



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST
PNLS

RAPPORT ANNUEL 2015

Cap vers l'objectif 90-90-90



Mai 2016

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| TABLE DES MATIERES | 2 |
| LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES | 6 |
| Figure 1 : Carte administrative de la RDC avec 26 provinces..... | 6 |
| Graphique 2 : Résultats obtenus par cible IST en 2015 | 6 |
| Graphique 3 : Situation des cas notifiés d'IST au cours de l'exercice 2015 en RDC..... | 6 |
| Graphique 4 : Proportion des IST par province | 6 |
| Graphique 7 : Contribution par option PTME des provinces au PAO 2015..... | 6 |
| Graphique 8 : Proportion des femmes sous ARV par régime pour la PTME en 2015..... | 6 |
| Graphique 9 : Cascade PTME Mère au cours de l'année 2015..... | 6 |
| Graphique 12 : Résultats obtenus par cible CDV/DCIP en 2015 | 6 |
| Graphique 14 : Evolution de la connaissance du statut sérologique en RDC de 2011- 2015 Graphique 15 : Résultats obtenus par cible TAR PAO en 2015 | 6 |
| Graphique 17 : Proportion des malades par province en 2015..... | 6 |
| Graphique 19 : Evolution de la prise en charge pédiatrique aux ARV en RDC de 2011-2015..... | 6 |
| Tableau 2 : Résultats obtenus dans le volet communication en 2015 | 6 |
| Tableau 4 : Répartition des résultats obtenus par province en CDV/DCIP et PTME en 2015..... | 7 |
| MOT DE REMERCIEMENT DU DIRECTEUR DU PNLS..... | 8 |
| ABREVIATIONS ET ACRONYMES | 9 |
| RÉSUMÉ..... | 11 |
| I. CONTEXTE..... | 13 |
| I.1 Contexte Géo-démographique..... | 13 |
| Figure 2 : Carte administrative de la RDC avec 26 provinces..... | 13 |
| I.2 Contexte sanitaire..... | 14 |
| I.3 Contexte épidémiologique..... | 14 |
| I. MISSION DU PNLS DANS LE SECTEUR SANTÉ DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA | 19 |

| | |
|---|-----------|
| II. LES PRINCIPAUX INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN APPUI AU GOUVERNEMENT DANS LE SECTEUR SANTÉ..... | 19 |
| III. RAPPELS DES OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION OPÉRATIONNEL 2015..... | 20 |
| IV. METHODOLOGIE..... | 20 |
| V. LIMITES..... | 21 |
| VI. RESULTATS..... | 22 |
| 6.1 OFFRE DES SERVICES..... | 22 |
| A. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES..... | 24 |
| Graphique 2 : Résultats obtenus par cible IST en 2015 | 25 |
| Graphique 3 : Situation des cas notifiés d'IST au cours de l'exercice 2015 en RDC..... | 26 |
| Graphique 4 : Proportion des IST par province | 27 |
| B. COMMUNICATION | 28 |
| Tableau 2 : Résultats obtenus dans le volet communication en 2015 | 29 |
| C. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT | 30 |
| Graphique 6 : Résultats obtenus par cible PTME en 2015 | 31 |
| Graphique 7 : Contribution par option PTME des provinces au PAO 2015..... | 32 |
| Graphique 8 : Proportion des femmes sous ARV par régime pour la PTME en 2015..... | 33 |
| Graphique 9 : Cascade PTME Mère au cours de l'année 2015..... | 35 |
| D. CONSEIL ET DEPISTAGE | 38 |
| RESULTATS..... | 38 |
| Graphique 12 : Résultats obtenus par cible CDV/DCIP en 2015 | 38 |
| Tableau 4 : Répartition des résultats obtenus par province en CDV/DCIP et PTME en 2015..... | 40 |
| | 42 |
| E. PRISE EN CHARGE..... | 42 |
| RESULTATS..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Graphique 15 : Résultats obtenus par cible TAR PAO en 2015..... | 43 |
| Graphique 17 : Proportion des malades par province en 2015..... | 45 |
| PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE | 48 |
| Graphique 19 : Evolution de la prise en charge pédiatrique aux ARV en RDC de 2011-2015..... | 48 |
| F. COÏNFECTION VIH/TB..... | 49 |
| G. LABORATOIRE..... | 51 |
| 6.2 INFORMATIONS STRATEGIQUES | 53 |
| 6.3.2 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS CLES | 58 |
| RESULTATS 2015..... | 59 |
| VII. LES GRANDES REALISATIONS DU PNLS AU COURS DE L'ANNEE 2015 | 63 |
| 7.2. Signature du protocole d'accord sur la rationalisation des interventions des activités de lutte contre le VIH dans une zone de santé..... | 64 |
| 7.3. Signature de la convention de collaboration avec le Fonds Mondial au sujet de la note conceptuelle unique VIH/TB 2015-2017 | 64 |
| 7.4. Elaboration du COP15 | 65 |
| 7.5. Elaboration des documents normatifs et outils de collecte des données | 65 |
| 7.6. Réunions de concertation avec les partenaires techniques et financiers | 66 |
| 7.7. Inauguration du laboratoire provincial de référence sida de Lubumbashi..... | 66 |
| 7.8. Campagne de dépistage du VIH | 67 |
| 7.9. Formation en cascade sur le paquet de service VIH | 69 |
| VIII. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE | 70 |
| 9.1. Gestion financière 2015 | 70 |
| 9.2. Gestion du personnel | 71 |
| REPARTITION DES EFFECTIFS AU NIVEAU DES SOUS COORDINATIONS | 72 |
| IX. GRANDS DÉFIS ET POINTS D'ATTENTION | 73 |
| X. CONCLUSION | 74 |

