VIH sous traitement. Quelques-unes des causes profondes sont l'absence des machines PCR de dépistage et des papiers DBS dans beaucoup des zones de santé et le manque de suivi qui fait que 29% des enfants dépistés ne reçoivent pas le traitement et 89% de ceux mis sous traitement n'atteignent pas la suppression virale.

VI. Discussions

L'élimination de la TME du VIH

La RDC a fait des progrès encourageants certes, mais la route vers les cibles de 95-95-95 reste encore longue en particulier pour l'élimination de la TME du VIH et le traitement antirétroviral des enfants de 0-14 ans dont les couvertures sont loin en dessous de 50%. La couverture des antirétroviraux chez les femmes enceintes pour l'élimination de la TME du VIH a connu une évolution irrégulière au cours de 4 dernières années. Aujourd'hui un peu moins de deux femmes enceintes vivant avec le VIH sur cinq reçoivent les antirétroviraux. La politique nationale de ciblage d'un nombre limité des zones de santé et des structures sanitaires avec un paquet complet pourrait avoir contribué à cette sous-performance, en excluant presque les trois quarts de la population à cause des longues distances vers les structures sélectionnées et le manque des médicaments et du personnel formé sur l'élimination de la TME et la prise en charge du VIH.

Aujourd'hui un peu moins de deux femmes enceintes vivant avec le VIH sur cinq reçoivent les antirétroviraux.

La bonne organisation des services de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes est l'un des facteurs de succès dans l'élimination de la TME du VIH dans les pays à faible prévalence du VIH

(<1%) déjà validés en Asie et en Amérique du Sud comme la Thaïlande, le Sri Lanka, la Malaisie et le Cuba. Ces pays ont atteint le premier 95% à travers une approche de dépistage universel dans toutes structures sanitaires publiques et privées, couplées avec le traitement aux antirétroviraux concentrés dans le centre de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) opérant comme centres de référence.^{11,12,13,14} A l'instar de ces pays, la RDC devrait adopter une politique qui permet d'offrir le dépistage du VIH à toute femme enceinte comme partie intégrante du paquet minimum d'activités de la CPN.

Pour assurer une adhérence totale au traitement aux antirétroviraux, le suivi des femmes enceintes séropositives mises sous traitement était assuré par les centres de prise en charge des MST avec un système performant. En RDC, le suivi des femmes enceintes séropositives est resté de la responsabilité de chaque structure dans un contexte où pareil système n'ont pas été développés. Ceci expliquerait les taux élevés de pertues de vue, supérieur à 50% dans les données du monitoring mené ensemble avec les équipes cadres des zones de santé et avec l'appui des cadres nationaux. Ce phénomène de pertues de vue des couples mère-enfant est reconnu comme un défi majeur pour une mise en œuvre effective des programmes d'élimination de la TME du VIH en Afrique sub-saharienne.¹⁵ En RDC et à travers l'Afrique, plusieurs modèles d'amélioration du suivi des mères et des PVVIH connaissant leur statut sérologique ont montré leur efficacité, y compris le suivi à domicile à travers les relais communautaires, les mères mentors et les clients expérimentés.¹⁶ En outre, des systèmes digitaux de suivi des couples mère-enfant ont été utilisés avec succès dans des pays comme le Kenya, le Malawi, le Nigeria, la Tanzanie et l'Ouganda et ont contribué à améliorer la rétention dans les soins et les résultats en matière de santé.^{17,18} Les leçons apprises dans ces pays montrent que le succès de ces systèmes dépend de l'engagement précoce des acteurs clés comme les décideurs, les prestataires, les mères et les partenaires.¹⁸

