

DÉCENTRALISATION DU TRAITEMENT DU VIH

Évaluation de l'initiative de décentralisation du traitement du VIH, Kinshasa, RDC

AVRIL 2020

Cette publication a été produite à la demande de MSF OCB sous la direction de l'Unité d'évaluation de Stockholm. Elle a été préparée indépendamment par *Christelle Boulanger et Philippe Msellati*.

AVERTISSEMENT

Les avis des auteurs exprimés dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de Médecins Sans Frontières ou de l'Unité d'évaluation de Stockholm.

SOMMAIRE

TABLEAUX	3
FIGURES	4
ACRONYMES	5
RESUME EXECUTIF	7
INTRODUCTION	7
RESULTATS	8
CONCLUSIONS	10
RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION	14
CONTEXTE DU PROJET.....	14
PORTÉE DE L'ÉVALUATION.....	14
MÉTHODOLOGIE	15
LIMITATIONS	17
RESULTATS	18
OS 1: IDENTIFIER LES DIFFÉRENTES PHASES DES STRATÉGIES.	18
OS 2: ÉVALUER LE DÉVELOPPEMENT AU FIL DU TEMPS DES SERVICES LIÉS AU VIH	30
OS 3: IDENTIFIER LES FACTEURS FAVORABLES ET LES PRINCIPAUX DÉFIS.....	38
OS 4 : ÉVALUER COMMENT LES EXPÉRIENCES PRÉCÉDENTES ONT INFORMÉ LA STRATÉGIE ACTUELLE.	42
CONCLUSIONS	45
RECOMMANDATIONS	47
ANNEXE I : TERMES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉVALUATION	49
ANNEXE II : ANALYSE MSF DES PRINCIPAUX PARTENAIRES	53
ANNEXE III : ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES	55

TABLEAUX

TABLEAU 1 : SYNTHÈSE DE LA COLLECTE DE DONNÉES QUALITATIVES.....	16
TABLEAU 2 : ÉVALUATION DE LA SITUATION DE LUTTE CONTRE LE VIH DANS LA PROVINCE DE KINSHASA	23
TABLEAU 3 : NOMBRE DE PLHIV SURVEILLÉES PAR AN ET PAR SITE, ENTRE 2013 ET 2019.	32
TABLEAU 4 : TAUX DE RETENTION A 12, 24 ET 60 MOIS APRES LE DÉBUT DU TRAITEMENT, PAR CENTRE.....	41
TABLEAU 5 : MONTANTS DE REMBOURSEMENT MENSUELS, PAR HOPITAL.....	41
TABLEAU 6 : DIFFÉRENCES OBSERVÉES ENTRE LES ZONES DU GF ET DU PEPFAR.....	43
TABLEAU A1 : ANALYSE MSF DES PRINCIPALES ORGANISATIONS PARTENAIRES.....	53
TABLEAU A2 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 1ÈRE INTENTION.....	56
TABLEAU A3 : TRAITEMENT ART PAR SEXE, DEUXIÈME INTENTION.	56
TABLEAU A4 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE VIH, CENTRE DE SANTÉ DE LIBIKISI.	57
TABLEAU A5 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 1ÈRE INTENTION, CENTRE DE SANTÉ D'ELONGA, 2013-2019.	60
TABLEAU A6 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 2ÈME INTENTION, CENTRE DE SANTÉ D'ELONGA, 2013-2019.	60
TABLEAU A7 : CENTRE DE SANTÉ D'ELONGA, PATIENTS INSCRITS ENTRE 2013 ET 2019	60
TABLEAU A8 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE VIH, CENTRE DE SANTÉ D'ELONGA, 2013-2019.	61
TABLEAU A9 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE VIH, CENTRE DE SANTÉ DE BOLINGO, 2013-2019.....	64
TABLEAU A10 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE VIH, CENTRE DE SANTÉ D'ESINGO, 2013-2019.	66
TABLEAU A11 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 1ÈRE INTENTION, CENTRE DE SANTÉ DE BOMOTO, 2013-2015. ..	68
TABLEAU A12 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 2ÈME INTENTION, CENTRE DE SANTÉ DE BOMOTO, 2013-2015..	68
TABLEAU A13 : PATIENTS SEROPOSITIFS INSCRITS ET RESULTATS PRINCIPAUX, BOMOTO, 2013 A 2015.....	69
TABLEAU A14 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 1ÈRE INTENTION, CENTRE DE SANTÉ DE BOYAMBI, 2013-2015...71	71
TABLEAU A15 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 2ÈME INTENTION, CENTRE DE SANTÉ DE BOYAMBI, 2013-2015. 71	71
TABLEAU A16 : PATIENTS SEROPOSITIFS INSCRITS ET RESULTATS PRINCIPAUX, BOYAMBI, 2013 A 2015.....	71
TABLEAU A17 : PATIENTS AMBULATOIRES ET NOMBRE DE DÉCÈS, HG ROI BAUDOIN, 2014 A 2018	75
TABLEAU A18 : PATIENTS SEROPOSITIFS AMBULATOIRES ET RESULTATS PRINCIPAUX, HOPITAL R B.....	75
TABLEAU A19 : RÉGIMES D'ART PAR SEXE, 1ÈRE LIGNE, HOPITAL ROI BAUDOIN, 2013-2019.	76
TABLEAU A20 : TRAITEMENTS ART PAR SEXE, 2ÈME INTENTION, HOPITAL ROI BAUDOIN, 2013-2019.	76

FIGURES

FIGURE 1 : CHRONOLOGIE DE L'INITIATIVE DE DECENTRALISATION	18
FIGURE 2 : SYNTHÈSE DES TROIS PHASES DES INITIATIVES DE DECENTRALISATION	19
FIGURE 3 : DECENTRALISATION DES PATIENTS ENTRE 2005 ET 2008, PAR CENTRE DE SANTE	20
FIGURE 4 : CARTOGRAPHIE DE LA GESTION ET DES SOINS DU VIH DANS LE PROJET ET DE SES PARTENAIRES..	27
FIGURE 5 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DU SOUTIEN DE MSF AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE	28
FIGURE 6 : DISTRIBUTION DES PLHIV SURVEILLEES PAR AN ET PAR SITE, ENTRE 2013 ET 2019.	32
FIGURE 7 : ÉVOLUTION DES PLHIV SURVEILLEES PAR AN ET PAR SITE, ENTRE 2013 ET 2019..	33
FIGURE 8 : POURCENTAGES DE FOSA EN RUPTURE DE STOCK.	35
FIGURE 9 : ÉTAT DES LIEUX SUR LA DISPONIBILITE DES INTRANTS ESSENTIELS A KINSHASA.....	35
FIGURE A1 : NOMBRE DE PATIENTS SOUS ARV DANS QUATRE CENTRES DE SANTE.....	55
FIGURE A2 : NOMBRE DE NOUVEAUX PATIENTS SOUS ARV DANS QUATRE CENTRES DE SANTE	55
FIGURE A3 : NOMBRE DE PATIENTS SOUS ART, LFTU ET DECEDES PAR AN, LIBIKISI, 2013-2019*	57
FIGURE A4 : NOMBRE DE REALISATIONS ET DE SUPPRESSIONS DE MESURES VL PAR AN, LIBIKISI, 2013-2019* .	57
FIGURE A5 : COURBE DE SURVIE PAR SEXE, CENTRE DE SANTE DE LIBIKISI, 2013-2018.	58
FIGURE A6 : PROBABILITE DE RETENTION DANS LES SOINS, PAR SEXE. LIBIKISI, 2013-2019.	58
FIGURE A7 : NOMBRE DE PATIENTS SOUS ART, LFTU ET DECEDES PAR AN, D'ELONGA, 2013-2019*	61
FIGURE A8 : NOMBRE DE REALISATIONS ET DE SUPPRESSIONS DE MESURES VL PAR AN, ELONGA, 2013-2019. 61	
FIGURE A9 : COURBE DE SURVIE PAR SEXE, CENTRE DE SANTE D'ELONGA, 2013-2019.	62
FIGURE A10 : PROBABILITE DE RETENTION DANS LES SOINS, PAR SEXE, D'ELONGA, 2013-2019.	62
FIGURE A11 : NOMBRE DE PATIENTS SOUS ART, LFTU ET DECEDES PAR AN, BOLINGO, 2013-2019*	65
FIGURE A12 : NOMBRE DE REALISATIONS ET DE SUPPRESSIONS DE MESURES VL, BOLINGO, 2013-2019*	65
FIGURE A13 : NOMBRE DE PATIENTS SOUS ART, LFTU ET DECEDES PAR AN, ESINGO, 2013-2019*	67
FIGURE A14 : NOMBRE DE REALISATIONS ET DE SUPPRESSIONS DE MESURES VL, ESINGO, 2013-2019*	67
FIGURE A15 : COURBE DE SURVIE PAR SEXE, CENTRE DE SANTE DE BOMOTO, 2013-2015.....	69
FIGURE A16 : PROBABILITE DE RETENTION DANS LES SOINS, CENTRE DE SANTE DE BOMOTO, 2013-2015..	70
FIGURE A17 : COURBE DE SURVIE PAR SEXE, CENTRE DE SANTE DE BOYAMBI, 2013-2015.	72
FIGURE A18 : PROBABILITE DE RETENTION DANS LES SOINS, PAR SEXE, BOYAMBI, 2013-2015.	72
FIGURE A19 : COURBE DE SURVIE PAR SEXE, HG ROI BAUDOQUIN, 2013-2018.....	76
FIGURE A20 : PROBABILITE DE RETENTION DANS LES SOINS, HG ROI BAUDOQUIN, 2013-2018.	77

ACRONYMES

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
AMOCONGO	L'Avenir Meilleur pour les Orphelins de Congo
ANSS	Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et aux Malades du Sida
ARCAD SIDA	Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile de personnes Vivant avec le VIH
ARV	Médicaments antirétroviraux
AZT	Zidovudine (également appelé ZDV)
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
OBC	Organisation communautaire
CCM	Instance de coordination nationale
CD4	Récepteur CD4 de cellules porteuses de lymphocytes T
CHK	Centre Hospitalier de Kabinda
COP	Plan opérationnel national
OSC	Organisation de la société civile
d4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DHS	Enquête démographique et sanitaire
DRC	République démocratique du Congo
EFV	Efavirenz
EGPAF	<i>Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation</i>
FGD	Groupes de discussion
GAVI	L'Alliance du Vaccin
FM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et de la malaria
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</i> (Société Allemande de Coopération Internationale)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ICAP	Centre international pour les programmes de soins et de traitements contre le SIDA
IHAP	Projet intégré de lutte contre le VIH / SIDA
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
M&E	Suivi et évaluation
MAP	Programme multinational de la Banque mondiale sur le VIH/sida pour l'Afrique
MDR TB	Tuberculose multirésistante
MSP	Ministère de la santé
MPH	Ministère de la santé publique
MSF	Médecins Sans Frontières
NACP	Programme national de lutte contre le sida
NFM	Nouveau modèle de financement
NVP	Névirapine
OCB	Centre opérationnel de Bruxelles
OI	Infection opportuniste

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour le VIH/Sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
SSP	Soins de santé primaires
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PODI	Point de Distribution d'ARV Communautaire
PVVIH	Personnes Vivantes avec VIH
RDV	Rendez-Vous (Medical Appointment)
RNOAC	Réseau National des Organisations à Assises Communautaires des PVVIH
AS	Armée du salut
SAMU	<i>Southern Africa Medical Unit</i> (Unité médicale de MSF en Afrique australe)
SEU	<i>Stockholm Evaluation Unit</i> (Unité d'évaluation de Stockholm)
OS	Objectif spécifique
IST	Infection sexuellement transmissible
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Fumarate de ténofovir disoproxil
UCOP+	Union Congolaise des Organisations des PVV
ONU	Nations Unies
PNUD	Programme de développement des Nations Unies
CV	Charge virale
BM	Banque Mondiale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

RESUME EXECUTIF

INTRODUCTION

Depuis 2002, MSF-OCB a géré un programme de lutte contre le VIH et le SIDA à Kinshasa à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le projet actuel inclut la gestion du VIH à un stade avancé d'infection au *Centre Hospitalier de Kabinda* (CHK, ou Hôpital de Kabinda), un hôpital entièrement géré par MSF où plus de 2 000 patients ont reçu des soins du VIH en 2018. Depuis 2015, dans le cadre de son initiative de décentralisation, MSF-OCB prend également en charge les services relatifs au VIH et au SIDA dans deux hôpitaux du Ministère de la santé (MSP), trois centres de santé (HC), et un point de distribution de TARV communautaire (PODI) de la ville.

Ce projet de décentralisation des services relatifs au VIH et au SIDA dans le domaine des soins de santé primaires (SSP) a été lancé en 2005. La décentralisation vise à améliorer l'accès aux soins et la qualité de service des différents établissements de soins de Kinshasa (dépistage, traitement pédiatrique et adulte, aide psychosociale, suivi, gestion des pharmacies et des laboratoires, et gestion de données). L'approche de décentralisation a connu de nombreux changements et ajustements depuis sa création, notamment en ce qui concerne la sélection des centres ciblés et le type de soutien apporté par MSF.

Les objectifs spécifiques (OS) de l'évaluation étaient les suivants :

1. **Identifier les différentes phases des stratégies de décentralisation à Kinshasa et les décrire**, leurs motivations, leur évolution, leurs objectifs, les établissements visés et les activités connexes, de 2005 à ce jour.
2. **Évaluer le développement au fil du temps des services relatifs au VIH (produits et résultats)** dans les établissements de santé soutenus par MSF (centres de santé et PODI), de 2013 à ce jour.
3. **Identifier les facteurs favorables et les principaux défis pour chacune des composantes stratégiques de décentralisation** (formation, supervision, mentorat, incitations financières, soutien des laboratoires, fourniture de médicaments anti-VIH et OI, gestion des données, améliorations logistiques), de 2013 à ce jour.
4. **Évaluer comment les expériences de décentralisation précédentes à Kinshasa ont informé la stratégie actuelle** (qui a commencé en 2017).

Les évaluateurs ont utilisé une combinaison de méthodes. Des données quantitatives ont été obtenues au moyen d'une analyse secondaire à partir des données utilisées par MSF et le Ministère de la Santé (DHIS2 et Tier.net). Les méthodes qualitatives comprenaient des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion (FGD), une lecture des documents et une observation directe.

Les données ont été extraites par le personnel de MSF à Kinshasa à partir de l'analyse des indicateurs validée par les bases de données DHIS2 et Tier.net par site sanitaire et par an (taux de mortalité et de rétention). Deux types de données ont été analysés :

1. Données globales par site et par an (entre 2013 et 2018) de tous les établissements soutenus par MSF (établissements de santé et PODI) sur le nombre de patients du VIH suivis par an.
2. Ensemble de données des cohortes de patients individuels vivant avec le VIH pour les sites sélectionnés comme l'Hôpital Roi Baudouin, l'Hôpital Kitambo et 6 centres de santé (Boling, Bomoto, Boyambi, Elonga, Esengo, Libikisi) portant sur le sexe, la date de naissance, la date de résultat positif au test du VIH, la date de saisie dans le système de suivi, la date de début des traitements rétroviraux,

les types de traitements médicamenteux initiés, la date de passage à un autre traitement antirétroviral, la date de fin du suivi, la situation à la fin du suivi (suivi, perte de suivi, transfert, décès), le nombre de CD4 (au début et à la fin), et la date du test CD4, la charge virale avec date de test, la quantité de virus (copies / ml).

RESULTATS

La composante de décentralisation a été développée en trois phases. Durant la première (2005-2008), MSF a commencé à orienter les patients vers trois centres de santé, en proposant un ensemble complet de services, et en assistant les centres partenaires par une formation destinée au personnel et un soutien des activités des pharmacies et des laboratoires. A partir de 2010, l'ouverture de points de distribution d'ARV communautaire a élargi la couverture de la distribution d'ARV aux patients stables. La phase finale (2016-) impliquait un modèle plus léger avec un nombre plus important de structures couvertes pendant une période plus courte (18 mois) afin de déployer la stratégie à plus grande échelle, et d'accélérer l'intégration des services liés au VIH au niveau primaire.

Les conclusions de l'évaluation montrent des effets positifs de la stratégie de décentralisation dans plusieurs domaines clés :

- **MSF a démontré qu'un modèle décentralisé de soins pour des patients stables (impliquant une délégation des tâches aux infirmières en mettant l'accent sur le renforcement des responsabilités et des capacités)** est efficace, et fait donc maintenant partie intégrante de la stratégie nationale sur la décentralisation des soins. La création par MSF d'une réserve de personnel formé et motivé aux niveaux de MSF et des établissements de santé ; la mise en œuvre de formations au cours des premières années et de la stratégie de mentorat depuis 2016 ont été les éléments clés à l'origine de ce succès.
- **Les données révèlent une augmentation constante du nombre de patients sous traitement, ainsi qu'une bonne qualité de soins démontrée par les niveaux de CD4 et les tests de CV** réalisés systématiquement depuis 2017. Le nombre de PVVIH enregistrées dans les établissements de soins a augmenté de 6 731 en 2013 à 10 188 à la mi-2019. Depuis 2013, la cohorte n'a cessé d'évoluer, avec une augmentation spectaculaire dans les zones sanitaires couvertes par le PEPFAR, qui a fixé des objectifs ambitieux à ses partenaires opérationnels et opté pour un financement basé sur les performances. Lors de la mesure, la CV a effectivement diminué, et dans le petit groupe de patients dont les données sont disponibles entre 350 et 380 jours après le début du traitement (N=32), 87,5 % présentaient une CV inférieure à 1 000 cp/ml.
- **L'ensemble minimum de soins demeure disponible et gratuit : TARV, tests de laboratoire (notamment test de la CV) et conseil.** Le counseling, les traitements et la conformité au traitement sont toujours fournis sur la plupart des sites. Dans les zones sanitaires prises en charge par le PEPFAR, tous les centres de santé ont été transférés vers ICAP, IHAP et EGPAF, alors qu'il n'existe aucun partenaire technique permanent dans les zones couvertes par le FM. Par ailleurs, le nombre de PVVIH enregistrées dans les PODI ne cesse de croître, et le RNOAC est soutenu par le PEPFAR.
- **Les établissements de santé transférés vers les partenaires financés par le PEPFAR affichent un niveau satisfaisant de patients sous traitement, un niveau élevé de rétention, et une bonne qualité de soins.** S'ils ne sont pas en mesure de maintenir l'ensemble complet de services fournis gratuitement par MSF, ils se rapprochent davantage des normes établies par MSF que les établissements de santé des zones du FM. Dans les zones couvertes par le FM,

l'ensemble minimum de soins a également été maintenu, et en règle générale, tous les points focaux de la lutte contre le VIH présents dans les centres de santé suivis par le personnel de MSF sont restés en place, ce qui a permis d'assurer une continuité dans la qualité des soins.

- **Il existe à présent plusieurs options de décentralisation**, notamment une option de circuit rapide au sein des établissements de santé, les clubs de patients ARV et les PODI. De plus, une stratégie a été mise en place pour prescrire et administrer des médicaments pendant une période plus longue (six mois de traitement, ou deux ordonnances pendant trois mois), limitant ainsi le nombre de consultations que les PVVIH stables doivent suivre dans les établissements de santé.
- **L'aide fournie à la pharmacie nationale dans le but de surveiller les ruptures de stock de produits sanitaires et d'identifier des solutions pour éviter les interruptions de traitement a été décisive** et a permis d'obtenir des résultats positifs au fil des ans ; 2016 a été l'année enregistrant le moins de ruptures de stock. À l'heure actuelle, les ruptures de stock observées ne sont désormais plus dues à l'absence de produits sanitaires dans les entrepôts nationaux de stockage, mais à l'absence de moyens de transport et de ressources pour envoyer des médicaments de la direction générale de la zone sanitaire vers les établissements de santé et les PODI.
- **La collaboration étroite avec le MSP et les activités de sensibilisation menées par les équipes de MSF** se sont avérées pertinentes et efficaces. Par exemple, la promotion de la délégation des tâches pour favoriser l'adoption d'un « modèle infirmier » a été un succès qui s'est concrétisé par l'élaboration de la stratégie nationale de décentralisation lancée en 2016. Le soutien d'UCOP+ pour recueillir des données sur les ruptures de stocks en ARV et soulever la question au niveau du MSP est un autre exemple d'activités de sensibilisation efficaces de MSF. Enfin, la faisabilité du modèle décentralisé comme seul moyen d'intensifier la réponse aux besoins du VIH a été démontrée grâce aux stratégies de sensibilisation, la collaboration avec le MSP, et le dialogue avec les principaux donateurs (FM et PEPFAR).
- **Enfin, la collaboration avec les organisations de la société civile** comme le RNOAC et UCOP+ a été une autre décision positive de MSF, qui a renforcé les acteurs locaux capables de mettre en œuvre les stratégies de sensibilisation à tous les niveaux (CCM, avec le PNMLS et le FM).

Néanmoins, l'évaluation a également mis en avant les limites du modèle de décentralisation :

- **L'analyse de cohorte révèle un problème majeur lié à la rétention dans certains centres de santé, avec des taux de rétention à 12 mois variant entre 77,8 et 88,9 %.** Les rapports ne présentent pas de stratégies majeures pour résoudre ce problème comme celles adoptées par IHAP, ICAP ou EGPAF, qui incluent l'investissement de ressources dans le soutien d'un grand nombre d'agents de santé communautaire qui effectuent le travail quotidien dans la communauté, qui suivent les patients considérés comme perdus de vue (définition plus restreinte puisque sont considérés comme perdus de vue les patients qui ne se sont pas présentés après 30 jours au lieu des 90 jours habituels), et qui sont rémunérés en fonction de leurs résultats (mesurés par le nombre de nouveaux patients inclus et le nombre de patients perdus de vue réintégrés dans la cohorte).
- **Les normes établies par MSF en termes d'équipement de laboratoire, de formations et de gammes de services proposées aux patients ne sont pas viables une fois que MSF se retire, comme prévu.** Les normes de MSF ont créé de fortes attentes chez le personnel de santé et les patients, et exercent une pression supplémentaire sur les partenaires qui acceptent que les

structures sanitaires couvertes par MSF leur soient transférées. Si MSF souhaite continuer d'appliquer ces normes, une « phase de transition » doit être discutée afin de sensibiliser le personnel de santé et les patients au changement de standard. La question essentielle demeure le **traitement des infections opportunistes qui ne sont plus traitées gratuitement** et qui représentent donc une lourde charge pour les patients.

- **Les transferts des structures de MSF vers ses partenaires présentent diverses situations, et le processus manque souvent d'une planification suffisante.** Même si des discussions sont parfois entamées plusieurs mois avant les retraits de MSF, les patients et le personnel au niveau de l'établissement semblent uniquement être informés du changement imminent très peu de temps avant que le transfert de MSF vers une autre structure n'ait lieu. Grâce à l'excellent engagement du personnel de l'établissement de santé (qui s'est toujours employé à garantir la qualité des soins) et aux ressources investies par le PEPFAR et le FM, les patients reçoivent toujours des soins.
- **Enfin, le modèle de PODI est toujours fragile.** Le RNOAC fait face à des difficultés pour former et assister les nouveaux PODIS. En outre, d'autres OSC doivent être impliquées dans le suivi du PODI. La communication entre les PODI et les établissements de santé est parfois difficile, et le personnel travaillant dans les PODI fait face à des conditions très précaires qui ne fournissent pas un cadre de vie satisfaisant.

CONCLUSIONS

Une analyse rétrospective détaillée de la décentralisation des soins du VIH à Kinshasa révèle que malgré certaines incohérences dans les stratégies mises en œuvre au cours des 15 dernières années, MSF a été guidé par l'intention de répondre à un besoin criant de prise en charge du VIH. Si la première phase (2005-2008) était excessivement déconnectée du système de santé et des autorités de la RDC, elle appliquait déjà les principes qui ont fait de la décentralisation un succès, notamment : un service de niveau hospitalier de haute qualité pour le traitement des complications ; des soins intégrés au niveau du centre de santé, soutenu par le personnel de MSF pour la formation aux soins et la fourniture de médicaments ; et l'introduction de conseillers communautaires pour garantir le suivi et réduire les taux de perdus de vue. Les phases suivantes ont affiné le modèle, en créant un niveau de décentralisation communautaire supplémentaire (création de points de distribution de TARV), en structurant le transfert des capacités autour de la méthodologie de mentorat, et en développant un modèle plus léger et plus rapide pour renforcer l'intégration des services au niveau primaire.

Les données quantitatives révèlent un modèle d'évolution différent sur chaque site, mais certains éléments sont communs à la plupart des sites : le ratio hommes-femmes d'environ 70/30 ; l'augmentation générale des patients au fil du temps, et le très faible nombre de patients sous TARV de deuxième ligne. Le taux médian de CD4 est approximativement de 249 cellules/ μ l pour de nouveaux patients, et de 393 cellules/ μ l chez les patients traités pendant plus longtemps. Un niveau acceptable de mesures de la CV a été réalisé à partir de 2017 et une grande partie des patients présentait une CV indétectable. La mortalité déclarée était faible (excepté à Kitambo) et le taux de perdus de vue variait entre les sites, incluant le plus souvent et probablement des décès non déclarés. La rétention dans les soins est source de préoccupation dans certains centres de santé, avec des taux de perdus de vue élevés compris entre 20 et 30 %.

Le modèle de décentralisation a été adopté (grâce aux directives sur la délégation de tâches élaborées par le MSP en 2016) et est promu par le FM et le PEPFAR. En ce sens, l'intervention peut être décrite comme un succès car elle a créé un environnement favorable au moyen d'un modèle robuste et éprouvé. Le FM finance à présent le PODI Centre, et le PEPFAR assiste les PODI Ouest et Est

avec l'ICAP en tant que partenaire opérationnel ; tous ces centres ont été transférés par MSF. En ce qui concerne le FM, la subvention actuelle inclut déjà une aide financière aux PODI, et un plus grand nombre de PODI seront financés pour le cycle suivant. Le PEPFAR envisage d'ouvrir dix PODI supplémentaires sur le même modèle à Kinshasa et ailleurs, notamment en Ituri, Haut Katanga et Aisiro. Les PODI sont régulièrement présentés dans les discussions régionales comme l'une des stratégies prometteuses d'élargissement de l'accès au traitement sans imposer de charge supplémentaire sur le système de santé. Un atelier de novembre 2019 organisé par l'ONUSIDA à Saly-Portudal (Sénégal) a été l'occasion de repenser les approches différenciées et les avantages de la décentralisation. D'autres pays de la région (notamment le Congo Brazzaville) envisagent à présent d'ouvrir des PODI selon le modèle communautaire de MSF et recevront des ressources de FM pour les soutenir.

MSF aurait dû axer ses efforts sur les zones sanitaires prises en charge par le FM qui manquent d'organisations internationales solides, semblables à celles qui collaborent avec le PEPFAR (ICAP, IHAP, EGPAF) et qui sont capables d'assurer une supervision régulière des centres de santé. Cependant, comme indiqué sur la carte (Figure 5, p28) jusqu'en 2017, MSF a choisi d'assister 19 établissements situés dans les zones sanitaires soutenues par le PEPFAR-et uniquement 13 dans les zones couvertes par le FM, car un plus grand nombre d'établissements PEPFAR répondent aux critères nécessaires pour la mise en œuvre du projet. Ces critères prévoyaient une vaste cohorte de patients, un laboratoire pleinement fonctionnel, et la présence d'organisations partenaires capables de reprendre les activités de soutien après le départ final de MSF. Même si les besoins d'assistance dans les zones sanitaires soutenues par le FM étaient plus pressants, MSF a souvent privilégié la sécurité et un environnement favorable pour garantir la réussite de ce modèle, qui coïncidait avec les établissements pris en charge par le PEPFAR. Cette décision a deux conséquences majeures : les centres de santé situés dans les zones sanitaires prises en charge par le FM ont continué de bénéficier d'un très faible soutien, ce qui a, à son tour, eu un impact l'inclusion de nouveaux patients et la rétention de patients déjà sous traitement, comme le confirment les données du PNLIS. Par conséquent, le modèle de décentralisation ne peut être jugé viable que dans un environnement favorable. Si le modèle démontre manifestement un bon rapport coût-bénéfice, il est uniquement testé dans un environnement favorable dans lequel le PEPFAR investit des ressources importantes dans la formation du personnel, le suivi des patients et l'assistance aux OBC. Par conséquent, ce modèle ne s'est pas avéré praticable avec moins de ressources disponibles pour appuyer la supervision du personnel et des activités, et lors de la prestation d'un ensemble plus large de services.

La valeur ajoutée de MSF dans cette zone semble résider dans le mentorat, la formation et la sensibilisation, que les évaluateurs estiment comme les **atouts majeurs apportés par le modèle à l'approche**. Ces trois valeurs ajoutées pourraient être renforcées afin d'accélérer la décentralisation (avec la possibilité de développement de nouvelles requêtes de financement d'ici mars 2020), notamment en soutenant le MSP pour négocier et normaliser l'approche avec le FM et le PEPFAR, les principaux donateurs. En outre, ce type d'intervention a été largement mis en œuvre en Afrique anglophone (Eswatini, Malawi, Kenya et Afrique du Sud), mais des progrès modestes ont été effectués dans la région d'Afrique de l'ouest et centrale, ce qui est encore loin des objectifs 90-90-90. MSF peut proposer une assistance technique à d'autres pays et aux OSC afin d'appuyer la décentralisation dans la région ; la République centrafricaine a commencé à adapter le modèle, et la Guinée adapté également une version intéressante.

RECOMMANDATIONS

Comme indiqué, cette évaluation n'a pas couvert la stratégie de décentralisation actuelle de 2016 à ce jour. Des recommandations et des suggestions spécifiques doivent donc être considérées comme

valides et applicables dès lors qu'elles n'ont pas déjà été mises en œuvre et ne relèvent pas des défis toujours existants.