| | |
|--|-----------|
| ANNEXES..... | 75 |
| ESTIMATION SPECTRUM 2015 | 76 |
| ENFANTS PVVIH (0 – 14 ANS)..... | 77 |
| TRAITEMENT ARV..... | 77 |
| SYNTHESE PTME..... | 78 |
| ORPHELIN AU SIDA..... | 79 |
| IMPACTS | 79 |

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Carte administrative de la RDC avec 26 provinces
- Figure 2 : Prévalence du VIH par Province (EDS 2013 – 2014)
- Figure 3: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2013
2013
- Figure 4 : Prévalence de la Syphilis chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2013
- Figure 5 : Prévalence du VIH dans les Régions Limitrophes de la RDC en 2015
- Figure 6 : Cartographie PTME en RDC 2015

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Evolution de la couverture géographique PTME et ARV de 2011-2015
- Graphique 2 : Résultats obtenus par cible IST en 2015
- Graphique 3 : Situation des cas notifiés d'IST au cours de l'exercice 2015 en RDC
- Graphique 4 : Proportion des IST par province
- Graphique 5 : Evolution des cas IST traités de 2011 à 2015
- Graphique 6 : Résultats obtenus par cible PTME en 2015
- Graphique 7 : Contribution par option PTME des provinces au PAO 2015
- Graphique 8 : Proportion des femmes sous ARV par régime pour la PTME en 2015
- Graphique 9 : Cascade PTME Mère au cours de l'année 2015
- Graphique 10 : Cascade PTME enfant 2015
- Graphique 11 : Evolution de la PTME en RDC de 2011-2015
- Graphique 12 : Résultats obtenus par cible CDV/DCIP en 2015
- Graphique 13 : Cascade de dépistage avec la stratégie DCIP
- Graphique 14 : Evolution de la connaissance du statut sérologique en RDC de 2011- 2015
- Graphique 15 : Résultats obtenus par cible TAR PAO en 2015
- Graphique 16 : CASCADE TAR
- Graphique 17 : Proportion des malades par province en 2015
- Graphique 18 : Evolution des cohortes des malades sous ARV en RDC de 2011-2015
- Graphique 19 : Evolution de la prise en charge pédiatrique aux ARV en RDC de 2011-2015
- Graphique 20 : Cascade coïnfection VIH/TB
- Graphique 21 : Effort de la recherche active TB au cours du mois
- Graphique 22 : Evolution de l'accès au dosage de la charge virale en RDC de 2011-2015
- Graphique 23 : Evolution du dépistage précoce des enfants exposés en RDC de 2011-2015
- Graphique 24 : Rétention cohorte 2014 – 2013 - 2010