Le traitement aux antirétroviraux des enfants et adultes vivant avec le VIH

La RDC a fait des bons progrès sur l'accès des PVVIH au traitement aux antirétroviraux, ayant réalisé la couverture de 82%, la plus élevée en Afrique centrale. Cependant, la RDC est le pays où plus d'hommes (>98%) que des femmes (74%) ont accès au traitement aux antirétroviraux avec un écart aussi grand que 24%. Ces données peuvent être le reflet des inégalités les hommes et les femmes dans la prise des décisions et dans la stigmatisation liée au VIH/Sida. Cependant, plusieurs études à travers le monde et à travers l'Afrique ont montré que, de façon générale, les hommes utilisent les services de santé moins que les femmes pour plusieurs raisons, y compris la perception d'invulnérabilité, le travail et le manque des services spécifiques pour la santé des hommes.^{19,20} Des études menées dans des pays africains comme le Zimbabwe que la masculinité semble être une barrière à l'accès des hommes aux

La RDC est le pays où plus d'hommes (>98%) que des femmes (74%) ont accès au traitement aux antirétroviraux avec un écart aussi grand que 24%. Ces données peuvent être le reflet des inégalités les hommes et les femmes dans la prise des décisions et dans la stigmatisation liée au VIH/Sida.

services de prévention et de prise en charge du VIH/Sida.²¹ Cette observation a été inattendue et contraire à la situation dans tous les pays de l'Afrique centrale sans exception où les femmes accèdent plus les services du VIH/Sida que les hommes. Une recherche s'impose pour analyser la situation et en déterminer les causes profondes sur lesquelles fonder des actions correctrices pour assurer l'équité dans l'accès aux services.

Les données de la RDC ont aussi montré des grandes disparités dans l'accès au traitement aux antirétroviraux entre les adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH (82%) et les enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH (31%) avec un écart aussi grand que 51%. Le plus récent rapport de l'ONUSIDA sur la situation du VIH dans le monde confirme que

l'écart persiste dans l'accès au traitement avec 74% des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH sous traitement en comparaison avec 54% des enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH. Cependant, l'écart de la RDC est grand que dans le monde en partie à cause de la stratégie de mise en œuvre limitant la couverture géographique du dépistage des enfants exposés à travers la TME du VIH d'une part et de l'autre comme conséquence du manque de suivi des enfants dans le système de santé maternelle et infantile comme discuté précédemment.

L'évidence de la suppression virale parmi toutes les PVVIH mises sous traitement est parmi les plus faibles. Seulement 41% d'entre elles ont accès au test de la charge virale et 87% de celles qui sont testées atteignent une suppression virale. Ainsi, la RDC n'est pas en mesure d'atteindre le troisième 95% principalement à cause de la faible capacité d'analyse de la charge virale sur le territoire national. En outre, des efforts doivent être consentis pour

renforcer le suivi des PVVIH sous traitement en vue réduire les perdus de vue après l'initiation du traitement et améliorer le taux de suppression virale au-delà de la cible de 95%.

Par conséquent, l'amélioration de la couverture de la prise en charge des PVVIH à travers le traitement aux antirétroviraux se fera d'abord à travers une disponibilité universelle du dépistage du VIH pour les femmes enceintes au cours de la CPN dans toutes les structures sanitaires, pour les enfants exposés au VIH dans le postpartum et au cours de la vaccination et pour toutes les PVVIH manquées dans une approche familiale utilisant celles qui sont déjà dépistées séropositives et sous traitement comme cas index. La réduction des disparités dans l'accès au traitement aux antirétroviraux entre les hommes et les femmes devra passer par le renforcement des services d'élimination de la TME qui constitue le point principal d'entrée des femmes et enfants vivant avec le VIH au traitement avant qu'ils ne deviennent symptomatiques. En outre, le dépistage systématique dans une approche familiale permettrait d'identifier les femmes partenaires et les enfants des PVVIH déjà sous traitement.



Limitations de l'analyse

Le manque des données du monitoring dans plus des zones prioritaires du VIH ne nous a pas permis d'avoir une perspective plus élargie des défis qui se posent dans la lutte contre le VIH en RDC. En outre, l'incapacité de mener des enquêtes qualitatives avec des groupes de discussions et des interviews individualisés à cause des contraintes budgétaires ne nous a pas permis de creuser davantage sur les causes profondes des faiblesses observées et les solutions les plus adaptées au contexte de la RDC selon la perspective des acteurs du terrain.