- ⇒ **Recommandation 1** : Simplifier, renforcer et intensifier la formation des mentors pour le développement d'activités de mentorat, l'une des forces principales de MSF, avec une approche de formation d'appoint pour le personnel de santé formé depuis 2016. Cette méthodologie peut également être partagée avec le PEPFAR et ses partenaires opérationnels (IHAP, ICAP, EGPF) qui assistent également le personnel de santé au niveau des centres.
- ⇒ **Recommandation 2** : Afin d'accélérer l'accès aux services de dépistage et de traitement, développer un modèle de « décentralisation léger » selon ces principes : formation de plus courte durée et mentorat de plus longue durée (avec la possibilité de collaborer avec les hauts responsables des centres de santé pour superviser les nouvelles arrivées) ; assistance ponctuelle et paquet minimum de services ; et processus de retrait simplifié pour le départ de MSF. Étant donné que ces nouvelles modalités peuvent être nouvelles, MSF peut être intéressé par leur pilotage dans certains centres pour tester leur fonctionnement (en les mettant en œuvre en parallèle et en mesurant leurs effets sur les indicateurs clés). Les options possibles à prendre en compte pour ce modèle d'approche léger sont présentées ci-dessous :
1. Un système de rotation dans les centres de santé et les PODI, de sorte que le personnel le plus ancien, expérimenté, puisse démarrer les activités dans les centres et les PODI les plus récents et fournir leur soutien aux activités.
 2. Établissement d'approches différenciées :
 - a. Une approche zonale : semblable à celle qui est déjà en place avec un centre « mère » et des centres « satellites » offrant un ensemble de services moins exhaustifs (tests de dépistage).
 - b. Une approche « sur mesure » par zone géographique d'intervention : cartographier les zones où la majorité des personnes vivant avec le VIH est concentrée, identifier les faiblesses des établissements de santé, et n'offrir qu'une partie de l'appui selon les priorités identifiées (renforcement des capacités ; laboratoire ; activités communautaires ; amélioration du circuit du médicament ; communication de données).
 - c. Un parcours évolutif pour chaque composante : établir une feuille de route pour chaque composante (qui débouche sur un stade final pérenne défini par des conditions préalables), puis évaluer, identifier et proposer une assistance spécifique aux structures sur ce parcours mis à l'échelle. MSF ne favorisera peut-être pas cette option car elle est très exigeante et moins flexible.
- ⇒ **Recommandation 3** : Si le PEPFAR et le FM confirment leur intention de soutenir les PODI, accompagner leur mise à l'échelle (continuer d'assister le personnel du RNOAC et d'autres organisations prenant en charge les PVVIH) et transférer le personnel de direction vers les nouveaux PODI afin de s'assurer que les compétences sont transférées des membres de personnel expérimentés vers de nouveaux membres, et leur proposer des opportunités de progression de carrière. En outre, discuter de la formalisation des PODI, car ils sont actuellement perçus de manières très différentes (par Cordaid, le PEPFAR, le RNOAC) et leurs pratiques sont diverses. Cela pourrait ne pas poser problème dès lors que les conditions minimums de réussite sont définies. En tant qu'approche communautaire, le but n'est pas la normalisation, mais bien d'identifier les conditions de réussite qui doivent être définies avant de démarrer de nouveaux PODI.

- ⇒ **Recommandation 4** : Afin de surveiller la qualité des soins et la stabilité des patients, mener une étude au cours des trois prochaines années sur un petit nombre de patients inscrits dans un établissement de santé récemment transféré par MSF vers un établissement partenaire, pour évaluer l'accès des patients aux services et les niveaux de satisfaction, et pour comprendre les raisons de leur départ. Il est également nécessaire de localiser les patients échappant au suivi afin de tenter de mesurer le nombre de décès survenus. En outre, recueillir des informations sur les patients dans les cohortes de MSF qui ne sont pas sous traitement (et en indiquer les raisons, même si nous pouvons supposer qu'il en existe très peu en 2019-2020).
- ⇒ **Recommandation 5** : Évaluer l'accessibilité et la qualité des services pour les populations clés afin de mesurer la nécessité d'un service spécifique fourni par le biais des PODI. Les équipes de MSF envisagent actuellement un PODI destiné à certaines populations clés. Il peut être utile de contacter les organisations de population clés existantes pour discuter de la possibilité de formation de leur personnel afin d'ouvrir un PODI dédié. Des études sur les obstacles à l'accès au dépistage et au traitement pour ces groupes de population sont déjà disponibles, tout comme la cartographie des OSC actives pour l'atteinte des objectifs 90-90-90. Ces documents sont importants à titre de référence comme point de départ au dialogue et à l'identification de stratégies les plus pertinentes.
- ⇒ **Recommandation 6** : Élaborer une stratégie de retrait approfondie pour le transfert des établissements de santé vers les partenaires selon les principes suivants : normes de qualité de soins minimum (avec préparation pour une transition entre les normes strictes de MSF et celles garanties par les partenaires), stratégie de communication efficace, et sensibilisation du personnel et des patients des centres de santé. Les expériences de transfert précédentes dans d'autres projets de lutte contre le VIH de MSF, comme le tableau de pilotage du transfert mis en œuvre dans le projet MSF-OCG au Kenya (pour le transfert de l'hôpital Homa Bay vers le MSP), ou l'évaluation du partenariat tripartite (ministère, organisation ou donateur, MSF sur des aspects précis) constituent des pistes intéressantes à explorer dans la prochaine table ronde.
- ⇒ **Recommandation 7** : Assister et renforcer le PNLs au moyen de réunions d'informations régulières et d'un encadrement régulier avec le coordinateur du projet MSF, et renforcer la présence de MSF au sein du CCM afin de traiter deux aspects essentiels :
1. L'élaboration de normes « minimum » conjointes avec le MSP et ses partenaires pour harmoniser les interventions et la prestation des soins dans toute la ville de Kinshasa, en ajoutant le financement du traitement des IO simples et des maladies de la peau au programme du PEPFAR.
 2. La nécessité d'un soutien au PNLs dans les décisions stratégiques et d'un dialogue avec les partenaires financiers, notamment le PEPFAR, qui sont impliqués dans la lutte contre le VIH sans engagement de redevabilité sur leurs activités et qui ne partagent pas leurs données, tout en fixant leurs propres objectifs de dépistage et de mise sous traitement, et en maintenant leur propre système d'approvisionnement, etc.

INTRODUCTION

CONTEXTE DU PROJET

Capitale de la République démocratique du Congo (RDC), Kinshasa est une grande ville comptant plus de 15 millions d'habitants. Elle forme l'une des 11 provinces administratives du pays. Les transports publics sont très limités et l'accès aux soins est difficile.¹ La prévalence du VIH est de 1,6 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus (DHS 2013).²

Les 35 zones sanitaires de Kinshasa proposent des services de gestion du VIH et de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), mais seulement 430 sur 2 169 établissements de santé fournissent des services complets liés au VIH (services de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement). Près de 59 000 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral (ATR) à la fin de 2018.³

Depuis 2002, MSF-OCB gère un programme de lutte contre le VIH et le SIDA à Kinshasa à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le projet actuel inclut la gestion de la maladie du VIH à un stade avancé au *Centre Hospitalier de Kabinda* (CHK ou Kabinda Hospital), un hôpital entièrement géré par MSF, où plus de 2 000 patients ont reçu des soins du VIH en 2018. Depuis 2015, dans le cadre de son initiative de décentralisation, MSF-OCB prend également en charge les services relatifs au VIH et au SIDA dans deux hôpitaux du Ministère de la santé (MSP), trois centres de santé, et un point de distribution des TARV communautaire (PODI) de la ville.

Ce projet de décentralisation des services relatifs au VIH et au SIDA dans le domaine des soins de santé primaires (SSP) a été lancé en 2005. La décentralisation vise à améliorer l'accès aux soins et la qualité de service des différents établissements de soins de Kinshasa (dépistage, traitement pédiatrique et adulte, aide psychosociale, suivi, gestion des pharmacies et des laboratoires, et gestion de données). L'approche de décentralisation a connu de nombreux changements et ajustements depuis sa création, notamment en ce qui concerne la sélection des centres ciblés et le type de soutien apporté par MSF.

La mise en œuvre de l'initiative au cours des 15 dernières années a inclus des « tables rondes » impliquant un panel diversifié d'intervenants (personnel opérationnel, personnel de terrain, personnel de l'Unité médicale de MSF en Afrique australe (SAMU)). Cependant, il s'agit de la première évaluation externe des résultats médicaux, défis et facteurs favorables de l'initiative de décentralisation de Kinshasa. Cette évaluation a fait partie intégrante d'un processus plus vaste d'évaluation des stratégies de décentralisation de Kinshasa, et à titre de première approche, elle s'est axée principalement sur l'expérience passée de MSF à Kinshasa et la manière dont celle-ci a informé la stratégie actuelle.

PORTÉE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation couvre la période de 2005 à 2018, et porte sur les efforts de MSF pour décentraliser la gestion du VIH à Kinshasa.

Les objectifs spécifiques (OS) de l'évaluation étaient les suivants :

¹ Conformément au TdR de l'évaluation de la composante de décentralisation rédigée par MSF.

² Ministère de la planification, Ministère de la santé publique, Measure DHS ICFI. Rapport préliminaire DHS DRC 2013-2014.

³ Op. cit.

1. **Identifier les différentes phases des stratégies de décentralisation à Kinshasa et les décrire**, leurs motivations, leur évolution, leurs objectifs, les établissements visés et les activités connexes, de 2005 à ce jour.
2. **Évaluer le développement au fil du temps des services relatifs au VIH (produits et résultats)** dans les établissements de santé soutenus par MSF (centres de santé et PODI), de 2013 à ce jour.
3. **Identifier les facteurs favorables et les principaux défis pour chacune des composantes stratégiques de décentralisation** (formation, supervision, mentorat, incitations financières, soutien des laboratoires, fourniture de médicaments anti-VIH et OI, gestion des données, améliorations logistiques), de 2013 à ce jour.
4. **Évaluer comment les expériences de décentralisation précédentes à Kinshasa ont informé la stratégie actuelle** (qui a commencé en 2016) et quels défis peuvent être anticipés.

MÉTHODOLOGIE

Les évaluateurs ont utilisé une combinaison de méthodes. Des données quantitatives ont été obtenues par le biais d'une analyse secondaire à partir des données utilisées par MSF et le MSP (DHIS2 et Tier.net). Les méthodes qualitatives comprenaient des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion (FGD), une révision des documents et une observation directe.

Données quantitatives

Les données ont été extraites par le personnel de MSF à Kinshasa à partir des bases de données utilisées par MSF et le Ministère de la santé (DHIS2 et Tier.net). Les données recueillies ont permis d'analyser les indicateurs par site de santé et par an (taux de moralité et de rétention).

Aux fins de cette évaluation, nous avons utilisé deux types de données :

1. Données globales par site et par an (de 2013 à 2018) pour tous les établissements soutenus par MSF (établissements de soins et PODI) sur le nombre de patients du VIH suivis par an.
2. Ensemble de données des cohortes de patients séropositifs individuels pour les sites sélectionnés comme le Centre Hospitalier Roi Baudouin, l'Hôpital Kitambo et six centres de santé (Bolinga, Bomoto, Boyambi, Elonga, Esengo, Libikisi) portant sur le sexe, la date de naissance, la date de résultat positif au test du VIH, la date de saisie dans le système de suivi, la date de début du TARV, les types de traitements médicamenteux initiés, la date de passage à un autre traitement antirétroviral, la date de fin du suivi, la situation à la fin du suivi (suivi, perte de suivi, transfert, décès), le nombre de CD4 (au début et à la fin), et la date du test CD4, la CV avec date de test, la quantité de virus (copies / ml).

Le premier ensemble de données permet de suivre l'évolution du nombre de PVVIH et de les comparer entre les années et les sites. Le deuxième ensemble de données identifie la proportion d'hommes et de femmes suivis, le nombre de personnes sous traitement ARV (première et deuxième intention), le nombre moyen de CD4 parmi les personnes traitées au début et pendant le traitement, le nombre de mesures de CV testées et la proportion de CV inférieures à 1 000 copies / ml, le nombre de PVVIH avec un suivi à 12, 24 et 60 mois, le nombre et la proportion de personnes échappant au suivi, ainsi que le nombre et la proportion de décès. Il a également permis d'établir des courbes de survie par site et de les comparer aux indicateurs de survie et de rétention. Des tableaux de suivi ont été créés pour les décès et les pertes de suivi pour chaque sous-ensemble de cohorte. La méthode de Kaplan-Meier a été

utilisée pour établir des courbes de survie avec des tests de log-rank visant à comparer les courbes de survie.

Le test t a permis de calculer les moyennes et le test du chi carré pour analyser les données qualitatives. Les données ont été analysées à l'aide de Stata™.

Données qualitatives

En plus des entretiens semi-structurés individuels et des groupes de discussion, un examen préalable des rapports et des études disponibles, ainsi qu'une observation directe des 13 établissements ont été réalisés. Une liste complète des informateurs clés a été créée. Ces derniers ont été interrogés conformément à un guide d'entretien validé par l'équipe de MSF. Les informateurs clés pour la collecte des données qualitatives incluent le personnel de MSF, le personnel du MSP, les patients, les partenaires internationaux (donateurs et exécutants), et les OSC locales.

L'équipe de MSF de Kinshasa a été responsable du recrutement de participants auprès des patients et du personnel de santé ; les participants ont ensuite été invités à répondre à des questions spécifiques conformément au guide d'entretien validé. Ces questions étaient destinées à obtenir des renseignements sur les niveaux de satisfaction des participants, la qualité de l'assistance de MSF, et des détails de la vie quotidienne des participants. L'équipe locale de MSF a également participé à plusieurs groupes de discussion essentiellement axés sur les forces et les faiblesses du projet, les principaux changements que le projet a permis d'introduire à tous les niveaux, et les tournants majeurs que le personnel de MSF a identifiés au cours des 15 années d'intervention.

Tableau 1 : Synthèse de la collecte de données qualitatives, projet de lutte contre le VIH MSF KINDE, octobre 2019.

ÉTABLISSEMENTS VISITES : 2 HOPITAUX (RB ET KITAMBO) ; 11 CS ; 3 PODI (CENTRE, OUEST, EST)				
	Analyse documentaire	Entretiens semi-conducteurs	Groupes de discussion	Total
Données sur les soins médicaux quotidiens	Rapports situation MSF Tier-net DHIS2	1 (directeur PNLS provincial)		
Patients			1 (6 personnes)	
Personnel du MSP		Personnel médical : 14 Conseillers : 13	1 (6) PODI	
Personnel de MSF Kinshasa		2	3 (15 personnes)	
Siège de MSF (Br et SAMU)		7		
Partenaires internationaux		3		
ONG locales		2		
TOTAL		42	5 (27)	69 personnes

LIMITATIONS

Bien que les membres du personnel de MSF et le PNLs aient fourni ouvertement et facilement les données qualitatives nécessaires, nous avons été confrontés à plusieurs limitations en ce qui concerne l'exhaustivité et la qualité des données quantitatives. Certaines données n'étaient pas disponibles ou insuffisamment fiables pour analyser l'accessibilité et la qualité des services liés au VIH. Par exemple, les ensembles de données de cohorte du site ont enregistré peu d'informations sur les PVVIH qui n'étaient pas sous traitement ; en effet, les cohortes n'étaient disponibles que pour les patients sous traitement. Ceci a impacté la capacité des évaluateurs à déterminer le niveau d'efficacité et les résultats de la stratégie de décentralisation, notamment après que MSF a eu transféré son assistance vers d'autres partenaires.

Un inventaire de la base de données médicale a été réalisé par le personnel de MSF et l'équipe du MSP. Les conclusions relatives à la capacité de tous les établissements pertinents pour recueillir et analyser des données fiables ont également été introduites dans les conclusions générales de l'évaluation (comme indiqué dans SO 3).

Nous avons mis en évidence les limitations de l'analyse rétrospective pour satisfaire aux critères de l'OS 1. Cependant, nous avons pu rencontrer de nombreux informateurs impliqués à l'époque, notamment des patients, des activistes et des membres du personnel. Rencontrer un grand nombre de personnes nous a permis de limiter l'impact du biais rétrospectif (avis actuels intégrés au rappel du passé) sur les résultats de l'évaluation.

Les évaluateurs ont tenu à expliquer clairement les objectifs et l'utilisation prévue de l'évaluation à tous les informateurs afin de ne pas créer de fausses attentes sur le processus. Les informateurs ont fait preuve d'une certaine aisance dans l'évocation de leur vie et des difficultés rencontrées, en tant que patients ou personnel.

RESULTATS

Avec la mise en œuvre du projet VIH à Kinshasa depuis plus de 15 ans, MSF est devenu l'un des principaux acteurs de la lutte contre le VIH de la capitale. La gamme de services de soins proposés dans les hôpitaux et les établissements de santé, ainsi que les services fournis aux patients séropositifs à un stade avancé de l'infection, a établi des normes élevées et engendré une augmentation du nombre de personnes testées et mises sous TARV. Cependant, les équipes et l'infrastructure de MSF ont été confrontées à la difficulté de gestion d'une vaste cohorte de patients (près de 8 000 au CHK en 2005) sans aucune possibilité réelle de transférer cette responsabilité au MSP. Le processus de décentralisation de 2004-2010, impliquant l'ouverture de PODI (une approche de distribution d'ARV communautaire visant à décentraliser les patients vers des soins non médicaux), a été mis en place de façon progressive en réponse à cette situation, en fonction des expériences, des évaluations de résultats et des réorientations.

OBJECTIVE SPECIFIQUE 1:

IDENTIFIER LES DIFFERENTES PHASES DES STRATEGIES DE DECENTRALISATION A KINSHASA ET LES DECRIRE, LEURS MOTIVATIONS, LEUR EVOLUTION, LEURS OBJECTIFS, LES ETABLISSEMENTS VISES ET LES ACTIVITES CONNEXES, DE 2005 A CE JOUR.

La première partie du rapport élaborera la logique du processus de décentralisation et la mise en œuvre progressive de la stratégie. Grâce à ces réorientations stratégiques, les équipes de MSF ont espéré atteindre des niveaux spécifiques d'accès et de qualité des services anti-VIH pour les PVVIH.

L'histoire de la composante de décentralisation du projet Kinshasa de MSF peut être divisée en trois phases principales : de 2005 à 2008 ; de 2010 à 2016 et de 2017 à ce jour. Une période de transition entre 2009 et 2010 a été prévue entre la première et la deuxième phase.

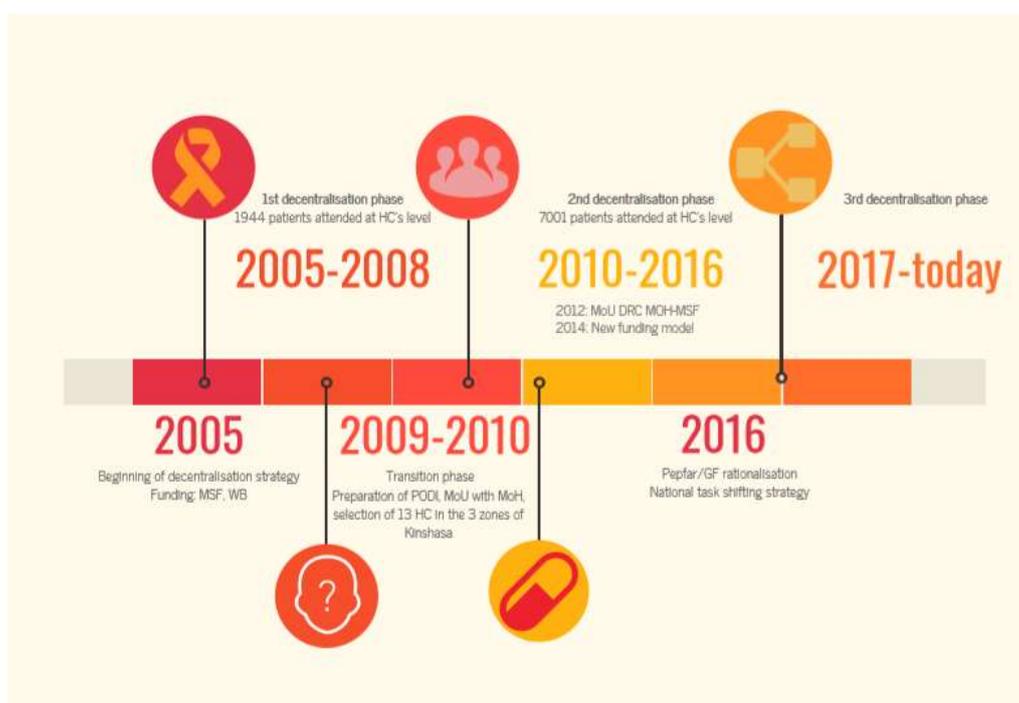


Figure 1 : Chronologie de l'initiative de décentralisation.

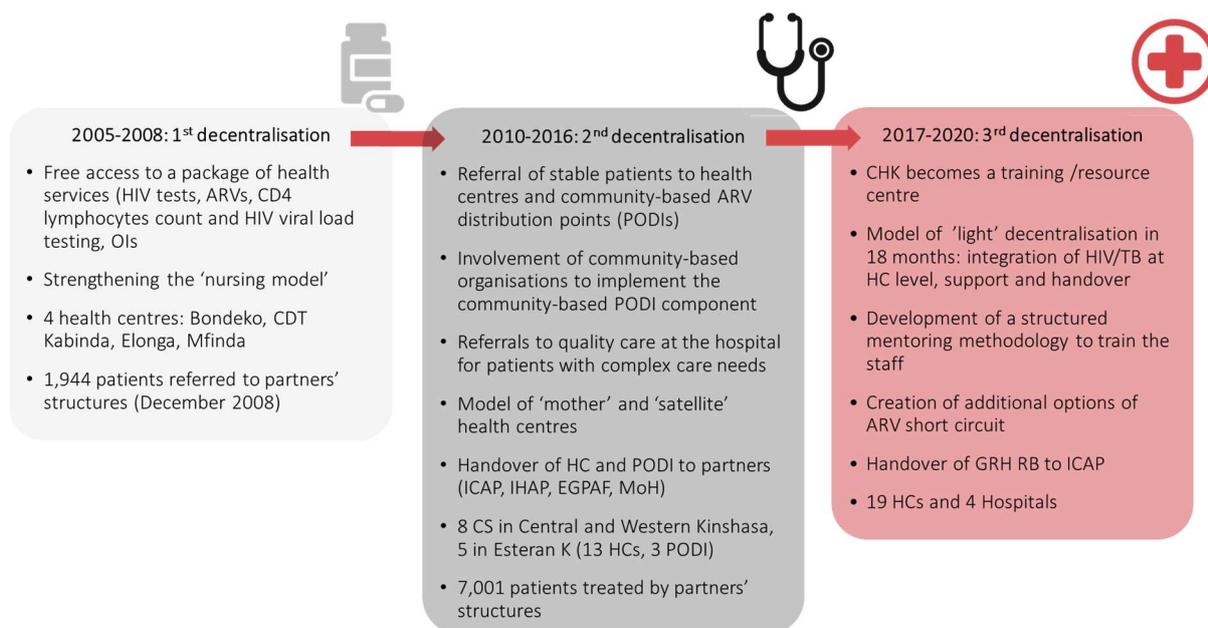


Figure 2 : Synthèse des trois phases des initiatives de décentralisation, et de ses principales caractéristiques.

Première phase de décentralisation : 2005-2008

La première phase de décentralisation a commencé en 2005 et couvert une période de trois ans jusqu'en 2008. La nécessité de décentraliser les patients inscrits et surveillés au CHK a été déterminée au cours des discussions à l'époque et est apparue comme la principale motivation de MSF de poursuivre une initiative de décentralisation. Le CHK a été dépassé par son propre succès, des témoins rapportant que certains patients y passaient la journée entre 6h00 et 19h00.

De même, les composantes de décentralisation proposées ont également répondu au souhait de satisfaire les besoins évidents de traitement du VIH. Durant cette phase, la situation à Kinshasa était dramatique, avec une prévalence du VIH estimée à 3,8 % et près de 228 000 personnes testées positives au VIH, mais ne suivant aucun traitement. Les ARV pour les patients dans les pays africains se trouvaient encore à un stade précoce ; MSF a mis ses premiers patients sous TARV en 2003, et s'est résolu à fournir un traitement entièrement gratuit en 2005. Créé en 2002 pour donner suite aux efforts combinés de la France et des États-Unis, le Fonds mondial (FM) était le seul donateur visiblement favorable au financement de la lutte contre le VIH en RDC. Toutefois, le système de subventions « par appel à propositions » du FM était profondément injuste, car il permettait aux pays d'accéder à des fonds en fonction de la qualité de leurs demandes de financement, même s'il était clair à l'époque que de nombreux pays (notamment la RDC) n'étaient pas familiarisés avec les mécanismes du FM ni avec les options de traitement du VIH.

Par conséquent, la décision de MSF de décentraliser les services peut être considérée comme une réponse à une double urgence, et donc animée par deux objectifs distincts :

1. Décentraliser la prise en charge des patients traités au CHK afin d'utiliser les capacités des établissements hospitaliers pour se concentrer sur les patients qui se trouvaient à un stade avancé de la maladie (un nombre élevé de patients atteints d'une infection par le VIH à un stade avancé a été observé à l'époque car le dépistage systématique du VIH n'avait pas encore été introduit par le PNLS).
2. Mettre autant de nouveaux patients que possible sous TARV, une initiative presque entièrement financée par le Fonds mondial, la Banque mondiale (par le biais du programme

MAP) et MSF, car la prévalence du VIH à Kinshasa et dans l'est du pays avait atteint 1,9 % (EDS 2007).⁴

Avec ces deux objectifs, MSF a élaboré une stratégie de décentralisation axée sur les activités suivantes :

1. Renforcer les centres de santé sélectionnés au niveau primaire afin de permettre la prestation des services liés au VIH, notamment le dépistage, le traitement et la gestion des IST.
2. Fournir des conseils, un soutien nutritionnel et des primes de transport à la population générale et/ou aux patients vivant avec le VIH référés par le CHK.
3. Renforcer les capacités dans tous les centres.
4. Fournir des médicaments, notamment des ARV et des médicaments pour traiter les IO.

En adoptant cette stratégie, l'équipe de MSF a identifié des critères pour sélectionner les centres de santé partenaires, les plus importants étant présentés ci-après :

1. Proximité géographique du centre avec la majorité des patients.
2. Disponibilité des installations de gestion de la TB dans le centre.
3. Présence de groupes de bénévoles effectuant des visites à domicile à proximité du centre.

Quatre structures sanitaires ont été identifiées comme centres partenaires adéquats, qui étaient gérées par trois acteurs différents : **Bondeko**, géré par le *Bureau Diocésain des Œuvres Médicales* (BDOM) ; **Elonga**, géré par l'Armée du salut (AS) ; et **Kabinda** et **Mfinda**, tous deux gérés par le MSP.

Un système de référencement des patients stables sous ARV du CHK vers les centres de santé de Kinshasa a donc été mis en œuvre. Une formation théorique et pratique a été suivie par une supervision continue du mentorat assuré par un médecin de MSF, dans le but de former et d'assister les médecins supervisant les centres de santé dans leurs activités de surveillance du VIH.

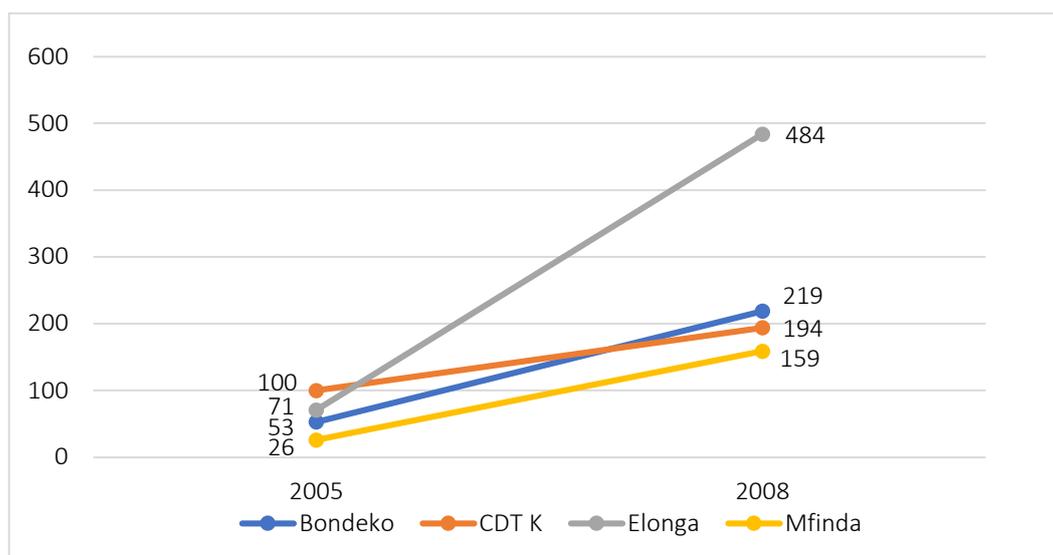


Figure 3 : Décentralisation des patients entre 2005 et 2008, par centre de santé. Source : statistiques des rapports annuels de MSF.

⁴ EDS 2007 : EDS, O. Ministère de la planification, Ministère de la santé, Kinshasa, Macro International Inc. Calverton, Maryland, États-Unis. Enquête démographique et sanitaire, République démocratique du Congo 2007. Août 2008. 500p. Ce type d'enquête avec une méthodologie robuste est considéré comme représentatif de la situation du VIH dans un pays donné. Des données beaucoup plus élevées ont été citées dans les documents internes de MSF de l'époque, mais ne sont pas documentés.

MSF a mis en œuvre une stratégie de renforcement des capacités avec les quatre organisations partenaires suivantes : BDOM, MSP, RNOAC (qui a commencé à bénéficier d'un soutien de MSF en 2008) et AS. Chacune d'entre elles comportait des forces et des faiblesses, qui ont été identifiées par l'équipe de MSF et sont résumées à l'annexe II.

MSF s'est heurté à des contraintes identifiées par elle-même et imposées par l'environnement externe du projet et par certains défis internes ; ces derniers peuvent être identifiés dans les rapports annuels des équipes de terrain et dans les éléments d'analyse soulevés au cours des tables rondes organisées à Kinshasa. Elles incluent :

1. **La concurrence entre le PNLs et le programme de lutte multisectoriel contre le VIH/SIDA, alliée à l'absence de stratégie globale de lutte contre le VIH, ont engendré une confusion persistante.** L'absence de plan stratégique national pour le VIH et le SIDA a également créé un obstacle pour la RDC : sans une analyse de situation précise, il était impossible de connaître l'étendue de l'épidémie du VIH, l'étendue des besoins, l'identité des intervenants, et les interventions déjà en place. Ces conditions ont empêché les programmes d'élaborer une réponse efficace ; en particulier, même si le PNLs était responsable des soins médicaux des patients vivant avec le VIH, son leadership s'est avéré insuffisant, techniquement faible, et parfois trop prudent.
2. **Le manque de soutien continu du Fonds mondial** et les conditions de mise en œuvre des programmes auxquelles les sous-réceptaires étaient confrontés ont provoqué des ruptures de stock fréquentes en 2005 et en 2006, et la mise en œuvre a été interrompue pendant de longues périodes car les sous-réceptaires ont dû mettre en œuvre des activités avant de recevoir le financement nécessaire. Face à l'absence de flux de trésorerie et sans garantie de financement continu (qui a été interrompu pendant une partie de 2006), les services de soins ont fait face à d'importantes perturbations et ont été totalement interrompus en 2007.
3. **Par conséquent, l'écart entre les besoins et la prestation de services du VIH et du SIDA s'est davantage creusé au cours de cette période**, ce qui a entraîné un taux de couverture du traitement du VIH/SIDA de la RDC en 2008 inférieur à 8 %, alors que la plupart des pays voisins avaient atteint la barre des 30 %. MSF a choisi de ne pas commander de médicaments via le PNUD (bénéficiaire principal) ou le FM pour garantir un approvisionnement constant des patients soutenus par l'ONG.
4. **La délégation de tâches et le transfert de patients du CHK vers les centres de santé ont été un processus très long qui s'est avéré inefficace.** À partir de 2007, les patients sont revenus au CHK ou ont disparu des registres de patients dans les centres de santé selon les statistiques disponibles. En outre, les services de lutte relatifs au VIH fournis dans les installations du BDOM n'étaient pas gratuits, ce qui a miné la politique de gratuité de MSF.