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Répartition des ZS et structures avec appui PTME et PEC ARV en 2015
- Tableau 2 : Résultats obtenus dans le volet communication en 2015
- Tableau 3 : Répartition des femmes enceintes ayant bénéficié la TAR PTME en 2015

Tableau 4 : Répartition des résultats obtenus par province en CDV/DCIP et PTME en 2015

Tableau 5 : Malades sous ARV par DPS

Tableau 6 :

MOT DE REMERCIEMENT DU DIRECTEUR DU PNLS



La Direction du PNLS est heureuse de vous présenter la douzième édition de son rapport annuel du Programme, lequel décrit les performances et les grandes activités qui ont émaillées sa vie au cours de l'année 2015. Le PNLS tient à présenter ses vifs remerciements à tous les acteurs et à toutes les organisations qui œuvrent dans la lutte contre le VIH/sida en RDC et qui ont concouru avec lui à l'atteinte des résultats que nous présentons dans le présent rapport. Qu'ils trouvent tous, ici nos sentiments de reconnaissance.

Nous ne saurons commencer sans remercier tout d'abord son SE Monsieur le Président de la République Démocratique du Congo qui, par son dynamisme et sa volonté politique a toujoursпронé une génération sans Sida pour le bénéfice de la population congolaise. Nous tenons également à témoigner notre reconnaissance particulière à SE Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Dr Félix Kabange Numbi Mukwampa pour son engagement à la promotion de la santé des congolais traduit par une mobilisation accrue des financements tant du gouvernement que des partenaires techniques et financiers ainsi que des orientations politiques et techniques en faveur de la lutte contre le VIH/Sida et les IST.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur le Secrétaire Général à la Santé pour son encadrement technique et administratif sans relâche durant cette année 2015. Nous ne pouvons oublier les cadres et agents du PNLS tant du niveau central que provincial pour leurs dévouements ainsi que les efforts consentis pour offrir des services de qualité à la population en dépit des conditions parfois difficiles dans lesquels ils travaillent.

Nous sommes très reconnaissants à l'endroit de tous nos partenaires techniques et financiers pour leur assistance et appui sans relâche pour toute cette année 2015. Qu'ils trouvent tous à travers ce rapport, l'expression d'une redevabilité contractuelle.

Que toutes les directions et tous les programmes du ministère de la santé, les acteurs tant du secteur public, privé que de la société civile et en particulier des organisations de personnes vivant avec le VIH qui se sont fortement impliqués dans les activités de lutte contre le VIH/sida, trouvent au travers de ce document l'expression de notre profonde gratitude.

Nous n'oublions pas tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Loin d'être un simple document qui rend compte d'un exercice annuel, ce rapport est également pour les acteurs de lutte contre le sida, un outil de remise en conscience face à l'ampleur du problème, face à ces congolais qui ont encore besoin de nos services pour plus d'engagements en ce moment où le pays a pris fermement des engagements pour la fin de l'épidémie à VIH à l'horizon 2030.

C'est donc pour cela que nous invitons les uns et les autres à double encore d'efforts car nous n'avons jamais été aussi proches de l'inversion de la tendance de cette épidémie que maintenant.