En absence des estimations provinciales définitives du SPECTRUM, nous avons utilisé les premières estimations en attendant la finalisation du processus qui nous permettra de faire les ajustements là où ils s'imposent.

La disponibilité des données de qualité a été une autre contrainte majeure et une grande limitation pour les analyses. Les données du VIH n'ont été intégrées dans DHIS2 qu'à partir de l'année 2019, par conséquent il n'a pas été possible de trouver les données pour les 3 premières années de l'analyse dans le DHIS2. Dans l'analyse sur la tendance des services d'élimination de la TME du VIH, nous avions planifié de faire l'analyse sur les 5 dernières années de 2016 à 2020, mais nous avons fini par analyser seulement pour les 4 dernières par manque des données de la CPN de 2016 dans DHIS2. En outre, certaines données n'étaient pas fiables et incomplètes. A cet égard, le DHIS2 n'ont pas été d'une grande utilité pour cet exercice. Il faudra donc repenser comment améliorer les données du DHIS2 pour en faire usage dans les prochaines éditions.

Les données du SPECTRUM aussi ont eu un certain nombre des faiblesses qui méritent d'être mentionnées. D'abord, SPECTRUM a un problème de complétude avec beaucoup des données qui manquent carrément. Par exemple, les données sur la suppression virale ne sont pas disponibles au niveau national, mais elles le sont pour une partie des provinces pendant qu'elles manquent pour les autres. En outre, la fiabilité des données est un autre défi majeur surtout en ce qui concerne les estimations des dénominateurs. Par exemple, le nombre attendu des femmes ayant besoin des services d'élimination de la TME du VIH a été grossièrement sous-estimé dans certaines instances. En Ituri par exemple, le nombre des femmes recevant les ARV pour l'élimination de la TME du VIH est plus de 5 fois le nombre attendu des femmes comme surligné dans le tableau ci-dessous. Ceci peut en partie s'expliquer par les difficultés rencontrées avec les estimations des populations cibles dans un pays ou le dernier recensement date de plus de 30 ans.

Tableau 6 : Synthèse des indicateurs de l'élimination de la TME du VIH en Ituri, 2010-2025

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 06 DR Congo2021_ITURI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mothers needing PMTCT | 394 | 370 | 359 | 402 | 444 | 457 | 495 | 551 | 593 | 602 | 588 | 585 | 570 | 551 | 531 | 511 |
| Mothers receiving PMTCT | 0 | 0 | 104 | 1 156 | 1 252 | 1 769 | 2 822 | 812 | 2 439 | 301 | 1 331 | 292 | 285 | 276 | 266 | 256 |
| Single dose nevirapine | 0 | 0 | 52 | 578 | 626 | 430 | 445 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dual ARV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Option A - maternal | 0 | 0 | 52 | 578 | 626 | 430 | 445 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Option B - triple prophylaxis from 14 weeks | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Option B+: ART started before current pregnancy | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 368 | 681 | 174 | 794 | 90 | 867 | 88 | 85 | 83 | 80 | 77 |
| Option B+: ART started during current pregnancy > 4 weeks before delivery | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 541 | 886 | 638 | 1 645 | 211 | 464 | 205 | 199 | 193 | 186 | 179 |
| Option B+: ART started during current pregnancy < 4 weeks before delivery | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 365 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PMTCT coverage | 0 | 0 | 29,01 | 287,4 | 281,9 | 387,2 | 570,1 | 147,4 | 411 | 50 | 226,2 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| PMTCT coverage of more efficacious regimens | 0 | 0 | 14,5 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 50 | 100 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| MTCT rate at 6 weeks | 23,91 | 23,93 | 18,47 | 7,89 | 7,79 | 6,24 | 6,06 | 4,88 | 4,18 | 11,09 | 4,48 | 11,08 | 11,39 | 11,76 | 12,14 | 12,51 |
| Final transmission rate including breastfeeding | 48,42 | 48,38 | 41,35 | 29,82 | 29,18 | 23,54 | 20,64 | 15,7 | 14,24 | 22,4 | 14,01 | 22,38 | 23,05 | 23,93 | 24,82 | 25,66 |
| Number of HIV+ breastfeeding women at 3 | 390 | 366 | 355 | 398 | 439 | 452 | 490 | 545 | 587 | 595 | 582 | 578 | 563 | 545 | 526 | 505 |
| Number of HIV+ breastfeeding women at 12 | 369 | 347 | 336 | 377 | 416 | 428 | 464 | 516 | 556 | 564 | 551 | 548 | 534 | 516 | 498 | 479 |
| Number of new child infections due to mother-to-child transmission | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 191 | 179 | 148 | 120 | 130 | 108 | 102 | 86 | 84 | 135 | 82 | 131 | 131 | 132 | 132 | 131 |
| Male | 97 | 91 | 75 | 61 | 66 | 54 | 52 | 44 | 43 | 68 | 42 | 66 | 66 | 67 | 67 | 66 |
| Female | 94 | 88 | 73 | 59 | 64 | 53 | 51 | 43 | 42 | 67 | 41 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 |
| Treatment coverage for HIV+ pregnant women | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 50 | 100 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |

A cet égard, le recensement planifié par le gouvernement serait salutaire pour résoudre la question des populations cibles. Cependant, l'assurance qualité des données du DHIS2 devrait être externalisée pour plus d'efficacité et le monitoring en temps réel introduit à la base pour permettre à ceux qui collectent les données de les utiliser pour leur auto-évaluation et apprécier l'importance de collecter et de faire remonter les données de qualité.

VII. Recommandations pour l'année 2022

L'analyse des goulots a certainement identifié nombreux obstacles et plusieurs solutions importantes pour intensifier la mise en œuvre, améliorer la performance et accélérer les résultats vers les cibles de 95-95-95. Cependant, la priorisation s'impose dans un contexte des ressources limitées en termes de temps et de financement.

- 1) Faire un virage stratégique vers le dépistage universel du VIH dans toutes les structures sanitaires avec des centres de prise en charge et des laboratoires d'analyse de la charge virale organisés en réseau pour couvrir toute l'étendue nationale :**
 - a) Pour les femmes enceintes, le dépistage doit être offert dans tous les sites de CPN à travers une intégration totale avec redevabilité pour égaliser la couverture de la CPN avec celle du dépistage du VIH pendant la grossesse ;
 - b) Pour les enfants, renforcer le dépistage du VIH chez les enfants exposés pendant la vaccination, chez les enfants des parents vivant avec le VIH comme cas index dans une approche familiale et ceux souffrant de malnutrition aigüe sévère dans les centres de réhabilitation nutritionnelle ;
 - c) Pour les adultes vivant avec le VIH, intensifier le dépistage des partenaires et enfants vivant avec le VIH sous traitement comme cas index dans l'approche familiale et dans les services de traitement de la tuberculose.

- 2) Institutionnaliser un système de suivi actif individualisé des femmes enceintes en CPN, des enfants exposés pendant la vaccination et des PVVIH (adultes et enfants) et des PVVIH (adultes et enfants) testées séropositives dans les centres de traitement à l'aide des accompagnateurs (relais communautaires, mères mentors, clients expérimentés...) et des nouvelles technologies de l'information pour améliorer l' enrôlement et la rétention et accroître la suppression virale.**

- 3) Réduire les iniquités entre les hommes et les femmes et entre les adultes et les enfants à travers l'amélioration de la performance des services d'élimination de la TME du VIH et le dépistage familial des cas index déjà sous traitement aux antirétroviraux pour accroître l'identification et l' enrôlement des femmes et des enfants vivant avec le VIH.**

- 4) Améliorer la qualité et l'utilisation des données de routine (DHIS2) et du SPECTRUM à travers des évaluations externes de la qualité des données du DHIS2 pour plus d'efficacité, le monitoring trimestriel de la performance des services à la base (communautés, structures sanitaires, ECZS) pour la remontée des données de qualité et l'ajustement des hypothèses de modélisation du SPECTRUM sur la RDC.**



Ces recommandations ont des implications pour tous les acteurs clés :

- Les autorités politiques et sanitaires qui devront élaborer la nouvelle politique et mobiliser le soutien, les moyens nécessaires pour la mise en œuvre et renforcer les capacités à tous les niveaux ;
- Les gestionnaires et les prestataires qui devront adapter l'organisation et les outils des services pour intégrer le dépistage universel, le suivi individualisé des PVVIH et l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données de routine ;
- Les partenaires qui devront apporter leur apport technique et financier, y compris faire des ajustements nécessaires aux projets en cours pour faciliter la mise en œuvre effective de ces recommandations.