En 2008, suite à l'observation des éléments mentionnés ci-dessus compromettant l'impact du projet, le travail de décentralisation de MSF a été suspendu, même si plus de 1 000 patients avaient déjà été transférés vers les quatre centres de santé partenaires.

Au cours de la même période, le MSP préconisait de plus en plus l'intégration des patients vivant avec le VIH dans les établissements de santé au niveau des soins de santé primaires. MSF a retenu des leçons importantes de son expérience de décentralisation de trois ans et a décidé de changer de stratégie. Deux enseignements principaux ont été tirés :

1. La nécessité de réduire le nombre de partenaires. L'expérience de collaboration avec quatre partenaires s'est avérée difficile, avec des retards occasionnés par de longues négociations

avant d'initier le transfert des patients, et les règles de chaque organisation partenaire rendant la communication régulière difficile. MSF a choisi de continuer à travailler avec l'AS, choix guidé par l'expérience de collaboration antérieure.

2. La gestion du transfert des patients du CHK vers les centres de santé a pris du temps et a été bien plus fastidieuse que prévu. Les équipes ont compris qu'un élargissement de l'accès au traitement via le transfert des patients vers les établissements de santé primaires impliquerait clairement une augmentation du nombre d'établissements proposant un traitement, mais également une réduction de la gamme des services disponibles (bien qu'un nombre plus important de services que ceux proposés dans les établissements de santé serait toujours inclus)

Entre octobre 2008 et juillet 2009, MSF a cessé de travailler dans les trois centres de santé de Bondeko, Mfinda et Elonga, qui ont ensuite été transférés vers le BDOM et le GIZ, et ont également suspendu les nouvelles inclusions de patients au registre de patients du CHK. L'équipe a également commencé une évaluation interne, dont les résultats ont été intégrés dans les discussions stratégiques visant à redéfinir la valeur ajoutée par MSF dans la lutte contre le VIH en RDC. Étant donné le contexte difficile de l'époque (notamment la faiblesse politique du MSP vis-à-vis des bailleurs, la gestion catastrophique des subventions du FM par le principal bénéficiaire le PNUD, et un très faible nombre d'intervenants fournissant des services aux PVVIH), il était crucial pour MSF de se concentrer sur le dépistage des patients et de garantir leur accès au traitement. Début de 2009, le coordinateur de projets soulignait que « face à cette situation préoccupante, nous avons examiné notre propre projet et réalisé qu'il reflétait dans une certaine mesure la situation externe. Le projet reposait sur des objectifs dilués et obsolètes, et n'offrait aucune alternative réelle aux partenaires (...) Nous avons conclu que notre principal objectif était centré sur la mise à l'échelle ».

Période de transition : Intégration (2009) ; évaluation et accord (2010)

Au cours des mois suivant la cessation des activités de MSF dans les trois centres de santé, l'équipe a conçu un modèle alternatif à la décentralisation : le modèle d'« intégration »⁵, qui visait à fournir des services de santé intégrés pour le VIH et la TB aux PVVIH et aux établissements de santé primaires. L'intégration visait à répondre aux problèmes de co-infection et à fournir aux patients des services intégrés de traitement du VIH/de la TB dans un modèle à « guichet unique » efficace et bien pensé.

Ce modèle nécessitait une formation des membres du personnel de santé, étant donné qu'ils devaient à présent traiter deux maladies et démontrer la viabilité du traitement du VIH/SIDA et de la TB au niveau des soins de santé primaires. Cette stratégie était un compromis entre une « substitution totale », impliquant une prestation directe des soins par MSF comme cela avait été le cas dans les centres de soins de santé durant la première phase de décentralisation (et en supposant des hypothèses et des attentes de soins de qualité supérieure) ; ou un « transfert total » qui empêcherait MSF de surveiller ou de suivre les patients après leur départ. Enfin, ce modèle d'intégration a confirmé la nécessité d'une délégation des tâches afin de permettre aux infirmières de jouer un rôle de premier plan dans les tâches médicales, notamment la prescription de TARV.

Le modèle a été conçu pour se développer sur trois ans pour démontrer sa rentabilité ; l'objectif à long terme consistait à concevoir un modèle et d'en évaluer les coûts afin de mobiliser les ressources des bailleurs potentiels, en particulier le FM. Les mots-clés pour cette stratégie étaient : intégration, décentralisation, partenariat, qualité des soins et simplification. Cette nouvelle stratégie de

⁵ Au cours de cette évaluation, les évaluateurs n'ont pu identifier ni définir avec précision ce à quoi le terme « intégration » utilisé pour cette période de décentralisation se rapporte réellement. Ils n'ont pas non plus été en mesure de déterminer la différence entre cette période d'« intégration » et la précédente. Elle est présentée dans une période distincte de ce rapport pour garantir une documentation honnête de cet historique.

décentralisation avait pour but d'améliorer la prestation de soins et d'accroître le nombre de PVVIH dans les registres de patients.

Contrairement à la première phase de décentralisation, le concept de partenariat a été décisif : alors que la première phase a été le théâtre de tensions et d'incompréhensions entre MSF et le MSP suite aux transferts de premiers patients vers les centres de santé de Bondeko, de Mfinda et d'Elonga sans aucun dialogue réel avec le MSP, les relations MSF-MSP se sont avérées beaucoup plus fluides au cours de cette période.

En outre, MSF a envisagé une approche plus directe : un seul partenaire (l'AS) ; une seule zone (l'est de la ville, qui représente le quartier le plus pauvre et le plus vulnérable) ; et un objectif : mettre 500 nouveaux patients sous ARV par centre chaque année.

Cette approche était théoriquement plus viable que la première, mais son échec ultérieur a été précipité par une faiblesse intrinsèque : elle reposait sur la conformité d'un seul partenaire et son accord avec les recommandations de MSF, qui n'ont finalement pas eu lieu. Par conséquent, l'approche s'est soldée par un échec avant même d'avoir vu le jour.

À la fin de 2009, les équipes de MSF ont été une fois de plus confrontées aux mêmes questions opérationnelles sur la manière de lutter contre le VIH à Kinshasa et devaient prendre une décision. Elles étaient partagées entre la nécessité de fournir des services aux PVVIH (qui ne pouvaient pas être ajoutés aux registres de patients alors clos de MSF) et la nécessité de démontrer qu'un système simplifié était viable pour traiter les PVVIH dans un pays dépourvu de ressources.

2010 a été une année charnière. L'équipe a décidé de prendre le temps de consolider les résultats jusqu'alors obtenus et de mener une série d'évaluations afin de mieux comprendre la situation. Le coordinateur de projets a commenté :

« Au fil des ans, nous avons testé de nombreuses stratégies, confrontés aux défis de fournir des soins et un accompagnement aux PVVIH à Kinshasa. Nous avons collaboré avec des partenaires privés sur la décentralisation des services liés au VIH, testé l'intégration du VIH à un partenaire privé unique, mais aucune de ces initiatives n'a produit de résultats convaincants. Nous devons donc tirer les enseignements du passé, et identifier une autre stratégie. C'est pourquoi, en 2010, nous envisageons de mener une étude avec les divers établissements de santé publics en vue d'établir un partenariat plus étroit avec le PNLS. »

L'équipe a ensuite procédé à une évaluation du contexte sanitaire à Kinshasa conformément au tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 : Évaluation de la situation de lutte contre le VIH dans la province de Kinshasa, Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC. Source : Rapport annuel 2011 de MSF.

Étude sur l'accès aux services de soins du VIH dans la zone de Kinshasa
Étude sur la prévalence du VIH dans les zones Est et Ouest de Kinshasa
Étude pour identifier la population cible
Patients traités aux ARV dans la ville de Kinshasa
Évaluation des services de soins dans les centres de santé
Évaluation de l'infrastructure des centres de santé
Évaluation de la qualité des soins
Entretiens avec l'inspection médicale de la province

En outre, MSF a conclu un accord entre le PNLs et le MSP pour finalement jeter les bases d'un partenariat collaboratif, qui existe en fait depuis de nombreuses années. Cette stratégie de collaboration inclut (sans s'y limiter) la possibilité d'évaluer les centres de santé publics sur : leur capacité à fournir des soins aux patients atteints du VIH ; gestion et achat d'ARV ; compétences du personnel des centres de santé ; et la capacité de ce dernier à fournir des soins de santé primaires.

Fort de son expérience et armé d'un accord de collaboration, MSF a entamé la phase suivante, appelée « deuxième phase de décentralisation ».

Deuxième phase de décentralisation : 2011-2016

La deuxième phase a ajouté un niveau de décentralisation au modèle d'origine : la création du PODI dans la communauté pour les patients stables disposés à suivre un traitement au niveau communautaire. Outre le dépistage et le traitement, le PODI propose également une gamme de services comme l'éducation thérapeutique, des réunions de groupe d'entraide et un suivi de la CV.

Le modèle de décentralisation mis à jour s'articule autour de la délégation des tâches, permettant ainsi des soins simplifiés à moindre coût, accessibles au plus grand nombre possible, et adaptés aux besoins des PVVIH :

- **CHK** : Hôpital de référence pour les cas impliquant des besoins thérapeutiques complexes et les personnes à un stade avancé du VIH ; transfert des patients stables vers le PODI / centres de santé partenaires ; participation active aux transferts ; capacité de soins hospitaliers et transfert des principales infections opportunistes vers deux hôpitaux partenaires ; traitement des co-infections TB/VIH (notamment le lancement de GeneXpert™ à compter de 2012) et gestion de la TB MDR ; redynamiser la commission des échecs thérapeutiques / cas complexes en incluant les centres partenaires.
- **Centres de santé** : Dépistage du VIH ; initiation du traitement ; identification et réintégration des patients échappant au suivi par les équipes de pairs éducateurs ; aide au traitement et formation au traitement ; surveillance de la CV et des infections opportunistes.
- **PODI** (points de distribution d'ARV communautaire) : Distribution des traitements pour trois mois ; test de la CV ; dépistage et référence pour l'initiation du traitement ; conseils et groupes de soutien.

Durant cette phase, 13 centres de santé ont été assistés et trois PODI ont été créés, couvrant les trois principales zones de Kinshasa : Ouest, Centre et Est. Les centres ont été choisis conformément à la proximité du domicile des patients avec le CHK et la proximité du PODI. Après la rationalisation (impliquant la division de la couverture géographique entre le PEPFAR et le FM), MSF a légèrement réorganisé sa présence dans les zones de FM, mais a continué d'accompagner les établissements de santé également assistés par le PEPFAR. MSF a utilisé la qualité des soins comme facteur déterminant de son choix. Ainsi, on comptait neuf centres de soins de santé et deux PODI assistés par le PEPFAR, et quatre sites et un PODI dans la zone FM.

L'un des éléments clés de cette stratégie, par rapport aux éléments précédents, est l'utilisation de PODI. Leur lancement a été motivé par plusieurs objectifs :

- Responsabiliser les patients, notamment pour la surveillance du taux de CD4 ;
- Garantir l'accès local aux ARV et la surveillance du taux de CD4 ;

- Développer l'action communautaire pour fournir des soins aux PVVIH ;
- Intégrer les systèmes communautaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de recherche des perdus de vue et surveiller l'observance du traitement chez les patients ;
- Mobiliser et renforcer les groupes de soutien et les organisations communautaires (OBC).

En 2009 et 2010, les discussions sur les approches communautaires ont évolué, et deux OBC ont été identifiées comme partenaires potentiels pour mettre en œuvre le modèle de soins aux patients démedicalisés : RNOAC et Fondation Femmes Plus. En 2011, MSF a finalement décidé de collaborer avec le RNOAC, car cette approche comportait plusieurs avantages : ce dernier était une organisation stable connue de MSF depuis longtemps, avec un nombre élevé de patients appartenant à la cohorte CHK, et des OBC réparties dans la ville-province de Kinshasa.

Lorsqu'il a été décidé d'utiliser des PODI, aucune recommandation officielle du MSP pour la mise en œuvre de ces programmes n'était disponible pour les OBC. La délégation des tâches n'impliquait pas nécessairement une « démedicalisation » des tâches, notamment en matière de distribution d'ARV. Le projet a donc été considéré comme un pilote aussi bien en RDC que dans la région, bien que des interventions expérimentales impliquant des OSC dans la prestation des soins aient été pilotées dans d'autres pays africains, notamment ARCAD SIDA au Mali et ANSS au Burundi. Cependant, ces interventions impliquaient toujours la prise en charge des patients par des prestataires de soins de santé (généralement des médecins) travaillant avec les ONG (plutôt que par des PVVIH sans formation médicale), prescrivant et surveillant les personnes sous ARV. À cet égard, les PODI constituaient la première initiative de PVVIH non-soignants avec ce niveau de responsabilité en Afrique. En 2005, un article co-écrit par Sidaction, l'ONUSIDA et l'OMS fournissait un aperçu des meilleures pratiques d'élargissement de l'accès au traitement par le biais des OBC :

« L'enquête a confirmé l'existence d'une réponse communautaire importante aux soins et au traitement du VIH qui semble répondre aux besoins de la communauté et varier en fonction de ces derniers. L'action communautaire flexible provient de prestataires médicaux, de groupes de soutien, de réseaux et de groupements de personnes vivant avec le VIH et des organisations religieuses. La plupart de ces organisations communautaires sont dirigées par et pour les personnes vivant avec le VIH. Parce qu'elles sont motivées par les besoins de leurs clients, elles participent de plus en plus à l'accès au traitement. De nombreuses organisations rapportent qu'elles recentrent ou souhaitent recentrer leurs activités sur le traitement. »⁶

Cette enquête démontre l'impact de ces activités sur l'accès au traitement, et confirme le rôle central que ces OBC doivent jouer dans la lutte contre le VIH :

« La recherche a confirmé que les soins communautaires et les réponses au traitement doivent être : reconnus comme une composante essentielle d'un meilleur accès au traitement ; portés à l'attention des décideurs, directeurs de programme et donateurs ; et soutenus de façons qu'ils engendreront un plus grand impact, une qualité supérieure et un partenariat approprié avec les efforts de santé publics ».

Dans cette optique, la décision de MSF de soutenir le RNOAC dans la mise en place de PODI coïncide avec les premières expériences communautaires dans certains pays, et les services fournis par les PODI

⁶ Sidaction, UNAIDS, OMS. Élargissement de l'accès au traitement du VIH par le biais d'organisations communautaires, Genève, 2005.

sont similaires à ceux fournis dans les pays qui ont testé cette approche : Dépistage du VIH, conseils, distribution d'ARV, tests de CV et groupes de soutien.

Le soutien de MSF aux centres de santé partenaires s'est concentré sur les activités et les responsabilités suivantes :

1. Fourniture d'une assistance technique pour l'inclusion dans le TARV et le suivi des patients dans certains centres de santé.
2. Formation du personnel et supervision technique, sessions de supervision hebdomadaires (dans les hôpitaux, participation active d'un médecin de MSF pendant les visites de services hospitaliers) et fourniture d'une assistance technique dans les centres de santé. L'accent est mis sur le paquet complet de services de soins du VIH/SIDA et une formation ponctuelle spécifique, grâce au soutien de l'Unité médicale d'Afrique australe (SAMU).
3. Assistance technique aux hôpitaux de référence pour la gestion des cas impliquant des besoins thérapeutiques complexes.
4. Aide psychosociale fournie par le biais des PODI, avec établissement ou renforcement de la présence des OBC dans les centres de santé.
5. Soutien pour améliorer le système de référencement des centres de santé vers les hôpitaux de référence de deuxième niveau :
 - Détection et soins des patients dont le traitement a échoué ;
 - Traitement de deuxième ligne ;
 - Détection et soins de patients présentant des effets indésirables graves et/ou des infections opportunistes (notamment le sarcome de Kaposi) ;
 - Mise en place de soins pédiatriques sur mesure ;
 - Hospitalisation des PVVIH organisée par les hôpitaux partenaires pour la majorité des patients.

La mise en œuvre de cette approche de décentralisation va de pair avec une forte sensibilisation à la délégation des tâches au personnel infirmier et aux intervenants communautaires, qui ne faisait pas encore partie intégrante de la stratégie nationale du PNLS.

Des actions de sensibilisation aux soins de santé gratuits ont également été menées, car une politique pour un ensemble minimal de services gratuits pour les PVVIH (conformément à la loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 protégeant les droits de personnes vivant avec le VIH et le SIDA) avait été votée par l'assemblée législative de la RDC. Le MSP préconisait également une politique garantissant des services de TARV gratuits, des services gratuits de prévention du VIH et des interventions de soins et de soutien liées au VIH. Néanmoins, MSF estimait que près de 50 %⁷ des coûts associés aux soins du VIH (notamment l'accès aux services comme les tests de laboratoire, les soins infirmiers, les consultations médicales, etc.) revenaient aux patients, ce qui constitue une « dépense de santé catastrophique ».

Après quatre ans de décentralisation, un soutien de MSF aux établissements de santé a été organisé comme illustré dans le graphique ci-dessous :

⁷ Priorités de la stratégie de sensibilisation, définies pendant la table ronde organisée à Kinshasa en 2009.

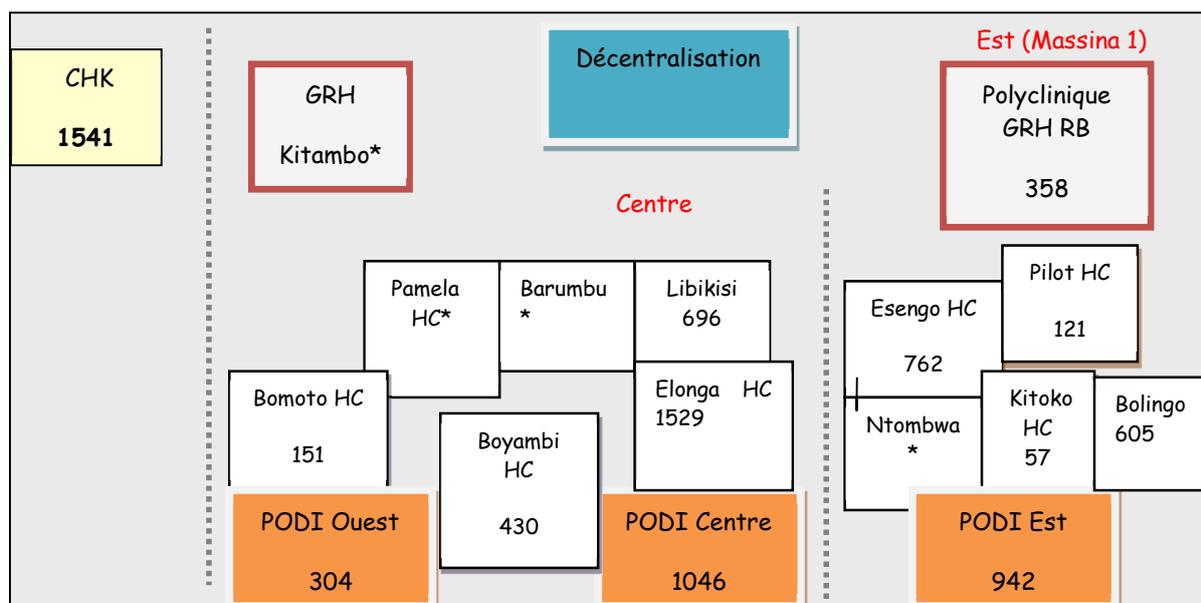


Figure 4 : Cartographie de la gestion et des soins du VIH dans le projet de lutte contre le VIH et de ses partenaires, Kinshasa RDC (2016). La base de données n'a fourni aucune donnée en 2016 pour les sites signalés par un astérisque (*).

En 2015, l'équipe de MSF a décidé de se retirer progressivement des établissements soutenus, notamment dans la zone ouest et centrale de Kinshasa afin d'élargir la portée de la décentralisation. Cependant, elle a maintenu un ensemble de services dans la zone sanitaire de Masina qui couvrait les activités médicales des centres de santé, et les actions communautaires comme le dépistage et le traitement par le biais du PODI, et des activités d'information menées par les agents de santé communautaire basés aux niveaux des centres de santé, avec une prime MSF. Dans la plupart des centres, le transfert a été correctement géré et les partenaires internationaux ont repris la responsabilité d'aider les établissements de santé.

Troisième phase de décentralisation : 2017 à ce jour : Rationalisation et nouveau modèle de financement

En 2014, le nouveau modèle de financement (NFM) a provoqué une véritable révolution dans la manière dont les pays bénéficiaires ont obtenu un financement du FM. Au grand soulagement de nombreuses parties, la méthode d'octroi des subventions était désormais basée sur des données épidémiologiques, une enveloppe étant systématiquement affectée à tous les pays, quelle que soit la qualité de leur demande de financement, et surtout, les subventions de FM visant à combler les « écarts » (gaps) laissés par d'autres bailleurs, dans le but de créer une synergie et d'appuyer les priorités identifiées par le MSP dans le cadre de sa stratégie nationale.

Cette décision a mis fin au manque chronique de financement, et il a finalement été possible de planifier des activités sur un cycle de trois ans renouvelables. En outre, en 2016, le PEPFAR et le FM ont mis en place un processus de rationalisation et divisé le pays en zones d'intervention au sein desquelles définir leurs responsabilités. Kinshasa a été divisé en deux, mais il était clair pour les équipes de MSF dès le début qu'aucune des organisations dans les zones couvertes par le FM n'étaient capables de soutenir l'élargissement des registres de patients ; tous les rapports de MSF signalent ce fait comme raison principale pour laquelle MSF cherche à mettre en œuvre des activités dans la zone d'intervention du FM. L'évaluation de MSF réalisée au cours de la phase préparatoire a démontré que le NACP (un sous-récepteur de Cordaid, le principal bénéficiaire du FM) manquait de capacités pour

assister les centres de santé en formation, d'une formation d'appoint et d'activités communautaires visant à tester de nouveaux patients et à identifier les patients échappant au suivi.

Suite aux tables rondes de 2014 et de 2017, il est apparu clairement qu'une stratégie de mise à l'échelle était nécessaire afin de répondre aux objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA pour éradiquer le VIH. Cette accélération des activités de test et de traitement n'était possible que si les mesures suivantes étaient mises en œuvre :

1. L'accélération du dépistage grâce à des stratégies différenciées comme le dépistage d'un sujet index, le dépistage communautaire, l'auto-dépistage.
2. La création de circuits supplémentaires afin de proposer plusieurs alternatives aux patients stables pour accéder aux TARV sans aucune consultation médicale (création de groupes TARV, de groupes d'auto-soutien, de circuits courts dans les centres de santé).
3. Une approche de décentralisation « légère » (18 mois) afin d'assister les établissements de santé dans l'intégration des actions de lutte contre le VIH et la TB. Cette approche comprenait la formation du personnel au CHK qui est devenu une ressource et un centre de formation pour MSF et les membres du personnel des partenaires, le mentorat au niveau du centre de santé, le soutien de la pharmacie, du laboratoire et des mesures de CV, surveillance des capacités de M&E.
4. Une « approche de zone sanitaire » avec une sélection des centres de santé principaux appelés « centres mères » et des centres de santé secondaires appelés « centres satellites ». Cette stratégie a pour but d'accélérer le dépistage dans tous les centres de santé et de référer les patients positifs vers les centres de santé principaux entièrement pris en charge par MSF.

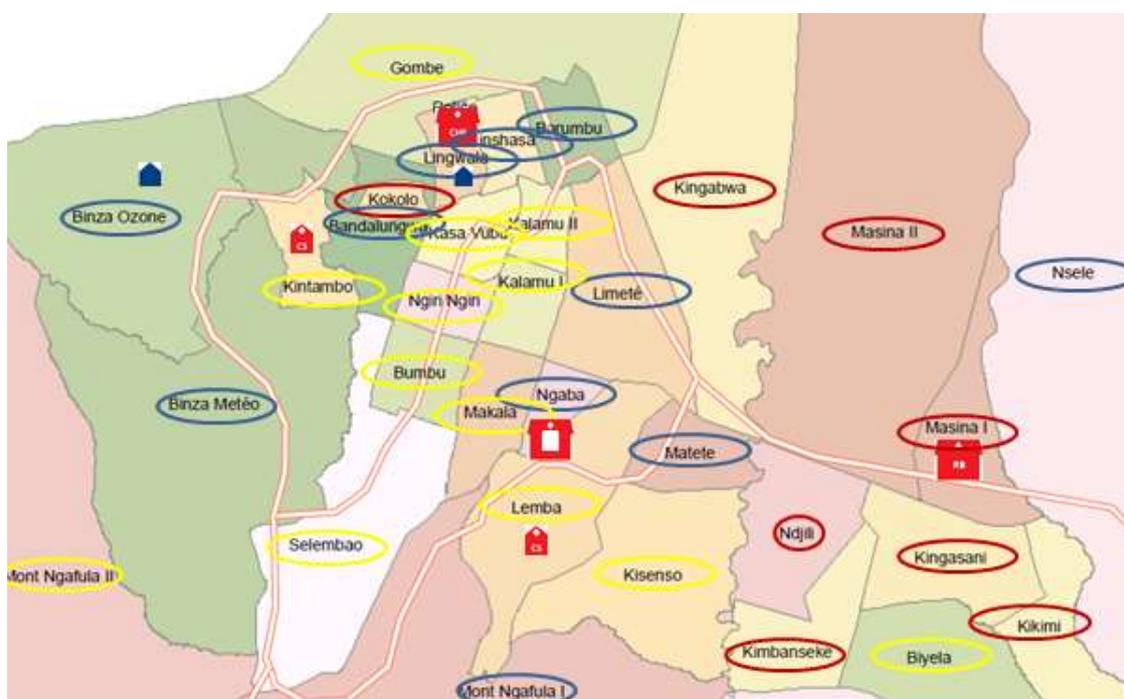


Figure 5 : Répartition géographique du soutien de MSF aux établissements de santé dans la phase la plus récente de décentralisation (MSF 2017).

Légende :



Hôpitaux pris en charge (RB à Masina 1 (déjà remplacés par CME Luyindu à Binza Ozone), CHK à Lingwala et CME Ngaba : nouvel hôpital)



Centres de santé partenaires (Kimia à Kintambo, Lisanga à Lemba, et Libondi à Bumbu)



PODI MSF (Lingwala)



Zones du Fonds mondial



Zones de maintenance du PEPFAR (autre soutien dans les ARV mais aucune supervision)



Zones PEPFAR prioritaires (inclut l'ensemble complet de mesures de

OBJECTIVE SPECIFIQUE 2:

ÉVALUER LE DEVELOPPEMENT AU FIL DU TEMPS DES SERVICES LIES AU VIH (PRODUITS ET RESULTATS) DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE SOUTENUS PAR MSF (CENTRES DE SANTE ET PODIS), DE 2013 A CE JOUR.

Ce chapitre analyse l'évolution de l'accès et de la qualité des soins du VIH dans les établissements soutenus par MSF. Il inclut une analyse des services disponibles et des principaux indicateurs cliniques. Il couvre la période de présence de MSF et suivant son retrait jusqu'à ce jour.

Pendant l'assistance de MSF

Tous les établissements de santé soutenus par MSF ont fourni un ensemble complet de services de soins et de soutien, gratuitement : TARV, tests de laboratoire, médicaments pour traiter les OI, hospitalisation, soutien nutritionnel et aide psychosociale.

La formation et l'assistance du personnel du MSP comprenait des sessions de formation sur le VIH fournies par la SAMU, une présence quotidienne du personnel de MSF dans les établissements de santé, une aide logistique (rénovation, produits de base et petits équipements), et équipement et formation de laboratoire.

L'équipe de formation psychosociale (PSE) de MSF a formé des conseillers dans les établissements de santé au conseil, à l'initiation du traitement par ARV, au suivi parental pour garantir l'observance au traitement, à l'identification des patients échappant au suivi dans la communauté ; et a également créé des liens avec la communauté et appuyé le référencement des patients qui refusaient de quitter le CHK.

Lors du lancement des PODI, une formation au conseil a été fournie au personnel récemment recruté et diverses évaluations ont été réalisées pour renforcer le système et améliorer les opérations. MSF a également soutenu le RNOAC en tant que partenaire technique et fourni des ARV avant leur introduction dans les zones couvertes par le FM, sécurisé la formation en gestion de pharmacie, fourni des outils d'aide à la divulgation et proposé une aide à la réhabilitation. Toutes ces mesures ont ensuite été consolidées dans la boîte à outils du PODI, qui est à présent mise à la disposition des établissements souhaitant poursuivre ou développer cette approche.

Entre 2013 et 2015, onze centres de santé et trois PODI ont participé au projet de décentralisation du VIH de MSF. Deux hôpitaux étaient également impliqués : Kitambo entre 2013 et 2016, et le Centre Hospitalier Roi Baudouin entre 2013 et 2018. Au total, 5 273, 7 143 et 7 429 patients ont été suivis en 2013, 2014 et 2015 respectivement dans le cadre de cette composante de décentralisation (comme l'illustre le tableau 3).

Des informations quantitatives détaillées ont été analysées dans huit des 18 (44 %) établissements de santé soutenus par MSF et toute généralisation doit être considérée avec prudence. Entre 2013 et 2015, le nombre de patients suivis a augmenté progressivement, tout comme la part des patients sous traitement dans les centres où des informations sont disponibles. La proportion des patients sous traitement de deuxième intention est restée très faible. La proportion de patients par sexe est restée stable à un ratio F/H de 70/30. La CV n'a pas été mesurée. Le CD4 médian (pré-TARV) initial était compris entre 159 et 388 dans les divers centres de santé. Il est resté supérieur à 300 chez les patients traités. Les taux de perdus de vue et de mortalité déclarée étaient acceptables chez les patients surveillés au centre de santé d'Elonga. La mortalité semble également avoir été relativement faible dans d'autres centres de santé où des informations sont disponibles, mais cela peut-être une conséquence du taux de perdus de vue relativement élevé (supérieur à 17 % à 24 mois à Bomoto et Boyambi, par exemple) ; cependant, le service de soins ambulatoires du Centre Hospitalier Roi

Baudouin présente un taux de mortalité particulièrement élevé durant la première année d'intervention de MSF.

Malgré son importance dans le système de santé de Kinshasa, l'hôpital de Kitambo n'a joué qu'un rôle mineur dans le processus de décentralisation du projet de lutte contre le VIH de MSF. Pendant les trois années d'assistance de MSF, le nombre de PVVIH hospitalisés a diminué et le taux de mortalité est resté supérieur à 20 % sans aucune amélioration apparente.

Du retrait de MSF à ce jour

L'évaluation a pu vérifier que tous les points focaux contre le VIH formés par MSF au cours des 15 dernières années sont toujours en place : l'ensemble des 13 infirmières et médecins formés pendant l'assistance de MSF travaillent toujours dans les établissements visités, bien qu'ils ne reçoivent plus de primes dans les zones du FM. Une stabilité de ce type est inhabituelle chez le personnel de santé et peut s'expliquer par le fait que Kinshasa est une zone urbaine et donc plus attrayante pour les travailleurs que les zones rurales, permettant ainsi une meilleure rétention du personnel de santé, et plus généralement, des soins de VIH de bonne qualité.