VIII. Conclusion

La position géopolitique de la RDC fait que le progrès dans ce pays a un impact dans la région de l'Afrique centrale et au-delà. La bonne performance observée dans la prise en charge des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH avec des taux annuels de variation supérieur à 15% et une couverture qui a doublé en quatre ans est une preuve que l'accélération est possible. Cependant, des efforts sont nécessaires pour intensifier le dépistage et corriger les inégalités entre les hommes et les femmes pendant que l'on maintient le pied sur l'accélérateur.

Les progrès réalisés avec les deux autres interventions sont très préoccupants. Pour l'élimination de la TME du VIH, la première des priorités est de changer la stratégie de mise œuvre vers une couverture universelle du dépistage couplée avec le ciblage des centres de traitement et les laboratoires d'analyse de la charge virale organisés en réseaux. Pendant que le dépistage va aider le premier 95, le renforcement du suivi actif des PVVIH en commençant par les femmes enceintes pendant la CPN, les enfants exposés après l'accouchement et les adultes dans les centres de traitement aidera beaucoup les deux autres 95 à travers l'accroissement de l'enrôlement dans la prise en charge du VIH/Sida, y compris avec le traitement aux ARV, la rétention dans la file active et la suppression de la charge virale.

Ces changements vont avoir des implications sur la capacité du système et les ressources, en particulier le financement, les intrants et les ressources humaines. Le PNLS et le PNMLS, avec l'aide des partenaires, devraient rapidement actualiser la carte sanitaire des services d'élimination de la TME du VIH et de prise en charge avec clarté sur le positionnement des centres de traitement et des laboratoires d'analyse de la charge virale. En outre, le PNLS et le PNMLS devraient quantifier les besoins supplémentaires et mobiliser les ressources nécessaires pour éliminer les écarts dans l'offre des services.

Tirant des leçons sur ce qui a fait le succès du VIH à ce jour, la mise en œuvre de ces recommandations devra s'accompagner d'un appui intensifié dans un nombre limité des zones de santé pour montrer que c'est faisable et développer des modèles d'apprentissage et de recherche opérationnelle permettant de tester des nouvelles solutions aux défis persistants qui méritent une attention particulière tels que les iniquités dans l'accès au traitement entre les hommes et les femmes d'une part et les adultes et les enfants de l'autre.

« Là où il y a la volonté, il y a une voie » (Pauline Kael, 1919-2001).