Le nombre de patients inscrits au niveau décentralisé continue d'augmenter (voir le tableau 3), notamment dans les zones couvertes par le PEPFAR, probablement en raison des objectifs mensuels qu'il définit (entre 14 et 25 nouveaux patients dépistés par mois) et son versement de primes basées sur les résultats qui incitent les équipes à atteindre ces objectifs mensuels. Une stratégie de dépistage très proactive basée sur le dépistage d'un sujet index a été mise en œuvre par le biais de conseillers communautaires qui rendent compte aux centres de santé auxquels ils répondent.

En outre, le paquet minimum de soins demeure disponible et gratuit : TARV, examens de laboratoire (notamment test de la CV) et conseil. Le counseling et l'éducation thérapeutique sont toujours fournis sur la plupart des sites. Dans les zones sanitaires prises en charge par le PEPFAR, tous les centres de santé ont été transférés vers ICAP, IHAP et EGPAF, alors qu'il n'existe aucun partenaire technique permanent dans les zones couvertes par le FM. Le nombre de PVVIH enregistrées dans les PODI ne cesse de croître, et le RNOAC est toujours soutenu par le PEPFAR.

Il convient de noter qu'il existe à présent plusieurs options de décentralisation, notamment une option de circuit rapide au sein des établissements de soins, les clubs de patients ARV et les PODI. De plus, une stratégie a été mise en place pour prescrire et dispenser les médicaments pour une période plus longue (six mois de traitement, ou deux ordonnances pour trois mois), limitant ainsi le nombre de consultations des PVVIH stables. Cette stratégie n'a pas encore été mise en œuvre en raison de l'exigence logistique spécifique de garantie d'un stock suffisant dans l'entrepôt central, mais il s'agit d'une priorité du PEPFAR en 2020.

Le tableau ci-dessous illustre le nombre de PVVIH suivies par an et par site. Les encadrés surlignés en gris indiquent les années pendant lesquelles MSF a assuré une présence et un soutien des établissements. Il est évident qu'à l'exception de l'hôpital général de Kitambo où les chiffres subissent des variations, le nombre de patients inscrits a augmenté dans tous les établissements depuis le départ de MSF, de 8 615 à la fin de 2015 à 10 188 à la mi-2019.

Tableau 3 : Nombre de PVVIH surveillées par an et par site, entre 2013 et 2019. Les encadrés surlignés en gris indiquent les années pendant lesquelles MSF a assuré une présence et un soutien des établissements. *En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

ÉTABLISSEMENT	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	DONATEURS
BOLINGO	385	391	590	605	630	684	699	PEPFAR
BOMOTO	348	465	399	-	-	605	250	FM
BONDEKO	-	-	-	-	-	230	323	FM
BOYAMBI	516	708	588	-	-	594	785	FM
CME BARUMBU	194	212	409	-	-	738	823	PEPFAR
ELONGA	1625	1505	1452	1529	1554	1681	1746	PEPFAR
ESENGO	395	519	530	-	-	552	803	PEPFAR
KITAMBO GH	198	393	381	-	489	206	471	FM
KITOKO	-	30	91	-	-	259	422	PEPFAR
LIBIKISI	130	315	288	-	-	505	669	PEPFAR
PAMELA	147	171	179	-	-	286	302	FM
NTOMBA MARIA	-	21	78	-	-	126	150	PEPFAR
PILOTE	142	312	341	-	-	447	616	PEPFAR
ROI BAUDOIN GH OPD	-	240	358	-	-	372	565	PEPFAR
ROI BAUDOIN GH IPD	377	456	639	449	460	444	-	
PODI Est	864	1006	942	-	-	950	975	PEPFAR
PODI Centre	1029	1184	1046	-	-	-	-	FM
PODI Ouest	381	377	304	-	-	-	589	PEPFAR
Total	6731	8305	8615	2853	3133	8679	10188	

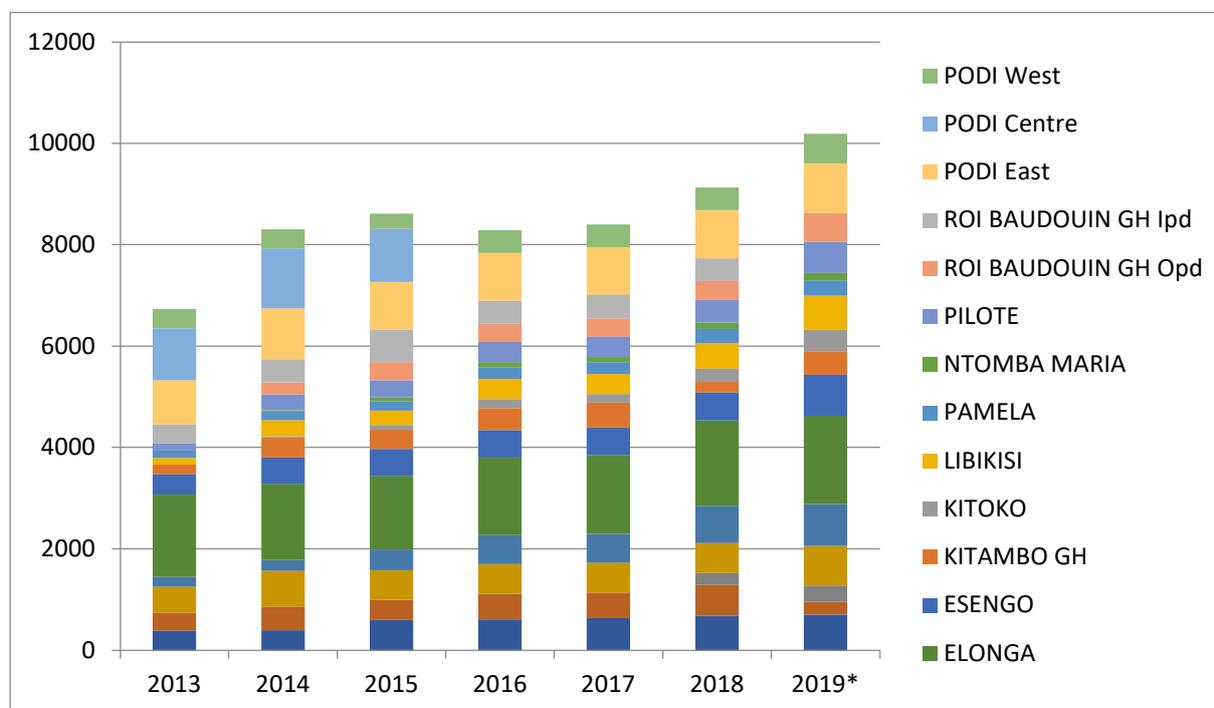


Figure 6 : Distribution des PVVIH surveillées par an et par site, entre 2013 et 2019. *En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

Remarque : Les données manquantes ont été extrapolées avec la moyenne des données disponibles. En l'absence de données futures ou antérieures, aucune donnée n'a été insérée (par ex., Centre PODI et Bondeko HC).

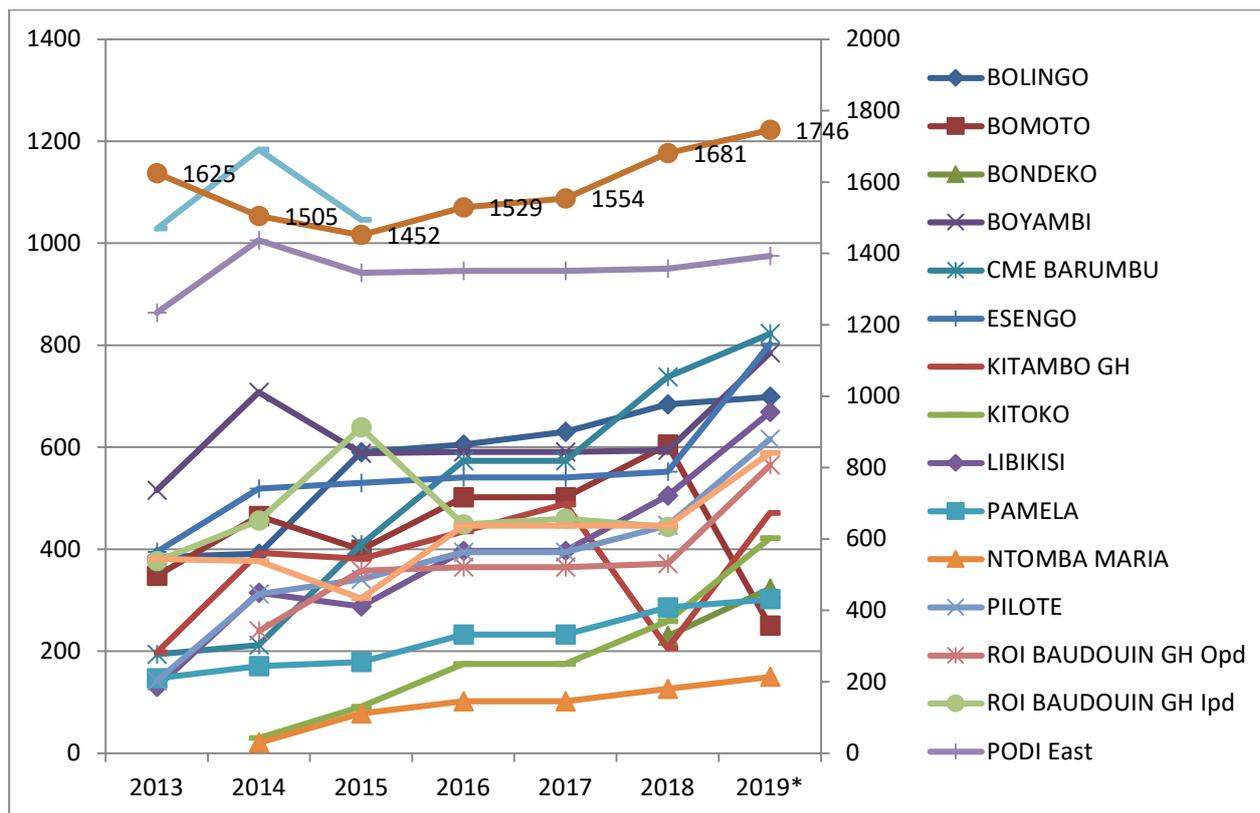


Figure 7 : Évolution des PVVH surveillées par an et par site, entre 2013 et 2019. *En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

Remarque : Les données manquantes ont été extrapolées avec la moyenne des données disponibles. En l'absence de données futures ou antérieures, aucune donnée n'a été insérée (par ex., PODI Centre et Centre de Santé de Bondeko).

Les données quantitatives détaillées sur la période suivant le retrait de MSF proviennent uniquement de 5 des 18 (28 %) établissements de santé, dont seulement quatre (Boling, Elonga, Essengo and Libikisi) étaient des centres de santé ; une analyse de cohorte est également disponible pour Bomoto et Boyambi, mais aucun indicateur de performance n'est fourni. L'interprétation doit donc être prudente.

Comme indiqué ci-dessus, le nombre de patients suivis a augmenté progressivement, même après le retrait de MSF. Le pourcentage d'hommes-femmes chez les patients est resté stable. La proportion de patients sous traitement a continué d'augmenter, et la proportion de patients sous traitement de deuxième ligne est restée très faible. Les CD4 sont restés sous 300. Pour le petit groupe de patients dont les données sont disponibles entre 350 et 380 jours après le début du traitement (N=32), 87,5% présentaient une CV inférieure à 1 000 cp/ml. La mortalité déclarée est également restée faible, avec la mise en garde ci-dessus mentionnée du biais possible lié aux patients perdus de vue (la probabilité de sous-estimation de la mortalité augmente avec la proportion de pertes de suivi). Ce n'était pas le cas au Centre Hospitalier Roi Baudouin, où les taux de mortalité et de perdus de vue sont restés relativement élevés. Dans d'autres centres, les taux de perdus de vue ont diminué dans les centres de santé où ces derniers ont été mesurés, notamment à Elonga.

Difficultés rencontrées du retrait de MSF à ce jour

En plus des conclusions quelque peu positives décrites ci-dessus, l'évaluation a identifié des difficultés spécifiques qui sont survenues après le retrait de MSF :

1. **Le manque de partenaires techniques pour assister le personnel de santé.** Les zones couvertes par le FM ne sont pas aussi bien pourvues en partenaires techniques que les zones soutenues par le PEPFAR. Par conséquent, il n'existe aucun suivi technique régulier pour garantir la qualité des soins, la saisie des données et le suivi des patients, notamment dans les domaines comme le test de la CV et le changement de traitement de deuxième ligne à un traitement de troisième ligne si nécessaire. En effet, les données fournies par le PNMLS montrent qu'un faible nombre de patients dans la zone FM sont passés à un autre schéma thérapeutique. Toutefois, le troisième indicateur 90⁸ reste une préoccupation car les statistiques nationales révèlent que seuls 11 % des PVVIH sous traitement ont vu leur CV supprimée.⁹
2. **Manque de maintenance de l'équipement de laboratoire.** L'équipement ne fonctionne pas selon les mêmes normes qu'en présence de MSF. Il n'existe aucune maintenance de l'équipement au niveau supérieur, et on observe un manque de réactifs et de supervision technique. Au cours de la visite du laboratoire de l'hôpital Roi Baudouin, les membres du personnel utilisaient un analyseur de CD4 Pima au lieu d'un système FACSCount, qui a été fourni pendant la période d'intervention de MSF. C'était le seul appareil qui fonctionnait encore avec un système GeneXpert™ ayant été récemment fourni par le programme national de lutte contre la tuberculose. Si la rétention du personnel est élevée, un tel déclin de la qualité du service de laboratoire a laissé le personnel démotivé. Par exemple, un système FACSCount est probablement trop difficile à entretenir et trop onéreux en termes de réactifs pour garantir la continuité des activités suite au départ de MSF ; cela a entraîné l'abandon d'un grand nombre d'équipements alors qu'ils fonctionnent et serait utiles.
3. **Le manque de médicaments gratuits pour traiter des infections opportunistes mineures,** notamment des maladies de la peau, signifie que les PVVIH doivent les acheter en dehors des centres de santé, ce qui est rarement possible. Ce manque de traitement gratuit pour les OI contraint les patients à établir un ordre de priorité pour leurs dépenses, et les coûts peuvent rapidement augmenter à des niveaux catastrophiques et aggraver les situations financières déjà fragiles des familles. Il constitue également un facteur de stress majeur pour le personnel de santé qui assiste avec impuissance à la détérioration de la santé de leurs patients. Suite aux discussions avec les partenaires opérationnels du PEPFAR et du FM, il semble que ce problème du traitement des OI fait actuellement l'objet de discussions. Ce problème peut être résolu au cours du cycle de subvention suivant, à compter de 2021, car l'enveloppe couvrant ces traitements a été placée dans le PAAR,¹⁰ et doit être soumise à un nouvel examen pendant le cycle. En effet, lors du cycle de subvention actuel, le financement disponible a été insuffisant pour mettre tous les cas détectés sous traitement. Les derniers chiffres révèlent un taux de couverture de 51 % pour les personnes testées,¹¹ un pourcentage trop faible. Le manque de soutien nutritionnel, qui était distribué au CHK par MSF, a également été considéré comme problématique.
4. **Entre 2014 et 2017, le problème des ruptures de stock d'ARV constituait un problème majeur.** Les équipes de MSF étaient conscientes de cette situation avant leur départ et l'ont identifiée comme un aspect problématique ; cependant, hormis les actions de sensibilisation, elles ne sont pas parvenues à trouver une solution. MSF a travaillé avec l'UCOP+, qui accueille l'Observatoire sur l'accès aux traitements et a mené une enquête sur la disponibilité des

⁸ UNAIDS, « En 2020, 90 % de toutes les personnes suivant un traitement antirétroviral verront leur charge virale supprimée ».

⁹ Rapport annuel PNMLS 2017, p 17.

¹⁰ PAAR (Prioritized Above Allocation Request) : Le PAAR représente des modules supplémentaires clés fondés sur des preuves probantes et chiffrés et des interventions pour des investissements qui ne sont pas inclus dans le montant de l'allocation du FM. Le pays sera invité à soumettre une demande de qualité non financée (UQD) une fois que certaines économies sont réalisées après la 1ère année de mise en œuvre. Dans tous les cas, les montants destinés à couvrir les traitements des OI seront disponibles après 2021.

¹¹ Op. Cit, p 17.

médicaments dans 94 établissements de santé entre 2015 et 2016.¹² Les données recueillies montrent que même si la situation s'est améliorée en ce qui concerne le traitement des adultes, elle reste préoccupante pour les ARV pédiatriques.

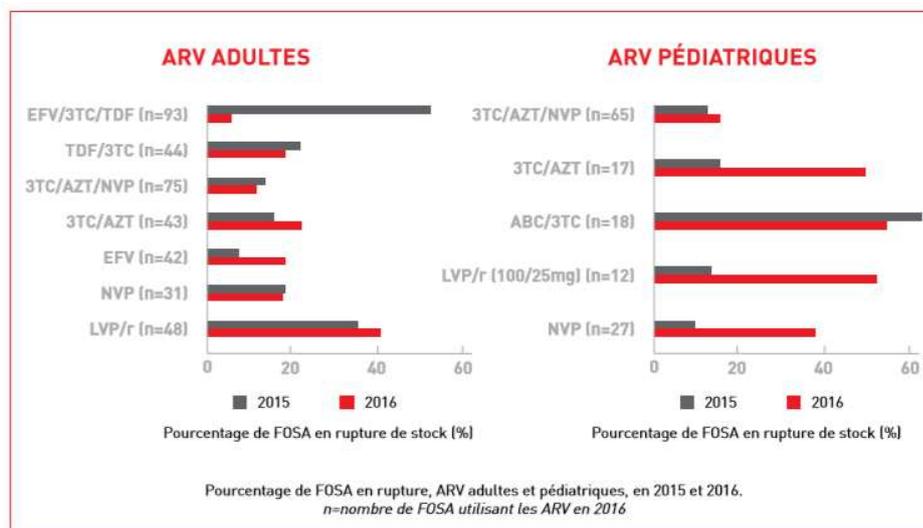


Figure 8 : Pourcentages de FOSA en rupture de stock. Source : Rapport de MSF, 2015-2016, État des lieux sur la disponibilité des intrants essentiels pour la lutte contre le SIDA à Kinshasa (uniquement disponible en français).

Cependant, malgré les progrès, la disponibilité des médicaments demeure clairement problématique, notamment pour les enfants et les patients qui doivent passer à un traitement de deuxième ligne.



Figure 9 : Source : Rapport de MSF, 2015-2016, État des lieux sur la disponibilité des intrants essentiels pour la lutte contre le SIDA à Kinshasa (uniquement disponible en français).

Cependant, il convient de noter que les niveaux de stock étaient satisfaisants plus en amont et que les médicaments étaient disponibles dans l'entrepôt (au niveau des provinces ou national) pendant toutes les ruptures de stock dans les établissements de santé ; dans 44 % des cas de ruptures de stock des centres de santé, les médicaments étaient disponibles dans les bureaux de la zone sanitaire (mêmes résultats qu'en 2015). Bien entendu, le transport des médicaments de l'entrepôt central vers les centres de santé comporte certains défis. Les conclusions de MSF pointent en effet sur ce même problème, notant :

« Parmi les facteurs influençant les ruptures de stock qui ont été évaluées, de meilleurs résultats ont été obtenus (moins de ruptures de stock) lorsque les fournitures sont transportées directement vers un établissement de santé par une entreprise de transport avec le moins d'intermédiaires possibles, par rapport au cas où les ARV sont stockés dans le bureau de la zone sanitaire et les

¹² Évaluation de la situation sur la disponibilité des médicaments essentiels pour la lutte contre le SIDA à Kinshasa

établissements de santé sont responsables de leur collecte (en échange d'une compensation financière) ». ¹³

5. **Les PODI sont parfois confrontés à des ruptures de stock**, notamment lorsque les contraintes financières empêchent les achats de carburant et le transport sur les quelques derniers kilomètres entre le bureau de la zone sanitaire et le PODI. Les PODI sont plus particulièrement confrontés à des ruptures de stock lors du passage au Dolutégravir pour tous les ARV de première intention. En outre, les outils de mesure des ruptures de stock dans les PODI sont manquants. Ces problèmes sont plus particulièrement visibles dans les zones couvertes par le FM, alors qu'aucune organisation n'assiste les PODI. Inversement, dans les zones couvertes par le PEPFAR, l'ensemble de services convenus par le donateur inclut le transport direct d'ARV vers les PODI, et les outils de collecte de données (registres de patients) sont disponibles et vérifiés par les agents opérationnels rémunérés par le PEPFAR.
6. **Le travail et le statut professionnel des membres du personnel du PODI ne sont pas optimaux**. Les communications et les référencementements au niveau du centre de santé ne sont pas toujours effectués correctement. Les centres de santé hésitent parfois à envoyer les patients vers un PODI, même si chaque patient référé reste inscrit dans le registre de patients de cet établissement de santé. Pour cette raison et d'autres, les PODI en retour sont lents à référer les patients qui présentent des signes de complications. En outre, de nombreux patients ne souhaitent pas quitter le centre de santé pour se rendre dans un PODI, notamment lorsqu'ils sont inscrits au CHK. De plus, plusieurs personnes ont indiqué leur crainte d'être stigmatisées comme des « patients atteints du VIH » dans leur quartier, et préfèrent se rendre dans un PODI situé à proximité de leur travail ou sur leur trajet domicile-lieu de travail, ou dans un centre de santé situé en dehors de leur quartier. Nous devons donc tenir compte du fait que, si les nombres de patients dans les PODI augmentent régulièrement en raison de la politique extrêmement proactive du PEPFAR consistant à mettre davantage de nouveaux patients sous traitement, cette dernière ne représente qu'une des multiples approches possibles.

Enfin et ceci est primordial, le statut professionnel des membres du personnel du PODI est très précaire. Ils perçoivent une prime mais pas un salaire, qui couvre à peine leurs coûts de transport et ne constitue pas un revenu stable. La plupart des membres du personnel doivent chercher une autre source de revenu et travailler des heures supplémentaires, ou s'appuyer sur leurs familles pour assurer leur subsistance. Quoiqu'il en soit, le PEPFAR considère toujours le modèle de PODI trop onéreux, et souhaite en faire un modèle plus rentable en augmentant considérablement le nombre de patients reçus. Cette approche semble dangereuse à plusieurs égards : tout d'abord, elle accroît la pression sur un personnel déjà pleinement engagé ; de même, les organisations assurant une supervision adéquate, notamment le RNOAC, n'ont plus la capacité d'assister correctement les PODI car le nombre de patients ne cesse d'augmenter. Certains employés des PODI ont fait part de leur sentiment d'abandon, et estiment qu'ils bénéficient d'un soutien insuffisant dans leurs rôles d'accueil et de conseil aux patients, de vérification des registres et d'organisation de counseling avec les patients les plus critiques. Les pratiques de coordination avec les centres de santé varient d'un PODI à un autre. Le PODI Centre organise une réunion mensuelle qui permet au personnel du PODI d'échanger avec les médecins et les infirmières dans les centres de santé de référence, mais cela n'est pas le cas dans les autres PODI, qui rencontrent leur centre de référence deux fois par an (comme cela est le cas avec le centre de santé pilote).

¹³ Op. Cit, p 9.

Comparaison des services pendant et après l'assistance de MSF

Les données quantitatives pour comparaison des centres de santé pendant la période d'assistance de MSF et après son retrait sont disponibles dans quatre centres de santé (Boling, Elonga, Esengo et Libikisi). Le Centre Hospitalier Roi Baudouin a été assisté par MSF pendant toute la période ; l'analyse de cohorte effectuée à Bomoto et Boyambi ne fait pas de distinction entre les périodes avec MSF et sans MSF. L'annexe III contient des informations plus détaillées.

Entre 2013 et 2018, le nombre de PVVIH a augmenté progressivement dans les centres médicaux de Bolingo et de Libikisi, tant chez les hommes que chez les femmes. À Elonga, le nombre de PVVIH était élevé (plus de 1 500) et est resté stable pour les hommes et les femmes. Tous les sites présentent un ratio similaire d'environ $\geq 70\%$ de femmes et de $\leq 30\%$ d'hommes, ce qui est fréquent dans les cohortes de PVVIH en Afrique.

Le nombre de patients sous TARV a augmenté dans l'ensemble des sites pour toute la période, mais la proportion de patients sous traitement de deuxième ligne est restée très faible tout au long de la période. Le taux médian de CD4 pour les nouveaux patients était relativement élevé (plus de 300 CD4/mm³), mais est resté inférieur au taux médian de CD4 pour les patients qui avaient fait l'objet d'un traitement pendant de longues périodes. Cela peut être interprété comme indiquant une bonne qualité de soins, bien que cette interprétation puisse être biaisée.

Le nombre de tests de mesure de la CV était négligeable avant 2017 (inférieur à 5 % des PVVIH traitées). Les périodes avec MSF et sans MSF ne peuvent donc pas être comparées. Lorsqu'elle est mesurée, la CV n'a pas diminué, et durant cette période, plus de 80 % des PVVIH traitées ont présenté une CV $< 1\,000$ cp/ml. Comme indiqué, la mortalité était faible mais est très probablement sous-estimée, à l'exception de Libikisi où la probabilité de rétention à cinq ans était supérieure à 75 % pour les hommes et les femmes.

À Elonga, les taux de perdus de vue et de mortalité déclarée étaient acceptables et ont continué de diminuer régulièrement suite au retrait de MSF, de 20 % en 2013 à moins de 5 % en 2018 ; les efforts ciblés de IHAP sur la rétention lorsqu'ils ont reçu Elonga de MSF semblent avoir eu un effet positif. Le centre compte actuellement 1 630 patients inscrits. Conformément aux objectifs fixés par le PEPFAR, il doit inclure 20 nouveaux patients chaque mois. IHAP suit les patients trois fois par semaine, et vérifie les dossiers des nouveaux arrivants, les registres de patients, les dossiers médicaux des patients et les résultats de CV. Ils surveillent les patients échappant au suivi et les activités de la communauté. En fonction de leurs résultats, ils reçoivent une prime mensuelle de 4 086 €. Le centre a orienté près de 700 patients vers le PODI et a fourni des services supplémentaires comme les clubs d'observance, un circuit court (dont environ 250 patients bénéficient) et des groupes de soutien (comptant 250 personnes). Au moment de cette étude, seuls 600 patients continuent de recevoir de soins au centre. La stratégie de l'accès différencié aux médicaments semble avoir contribué aux résultats de traitement positifs du centre.

À Esengo, le nombre de PVVIH a varié entre 2013 et 2018, notamment ceux sous traitement. Ils étaient 768 sous traitement en 2013 ; 619 en 2014 ; 803 en 2015 ; et 651 en 2016, avec une augmentation en 2017 (même si aucune donnée précise n'est disponible pour cette année dans le tableau 3). Cette base de données manque potentiellement de fiabilité.

OBJECTIVE SPECIFIQUE 3 :

IDENTIFIER LES FACTEURS FAVORABLES ET LES PRINCIPAUX DEFIS POUR CHACUNE DES COMPOSANTES STRATEGIQUES (FORMATION, SUPERVISION, MENTORAT, INCITATIONS FINANCIERES, APPUI AUX LABORATOIRES, FOURNITURE DE MEDICAMENTS ANTI-VIH ET OI, GESTION DES DONNEES, AMELIORATIONS LOGISTIQUES), DE 2013 A CE JOUR.

Le projet complet de lutte contre le VIH de MSF s'est étoffé au fil du temps, tant en termes de composante de décentralisation qu'en termes de gestion du VIH à un stade avancé. Les facteurs internes et externes de décentralisation favorables, ainsi que ses défis, sont présentés ci-dessous. Cette analyse a été réalisée avec l'équipe locale, qui travaille sur le projet depuis le début, et a été vérifiée au moyen d'un examen préalable des documents d'archive de l'organisation.

Facteurs externes contribuant au succès de la composante de décentralisation du projet de lutte contre le VIH

Le NFM du FM mis en œuvre en 2014 a marqué un tournant dans le paysage du financement de la lutte contre le VIH en RDC. Même si MSF a initialement supporté les coûts de tous les traitements et des examens de laboratoire, la garantie de l'accès au financement continu d'un cycle de trois ans au suivant a changé la donne, tant pour MSF, qui pouvait à présent s'appuyer sur le financement du FM pour les intrants et les TARV, que pour le PNLS qui a finalement pu mettre en œuvre les activités dans des délais raisonnables. En termes philosophiques, le passage d'un modèle dans lequel les montants de financement sont demandés et déterminés par le pays (dans le cadre de l'approche d'« appropriation nationale » prisée par le FM) à un modèle qui calcule et détermine le montant de l'allocation à Genève pourrait susciter des craintes de rapports d'imposition qui place les pays bénéficiaires dans une situation de dépendance. Ceci est en partie vrai, plus particulièrement depuis la crise de gouvernance et de confiance en 2011 qui s'est soldé par l'imposition de mesures visant à prévenir les malversations financières, et qui ont exacerbé la relation déséquilibrée entre le FM et les pays bénéficiaires. Cependant, il convient de reconnaître que cette source de financement établie et garantie a également créé un climat favorable dans le pays, permettant ainsi au gouvernement d'élaborer une stratégie de lutte contre le VIH à moyen terme beaucoup plus efficace. Entre 1999 et 2008, un plan stratégique unique a été élaboré. Toutefois, en raison d'un manque d'indicateurs et de ressources pour vérifier ses effets, ce plan a été difficile à surveiller. Aucun plan n'était en place pour orienter la lutte contre le VIH entre 2008 et 2010 jusqu'à ce que qu'un plan soit élaboré en 2010.

Ce qui a commencé comme un projet pilote sans précédent (le recours à un personnel non médical pour fournir des services de prévention, de conseil et d'observance du VIH) s'est généralisé. La décennie qui va de 2000 et 2010 a vu une régression de la santé communautaire, suite à une décennie prospère durant laquelle la Déclaration d'Alma-Ata reconnaissait l'importance des soins de santé primaires et des activités communautaires qui l'accompagnent. Les fonds verticaux importants établis au début de 2000 (comme le FM bientôt suivi par le GAVI et l'Unitaid) confirment en revanche la décision d'accélérer la lutte contre la grande épidémie via une approche verticale, parallèle aux systèmes de santé existants. La question de la santé communautaire ne s'est posée que dans la décennie actuelle et résulte de deux problèmes : d'une part, les investissements dans le secteur de la santé n'ont été que modestement efficaces, car la majorité des investissements ont été consacrés à la lutte contre les principales épidémies en raison de l'augmentation continue du financement du FM ; ensuite, on a observé à de nombreuses occasions que l'absence d'un réseau communautaire complique sérieusement la prévention et l'accès aux populations rurales, qui demeurent la majorité en Afrique, notamment pour faire face à la recrudescence d'épidémies. Par la suite, entre 2013 et 2018, 13 pays de la région d'Afrique de l'est et centrale ont adopté des stratégies de santé communautaire, qui ont reconnu le rôle important des agents de santé communautaire et des OSC en tant que prestataires de services. Dans ce contexte, l'utilisation des OBC et des OSC est devenue depuis

monnaie courante et les pays autorisent progressivement le personnel paramédical à prescrire et à distribuer des traitements sous la supervision d'un.e infirmier.ère. Cela a permis à MSF de travailler dans un environnement de plus en plus favorable à la décentralisation et à la démedicalisation. L'un des résultats de ce processus est le guide de décentralisation des services et la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux soins et au traitement du VIH, publié en 2016 en RDC.

Enfin, ce développement a également permis à MSF de recentrer ses efforts de sensibilisation sur des problèmes techniques liés à la mise en œuvre plutôt que sur des questions uniquement financières. Tous les documents de MSF entre 2005 et 2015 ont soulevé des questions financières, car le financement de la BM et du FM en RDC était insuffisant, irrégulier et mal géré, faisant de la continuité du traitement un véritable défi. Après 2015, cette question est moins récurrente, laissant place à d'autres défis comme la gestion du VIH à un stade avancé de l'infection, les ruptures de stock et les soins pédiatriques. Néanmoins, la question du traitement gratuit demeure irrésolue, notamment le financement du traitement des IO et des examens de laboratoire autres que le dépistage et la CV.

Facteurs internes contribuant au succès de la composante de décentralisation du projet de lutte contre le VIH

Les membres du personnel local de l'équipe de MSF qui ont reçu une formation continue dès le début de la décentralisation du projet de lutte contre le VIH, sont l'une des composantes les plus essentielles qui expliquent les résultats positifs en termes de couverture : les membres du personnel local de MSF ont su gagner la confiance du personnel dans les centres de santé et les PODI, et principalement la confiance des patients eux-mêmes. Ils ont garanti la continuité des services et constituent la mémoire des succès et des échecs du projet. Ils ont reçu une formation organisée par MSF (qui a été accrédité par le PNLIS) et une supervision quotidienne du personnel international. Leur présence quotidienne dans les centres de santé pour arbitrer et résoudre tous les problèmes survenus est l'un des principaux facteurs de réussite cités par les points focaux VIH dans les établissements de santé visités. Les membres du personnel de MSF sont présents, polyvalents et attentifs aux difficultés rencontrées par le personnel médical. La forte composante psychosociale et de conseil développée au cours du projet pour appuyer la décentralisation des patients qui hésitaient à quitter le CHK s'est révélée essentielle. Elle a permis d'instaurer un dialogue rapide et inclusif avec les membres du personnel des centres de santé, élément décisif qui le différencie de la première phase, où le transfert des patients suivis par MSF au CHK vers les établissements de santé a été considéré comme désorganisé, à sens unique et mal planifié. Les membres du personnel de MSF sont fiers d'appartenir à l'organisation, de contribuer à la mise en œuvre d'un projet innovant, et en ayant acquis de solides compétences (notamment la connaissance du VIH, la fourniture de counseling, les compétences techniques en M&E, les activités de laboratoire et l'approvisionnement), ce qui leur permet de participer à des discussions stratégiques internes (par ex., tables rondes).

Le paquet de services très ambitieux proposé par MSF dans le cadre du projet est clairement un facteur décisif de succès durant les années de présence de MSF dans les centres de santé. MSF n'a pas seulement fourni un paquet de soins complets et optimaux (approvisionnement en traitements ARV, traitement des OI, nutrition de personnes sous-alimentées, soins psychosociaux et essais de laboratoire), mais a également déployé des interventions logistiques solides pour réhabiliter les centres de santé (achat d'incinérateurs, produits d'hygiène), réparation de systèmes électriques) et entretenir l'équipement de laboratoire. La présence quotidienne des équipes de MSF dans les centres de santé a permis d'accroître la réactivité du projet : les personnels des centres de santé avaient la certitude que les problèmes quotidiens (comme l'équipement défectueux et manquant et les ruptures de stock) étaient résolus rapidement. Cet ensemble extrêmement complet de services a également été fourni gratuitement, ce qui a permis au personnel des centres de santé de bénéficier de bonnes conditions de travail sans le stress d'assister à l'obligation pour les patients pauvres d'acheter leurs médicaments et à la détérioration de leur état de santé.

Une meilleure capacité de MSF à interagir avec le MSP. Après 2012 et plus récemment, la coordination s'est améliorée entre les équipes de MSF, les autorités et les partenaires du MSP. En 2012, un accord entre les deux institutions a établi une collaboration beaucoup plus claire. Un PNLS plus robuste, allié à la compréhension par MSF que la lutte contre le VIH ne peut pas être menée dans les centres de santé sans une collaboration étroite avec le MSP, ont été décisifs pour ce changement radical. MSF est également devenu un membre observateur de l'instance de coordination nationale (CCM), et un membre de l'équipe de MSF a participé à ses réunions mensuelles. La coordination dans la sélection des sites de MSF, et un dialogue structuré ont contribué à établir un lien plus solide avec les autorités sanitaires, qui expriment à présent leur satisfaction.

L'évolution des pratiques pour surmonter les problèmes. La composante de décentralisation a su évoluer et s'adapter aux défis rencontrés pendant la mise en œuvre. Par exemple, les primes sont à présent accordées à tous les membres des centres de santé, et non plus seulement au personnel en contact direct avec les PVVIH, ce qui a contribué à éviter des désaccords au sein des établissements de santé. En outre, le dialogue avec les autorités sanitaires jusqu'au niveau de la zone sanitaire a été considérablement renforcé. Enfin, le programme de formation et de suivi destiné aux éducateurs pairs pour assister les patients et le personnel est une initiative importante et complémentaire de ce projet, qui a été préconisée et répliquée dans l'ensemble du pays, créant ainsi un « modèle de soins infirmiers » fonctionnel pour compenser le manque de médecins. Cette décentralisation a par conséquent engendré de nombreuses interventions innovantes, qui sont désormais incluses dans la politique nationale de décentralisation et de délégation des tâches. L'ONUSIDA diffuse aujourd'hui largement l'éventail d'approches différenciées qui permettent à plusieurs points d'entrée de fournir des services de dépistage et d'initiation du traitement, et recommandent l'intégration de ces approches dans les requêtes de financement adressées du FM.

Les difficultés rencontrées par le processus de décentralisation, dont beaucoup demeurent irrésolues à ce jour

Des taux de rétention insuffisants et incertitude quant aux causes. Durant toute la période de soutien de MSF, un taux de perdus de vue élevé dans la plupart des sites MSF a été observé. Comme le montre l'analyse des données, certains établissements de santé présentaient un taux de perdus de vue compris entre 20 et 30 % de patients une fois enregistrés. Malheureusement, les équipes de MSF n'ont jamais lancé une étude approfondie pour explorer et comprendre les raisons de la disparition des patients. Dans certains cas, les transferts vers les partenaires comme IHAP ont eu des effets positifs sur les taux de rétention, qui résultent des mesures proactives mises en place pour rechercher activement les patients afin de les réinscrire dans l'établissement de santé. Par exemple, l'appui à deux centres de santé a été transféré vers ICAP : si les taux de perdus de vue élevés n'étaient pas l'apanage exclusif des centres de MSF, les résultats de MSF ne se sont visiblement pas avérés beaucoup plus satisfaisants que ceux d'autres partenaires. Certaines études qualitatives ont été menées pour mettre en évidence ce problème. Toutefois, même si les causes ont été identifiées, elles ne semblent avoir conditionné aucun changement.

Tableau 4 : Taux de rétention à 12, 24 et 60 mois après le début du traitement, par centre, projet de décentralisation du traitement VIH de MSF, Kinshasa 2019.

CENTRE DE SANTE	12 MOIS	24 MOIS	60 MOIS
BOLINGO	88,9 % (86,6 – 90,8) N=672	86,7 % (84,2 – 88,9) N=553	85,0 % (82,3-87,4) N=298
ELONGA	77,8 % (76,2-79,3) N=2009	71,8 % (70,1-73,4) N=1699	62,4 % (60,5-64,3) N=1104
ESENGO	85,6 % (83,3-87,6) N=819	83,0 % (80,6-85,2) N=728	77,3 % (74,5-79,9) N=471
LIBIKISI	88,8 % (85,7-90,0) N=736	83,6 % (81,0-86,0) N=649	77,2 % (74,1-80,0) N=393

Les controverses et les divergences d'opinion concernant la prestation de services gratuits et les coûts de cette intervention ont été implicites depuis le début de la décentralisation. MSF a appliqué une politique de non-recouvrement des coûts, et a toujours couvert les dépenses liées au projet de lutte contre le VIH. Depuis 2005, le coût total du projet s'est élevé à 40 millions €, avec une augmentation annuelle régulière d'environ 15 % portant les coûts annuels courants à un peu plus de 5 millions €. Ces coûts étaient acceptables pour MSF, mais les tests de laboratoire, le traitement des IO et les coûts d'hospitalisation ont cessé d'être gratuits lorsque MSF a mis fin à son aide aux établissements de santé. MSF a réalisé une analyse des coûts, son modèle de soins dans les hôpitaux partenaires afin de négocier le financement des donateurs ; cette étude a montré que la prestation de soins hospitaliers à 37 patients entraînerait un coût de remboursement forfaitaire d'environ 4 000 \$.

Tableau 5 : Montants de remboursement mensuels, par hôpital. Source : Étude de coûts : hospitalisation des PVVIH à Kinshasa, RDC, Avril 2017. Quentin Baglione.

MEDICAMENTS	TARIF UNITAIRE (USD)	NOMBRE DE SORTIES AU COURS DU MOIS (CHRB)	TOTAL (USD)
GHM1	149	12	1 790
GHM2	166	3	497
GHM3	114	1	114
GHM4	163	4	653
GHM5	149	5	746
GHM6	266	1	266
GHM7	105	1	105
GHM8	135	0	0
GHM9	196	3	588
GHM12	68	2	135
TOTAL		32	4 892

OBJECTIVE SPECIFIQUE 4 :

ÉVALUER COMMENT LES EXPERIENCES DE DECENTRALISATION PRECEDENTES A KINSHASA ONT INFORME LA STRATEGIE ACTUELLE (QUI A COMMENCE EN 2017) ET QUELS DEFIS PEUVENT ETRE ANTICIPES.

Les enseignements tirés par MSF au cours de cette période de décentralisation, conjointement avec les conclusions et les éléments spécifiques identifiés par cette évaluation, permettent aux évaluateurs d'anticiper les défis susceptibles d'être rencontrés dans le nouveau modèle de décentralisation. Certains sont répertoriés ci-dessous, en attente d'une évaluation plus ciblée du modèle actuel qui doit avoir lieu en 2020.

On observe une forte pression pour augmenter les nouvelles inscriptions de patients dans ce système, en partant du principe que les centres de santé et les PODI peuvent absorber un nombre de patients beaucoup plus élevé qu'ils n'en traitent actuellement. Le PEPFAR estime qu'un PODI doit être en mesure d'accueillir deux fois plus de patients qu'à l'heure actuelle (par ex., environ 2 000) et cherche à développer ce modèle en 2020. Cependant, les limitations du modèle ont déjà été mises en lumière dans les entretiens et les groupes de discussion, par ex. : 1) une qualité de suivi inférieure par les OBC, comme en témoigne une diminution des visites des PODI, moins de temps pour échanger avec les superviseurs, aucun type de supervision dans le PODI actuellement soutenu par le PEPFAR ; 2) un manque de respect de certaines règles relatives au référencement et au contre-référencement des patients, selon le personnel travaillant au niveau du centre de santé et des PODI ; 3) les membres du personnel sont de plus en plus fatigués et manquent de motivation.

Le nombre de patients échappant au suivi dans les centres de santé analysés dans ce cadre d'évaluation indique les difficultés de préservation de la qualité de suivi, qui pose de sérieuses questions concernant la capacité de développement de ce modèle, en particulier, la question de savoir comment un nombre aussi important de patients pourrait être éventuellement suivi. Le PEPFAR pense que le modèle peut être reproduit en garantissant la disponibilité de l'espace et des ressources humaines nécessaires. Il est vrai qu'à *première vue*, le taux d'augmentation de perdus de vue est inférieur à celui observé dans les zones financées par le FM, si les données partagées provenant du système national et analysées à l'annexe III sont correctes. Le suivi assuré par les partenaires de mise en œuvre du PEPFAR (IHAF, ICAP et EGPAF, ce dernier ayant été remplacé depuis octobre 2019 par HPP) semble robuste, puisque le personnel visite régulièrement les centres de santé et organise une formation continue et du recyclage.

Cela pose également la question de la qualité du mentorat : comment s'assurer que le mentorat reste possible et puisse être répliqué à plus grande échelle ? Le mentorat repose sur une relation très personnelle et étroite entre le mentor et le mentoré, ce qui requiert énergie et disponibilité. MSF a développé l'idée d'utiliser une version « allégée », moins exigeante en ressources de formation du personnel, puis de transférer les établissements de santé afin d'augmenter le taux et le nombre de patients suivant le traitement. Cette approche suppose une méthodologie plus standardisée, avec des modules de formation prédéfinis et un parcours formatif plus formaté pour les mentorés, et est par conséquent moins individualisée. Ceci est indéniablement une stratégie à développer et documenter dans la prochaine phase.

Harmonisation de l'ensemble de soins fourni aux patients de Kinshasa. Les évaluateurs ont noté des différences dans de nombreuses zones entre le financement et la couverture du FM et du PEPFAR, démontrant que les patients ne sont pas toujours accueillis de la même manière dans Kinshasa :

Tableau 6 : Différences observées entre les zones du FM et du PEPFAR.

ÉLÉMENTS DE L'ENSEMBLE DE SOINS	ZONES FM	ZONES PEPFAR
Incidations au personnel accrues		✓
Supervision plus robuste		✓
Les objectifs de dépistage et d'inscription de nouveaux patients sont informés par les objectifs du MSP	✓	
Approvisionnement et achat d'ARV effectués en parallèle auprès du système national		✓
Fin du déploiement du Dolutégravir, dès septembre 2019	(Toujours en phase de planification)	80 %

La détermination d'un paquet de soins acceptable et commune à tous les bailleurs est indispensable, afin d'adapter le contexte et les ressources disponibles. Ce problème requiert une résolution urgente, car les différences de qualité entre les services fournis dans une ville (et parfois à une distance de quelques centaines de mètres) sont insoutenables pour le MSP. Les discussions entre les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre à ce sujet sont trop rares. Le FM s'aligne sur les priorités stratégiques contenues dans le plan stratégique national et avec les recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA ; le PEPFAR applique ses propres normes sans participer aux discussions et MSF suit ses protocoles. Le dialogue national entamé avant le développement des requêtes de financement fournit un cadre idéal pour mener ces discussions. De même, les partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH en RDC doivent pouvoir participer aux discussions concernant les plans opérationnels pays (COP) du PEPFAR. Le PNLIS ne semble pas suffisamment fort pour présider ces discussions, alors que le CCM n'a pas réussi à regrouper tous les intervenants pertinents autour de la table.

Le problème n'est toujours pas résolu. La prime versée au personnel par le PEPFAR est supérieure aux primes versées par le FM. Les négociations à venir pour le prochain cycle de financement du FM (2021-2023) ouvrent une fenêtre d'opportunités pour renégocier les taux appliqués par le FM et les services qui seront inclus dans le prix. Le PEPFAR ne s'est pas entièrement opposé au financement du traitement des IO simples, qui est réaffirmé par la recommandation COP du PEPFAR 2020 indiquant que le traitement des IO doit être prescrit gratuitement ; il est cependant hésitant à respecter les normes introduites par MSF, notamment en ce qui concerne les coûts de laboratoire ou d'hospitalisation.

Cependant, la décision récente du PEPFAR de mettre fin au système de recouvrement des coûts pour les PVVIH au Cameroun quels que soient les services utilisés pourrait être éventuellement étendue à d'autres pays d'intervention. Le FM a commandité une étude sur les obstacles financiers à l'accès aux services de dépistage et de traitement liés à la pandémie ; les résultats devraient être disponibles avant la réunion du conseil d'administration en mai 2020 et il est prévu que ce rapport mette l'accent sur les moyens de mettre fin aux paiements directs des patients, qui demeurent la principale source de financement des services de santé dans de nombreux pays.

Un nombre insuffisant de patients restent sous ARV suite aux transferts d'établissements de MSF vers d'autres partenaires, et cela représente un échec majeur. Même si un nombre de perdus de vue enregistrés correspond en fait à des décès non signalés (ce qui est inévitable), le taux de patients échappant au suivi est préoccupant, entre autre parce que certains de ces patients reviendront ultérieurement vers le CHK à un stade très avancé du SIDA. Il semble essentiel d'étudier en profondeur ce phénomène afin de mieux comprendre les raisons qui incitent les patients à abandonner leur traitement, mais également de concevoir une composante d'intervention pour compenser cette perte de patients.

MSF a réuni très peu d'informations sur la façon dont les populations clés sont prises en charge au fil des années. L'approche retenue par MSF était destinée à être communautaire et non identitaire, et n'est donc pas axée sur les groupes vulnérables. Cependant, en RDC comme ailleurs, les groupes les plus discriminés sont plus exposés aux risques d'infection par le VIH comme décrit dans le rapport de l'ONUSIDA de 2017. Il est crucial d'étudier comment cibler correctement les populations clés (hommes ayant des rapports avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et travailleurs du sexe) dans le projet ; il n'existe actuellement aucune information disponible sur les obstacles potentiels auxquels ces groupes peuvent être confrontés dans l'accès aux services dans les centres de santé et les PODI. Avec la fermeture de l'AMOCONGO, il n'y a plus aucune organisation robuste pour soutenir ces groupes cibles qui sont particulièrement victimes de discrimination, comme l'illustre l'index de discrimination calculé en 2012 selon une étude réalisée avec le soutien de l'ONUSIDA.¹⁴ L'index a révélé que 25 % des personnes sondées ont été victimes d'exclusion sociale ou familiale, que 50 % ont été licenciées ou stigmatisées dans leur travail, et que plus de la moitié ont pratiqué l'auto-discrimination car elles avaient honte de leur séropositivité. Cette auto-discrimination, qui se manifeste généralement par la crainte d'être maltraité ou stigmatisé, entrave souvent l'accès aux établissements de soins. Les équipes de MSF n'ont pas évalué l'« adaptation » de leur approche pour les groupes particulièrement vulnérables, et n'a pas cherché à adapter le système à leurs besoins, ce qui peut être une limitation de la stratégie actuelle.

Du point de vue clinique, le CHK a souligné l'importance de la prestation des soins aux patients infectés par le VIH à un stade avancé avec un nombre de CD4 inférieur à 200. Cependant, malgré l'efficacité des ARV, dans des pays comme la RDC où de nombreux patients découvrent leur statut tardivement, ou ont abandonné leur traitement pour une multitude de raisons, il y aura toujours des patients qui atteindront ce stade avancé. Le CHK est un excellent lieu de soins pour ces patients, mais il comporte des limitations : il a élaboré des stratégies pour effectuer un suivi d'un nombre important de patients au cours des 15 dernières années, mais des choix s'imposent également ; les coûts de soins de ces IO comme le sarcome de Kaposi sont très élevés, et ne permettent pas d'en assurer la viabilité. La distribution de repas gratuits pendant l'hospitalisation est louable, mais pour autant que les évaluateurs le sachent, ces derniers ne sont proposés dans aucun autre établissement de santé du pays, ce qui fait du CHK un centre très attrayant et contredit l'objectif de limitation de l'afflux de patients.

Enfin, la question reste de savoir comment accélérer le processus de décentralisation afin de prescrire aux patients des ARV de manière durable aussi rapidement que possible. Le modèle actuel recommandé par MSF est ambitieux, et les réflexions internes au cours des dernières années ont axé le débat sur un modèle « allégé » moins complet afin que le transfert soit simplifié pour le MSP ou les partenaires financiers à relayer, et plus simple pour les structures et les patients. Ce modèle « allégé » fait l'objet de défis contradictoires qui ont été clairement identifiés par les équipes lors des dernières tables rondes. Ces défis sont les suivants : 1) comment garantir une formation suffisamment solide et complète (y compris une supervision formative et une reconversion) sans créer un système pédagogique excessivement ambitieux, onéreux et fastidieux ; 2) comment mesurer les investissements nécessaires dans l'équipement, notamment l'équipement de laboratoire, sans mettre en œuvre une technologie dont la maintenance est ensuite rendue impossible en raison du manque de moyens financiers et de compétences ; 3) quel ensemble de services répondant aux objectifs de qualité et d'éthique de MSF et aux normes internationales peuvent être proposés aux patients, sans dépasser les capacités et les normes que le MSP et ses partenaires financiers peuvent maintenir raisonnablement après le départ de MSF. Ces éléments devront être pris en compte lors de la prochaine table ronde.

¹⁴ Personnes vivant avec la stigmatisation liée au VIH et indice de discrimination, rapport d'enquête, PNUD / UNAIDS, 2012 ;

CONCLUSIONS

Une analyse rétrospective détaillée de la décentralisation des soins du VIH à Kinshasa révèle que malgré certaines incohérences dans les stratégies mises en œuvre au cours des 15 dernières années, MSF a été guidé par l'intention de répondre à un besoin criant de prise en charge du VIH. Si la première phase (2005-2008) était excessivement déconnectée du système de santé et des autorités de la RDC, elle appliquait déjà les principes qui ont fait de la décentralisation un succès, notamment : un service de niveau hospitalier de haute qualité pour le traitement des complications ; des soins intégrés au niveau du centre de santé, soutenu par le personnel de MSF pour la formation aux soins et la fourniture de médicaments ; et l'introduction de conseillers communautaires pour garantir le suivi et réduire les taux de perdus de vue. Les phases suivantes ont affiné le modèle, en créant un niveau de décentralisation communautaire supplémentaire (création de points de distribution de TARV), en structurant le transfert des capacités autour de la méthodologie de mentorat, et en développant un modèle plus léger et plus rapide pour renforcer l'intégration des services au niveau primaire.

Les données quantitatives révèlent un modèle d'évolution différent sur chaque site, mais certains éléments sont communs à la plupart des sites : le ratio hommes-femmes d'environ 70/30 ; l'augmentation générale des patients au fil du temps, et le très faible nombre de patients sous TARV de deuxième ligne. Le taux médian de CD4 est approximativement de 249 cellules/ μ l pour de nouveaux patients, et de 393 cellules/ μ l chez les patients traités pendant plus longtemps. Un niveau acceptable de mesures de la CV a été réalisé à partir de 2017 et une grande partie des patients présentait une CV indétectable. La mortalité déclarée était faible (excepté à Kitambo) et le taux de perdus de vue variait entre les sites, incluant le plus souvent et probablement des décès non déclarés. La rétention dans les soins est source de préoccupation dans certains centres de santé, avec des taux de perdus de vue élevés compris entre 20 et 30 %.

Le modèle de décentralisation a été adopté (grâce aux directives sur la délégation de tâches élaborées par le MSP en 2016) et est promu par le FM et le PEPFAR. En ce sens, l'intervention peut être décrite comme un succès car elle a créé un environnement favorable au moyen d'un modèle robuste et éprouvé. Le FM finance à présent le PODI Centre, et le PEPFAR assiste les PODI Ouest et Est avec l'ICAP en tant que partenaire opérationnel ; tous ces centres ont été transférés par MSF. En ce qui concerne le FM, la subvention actuelle inclut déjà une aide financière aux PODI, et un plus grand nombre de PODI seront financés pour le cycle suivant. Le PEPFAR envisage d'ouvrir dix PODI supplémentaires sur le même modèle à Kinshasa et ailleurs, notamment en Ituri, Haut Katanga et Aisiro. Les PODI sont régulièrement présentés dans les discussions régionales comme l'une des stratégies prometteuses d'élargissement de l'accès au traitement sans imposer de charge supplémentaire sur le système de santé. Un atelier de novembre 2019 organisé par l'ONUSIDA à Saly-Portugal (Sénégal) a été l'occasion de repenser les approches différenciées et les avantages de la décentralisation. D'autres pays de la région (notamment le Congo Brazzaville) envisagent à présent d'ouvrir des PODI selon le modèle communautaire de MSF et recevront des ressources de FM pour les soutenir.

MSF aurait dû axer ses efforts sur les zones sanitaires prises en charge par le FM qui manquent d'organisations internationales solides, semblables à celles qui collaborent avec le PEPFAR (ICAP, IHAP, EGPAF) et qui sont capables d'assurer une supervision régulière des centres de santé. Cependant, comme indiqué sur la carte (Figure 5, p28) jusqu'en 2017, MSF a choisi d'assister 19 établissements situés dans les zones sanitaires soutenues par le PEPFAR-et uniquement 13 dans les zones couvertes par le FM, car un plus grand nombre d'établissements PEPFAR répondent aux critères nécessaires pour la mise en œuvre du projet. Ces critères prévoyaient une vaste cohorte de patients, un laboratoire pleinement fonctionnel, et la présence d'organisations partenaires capables de reprendre les activités de soutien après le départ final de MSF. Même si les besoins d'assistance dans les zones sanitaires soutenues par le FM étaient plus pressants, MSF a souvent privilégié la sécurité et un environnement

favorable pour garantir la réussite de ce modèle, qui coïncidait avec les établissements pris en charge par le PEPFAR. Cette décision a deux conséquences majeures : les centres de santé situés dans les zones sanitaires prises en charge par le FM ont continué de bénéficier d'un très faible soutien, ce qui a, à son tour, eu un impact l'inclusion de nouveaux patients et la rétention de patients déjà sous traitement, comme le confirment les données du PNLIS. Par conséquent, le modèle de décentralisation ne peut être jugé viable que dans un environnement favorable. Si le modèle démontre manifestement un bon rapport coût-bénéfice, il est uniquement testé dans un environnement favorable dans lequel le PEPFAR investit des ressources importantes dans la formation du personnel, le suivi des patients et l'assistance aux OBC. Par conséquent, ce modèle ne s'est pas avéré praticable avec moins de ressources disponibles pour appuyer la supervision du personnel et des activités, et lors de la prestation d'un ensemble plus large de services.

La valeur ajoutée de MSF dans cette zone semble résider dans le mentorat, la formation et la sensibilisation, que les évaluateurs estiment comme les **atouts majeurs apportés par le modèle à l'approche**. Ces trois valeurs ajoutées pourraient être renforcées afin d'accélérer la décentralisation (avec la possibilité de développement de nouvelles requêtes de financement d'ici mars 2020), notamment en soutenant le MSP pour négocier et normaliser l'approche avec le FM et le PEPFAR, les principaux donateurs. En outre, ce type d'intervention a été largement mis en œuvre en Afrique anglophone (Eswatini, Malawi, Kenya et Afrique du Sud), mais des progrès modestes ont été effectués dans la région d'Afrique de l'ouest et centrale, ce qui est encore loin des objectifs 90-90-90. MSF peut proposer une assistance technique à d'autres pays et aux OSC afin d'appuyer la décentralisation dans la région ; la République centrafricaine a commencé à adapter le modèle, et la Guinée adapté également une version intéressante.

RECOMMANDATIONS

Comme indiqué, cette évaluation n'a pas couvert la stratégie de décentralisation actuelle de 2016 à ce jour. Des recommandations et des suggestions spécifiques doivent donc être considérées comme valides et applicables dès lors qu'elles n'ont pas déjà été mises en œuvre et ne relèvent pas des défis toujours existants.

⇒ **Recommandation 1** : Simplifier, renforcer et intensifier la formation des mentors pour le développement d'activités de mentorat, l'une des forces principales de MSF, avec une approche de formation d'appoint pour le personnel de santé formé depuis 2016. Cette méthodologie peut également être partagée avec le PEPFAR et ses partenaires opérationnels (IHAP, ICAP, EGPF) qui assistent également le personnel de santé au niveau des centres.

⇒ **Recommandation 2** : Afin d'accélérer l'accès aux services de dépistage et de traitement, développer un modèle de « décentralisation léger » selon ces principes : formation de plus courte durée et mentorat de plus longue durée (avec la possibilité de collaborer avec les hauts responsables des centres de santé pour superviser les nouvelles arrivées) ; assistance ponctuelle et paquet minimum de services ; et processus de retrait simplifié pour le départ de MSF. Étant donné que ces nouvelles modalités peuvent être nouvelles, MSF peut être intéressé par leur pilotage dans certains centres pour tester leur fonctionnement (en les mettant en œuvre en parallèle et en mesurant leurs effets sur les indicateurs clés). Les options possibles à prendre en compte pour ce modèle d'approche léger sont présentées ci-dessous :

1. Un système de rotation dans les centres de santé et les PODI, de sorte que le personnel le plus ancien, expérimenté, puisse démarrer les activités dans les centres et les PODI les plus récents et fournir leur soutien aux activités.
2. Établissement d'approches différenciées :
 - a. Une approche zonale : semblable à celle qui est déjà en place avec un centre « mère » et des centres « satellites » offrant un ensemble de services moins exhaustifs (tests de dépistage).
 - b. Une approche « sur mesure » par zone géographique d'intervention : cartographier les zones où la majorité des personnes vivant avec le VIH est concentrée, identifier les faiblesses des établissements de santé, et n'offrir qu'une partie de l'appui selon les priorités identifiées (renforcement des capacités ; laboratoire ; activités communautaires ; amélioration du circuit du médicament ; communication de données).
 - c. Un parcours évolutif pour chaque composante : établir une feuille de route pour chaque composante (qui débouche sur un stade final pérenne défini par des conditions préalables), puis évaluer, identifier et proposer une assistance spécifique aux structures sur ce parcours mis à l'échelle. MSF ne favorisera peut-être pas cette option car elle est très exigeante et moins flexible.

⇒ **Recommandation 3** : Si le PEPFAR et le FM confirment leur intention de soutenir les PODI, accompagner leur mise à l'échelle (continuer d'assister le personnel du RNOAC et d'autres organisations prenant en charge les PVVIH) et transférer le personnel de direction vers les nouveaux PODI afin de s'assurer que les compétences sont transférées des membres de personnel expérimentés vers de nouveaux membres, et leur proposer des opportunités de progression de carrière. En outre, discuter de la formalisation des PODI, car ils sont actuellement perçus de manières très différentes (par Cordaid, le PEPFAR, le RNOAC) et leurs pratiques sont diverses. Cela pourrait ne pas poser problème dès lors que les conditions

minimums de réussite sont définies. En tant qu'approche communautaire, le but n'est pas la normalisation, mais bien d'identifier les conditions de réussite qui doivent être définies avant de démarrer de nouveaux PODI.