Références

- ¹ Barré-Senoussi, Françoise. "L'infection VIH/sida : l'histoire exemplaire d'une épidémie qui résiste." (2018): 499-500.
- ² ONUSIDA. Elimination of mother to child transmission. 2021.
<https://open.unaids.org/priority/strategy-result-areas/elimination-mother-child-transmission>. Consulté le 9-11-2021
- ³ UNAIDS. 2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics.
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Consulté le 10-11-2021
- ⁴ UNAIDS. 2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics.
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Consulté le 10-11-2021.
- ⁵ Giguère, Katia, Jeffrey W. Eaton, Kimberly Marsh, Leigh F. Johnson, Cheryl C. Johnson, Eboi Ehui, Andreas Jahn et al. "Trends in knowledge of HIV status and efficiency of HIV testing services in sub-Saharan Africa, 2000–20: a modelling study using survey and HIV testing programme data." *The Lancet HIV* 8, no. 5 (2021): e284-e293.
- ⁶ Nguyen, P., S. Gilmour, P. Le, K. Onishi, K. Kato, and H. Nguyen. "Progress toward HIV elimination goals: trends in and projections of treatment as prevention strategy in 38 African countries." *Journal of the International AIDS Society* 24, no. S1 (2021) : 4-7.
- ⁷ Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.
- ⁸ ONUSIDA. République démocratique du Congo. 2021.
<https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo>
- ⁹ Ministère de la santé publique : *Plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de la santé, 2008-2012*.
<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/91499/106134/F-413555495/COD-91499.pdf>
- ¹⁰ UNICEF, ONUSIDA et OMS, *Facteurs essentiels pour la programmation et pour la définition des priorités – Dernière ligne droite vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : feuille de route pour l'éradication de l'épidémie de VIH chez les enfants*, UNICEF, New York, 2020.
- ¹¹ Lolekha, Rangsim, Sarawut Boonsuk, Tanarak Plipat, Michael Martin, Chaweewan Tonputs, Niramom Punsuwan, Thananda Naiwatanakul et al. "Elimination of mother-to-child transmission of HIV—Thailand." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 65, no. 22 (2016): 562-566.

-
- ¹² Rajapaksa, Lilani, G. Weerasinghe, Ariyaratne Manathunge, J. Elwitigala, Irosha Nilaweera, Kaushalya Kasturiaratchi, Lasanthi Siriwardena, and Anuruddha Karunaratne. "Eliminated mother to child transmission (MTCT) of HIV and syphilis in Sri Lanka; WHO confirms." *Sri Lanka Journal of Sexual Health and HIV Medicine* 5 (2019).
- ¹³ Abd Aziz, Mohd Nasir. "Malaysia's success in eliminating mother-to-child transmission of HIV and syphilis." *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 15, no. 104 (2019).
- ¹⁴ Caffè, Sonja, Freddy Perez, Mary L. Kamb, Rodolfo Gomez Ponce de Leon, Monica Alonso, Ralph Midy, Lori Newman, Chika Hayashi, and Massimo Ghidinelli. "Cuba validated as the first country to eliminate mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus and congenital syphilis: lessons learned from the implementation of the global validation methodology." *Sexually transmitted diseases* 43, no. 12 (2016): 733.
- ¹⁵ Kalembo, Fatch W., and Maggie Zgambo. "Loss to follow up: a major challenge to successful implementation of prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 programs in sub-Saharan Africa." *International Scholarly Research Notices* 2012 (2012).
- ¹⁶ Herce, Michael, Jess Edwards, Stephanie M. Topp, Michael Eliya, Nicole Carbone, Lauren Zalla, Jennifer Tseka, Maga Chagomerana, Mina C. Hosseinipour, and Innocent Mofolo. "Improving PMTCT outcomes for mother-infant pairs through community-facility linkage: Results from a mixed methods study in Malawi." (2021).
- ¹⁷ Vrazo, Alexandra C., David Sullivan, and Benjamin Ryan Phelps. "Eliminating mother-to-child transmission of HIV by 2030: 5 strategies to ensure continued progress." *Global Health: Science and Practice* 6, no. 2 (2018): 249-256.
- ¹⁸ Kessler, Sarah Finocchiaro, Brad J. Gautney, Samoel Khamadi, Vincent Okoth, Kathy Goggin, Jennifer K. Spinler, Anne Mwangi et al. "If you text them, they will come using the HIV infant tracking system to improve early infant diagnosis quality and retention in Kenya." (2014).
- ¹⁹ Beia, Thierry, Karina Kielmann, and Karin Diaconu. "Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa." *International journal for equity in health* 20, no. 1 (2021): 1-16.
- ²⁰ Gomes, Romeu, Elaine Ferreira do Nascimento, and Fábio Carvalho de Araújo. "Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education." *Cadernos de saude publica* 23, no. 3 (2007): 565-574.
- ²¹ Sileo, Katelyn M., Rebecca Fielding-Miller, Shari L. Dworkin, and Paul J. Fleming. "What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa?: a scoping review." *AIDS and Behavior* 22, no. 8 (2018) : 2468-2479.