- ⇒ **Recommandation 4** : Afin de surveiller la qualité des soins et la stabilité des patients, mener une étude au cours des trois prochaines années sur un petit nombre de patients inscrits dans un établissement de santé récemment transféré par MSF vers un établissement partenaire, pour évaluer l'accès des patients aux services et les niveaux de satisfaction, et pour comprendre les raisons de leur départ. Il est également nécessaire de localiser les patients échappant au suivi afin de tenter de mesurer le nombre de décès survenus. En outre, recueillir des informations sur les patients dans les cohortes de MSF qui ne sont pas sous traitement (et en indiquer les raisons, même si nous pouvons supposer qu'il en existe très peu en 2019-2020).
- ⇒ **Recommandation 5** : Évaluer l'accessibilité et la qualité des services pour les populations clés afin de mesurer la nécessité d'un service spécifique fourni par le biais des PODI. Les équipes de MSF envisagent actuellement un PODI destiné à certaines populations clés. Il peut être utile de contacter les organisations de population clés existantes pour discuter de la possibilité de formation de leur personnel afin d'ouvrir un PODI dédié. Des études sur les obstacles à l'accès au dépistage et au traitement pour ces groupes de population sont déjà disponibles, tout comme la cartographie des OSC actives pour l'atteinte des objectifs 90-90-90. Ces documents sont importants à titre de référence comme point de départ au dialogue et à l'identification de stratégies les plus pertinentes.
- ⇒ **Recommandation 6** : Élaborer une stratégie de retrait approfondie pour le transfert des établissements de santé vers les partenaires selon les principes suivants : normes de qualité de soins minimum (avec préparation pour une transition entre les normes strictes de MSF et celles garanties par les partenaires), stratégie de communication efficace, et sensibilisation du personnel et des patients des centres de santé. Les expériences de transfert précédentes dans d'autres projets de lutte contre le VIH de MSF, comme le tableau de pilotage du transfert mis en œuvre dans le projet MSF-OCG au Kenya (pour le transfert de l'hôpital Homa Bay vers le MSP), ou l'évaluation du partenariat tripartite (ministère, organisation ou donateur, MSF sur des aspects précis) constituent des pistes intéressantes à explorer dans la prochaine table ronde.
- ⇒ **Recommandation 7** : Assister et renforcer le PNLS au moyen de réunions d'informations régulières et d'un encadrement régulier avec le coordinateur du projet MSF, et renforcer la présence de MSF au sein du CCM afin de traiter deux aspects essentiels :
1. L'élaboration de normes « minimum » conjointes avec le MSP et ses partenaires pour harmoniser les interventions et la prestation des soins dans toute la ville de Kinshasa, en ajoutant le financement du traitement des IO simples et des maladies de la peau au programme du PEPFAR.
 2. La nécessité d'un soutien au PNLS dans les décisions stratégiques et d'un dialogue avec les partenaires financiers, notamment le PEPFAR, qui sont impliqués dans la lutte contre le VIH sans engagement de redevabilité sur leurs activités et qui ne partagent pas leurs données, tout en fixant leurs propres objectifs de dépistage et de mise sous traitement, et en maintenant leur propre système d'approvisionnement, etc.

ANNEXE I : TERMES DE REFERENCE DE L'ÉVALUATION

Termes de référence

Sujet/mission	Activités de décentralisation du projet de lutte contre le VIH de Kinshasa
Commissaire :	Coordinateur des opérations cellule 1 (Emmanuel Lampaert)
Coordinateur des opérations d'évaluation	Médecin cellule 1 (Vincent Lambert)
Groupe consultatif	Médecin cellule 1 (Vincent Lambert) ; Adjoint MedCo RDC (Maria Mashako) ; PC VIH Kinshasa (Pascaline Rahier) ; Conseiller VIH/TB SAMU (Gilles Van Cutsem) ;
Date de début	À compter de la période juillet - mi-septembre, de préférence dès que possible
Durée	De 2005 à aujourd'hui

CONTEXTE HUMANITAIRE MÉDICAL

Conformément au Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), la RDC présente une prévalence nationale du VIH de 1,2 % et est considérée comme un pays à faible prévalence et faible couverture. La prévalence varie d'une province à une autre (Kinshasa : 1,6 %, Maniema 4 % et Bas-Congo 0,2 %), mais en règle générale, la prévalence est plus importante dans les zones urbaines que dans les zones rurales et les femmes sont plus touchées que les hommes (1,6 % contre 0,6 %). Seules 40 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont actuellement sous traitement. Le VIH/SIDA demeure une menace mortelle dans le pays, avec des nombres alarmants de patients présentant un stade si avancé de la maladie qu'ils nécessitent de soins hospitaliers immédiats ou sont diagnostiqués trop tard pour suivre un traitement.

Depuis 2002, MSF-OCB gère un programme VIH/SIDA à Kinshasa à différents niveaux de soins. Le projet actuel inclut des soins pour la maladie du VIH à un stade avancé (AHD) au Centre Hospitalier de Kabinda (Unité entièrement gérée par MSF), où les soins ont été fournis à plus de 2 000 patients à 2018. MSF-OCB soutient également, à travers la composante de décentralisation, les activités de lutte contre le VIH/SIDA de deux structures hospitalières du MSP dans la ville, trois centres de santé et un « poste de distribution communautaire » (PODI).

Cette composante de décentralisation et d'intégration des soins du VIH / SIDA dans les soins de santé primaires a été introduite dans le projet en 2005. Le but des activités de décentralisation est d'améliorer l'accès aux soins de santé et la qualité dans différentes structures de santé de Kinshasa (dépistage, traitement des enfants et des adultes, aide psychosociale, suivi, gestion des pharmacies et des laboratoires, collecte de données). De nombreux changements et adaptations de la composante de décentralisation ont été introduits depuis son début, notamment les stratégies opérationnelles, la sélection de centres ciblés, et le type de soutien proposé par MSF.

MOTIF DE L'ÉVALUATION / LOGIQUE

L'évolution et l'historique des activités de décentralisation ont été documentés par le biais d'un suivi régulier et des processus de révision annuels. À ce jour, cependant, la rationalité et les résultats de cette stratégie de décentralisation (et de ses changements stratégiques) n'ont pas été officiellement évalués.

Cette évaluation est conçue dans le cadre d'un processus plus vaste pour évaluer les stratégies de décentralisation à Kinshasa. Le premier exercice portera essentiellement sur les expériences précédentes de MSF à Kinshasa et sur la façon dont ces dernières ont informé la stratégie actuelle. Le présent document porte exclusivement sur le premier exercice.

Un deuxième exercice d'évaluation est prévu en 2020. Ce dernier est axé sur les résultats de la stratégie de décentralisation actuelle à Kinshasa, qui a commencé en 2016 (par ex., intégration du niveau de l'hôpital, et notamment de Roi Baudoin et Kintambo).

OBJECTIF GLOBAL ET FINALITÉ

Cette évaluation a pour but d'évaluer la stratégie de décentralisation et sa mise en œuvre (depuis 2005) dans le cadre du projet de lutte contre le VIH à Kinshasa. Elle s'attache à examiner sa pertinence, son efficacité et son efficience, avec une attention spéciale sur ses résultats jusqu'à aujourd'hui en ce qui concerne l'accès aux soins du VIH et sa qualité pour les populations ciblées.

Les conclusions de cette évaluation seront utilisées par MSF pour informer les discussions en cours sur les plans futurs de la stratégie de décentralisation de MSF à Kinshasa durant les cinq prochaines années.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1) Décrire les phases des stratégies de décentralisation de Kinshasa, leur logique, leurs évolutions, objectifs, établissements ciblés et activités connexes. De 2005 à aujourd'hui.
- 2) Évaluer l'évolution au fil du temps (extrants et résultats) des services de lutte contre le VIH dans les établissements soutenus par MSF (centres de santé et PODI). De 2013 à aujourd'hui.
- 3) Identifier les facteurs favorables et les principaux défis pour chacune des différentes composantes de la stratégie de décentralisation (par ex., formations, surveillance, mentorat ; incitations financières ; appui aux laboratoires ; fourniture de médicaments anti-VIH et OI, collecte de données, améliorations logistiques). De 2013 à aujourd'hui.
- 4) Évaluer comment les expériences de décentralisation précédentes à Kinshasa ont informé la stratégie actuelle (démarrée en 2016) et quels défis peuvent être anticipés.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Rapport d'évaluation incluant :
 - Description des phases de la stratégie de décentralisation du projet Kinshasa
 - Évolution au fil du temps des services de lutte contre le VIH dans les établissements soutenus par MSF
 - Identification des facteurs favorables et des défis des principales composantes de la stratégie
 - Évaluation des éléments/facteurs des expériences de décentralisation précédentes qui ont informé la stratégie actuelle
 - Conclusions

- Recommandations
 - Compte rendu à MSF et MSP au niveau local
 - Ppt de présentation des résultats

OUTILS ET MÉTHODOLOGIE PROPOSÉS

- Examen et analyse des documents de projet et autre documentation MSF pertinente
- Analyse des données médicales provenant des registres des établissements et des rapports de MSF (pendant l'assistance de MSF et actuellement)
- Entretiens avec les intervenants de MSF aux niveaux du siège et local
- Entretiens avec le MSP et autres acteurs pertinents (par ex. : EGPAF ; ICAP ; CORDAID ; RENOAC)
- Entretiens ou groupes de discussion avec les patients et les professionnels de la santé
- Observation directe des établissements de santé (centres de santé et PODI assistés à partir de 2013)
- Examen de la littérature externe pertinente

DOCUMENTATION RECOMMANDÉE :

- Propositions de projet, cadres logiques
- Rapports mensuels, trimestriels et annuels
- Rapports, recommandations et politiques nationaux
- Littérature scientifique et grise

DIFFUSION DE L'ÉVALUATION

- Conformément aux objectifs de transparence et de responsabilisation, les résultats d'évaluation seront partagés en interne (au sein de MSF) et en externe (avec les intervenants principaux au niveau local et international).
- Un plan de diffusion plus détaillé sera convenu lors de la phase initiale.

MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DE L'ÉVALUATION

Nombre d'évaluateurs	1
Calendrier de l'évaluation	À compter de la période juillet – mi-septembre, de préférence dès que possible
Durée requise (jours) ;	
<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'examen préalable et les entretiens préliminaires (jours) 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Pour la préparation du rapport initial (jours) 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les visites sur le terrain (jours) 	15
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les entretiens supplémentaires, collecte de données (jos) 	3

• Pour l'analyse des données et la rédaction du rapport (jours)	6
• Pour la réunion de travail et la finalisation du rapport (jours)	3
• Pour la présentation des résultats (jours)	1
Temps total requis (jours)	33

Remarques : Conclusions préliminaires à partager avec le commissaire et groupe consultatif au début d'octobre 2019 (pour alimenter les discussions ARO).

PROFIL / EXIGENCES : ÉVALUATEUR(S)

- Contexte de santé publique et/ou épidémiologique
- Expérience des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et/ou à faible prévalence du VIH
- Expérience éprouvée de la méthodologie d'évaluation
- Maîtrise du français et de l'anglais
- Une expérience de MSF et/ou des programmes de décentralisation est un atout.

ANNEXE II : ANALYSE MSF DES PRINCIPAUX PARTENAIRES

Tableau A1 : Analyse MSF des principales organisations partenaires, de 2005-2008 (première phase de décentralisation).

ARMÉE DU SALUT	BDOM
<p>Plus de 1 300 PVVIH sous ARV ont été surveillés au sein du réseau de santé de l'AS Kinshasa (5 sites : centre de santé d'Elonga – zone sanitaire Masina II, Hôpital Roi Baudouin – zone sanitaire Masina I, zone sanitaire Centre Hospitalier de Maluku I, centre de santé de Boyambi – zone sanitaire Barumbu, centre de santé de Bomoi – zone sanitaire Ndjili).</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Des soins gratuits sont fournis aux patients que nous leur transférons, ➤ Les équipes sont motivées, ➤ Proximité du centre d'Elonga avec le centre 'Biso na Biso'. <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Armée du salut est un sous-récepteur du Fonds mondial et n'a pas la capacité de traiter les problèmes récurrents du programme, ➤ La gestion des pharmacies est parfois problématique en ce qui concerne les ARV. 	<p>Le réseau BDOM a fourni des soins de santé primaires dans 25 zones sanitaires à Kinshasa ; il comptait 1 hôpital général de référence (GRH), 5 centres hospitaliers, 14 maternités, 50 centres de santé (notamment Bondeko) et cent postes de santé. En termes d'activités de lutte contre le VIH et le SIDA, le réseau BDOM-Kinshasa comptait 1 200 patients sous ARV dans leurs 11 établissements de services de lutte contre le VIH.</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le BDOM était un réseau de santé fonctionnel doté d'une vaste couverture géographique. ➤ Qualité et continuité des services ayant bénéficié d'un soutien actif de l'ONG internationale Cordaid, ➤ Gestion efficace des pharmacies, ➤ Les centres ont principalement mis en œuvre le modèle simplifié de soins du VIH, ➤ Bonne collaboration avec le centre hospitalier de Liziba pour l'hospitalisation des patients. <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Forte réticence à fournir des services gratuits de lutte contre le VIH et le SIDA.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	RESEAU NATIONAL D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRES / GROUPES DE SOUTIEN AUX PVVIH
<p>MSF a travaillé en collaboration avec le MPH dans la zone sanitaire Binza Ozone, où MSF soutient l'intégration des soins du VIH dans le centre de santé de Mfinda.</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'expertise médicale de MSF est largement reconnue par le Programme national de contrôle du SIDA (NACP) et les 2 organisations collaborent régulièrement pour examiner les normes nationales. 	<p>10 groupes étaient opérationnels en 2006 à Kinshasa.</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcement de l'observance du traitement chez les PVVIH ➤ Lutter contre la stigmatisation : grâce aux groupes de soutien du VIH, de nombreux patients ont appris à accepter leur statut VIH et à sortir de la clandestinité. ➤ Soins et soutien communautaire complets : la décentralisation des groupes de soutien a contribué à créer de nouveaux services dans plusieurs quartiers dans la ville de Kinshasa, qui n'avait pas eu auparavant accès à ces services. ➤ Renforcement de la capacité de PVVIH à s'auto-gérer.

<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none">➤ La première phase de décentralisation a été réalisée sans aucune véritable consultation du Ministère➤ La prolifération des institutions congolaises œuvrant dans la lutte contre le VIH et le SIDA ne facilite pas particulièrement la discussion et le partage des expériences. L'établissement de rapports était également compliqué	<ul style="list-style-type: none">➤ Le potentiel de synergie de plusieurs types d'activités d'aide psychosociale, comme l'identification des patients échappant au suivi, les visites à domicile et les soins palliatifs, le soutien des patients hospitalisés, le renforcement de l'aide à l'observance du traitement et l'éducation nutritionnelle. <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Couverture géographique insuffisante➤ Il n'existe aucun groupe de soutien spécifique pour les adolescents➤ Il n'existe pas encore de groupe de soutien pour Biso na Biso (pour les travailleurs du sexe).➤ Concurrence entre les OBC et entre les OBC et le réseau
--	--

ANNEXE III : ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

Cette annexe présente des informations détaillées de quelques-uns des centres de santé soutenus par MSF dans le cadre de la stratégie de décentralisation. Elle contient une description de certaines données quantitatives concernant la prestation de soins du VIH et son interprétation. Elle couvre au total huit structures sanitaires (six centres de santé et deux hôpitaux).

PRÉSENTATION GRAPHIQUE DES PATIENTS SOUS ARV DANS QUATRE CENTRES DE SANTÉ

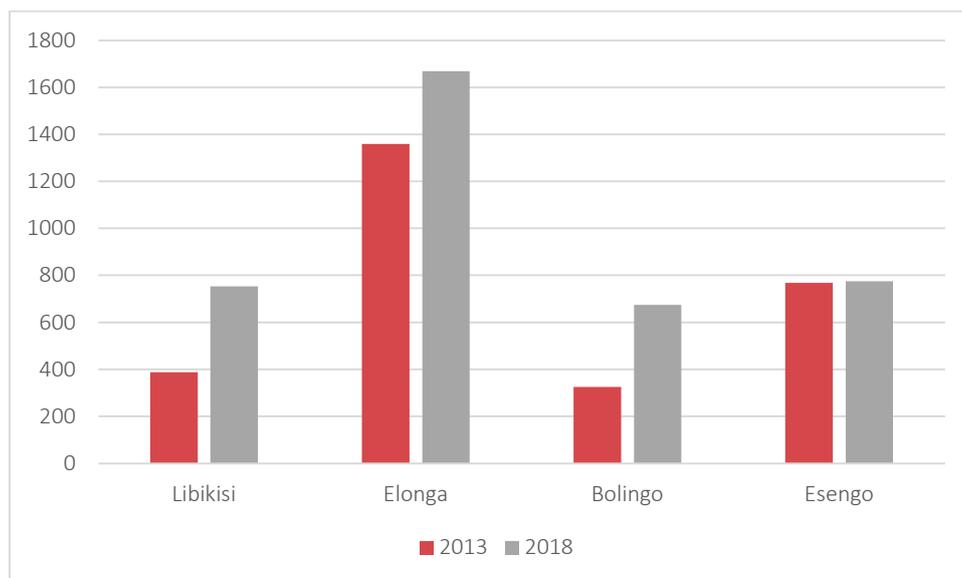


Figure A1 : Nombre de patients sous ARV dans quatre centres de santé (Libikisi, Elonga, Bolingo, Esengo), 2013 et 2018.

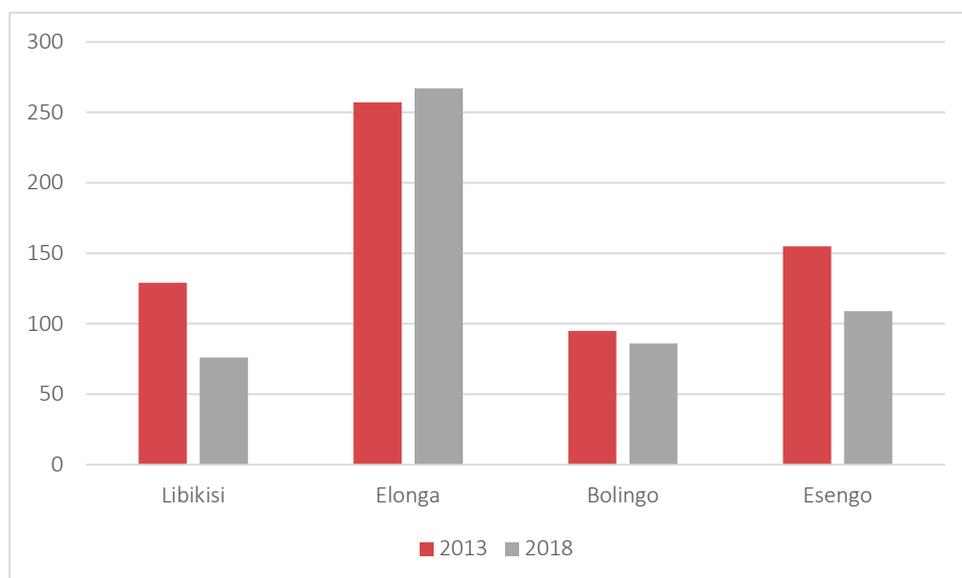


Figure A2 : Nombre de nouveaux patients sous ARV dans quatre centres de santé (Libikisi, Elonga, Bolingo, Esengo), 2013 et 2018.

CENTRE DE SANTÉ DE LIBIKISI

Cet établissement du MSP, où MSF était impliqué entre 2013 et 2015, est à présent soutenu par l'IHAP (PEPFAR). Les registres de patients entre 2013 et 2019 étaient composés de 723 (72 %) femmes et de 281 (28 %) hommes vivant avec le VIH. 74 (7,4 %) PVVIH ne suivaient pas de traitement, 918 (91,7 %) PVVIH suivaient un traitement antirétroviral de première ligne et 12 (1,2 %) suivaient un traitement de deuxième ligne, avec une proportion plus élevée d'hommes sous traitement de deuxième intention (7/250 contre 5/680, $p = 0,013$). Parmi ces 930 PVVIH, 24 (2,8 %) sont décédés entre 2016 et 2019, et 263 (28,3 %) étaient des patients perdus de vue entre 2013 et 2019. La proportion de décès 9/250 (3,6 %) et 15/680 (2,2 %) et de patients perdus de vue 50/250 (20 %) et 150/680 (22 %) est similaire entre les hommes et les femmes.

Le nombre moyen de CD4 avant le traitement était de 392 ($N = 13$) pour les hommes et de 427 ($N = 45$) pour les femmes. Pendant le traitement, le nombre moyen de CD4 était de 411 ($N = 25$) pour les hommes et de 473 ($N = 70$) pour les femmes.

La proportion de charge virale indétectable était de 75,5 % et de 76,6 % respectivement chez les hommes ($N = 143$) et chez les femmes ($N = 388$) ($p = 0,89$).

Tableau A2 : Traitements ARV par sexe, 1ère intention. Centre de santé de Libikisi, 2013-2019.

	ABC 3TC EFV	ABC 3TC LPV/r	TDF 3TC EFV	TDF 3TC NVP	TDF 3TC DTG	TDF 3TC EFV	AZT 3TC EFV	AZT 3TC NVP
Mâle	0	0	148	2	76	0	8	9
Femelle	2	4	437	6	194	1	4	27

La durée moyenne du traitement ARV est de 58 mois pour les hommes et les femmes. Bien que le passage du traitement de 2ème ligne Dolutégravir soit effectué progressivement dans cet établissement de santé soutenu par le PEPFAR, la proportion des traitements de deuxième intention est loin d'être celle qui est prévue (1 % alors que l'on espérait atteindre au moins 10 %).

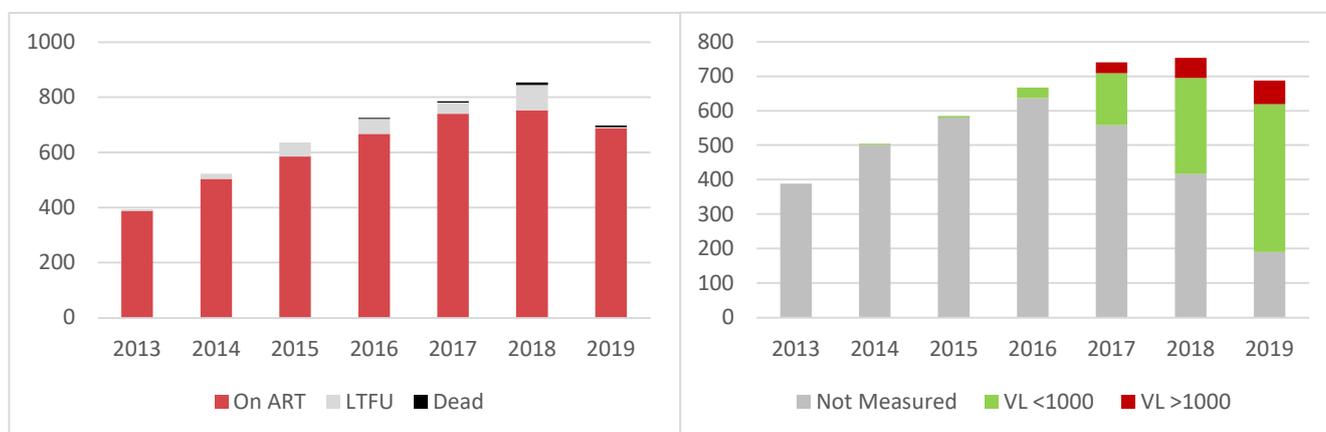
Tableau A3 : Traitement ARV par sexe, deuxième intention. Centre de santé de Libikisi, 2013-2019.

	AZT 3TC LPV/r	TDF 3TC LPV/r
Mâle	1	6
Femelle	2	3

Tableau A4 : Principaux indicateurs de VIH, centre de santé de Libikisi, 2013-2019.

LIBIKISI		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
n. Patients séropositifs suivis, hommes et femmes (âge moyen par sexe)	Hommes	113 (51)	140 (49)	172 (48)	197 (48)	204 (48)	203 (47)	190 (47)
	Femmes	307 (48)	394 (46)	459 (46)	499 (45)	544 (45)	554 (44)	505 (45)
n. PVVIH sous médicaments antirétroviraux (traitement de 1ère et de 2ème intention)		388 (380+8)	504 (495+9)	585 (576+9)	667 (657+10)	740 (729+11)	753 (742+11)	688 (679+9)
n. nouveaux patients sous médicaments antirétroviraux, hommes et femmes (moyenne d'âge)		129	120	89	103	107	76	46
	Hommes	36 (50)	30 (49)	26 (43)	27 (48)	28 (39)	21 (40)	17 (44)
	Femmes	93 (46)	90 (42)	63 (42)	76 (39)	79 (39)	55 (37)	29 (38)
taux médian de CD4 pour les patients traités (nouveaux)		443 (5)	322 (7)	327 (10)	560 (8)	0	0	0
taux médian de CD4 pour les patients traités (anciens)		512 (13)	428 (8)	459 (130)	458 (80)	477 (89)	475 (88)	466 (82)
taux médian de CD4 pour les PVVIH non traités		386 (2)	47 (1)	494(4)	0	0	0	0
n. & % de charge virale mesurée		0	3	5	30 (4,5 %)	182 (25 %)	337 (45 %)	498 (71 %)
% de CV sous 1 000 cp/ml		0	3	5	30	151	279	429
n. PVVIH avec un suivi à 12 et 24 mois	>=12 M	276	395	517	580	642	679	616
	>=24 M	227	271	414	508	557	603	572
n. & % de pertes de suivi		6 (1,4 %)	18 (3,3 %)	51 (8,1 %)	54 (7,7 %)	40 (5,3 %)	91 (12 %)	3
n. & % de décès chez les personnes traitées et non traitées		0	0	0	4 (0,6 %)	5 (0,7 %)	9 (1,2 %)	6 (0,9 %)

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.



À gauche : Figure A3 : Nombre de patients sous TARV, LFTU et décédés par an, centre de santé de Libikisi, 2013-2019*.

À droite : Figure A4 : Nombre de réalisations et de suppressions de mesures CV (lorsque celle-ci est mesurée) par an, centre de santé de Libikisi, 2013-2019*.

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

Le nombre de PVVIH suivies à Libikisi a augmenté entre 2013 et 2018, tout comme le nombre de PVVIH sous traitement, à l'exception du traitement de deuxième intention qui n'a pas changé. L'âge moyen des nouveaux patients a sensiblement diminué.

Les données de charge virale sont disponibles à partir de 2017 et la proportion de patients sous 1 000 cp/ml est supérieure à 82 %, ce qui est encourageant.

L'analyse des taux de survie chez les PVVIH surveillées à Libikisi révèle que la probabilité de survie chez les hommes était de 99 % (96,4-99,8) à 12 mois (N=192), de 98 % (95,0-99,2) à 24 mois (N=175) et de 97 % (93,4 - 98,9) à cinq ans de suivi (N=105). Chez les femmes, elle était de 99,5 % à 12 mois (N=544) (98,5-99,8), de 99,1 % à 24 mois (N=474) (97,9-99,6) et de 97,2 % à cinq ans (N=288) (95,1-98,4), sans aucune différence statistiquement importante entre les hommes et les femmes (comme l'illustre la figure A5 ci-dessous).

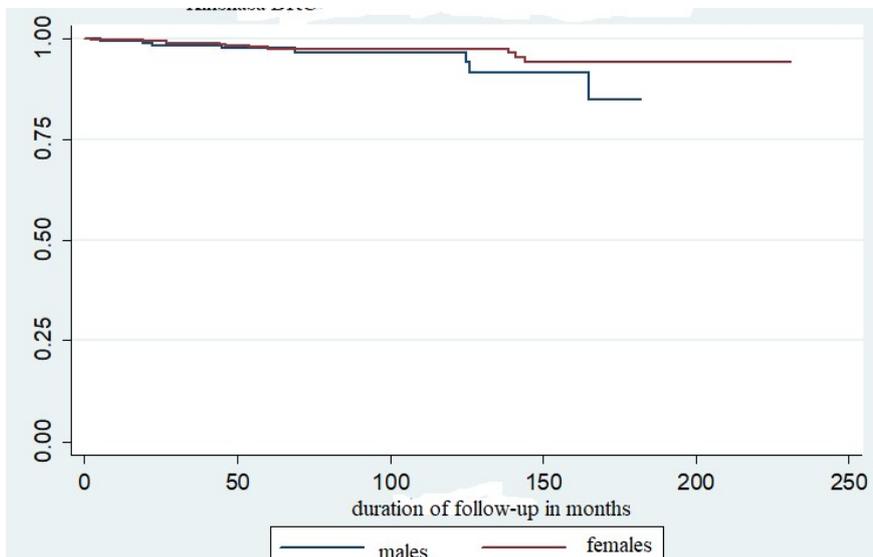


Figure A5 : Courbe de survie par sexe, centre de santé de Libikisi, 2013-2018. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

L'analyse des taux de rétention dans les soins chez les PVVIH surveillées à Libikisi révèle que la probabilité de rétention était de 87 % (81,9-90,7) à 12 mois (N=192), de 83,8 % (78,3-88,0) à 24 mois (N=195) et de 79 % (72,8 - 84,2) à cinq ans de suivi (N=105) chez les hommes et de 88,4 % (85,7-90,7) à 12 mois (N=544), 83,6 % (80,5 -86,3) à 24 mois (N=474) et de 76,5 % (72,8-79,8) à cinq ans (N=288) chez les femmes, sans aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

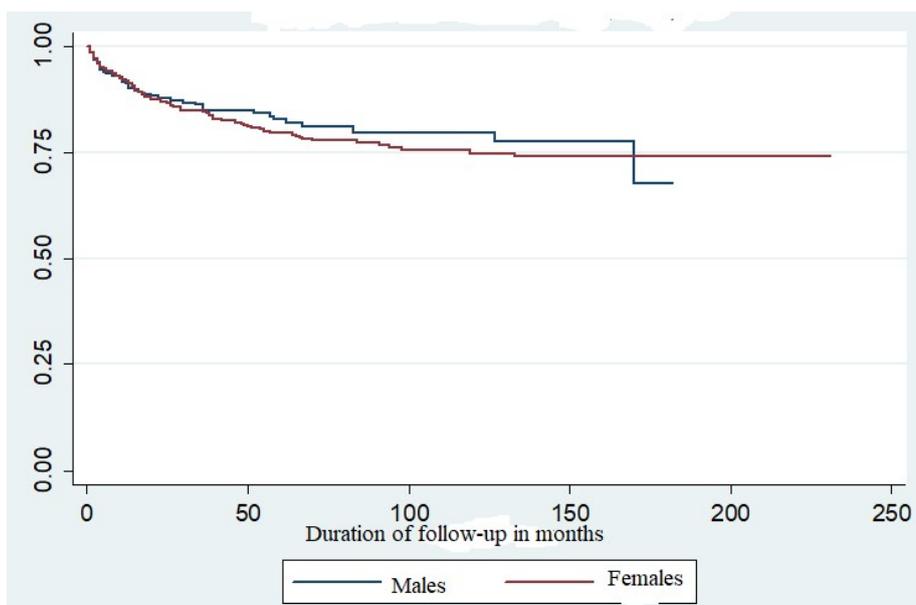


Figure A6 : Probabilité de rétention dans les soins, par sexe. Centre de santé de Libikisi, 2013-2019. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Synthèse des résultats et interprétation pour LIBIKISI

Entre 2013 et 2018, le nombre de PVVIH a augmenté progressivement à Libikisi, tant chez les hommes que les femmes. La proportion de 75 % de femmes sur 25 % d'hommes est habituelle dans toutes les cohortes africaines de PHLIV. Le nombre de patients sous ARV a également augmenté, mais la proportion de traitement de deuxième ligne est restée faible tout au long de la période.

Le nombre de nouveaux patients a augmenté dans les deux premières années, et s'est stabilisée à moins de 100 patients par an.

L'âge moyen des nouveaux patients a sensiblement diminué. Cela peut indiquer que les PVVIH demandent à être traités plus tôt, ou que l'épidémie progresse davantage dans les tranches d'âge plus jeunes. Dans la mesure où le CD4 n'a pas été mesuré chez les nouveaux patients, aucune de ces hypothèses n'a pu être explorée.

Le taux médian de CD4 pour les nouveaux patients est relativement élevé à plus de 300 CD4/mm³, mais est resté inférieur au taux médian de CD4 chez les patients traités avec une durée de traitement plus longue. Cela pourrait être interprété comme une indication de la qualité de soins, même si cette interprétation peut être biaisée.

Le nombre de mesures de la CV demeure négligeable avant 2017 (<5 % des PVVIH traitées) mais a ensuite augmenté avec un taux satisfaisant de CV sous 1 000 cp/ml, de plus de 80 %.

La mortalité déclarée est faible, et on peut supposer que ces données sont sous-estimées et, au moins en partie, liées à la perte de suivi.

La rétention dans les soins révèle une forte probabilité de rétention chez les hommes et les femmes, soit plus de 75 % à cinq ans. Cependant, les données ne permettent pas l'évaluation des tendances dans la qualité des soins au fil du temps. Les entretiens réalisés suggèrent que cela peut être expliqué par le transfert correctement planifié qui a eu lieu entre MSF et PATH et le transfert ultérieur par l'IHAP en 2018. Conscient qu'un trop grand nombre de patients échappaient au suivi, l'IHAP a mis en œuvre une stratégie communautaire plus interventionniste mieux adaptée au contexte spécifique de Libikisi : 50 % des patients ne proviennent pas de la zone sanitaire, mais d'autres districts de Kinshasa. L'IHAP a donc recruté du personnel pour rechercher les patients qui échappaient au suivi après un mois seulement. Ce critère était très restrictif d'un point de vue opérationnel, mais a facilité une réintroduction rapide des patients dans le système (dont 60 % sont revenus).

CENTRE DE SANTÉ D'ELONGA

Elonga est situé dans la zone sanitaire Masina 2 et a bénéficié d'un soutien de MSF entre 2013 et 2015. L'établissement est situé dans une zone couverte par le PEPFAR, et le centre de santé a été supervisé par l'EGPAF pendant 3 ans entre 2015 et 2018 et ultérieurement par l'IHAP. Les données sont disponibles jusqu'en 2019.

Au total, 2 137 femmes (âge moyen de 44 ans, période de surveillance moyenne de 52 mois) et 967 hommes (âge moyen de 44 ans, période de surveillance moyenne de 39 mois) vivant avec le VIH ont été inscrits. Parmi les femmes, 1 277 (57,4 %) ont été surveillées, 128 (6 %) sont décédées et 782 (36,6 %) ont échappé au suivi. Parmi les hommes, 558 (58 %) ont été surveillés, 70 (7,2 %) sont décédés et 339 (35 %) ont échappé au suivi.

Pendant cette période, 1 791 femmes et 799 hommes ont été traités à Elonga. Parmi les femmes, 1 195 (66,7 %) ont été surveillées, 104 (5,8%) sont décédées et 492 (27,5 %) ont échappé au suivi. Parmi les hommes, 542 (68 %) ont été surveillés, 54 sont décédés et 203 (25,4 %) ont échappé au suivi.

Le nombre moyen de CD4 avant le traitement était de 217 (N = 90) pour les hommes et de 233 (N = 207) pour les femmes. Pendant le traitement, le nombre moyen de CD4 était de 378 (N = 222) pour les hommes et de 449 (N = 664) pour les femmes. Ceci révèle un net progrès du nombre de CD4 pendant le traitement ($p < 0,0008$).

2 565 (99 %) de PVVIH étaient sous traitement antirétroviral de première ligne et 25 (1 %) suivaient un traitement de deuxième ligne, avec une proportion similaire d'hommes et de femmes sous traitement de deuxième intention contre 11/799 (1,3 %) ($p = 0,22$).

Tableau A5 : Traitements ARV par sexe, 1ère intention, centre de santé d'Elonga, 2013-2019.

	ABC 3TC EFV	ABC 3TC LPV	ABC 3TC DTG	D4T 3TC NVP	TDF 3TC EFV	TDF 3TC LPV/r	TDF 3TC Nev	TDF 3TC DTG	AZT 3TC EFV	AZT 3TC LPV/r	AZT 3TC NVP
Mâle	9	7	4	1	304	-	9	254	25	-	175
Femelle	2	2	4	1	626	1	14	643	59	2	423

Tableau A6 : Traitements ARV par sexe, 2ème intention, centre de santé d'Elonga, 2013-2019.

	AZT 3TC EFV	AZT 3TC LPV/r	AZT DDI LPV/r	TDF 3TC LPV/r
Mâle	0	0	1	10
Femelle	0	0	-	14

La proportion de charge virale indétectable était de 71,9 % chez les hommes (290/404) et de 73,6 % chez les femmes (738/1002) ($p = 0,50$).

La durée moyenne du traitement ARV est de 53 mois pour les hommes et les femmes.

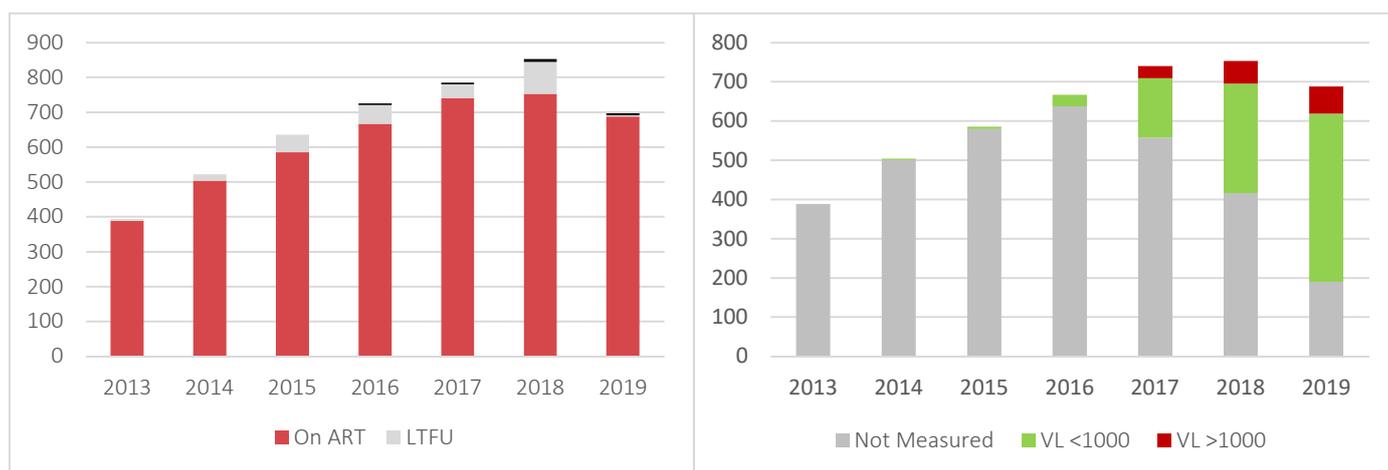
Tableau A7 : Centre de santé d'Elonga, patients inscrits entre 2013 et 2019, projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa RDC.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Patients	1626	1506	1 453	1 530	1 555	1 682	1 747
Décédés	96 (6 %)	68 (5 %)	69 (5 %)	90 (6 %)	87 (6 %)	57 (3 %)	30 (4 %)
Perdus de vue	640 (39 %)	470 (31 %)	312 (22 %)	248 (16 %)	128 (8 %)	83 (5 %)	12 (1 %)

Tableau A8 : Principaux indicateurs de VIH, centre de santé d'Elonga, 2013-2019.

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
n. Patients séropositifs suivis, hommes et femmes (âge moyen par sexe)	Hommes	420 (47)	401 (47)	417 (46)	432 (46)	455 (46)	509 (45)	554 (45)
	Femmes	1205 (46)	1104 (47)	1035 (47)	1097 (47)	1099 (47)	1172 (47)	1192 (46)
n. PVVIH sous médicaments ARV (traitement de 1ère et de 2ème intention)		1359 (1340+19)	1307 (1290+17)	1320 (1303+17)	1432 (1413+19)	1541 (1522+19)	1669 (1650+19)	1725 (1707+18)
n. nouveaux patients sous médicaments ARV, hommes et femmes (moyenne d'âge)	Hommes	257	162	175	203	254	267	167
	Femmes	67 (44)	47 (44)	72 (44)	70 (42)	95 (44)	99 (49)	74 (41)
	Femmes	190 (43)	115 (44)	103 (42)	133 (42)	159 (41)	168 (42)	93 (39)
taux médian de CD4 pour les patients traités (nouveaux)		317 (111)	246 (81)	235 (57)	239 (59)	-	-	-
taux médian de CD4 pour les patients traités (anciens)		453 (574)	442 (671)	432 (700)	425 (716)	421 (720)	430 (681)	433 (662)
taux médian de CD4 pour les PVVIH non traitées		24 (429)	15 (292)	211 (9)	-	-	-	-
n. & % de CV mesurées		1	11 (0,8 %)	15 (1,1 %)	61 (4,2 %)	240 (15,6 %)	869 (52 %)	1308 (75,8 %)
% de CV sous 1 000 cp/ml		1	3	9 (60 %)	35 (57 %)	147 (61,2 %)	742 (85,4 %)	1131 (86,5 %)
n. PVVIH avec un suivi à 12 et 24 mois	>=12 M	1359	1342	1331	1380	1431	1447	1388
	>=24 M	1239	1274	1279	1330	1342	1300	1259
n. & % de pertes de suivi		329 (20,2 %)	272 (18,1 %)	164 (11,3 %)	181 (11,8 %)	90 (5,8 %)	73 (4,3 %)	12
n. & % de décès chez les personnes traitées et non traitées		22 (1,6 %)	11 (0,8 %)	4 (0,3 %)	15 (1 %)	44 (2,9 %)	32 (1,9 %)	30 (1,7 %)
		18 (8 %)	5 (2,5 %)	4 (3 %)	8 (8,2 %)	3 (23 %)	2 (16,7 %)	-

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.



À gauche : Figure A7 : Nombre de patients sous TARV, LTFU et décédés par an, centre de santé d'Elonga, 2013-2019*.

À droite : Figure A8 : Nombre de réalisations et de suppressions de mesures CV (lorsque celle-ci est mesurée) par an, centre de santé d'Elonga, 2013-2019*.

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

L'analyse des taux de survie des PVVIH surveillées à Elonga révèle que la probabilité de survie était de 95,0 % (93,2-96,4 %) à 12 mois (N=550), de 92,4 % (90,1-96,4 %) à 24 mois (N=461) et de 89,8 % (86,9-92,1) à cinq ans (N=269) pour les hommes, et de 96,3 % (95,3-97,1 %) à 12 mois (N=1459), de 95,1 %

(94,0 -96,1) à 24 mois (N=1238) et de 93,3 % (91,8-94,5) à cinq ans (N=835) chez les femmes. Cette différence dans les taux de survie chez les femmes est statistiquement très significative ($p = 0,008$) (figure A9 ci-dessous).

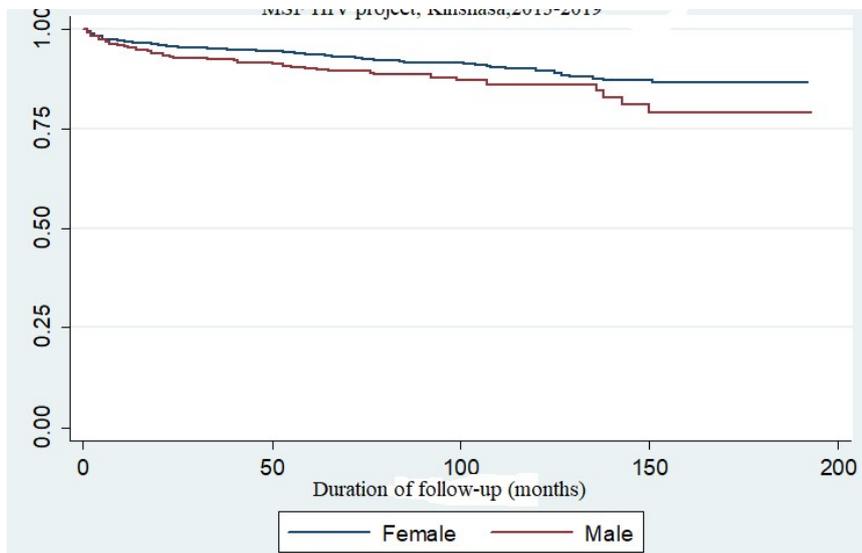


Figure A9 : Courbe de survie par sexe, centre de santé d'Elonga, 2013-2019. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

L'analyse des taux de rétention dans les soins chez les PVVIH surveillées à Elonga révèle une probabilité de rétention de (N=550), de 70 % (67-73) à 24 mois (N=461) et de 60 % (57-64) à cinq ans (N=269) pour les hommes et de 79 % (77-80) à 12 mois (N=1459), de 73 % (71-75) à 24 mois (N=1238) et de 63 % (61-66) à cinq ans (N=835) chez les femmes, sans aucune différence statistiquement importante entre les hommes et les femmes ($p = 0,76$, voir la figure A10 ci-dessous).

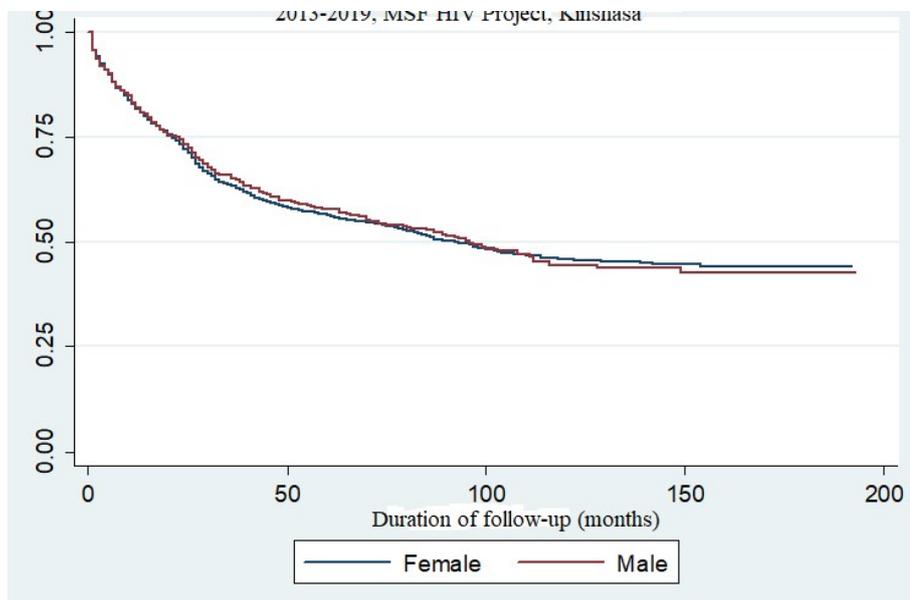


Figure A10 : Probabilité de rétention dans les soins, par sexe, centre de santé d'Elonga, 2013-2019. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Synthèse des résultats et interprétation pour ELONGA

Entre 2013 et 2018, le nombre de PVVIH à Elonga était élevé (plus de 1 500) et est resté stable, tant chez les hommes que les femmes. La proportion se situe autour de 70 % de femmes pour 30 %

d'hommes. Le nombre de patients sous médicaments antirétroviraux a augmenté entre 2016 et 2018, mais la proportion de traitement de deuxième ligne est restée faible tout au long de la période.

Le nombre de nouveaux patients a diminué en 2014 et en 2015, puis a régulièrement augmenté par la suite pour atteindre environ 250 PVVIH en 2017 et en 2018.

Le nombre moyen de CD4 pour les nouveaux patients était d'environ et inférieur à 300 CD4/mm³. Il est resté sous la moyenne de CD4 chez les patients traités avec une durée de traitement plus longue.

Le nombre de mesures de charges virales est resté négligeable avant 2017 (<5 % des PVVIH traitées), puis a augmenté. Il a atteint un taux satisfaisant de CV sous 1 000 cp/ml, soit plus de 80 % uniquement à partir de 2018.

Sauf en 2013, la mortalité déclarée est faible, et on peut supposer que ces données sont sous-estimées et, au moins en partie, liées à la perte de suivi.

Les patients sous traitement qui échappent au suivi ont affiché une amélioration pendant la période de 2013 à 2019, de 20 % en 2013 à moins de 5 % en 2018. Une telle amélioration est surprenante, et peut refléter un problème lié à la qualité des données. Cependant, certaines caractéristiques de l'approche de l'IHAP suite au départ de MSF décrites ci-dessous peuvent, au moins en partie, expliquer ces résultats.

Les taux de perdus de vue et de décès étaient acceptables entre les patients surveillés au centre de santé d'Elonga pendant les trois années de soutien fourni par MSF.

Le centre compte actuellement 1 630 patients inscrits et, conformément aux objectifs fixés par le PEPFAR, il doit inscrire 20 nouveaux patients chaque mois. L'IHAP effectue un suivi trois fois par semaine et vérifie les dossiers des nouvelles arrivées, les registres et les dossiers de soins des patients, les résultats de la charge virale, la surveillance des patients LTUF, et les activités communautaires. Une prime mensuelle de 4 086 € est versée, en fonction des résultats. Le centre réfère environ 700 patients vers le PODI et fournit d'autres modèles différenciés comme les clubs d'observance, un canal préférentiel (dont environ 250 patients bénéficient) et des groupes de soutien (250 personnes). Seuls 600 patients continuent de recevoir de soins au centre.

CENTRE DE SANTÉ DE BOLINGO

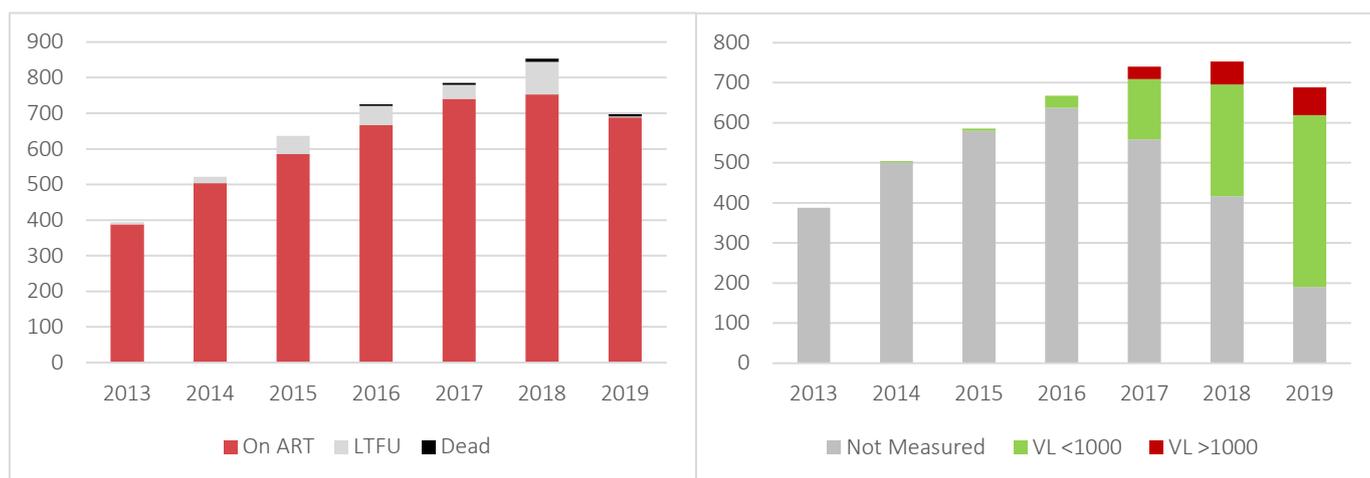
Situé dans la zone sanitaire Masina 1 et partie intégrante du réseau de BDOM, Bolingo est un établissement de santé qui a reçu le soutien de MSF dans la première phase de décentralisation (jusqu'en 2009), puis entre 2013 et 2015. MSF a fourni un soutien logistique, formé les équipes, et fourni des tests et des médicaments pour les infections opportunistes. Il se situe dans la zone couverte par le PEPFAR et a été soutenu par EGPAF jusqu'à la fin de septembre 2019.

Les données concernant le nombre de patients inscrits recevant des soins après le départ de MSF sont disponibles jusqu'en 2019.

Tableau A9 : Principaux indicateurs de VIH, centre de santé de Bolingo, 2013-2019.

CS BOLINGO		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
n. Patients séropositifs suivis, hommes et femmes (âge moyen par sexe)	Hommes	121 (47)	115 (45)	160 (47)	169 (48)	182 (46)	202 (46)	208 (46)
	Femmes	264 (45)	274 (44)	390 (44)	436 (44)	448 (44)	482 (44)	491 (44)
n.. PVVIH sous médicaments antirétroviraux (traitement de 1ère et de 2ème intention)		325 (320+5)	361 (355+6)	497 (491+6)	581 (576+5)	617 (612+5)	674 (669+5)	694 (689+5)
n. nouveaux patients sous médicaments antirétroviraux, hommes et femmes (moyenne d'âge)		95	88	108	115	84	86	47
	Hommes	27 (43)	27 (47)	31 (48)	31 (46)	26 (38)	30 (37)	21 (45)
	Femmes	68 (42)	61 (42)	77 (42)	84 (41)	58 (41)	56 (36)	26 (40)
taux médian de CD4 pour les patients traités (nouveaux)		231 (30)	177 (28)	259 (41)	268 (12)	0	0	0
taux médian de CD4 pour les patients traités (anciens)		212 (79)	237 (95)	260 (238)	271 (281)	271 (284)	270 (277)	270 (271)
taux médian de CD4 pour les PVVIH non traités		-	-	-	-	-	-	-
n. & % de CV mesurée		1	2	7 (1,4%)	32 (5,5%)	200 (32,4%)	343 (50,9%)	337 (48,6%)
% de CV sous 1 000 cp/ml		1	2	7	30 (93,7%)	184 (92%)	305 (88,9%)	300 (89%)
n. PVVIH avec un suivi à 12 et 24 mois	>=12 M	256	268	431	502	533	586	609
	>=24 M	188	189	322	408	474	516	522
n. & % de pertes de suivi		26 (6,7%)	35 (9%)	22 (4%)	24 (4%)	10 (1,9%)	13 (1,9%)	SO
n. & % de décès chez les personnes traitées et non traitées		5 (1,5%) 2 (3,3%)	5 (1,4%) 4 (14,3%)	9 (1,8%) 3 (5,7%)	8 (1,4%) 2 (8,3%)	7 (1,1%) 3 (23%)	5 (0,7%) 1 (10%)	3 (0,4%) -

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.



À gauche : **Figure A11** : Nombre de patients sous TARV, LTFU et décédés par an, centre de santé de Bolingo, 2013-2019*.

À droite : **Figure A12** : Nombre de réalisations et de suppressions de mesures CV (lorsque mesurés) par an, centre de santé de Bolingo, 2013-2019*.

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

Entre 2013 et 2018, le nombre de PVVIH a augmenté progressivement à Bolingo, tant chez les hommes que les femmes. La proportion se situe autour de 70 % de femmes pour 30 % d'hommes. Le nombre de patients sous médicaments antirétroviraux a augmenté entre 2013 et 2018, mais la proportion de traitement de deuxième ligne est restée faible tout au long de la période.

Le nombre de nouveaux patients est resté d'environ 100 tout au long de la période.

Le CD4 moyen de nouveaux patients est inférieur à 300 CD4/mm³, ainsi que chez les patients traités avec une durée de traitement plus longue.

Le nombre de mesures de CV est resté négligeable avant 2017 (<5 % des PVVIH traitées), puis a augmenté en 2017, mais est resté inférieur à 51 %. Il a atteint un taux satisfaisant de CV sous 1 000 cp/ml, soit autour de 90 % à partir de 2017.

Les données présentent un faible taux de mortalité et on peut supposer qu'elles sont sous-déclarées.

Les patients échappant au suivi est faible tout au long de la période 2013-2019 et ont régulièrement diminué de 7 % en 2013 à moins de 2 % en 2018.

Globalement, le nombre de CD4 n'affiche aucune différence entre les anciens et les nouveaux patients, ce qui peut être caractéristique d'une faible qualité de soins. Cependant, dans la mesure où moins de la moitié des patients ont reçu un comptage de cellules CD4, il est possible que seuls ceux dont l'état a semblé se détériorer et ceux nécessitant un suivi approfondi ont été testés. Si tel est le cas, ce résultat est biaisé, et cette interprétation d'une faible qualité de soins n'est donc pas valide. Au contraire, les taux très faibles de mortalité et de perdus de vue indiquent que les PVVIH sont restés dans ce centre sans problèmes majeurs, peut-être parce que la cohorte était relativement de petite taille.

CENTRE DE SANTÉ D'ESENGO

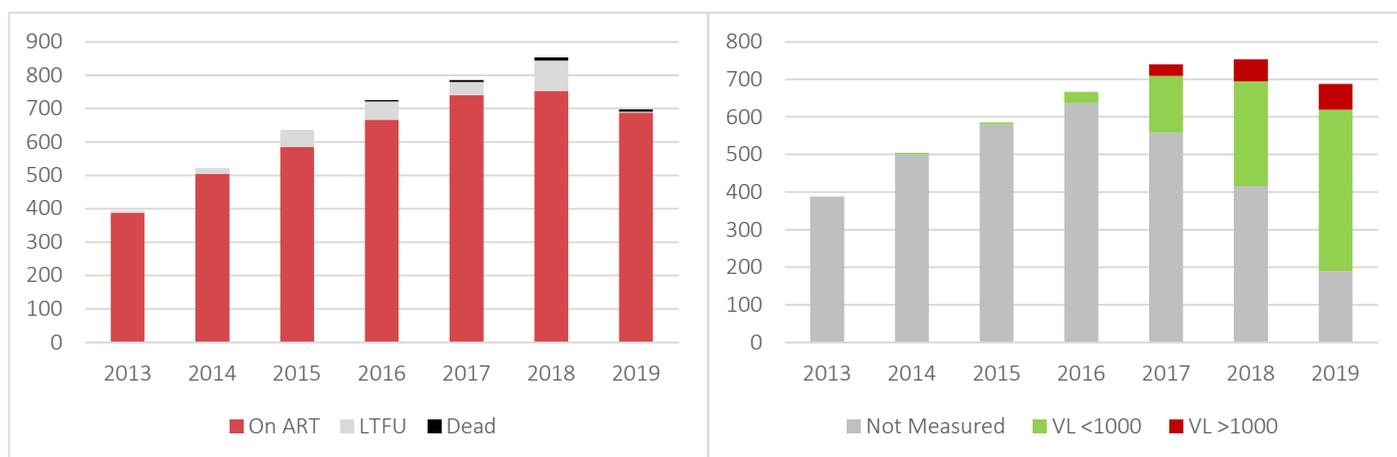
Situé dans la zone sanitaire Masina 1 et partie intégrante du réseau de l'Armée du salut, Esengo est un établissement de santé pris en charge par MSF entre 2013 et 2015. MSF a fourni un soutien logistique, formé les équipes, et fourni des tests et des médicaments pour les infections opportunistes. Il se situe dans la zone couverte par le PEPFAR et a été soutenu par EGPAF jusqu'à la fin de septembre 2019.

Les données concernant le nombre de patients inscrits recevant des soins après le départ de MSF sont disponibles jusqu'en 2019.

Tableau A10 : Principaux indicateurs de VIH, centre de santé d'Esengo, 2013-2019.

CS ESENGO		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
n. Patients séropositifs suivis, hommes et femmes (âge moyen par sexe)	Hommes	213 (47)	219 (46)	227 (45)	205 (46)	218 (46)	220 (45)	226 (45)
	Femmes	600 (45)	607 (45)	607 (44)	557 (44)	573 (44)	555 (44)	570 (43)
n. PVVIH sous médicaments antirétroviraux (traitement de 1ère et de 2ème intention)		768 (14)	619 (606+13)	803 (789+14)	651 (639+12)	718 (706+12)	775 (763+12)	796 (784+12)
n. nouveaux patients sous médicaments antirétroviraux, hommes et femmes (moyenne d'âge)		155	94	92	69	67	109	46
	Hommes	43 (46)	25 (41)	28 (42)	17 (44)	22 (38)	46 (38)	16 (40)
	Femmes	112 (46)	69 (41)	64 (40)	52 (40)	45 (37)	63 (36)	30 (38)
taux médian de CD4 pour les patients traités (nouveaux)		170 (16)	294 (13)	354 (37)	304 (19)	-	-	-
taux médian de CD4 pour les patients traités (anciens)		354 (42)	428 (126)	478 (510)	467 (507)	452 (523)	466 (493)	466 (479)
taux médian de CD4 pour les PVVIH non traités		487 (20)	27 (5)	651,5 (2)	-	-	-	-
n. & % de CV mesurée		1	7	31 (3,9 %)	56 (8,6 %)	170 (23,7 %)	237 (30,6 %)	226 (28,4 %)
% de CV sous 1 000 cp/ml		1	5	25 (80,6 %)	50 (89,3 %)	164 (96,5 %)	225 (94,9 %)	214 (94,7 %)
n. PVVIH avec un suivi à 12 et 24 mois	>=12 M	433	562	551	567	641	668	691
	>=24 M	354	413	476	497	585	608	612
n. & % de pertes de suivi		78 (9,6 %)	73 (8,8 %)	60 (7,2 %)	1 (0,1 %)	30 (3,8 %)	10 (1,3 %)	0
n. & % de décès chez les personnes traitées et non traitées		7 (0,9 %) 5 (11,1 %)	12 (1,9 %) 5 (2,4 %)	11 (1,4 %) 5 (16,1 %)	5 (0,8 %) 1 (0,9 %)	16 (2,2 %)	15 (1,9 %)	0

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.



À gauche : **Figure A13** : Nombre de patients sous TARV, LTFU et décédés par an, centre de santé d'Esingo, 2013-2019*.

À droite : **Figure A14** : Nombre de réalisations et de suppressions de mesures CV (lorsque celle-ci est mesurée) par an, centre de santé d'Esingo, 2013-2019*.

*En 2019, les données étaient disponibles uniquement pendant le premier semestre.

Entre 2013 et 2018, le nombre de PVVIH à Esengo a varié d'une année sur une autre, notamment pour ceux recevant un traitement. En 2013, 768 patients étaient traités ; ce nombre a diminué à 619 en 2014, 803 en 2015, et 651 en 2016, augmentant uniquement à partir de 2017. La fiabilité de la base de données peut donc être remise en question ; l'évaluation n'a identifié aucune caractéristique de l'historique de ce centre pouvant expliquer ces changements liés au facteur temps.

La proportion se situe autour de 70 % de femmes pour 30 % d'hommes. La proportion de patients sous traitement de deuxième ligne est restée très faible tout au long de la période.

Le nombre de nouveaux patients a également changé au fil des ans, de 155 en 2013 à 67 en 2017, augmentant finalement à 109.

Le taux médian de CD4 de nouveaux patients est généralement inférieur à 300 CD4/mm³, c'est-à-dire inférieur au taux médian chez les patients avec une durée de traitement plus longue.

Le nombre de mesures de charge virale est resté négligeable en 2013, 2014 et 2015 (<5 % des PVVIH traitées), puis a augmenté en 2016, mais est resté inférieur à 31 % jusqu'en 2019. Il a atteint un taux satisfaisant de CV sous 1 000 cp/ml, soit plus de 90% par rapport à 2017.

Les données présentent un faible taux de mortalité et le taux de perdus de vue était également faible entre 2013 et 2019, diminuant régulièrement de 9,6 % en 2013 à moins de 2 % en 2018.

CENTRE DE SANTÉ DE BOMOTO

Situé dans la zone sanitaire Kalamu 1, Bomoto est un établissement de santé soutenu par MSF entre 2013 et 2015. MSF a fourni un soutien logistique (achat d'un incinérateur et de produits d'entretien), formé les équipes (médecins, infirmières, personnel de maintenance à des fins d'hygiène), des médicaments pour les infections opportunistes, des suppléments nutritionnels, 20 \$ par mois pour acheter du carburant afin de collecter les ARV auprès du bureau de la zone sanitaire, et des primes d'environ 500 \$. Il est situé dans la zone couverte par le FM et est à présent assisté par le BDOM. Les données concernant le nombre de patients inscrits recevant des soins après le départ de MSF ne sont pas disponibles.

Au total, 524 femmes (âge moyen de 44 ans, période de suivi moyenne de 47 mois) et 216 hommes (âge moyen de 46,5 ans, période de suivi moyenne de 44 mois) vivant avec le VIH ont été inscrits à Bomoto. Parmi les femmes, 332 (63,4 %) ont été surveillées, 21 (4 %) sont décédées et 171 (32,6 %) ont échappé au suivi. Parmi les hommes, 127 (58,8 %) ont été surveillés, 9 (4,2 %) sont décédés et 80 (37 %) ont échappé au suivi.

Pendant cette période (2013-2015), 452 femmes et 176 hommes ont été traités à Bomoto. Parmi les patients surveillés (67%), 4 (2,3 %) sont décédés et 54 (30,7 %) ont échappé au suivi.

Le nombre moyen de CD4 avant le traitement chez les hommes était de 208 (N = 155) et de 232 (N = 389) pour les femmes. Pendant le traitement, la moyenne était de 422 (N = 123) pour les hommes et de 488 (N = 419) pour les femmes. Ceci révèle une amélioration importante du nombre de CD4 pendant le traitement.

595 (80 %) de PVVIH étaient sous traitement antirétroviral de première ligne et 34 (4,6 %) suivaient un traitement de deuxième ligne, avec une proportion de femmes recevant un traitement de deuxième ligne (27/455 - 6 %) plus élevée que les hommes (7/174 - 4 %), $p = 0,013$

La proportion de charge virale indétectable était de 43 % et de 55,5 % respectivement chez les hommes (N = 7) et chez les femmes (N = 7) ($p = 9$).

Tableau A11 : Traitements ARV par sexe, 1ère intention, centre de santé de Bomoto, 2013-2015.

	ABC 3TC EFV	ABC 3TC LPV/r	ABC 3TC NVP	TDF DDI LPV/r	TDF DDI Nev	TDF 3TC EFV	TDF 3TC NVP	AZT 3TC EFV	AZT 3TC NVP
Mâle	2	0	0	0	0	31	2	9	125
Femelle	3	4	3	1	1	69	23	22	302

Tableau A12 : Traitements ARV par sexe, 2ème intention, centre de santé de Bomoto, 2013-2015.

	AZT 3TC EFV	AZT 3TC LPV/r	TDF DDI LPV/r	TDF 3TC LPV/r	AZT 3TC LPV/r
Mâle	0	0	3	3	1
Femelle	2	1	5	11	8

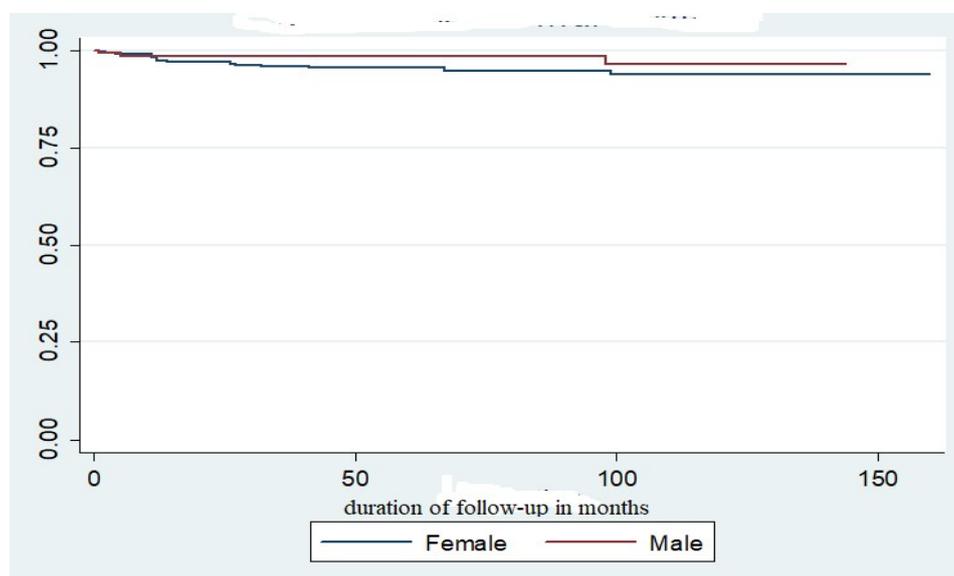
La durée moyenne sous TARV est de 53 mois pour les hommes et les femmes.

Tableau A13 : Patients séropositifs inscrits et résultats principaux, centre de santé de Bomoto, 2013 à 2015, projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa RDC.

	2013	2014	2015
Patients	632	601	508
Décédés	11 (2 %)	11 (2 %)	8 (2 %)
Perdus de vue	67 (11 %)	128 (21 %)	56 (11 %)

Chez les patients surveillés dans le centre de santé de Bomoto pendant les trois années de soutien de MSF, le taux de mortalité (2 %) était faible et le taux de perdus de vue est resté acceptable.

L'analyse des taux de survie chez les PVVIH surveillés à Bomoto révèle la probabilité de taux de survie était de 98,1 % (94,3-99,4 %) à 12 mois (N=138), de 98,1 % (94,3-99,4 %) à 24 mois (N=124) et reste le même après cinq ans de surveillance (N=56) chez les hommes et de 97,05 % (N=379) (94,9 % -98,3 %), de 96,5 % (N=329) (94,2-98,0) et de 95,1 % (N=149) (92,3-96,9) chez les femmes, sans aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (voir la figure A15 ci-dessous).

**Figure A15** : Courbe de survie par sexe, centre de santé de Bomoto, 2013-2015. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

L'analyse des taux de rétention dans les soins chez les PVVIH surveillés à Bomoto révèle une probabilité de 92,6 % (89,7- 94,7) à 12 mois (N=138), 87,2 % (83,7-90,1) à 24 mois (N=124) et de 75 % (70,5 –79,4) à cinq ans (N=56) pour les hommes et de 88,9 % (83,1-92,8) à 12 mois (N=379), 85,9 % (78,4-89,6) à 24 mois (N=329) et de 68,9 % (59,7-76,3) à 5 ans (N=149) chez les femmes, sans aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($p = 0,77$, voir la figure A16 ci-dessous).

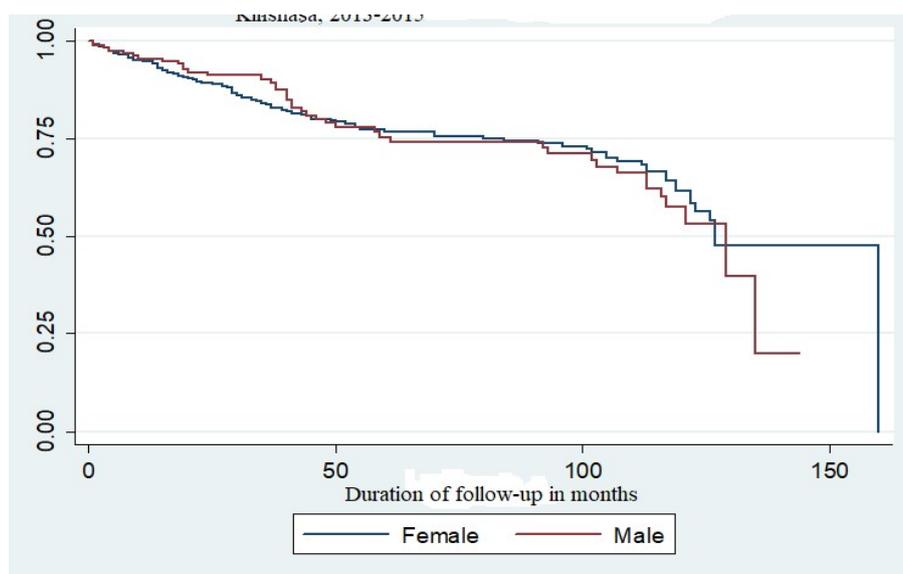


Figure A16 : Probabilité de rétention dans les soins, centre de santé de Bomoto, 2013-2015. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Un entretien avec le médecin-chef du centre de santé a révélé que 943 patients sont actuellement enregistrés. Ce nombre important est lié à la fermeture d'un centre de traitement ambulatoire précédemment assisté par l'AMOCONGO. Le retrait de MSF de ce centre est survenu de façon hâtive, sans préparer l'équipe médicale et les conseillers. Actuellement, 24 patients surveillés dans le centre reçoivent leurs médicaments au PODI Ouest, un chiffre que le directeur aimerait voir augmenter. Cependant, de nombreux patients refusent et préfèrent se rendre au centre de santé.

Synthèse des résultats et interprétation pour Bomoto

À Bomoto, les données sont uniquement disponibles pour la période d'assistance de MSF, excepté les chiffres de la dernière année fournis par le directeur.

Durant la période d'assistance de MSF, la mortalité était faible. Au contraire, le taux de perdus de vue était élevé, avec 17 % à 24 mois. Selon le directeur du centre de Bomoto, les membres du personnel se sont épuisés face aux défis récurrents (ruptures de stock - même si leur fréquence a diminué depuis l'introduction du Dolutégravir - manque de médicaments pour traiter les infections opportunistes, manque d'incitations), ce qui peut expliquer l'augmentation des patients échappant au suivi.

CENTRE DE SANTÉ DE BOYAMBI

Boyambi est un établissement de santé situé dans la zone sanitaire de Barumbu et soutenu par MSF entre 2013 et 2015. Cet établissement fait actuellement partie intégrante de la zone de Kinshasa prise en charge par le FM et est géré par l'Armée du salut. Aucune donnée de cohorte après le départ de MSF n'est disponible.

Au total, 843 femmes (âge moyen de 45,4 ans, période de suivi moyenne de 60,1 mois) et 297 hommes (âge moyen de 46,2 ans, période de suivi moyenne de 57,4 mois) vivant avec le VIH ont été inscrits à Boyambi entre 2013 et 2015. Parmi les femmes, 497 (59 %) ont été surveillées, 17 (2 %) sont décédées et 329 (39 %) ont échappé au suivi. Parmi les hommes, 154 (52 %) ont été surveillés, 8 (2,7 %) sont décédés et 135 (45 %) ont échappé au suivi.

Pendant cette période, 772 femmes et 279 hommes ont été traités à Boyambi. Parmi les femmes, 493 (63,8 %) ont été surveillées, 15 (1,9 %) sont décédées et 264 (34,2 %) ont échappé au suivi. Parmi les hommes, 154 (55,2 %) ont été surveillés, 7 (2,5 %) sont décédés et 118 (42,3 %) ont échappé au suivi.

Le nombre moyen de CD4 avant le traitement était de 223 (N = 208) pour les hommes et de 223 (N = 626) pour les femmes. Pendant le traitement, le nombre moyen de CD4 était de 303 (N = 252) pour les hommes et de 475 (N = 709) pour les femmes. La différence entre les hommes et les femmes dans les nombres de CD4 les plus récents est très importante ($p=0,001$). Une amélioration importante des nombres de CD4 a été observée pendant le traitement.

1 028 (97,8 %) de PVVIH étaient sous traitement antirétroviral de première ligne et 23 (2,2 %) suivaient un traitement de deuxième ligne, avec une proportion similaire d'hommes et de femmes sous traitement de deuxième ligne contre (18/772 (2,3 %) par rapport à 5/279 (1,8 %), ($p = 0,81$).

Tableau A14 : Traitements ARV par sexe, 1ère intention, centre de santé de Boyambi, 2013-2015.

	ABC 3TC LPV/r	ABC 3TC NVP	TDF 3TC Nev	TDF 3TC EFV	TDF 3TC LPV/r	AZT 3TC NVP	AZT 3TC EFV
Mâle	1	0	3	30	1	217	22
Femelle	0	5	15	64	0	618	51

Tableau A15 : Traitements ARV par sexe, 2ème intention, centre de santé de Boyambi, 2013-2015.

	ABC 3TC EFV	ABC 3TC LPV/r	ABC DDI LPV/r	TDF 3TC LPV/r	AZT 3TC LPV/r
Mâle	0	1	0	2	2
Femelle	1	1	4	8	4

La proportion de CV indétectable était de 45,4 % chez les hommes (10/22) et de 57,9 % chez les femmes (33/57), ce qui n'est pas différent d'un point de vue statistique.

Tableau A16 : Patients séropositifs inscrits et résultats principaux, centre de santé de Boyambi, 2013 à 2015, projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa RDC.

	2013	2014	2015
Patients	939	968	688
Décédés	19 (2 %)	17 (1,8 %)	7 (1 %)
Perdus de vue	349 (37 %)	327 (34 %)	55 (8 %)

MSF a cessé d'assister ce centre à la fin du deuxième trimestre de 2015. Les chiffres pour 2015 sont donc incomplets. Chez les patients inscrits au centre de santé de Boyambi pendant les trois années de soutien de MSF, le taux de mortalité était faible et le taux de perdus de vue était très élevé.

L'analyse des taux de survie chez les PVVIH surveillées à Boyambi révèle que la probabilité de survie était de 99,6 % (97,2-99,9 %) à 12 mois (N=230), de 99,1 % (96,6-99,8 %) à 24 mois (N=190) et 98,4 % (94,9-99,5) à cinq ans (N=72) chez les hommes, et de 99,5 % (98,7-99,9 %) à 12 mois (N=631), de 99,1 % (98,0-99,6) à 24 à 24 mois (N=532) et de 97,5 % (95,5-98,6) à cinq ans (N=237) chez les femmes, sans aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

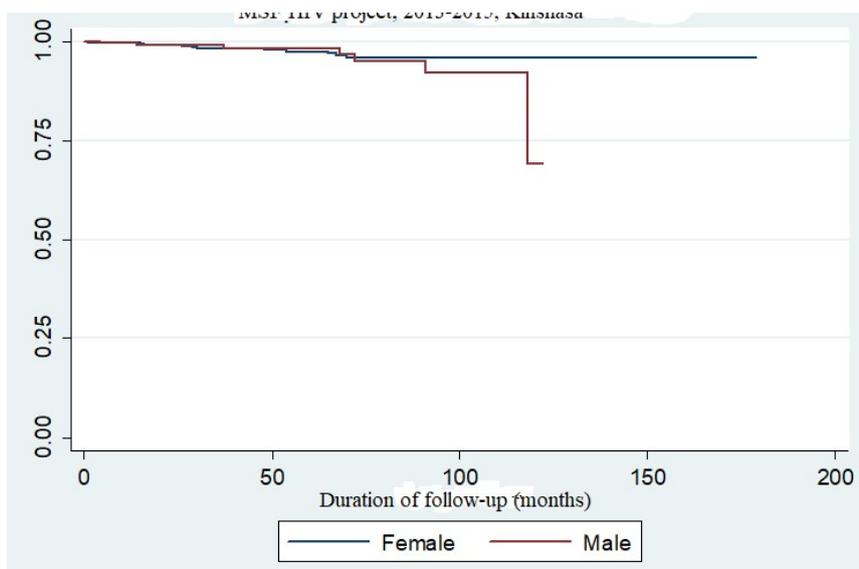


Figure A17 : Courbe de survie par sexe, centre de santé de Boyambi, 2013-2015. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

L'analyse des taux de rétention dans les soins chez les PVVIH surveillées à Boyambi révèle que la probabilité de rétention était de 89,9 % (85,6-93,0) à 12 mois (N=230), de 82,0 % (76,7-86,2) à 24 mois (N=190) et de 60,8 % (53,4--67,4) à cinq ans (N=72) chez les hommes et de 90,1 % (87,7- 92,0) à 12 mois (N=631), 82,8 % (79,8-85,4) à 24 mois (N=532) et de 67,7 % (63,5 –71,5) chez les femmes après cinq ans (N=237). Le taux de rétention plus élevé chez les femmes est statistiquement significatif ($p = 0,0068$) (figure A18 ci-dessous).

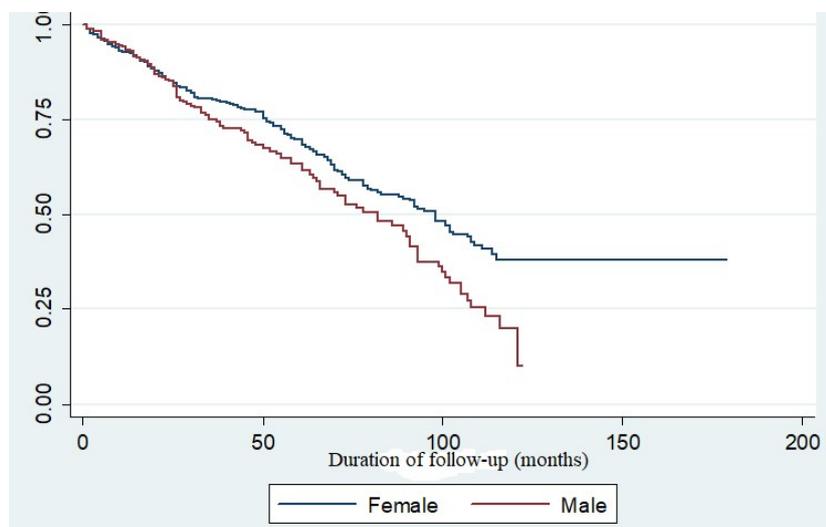


Figure A18 : Probabilité de rétention dans les soins, par sexe, centre de santé de Boyambi, 2013-2015. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Synthèse des résultats et interprétation pour Boyambi

À Boyambi, les données sont uniquement disponibles pour la période d'assistance de MSF. Durant cette période, la mortalité était faible. Cependant, le taux de perdus de vue était très élevé, à plus de 30 % en 2013 et en 2014, dont probablement les décès non déclarés. Les évaluateurs n'ont pas pu expliquer les raisons pour lesquelles la rétention dans les soins a continué de diminuer au fil du temps, contrairement à ce qui est attendu et à ce qui a été observé dans d'autres centres.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE DE KITAMBO

Situé dans la zone sanitaire de Kitambo, cet hôpital a été assisté par MSF pendant deux périodes : entre 2005 et 2008, et entre 2013 et 2015. On comptait plus de 30 médecins sur ce site au cours de la période d'intervention de MSF, mais ces derniers n'étaient pas présents au quotidien, ce qui a compliqué l'engagement vis-à-vis de cet hôpital. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des données sur une cohorte de patients ambulatoires ; nous n'avons obtenu qu'un résumé de l'activité des patients hospitalisés et le nombre de PVVIH qui y étaient inscrits au fil des ans.

Entre 2014 et 2016, on comptait respectivement 393, 381 et 264 patients hospitalisés. Le taux de mortalité est resté supérieur à 20 % pendant ces trois ans (29 %, 22 % et 23 %), avec un taux de mortalité situé entre 8 et 11 % durant les premières 48 heures.

En résumé, même si cet hôpital est important au sein du système de santé de Kinshasa, il n'a présenté que peu d'intérêt pour le processus de décentralisation du projet de lutte contre le VIH de MSF. Pendant les trois années, le nombre de PVVIH hospitalisés a diminué et la mortalité est restée supérieure à 20 % sans aucune amélioration apparente.

HÔPITAL GÉNÉRAL ROI BAUDOUIIN 1ER

L'Hôpital Roi Baudouin (HRB), situé dans la zone sanitaire Masina 1, a été assisté par MSF entre 2013 et 2018. Il est à présent supervisé par l'ICAP, un partenaire technique du PEPFAR.

Entre 2014 et 2018, le taux de mortalité est resté supérieur à 20 % avec une légère diminution en 2019 (25 %, 20 %, 20 %, 23 % et 17 %), et un taux de mortalité situé entre 6 et 10 % durant les premières 48 heures. Toutefois, une diminution du nombre de décès, notamment des décès dans les premières 24 heures, a été observée. Il n'a pas été possible d'identifier l'impact de l'expérience du prestataire de soins ou une diminution potentielle de l'immunodéficience des patients.

Tableau A17 : Patients ambulatoires et nombre de décès, HG Roi Baudouin, 2014 à 2018, projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa RDC.

	2014	2015	2016	2017	2018
Patients ambulatoires	456	639	462	374	332
Décès	113 (25 %)	127 (20 %)	91 (20 %)	88 (23 %)	57 (17 %)
Décès <48H	46 (10 %)	40 (6,2)	41 (8,9 %)	25 (6,7 %)	23 (6,9 %)

1 860 PVVIH ont été traitées en ambulatoire, dont 1854 ont été surveillées entre 2013 et 2017. Parmi ces derniers, 1 206 étaient des femmes (âge moyen : 36,6 ans), dont 617 (51 %) étaient sous traitement antirétroviral de première intention, 51 étaient sous traitement de deuxième intention (4,2 %), et 538 (45 %) ne suivaient aucun traitement. 654 hommes (âge moyen de 38,5 ans), dont 289 (44 %) étaient sous traitement antirétroviral de première ligne, 27 étaient sous traitement de deuxième ligne (4 %), et 338 (52 %) ne suivaient aucun traitement.

Le ratio hommes-femmes était de 0,35 dans la cohorte et de 0,32 chez les PVVIH traitées. Cette proportion d'hommes-femmes est cohérente avec la plupart des sites sur le continent africain dans les cohortes de PVVIH surveillées.

Tableau A18 : Patients séropositifs ambulatoires et résultats principaux, Hôpital Roi Baudouin (HRB), registre de services de patients ambulatoires entre 2013 et 2017, projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa RDC.

	2013	2014	2015	2016	2017
Patients ambulatoires	315	390	510	607	644
Décès	35 (11%)	40 (10 %)	68 (13 %)	47 (8 %)	30 (5 %)
Perdus de vue	131 (42 %)	151 (39 %)	156 (31 %)	179 (29 %)	152 (24 %)

Chez les patients surveillés en ambulatoire au RBH au cours des cinq premières années d'assistance de MSF, une amélioration a été observée dans le taux de mortalité déclaré (entre 11 et 5 %) et dans les nombres de patients échappant au suivi, même s'il est resté très élevé tout au long de la période. MSF a quitté le RBH en juin 2018 ; il est trop tôt pour acquérir des données pour la période suite au départ de MSF à des fins de comparaison.

Sur les tests de charge virale réalisés entre 2013 et 2017, la proportion de charge virale indétectable était de 74 % chez les hommes (N=202) et de 69 % chez les femmes (N = 432) (p=0,25), ce qui est inférieur à la valeur attendue pour les adultes en Afrique (généralement plus de 80 %).

Tableau A19 : Régimes d'ARV par sexe, 1er. ligne, Hôpital Roi Baudouin, 2013-2019.

	ABC 3TC EFV	ABC 3TC NVP	ABC 3TC LPV/r	TDF 3TC EFV	TDF 3TC NVP	TDF 3TC LPV/r	AZT 3TC EFV	AZT 3TC NVP	AZT 3TC LPV/r
Mâle	6	2	1	186	0	1	30	59	1
Femelle	8	1	0	479	3	0	35	91	0

Tableau A20 : Traitements ARV par sexe, 2ème ligne, Hôpital Roi Baudouin, 2013-2019.

	ABC 3TC LPV/r	TDF 3TC EFV	TDF 3TC LPV/r	AZT 3TC LPV/r
Mâle	3	0	16	8
Femelle	4	1	29	17

Dans cet hôpital, 8 % des PVVIH ont reçu un traitement de deuxième intention, ce qui est une proportion attendue. Depuis la fin de l'assistance de RBH en juin 2018, aucun patient n'a été traité au Dolutégravir à cette époque.

Chez les femmes, la probabilité de survie était de 92 % à 12 mois (N=418), de 91 % à 24 mois (N=302) et de 84 % à cinq ans (N=99). Chez les hommes, elle était de 89 % (N=139), de 85 % (N=135) et de 78 % (N=38) respectivement, sans aucune différence statistiquement significative (tests log-rank p = 0,19).

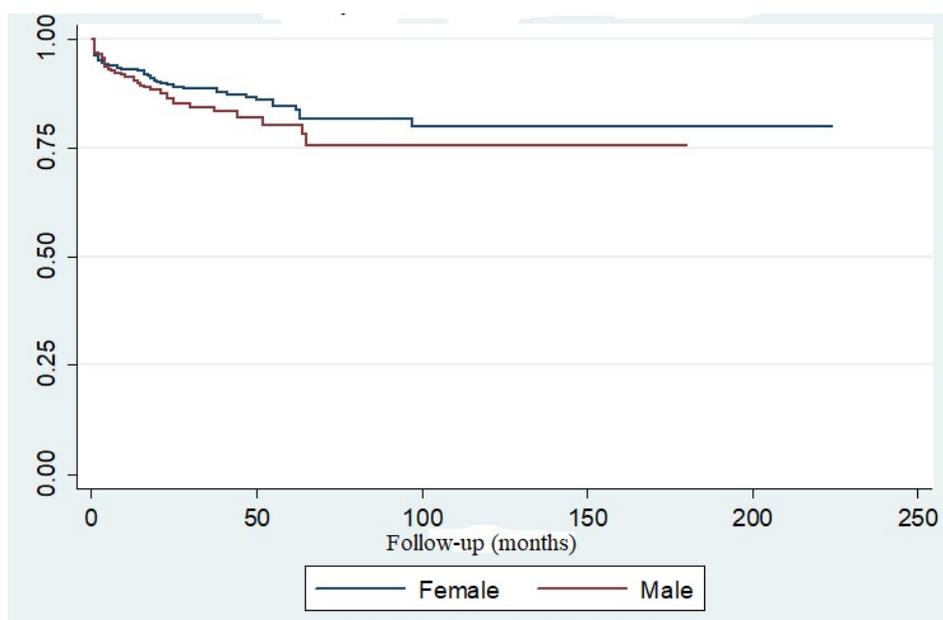


Figure A19 : Courbe de survie par sexe, HG Roi Baudouin, 2013-2018. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Chez les femmes, la probabilité de rétention était de 73 % à 12 mois (N=418), de 65 % à 24 mois (N=302) et de 51 % à cinq ans (N=99). Chez les hommes, elle était respectivement de 68 % (N=193), de 61 % (N=135) et de 47 % (N=38), sans aucune différence statistiquement importante (tests log-rank p = 0,19).

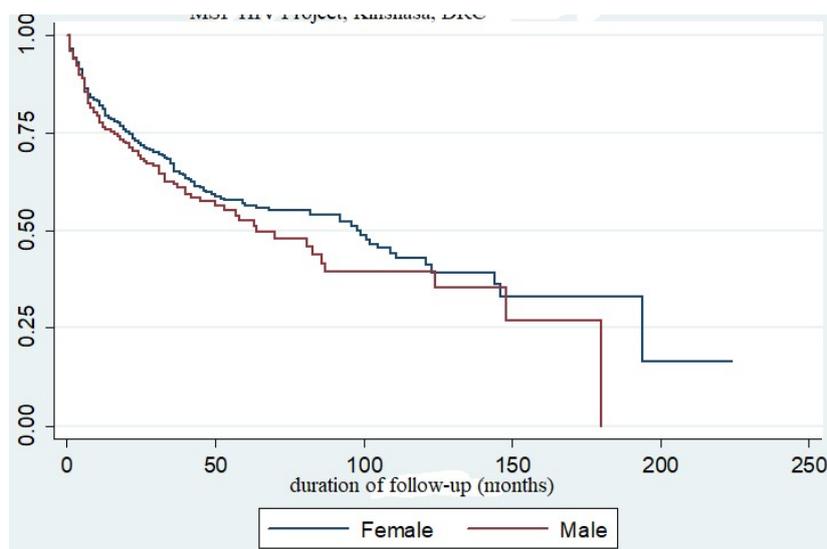


Figure A20 : Probabilité de rétention dans les soins, HG Roi Baudouin, 2013-2018. Projet MSF de lutte contre le VIH, Kinshasa, RDC.

Chez les patients ambulatoires de l'Hôpital Roi Baudouin, le taux de mortalité était élevé durant la première année et s'est ensuite stabilisé. Cependant, le nombre de patients échappant au suivi était très élevé et persiste au fil des ans.

Synthèse des résultats et interprétation pour l'Hôpital Roi Baudouin

Chez les patients ambulatoires de l'Hôpital Roi Baudouin, le taux de mortalité était élevé durant la première année et s'est ensuite stabilisé, ce qui indique un bon niveau de soins. Cependant, le nombre de patients échappant au suivi était très élevé et a persisté au fil des ans. À partir de ces données, il est plausible de supposer que les décès ont été sous-estimés et que certains des patients décédés sont inclus dans les patients échappant au suivi.

Le transfert de MSF vers le PEPFAR a pris au moins un an, mais a été effectué dans de bonnes conditions et le niveau de soins a été maintenu suite au départ de MSF, à l'exception de la disponibilité du laboratoire. Cependant, les données provenant de la période postérieure à 2019 doivent être analysées pour tirer des conclusions supplémentaires.

À titre de conclusion globale pour tous les sites entre 2013 et 2015, le nombre de patients suivis a augmenté progressivement, tout comme la proportion de patients sous traitement dans les centres où ces informations sont disponibles. La proportion de patients sous traitement de deuxième intention est restée très faible. La proportion par sexe est restée stable à un ratio stable de 70/30. La charge virale n'a pas été largement mesurée, mais le nombre de CD4 est resté supérieur à 300. Les taux de perdus de vue et de mortalité étaient acceptables chez les patients surveillés au centre de santé d'Elonga. La mortalité déclarée semble relativement faible dans d'autres centres de santé où ces informations sont disponibles. Cependant, cela peut-être une conséquence du taux relativement élevé de perdus de vue (plus de 17 % à 24 mois à Bomoto et Boyambi, par exemple). Les patients ambulatoires de l'Hôpital Roi Baudouin se distinguent par un taux de mortalité relativement faible au cours des premières années d'assistance de MSF.

Bien qu'il soit important au sein du système de santé de Kinshasa, l'hôpital de Kitambo n'a présenté que peu d'intérêt pour le processus de décentralisation du projet de lutte contre le VIH de MSF. Pendant l'assistance de MSF couvrant une période de trois ans, le nombre de PVVIH hospitalisées a diminué et le taux de mortalité est resté supérieur à 20 % sans aucune amélioration apparente.