Dr Franck FWAMBA N'KULU

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|---------|---|
| ALCS | : Activité de Lutte Contre le Sida |
| AMM | : Approche Mère Mentor |
| ARV | : Antirétroviraux |
| AS | : Aire de Santé |
| BCZS | : Bureau Central de la Zone de Santé |
| BPC | : Bureau Provincial de Coordination |
| CDR | : Central de Distribution Régional |
| CDV | : Conseil pour le Dépistage Volontaire |
| CHRTS | : Centre Hospitalier de Référence de Transfusion Sanguine |
| COP | : Country Operational Plan |
| CPN | : Consultation Pré Natale |
| CSDT | : Centre de Santé de Dépistage et de Traitement |
| CV | : Charge Virale |
| DBS | : Dry Blood Spot |
| DCIP | : Dépistage et Conseil Initié par les Prestataires |
| DFID | : Departement For International Development |
| DPS | : Division Provinciale de la Santé |
| DN | : Direction Nationale |
| EDS | : Enquête Démographique et Sanitaire |
| e-TME | : Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant |
| FM | : Fonds Mondial |
| FOSA | : Formation sanitaire |
| GAS | : Groupe d'Auto Support |
| HGR | : Hôpital Général de Référence |
| HSH | : Homme ayant des rapports Sexuels avec les Hommes |
| IO | : Infection opportuniste |
| IST | : Infection Sexuellement Transmissible |
| LNRS | : Laboratoire National de Référence pour le SIDA |
| LPRS | : Laboratoire Provincial de Référence pour le SIDA |
| MOT | : Mode Of Transmission |
| MSF | : Médecins Sans Frontière |
| OMS | : Organisation Mondiale de la santé |
| ONUSIDA | : Organisation des Nations Unies de lutte contre le Sida |
| PAM | : Programme Alimentaire Mondial |
| PAO | : Planification Annuelle Opérationnelle |
| PEC | : Prise en Charge |
| PECP | : Prise en Charge Pédiatrique |
| PEPFAR | : President Emergency Plan for Aids Relief |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLS | : Programme national de Lutte contre le VIH/SIDA |

| | |
|----------------|---|
| PSN | : Plan Stratégique National |
| PTF | : Partenaire Technique de Financier |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVVIH | : Personne vivant avec le VIH |
| RDC | : République Démocratique du Congo |
| RH | : Ressource Humaine |
| SDT | : Site de Diagnostic et Traitement |
| SE | : Son Excellence |
| SIDA | : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise |
| SNIS | : Système National d'Information Sanitaire |
| SURVEPI | : Surveillance Epidémiologique |
| TAR et/ou TARV | : Traitement aux Antirétroviral |
| UCOP+ | : Union Congolaise des Personnes vivant avec le VIH |
| UDI | : Utilisateur des Drogues Injectables |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VAD | : Visite à Domicile |
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| ZS | : Zone de Santé |

RÉSUMÉ

Résumé des résultats atteints par domaine en 2015

Nombre de zone de santé : 516

1. Communication pour le changement de comportement

- | | | |
|----|---|--------------|
| a. | Nombre ZS couverte | : 326 |
| b. | Pourcentage des ZS couverte | : 63,2% |
| C. | Nombre de personnes sensibilisées | : 5 354 105 |
| d. | Nombre de préservatifs envoyés en provinces | : 36 145 175 |

2. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles

- | | | |
|----|---|-----------|
| a. | Nombre de ZS couvertes | : 326 |
| b. | Pourcentage de ZS couverte | : 63,2% |
| c. | Nombre moyen de structures par ZS couverte | : 5,6 |
| d. | Nombre de nouveaux cas d'IST | : 514 332 |
| e. | Nombre de cas traits selon l'approche syndromique | : 453 157 |

3. Conseil et dépistage volontaire

- | | | |
|----|---|-------------|
| a. | Nombre de ZS couvertes | : 326 |
| b. | Pourcentage de ZS couvertes | : 63,2% |
| c. | Nombre de personne conseillées, testées et ayant retiré les résultats | : 1 149 640 |

4. Prévention de la transmission mère enfant du VIH

- | | | |
|----|--|-----------|
| a. | Nombre de ZS couvertes | : 326 |
| b. | Pourcentage de ZS couvertes PTME | : 63,2% |
| c. | Nombre de sites PTME | : 2 194 |
| d. | Nombre moyen de structure par ZS couverte | : 3,6 |
| e. | Nombre de femmes testées ayant retiré les résultats | : 874 065 |
| f. | Nombre de femmes enceintes VIH ayant reçu la prophylaxie aux ARV | : 3367 |
| g. | Nombre de femmes enceintes VIH sous option B+ | : 11 099 |
| h. | Nombre de nouveaux nés ayant reçu la prophylaxie aux ARV | : 4 701 |
| i. | Nombre de nouveaux nés exposés au VIH testés à 6 semaines | : 1 902 |
| j. | Nombre de nouveaux nés VIH positifs à 6 semaines mis sous ARV | : 419 |
| k. | Nombre de partenaires testées, masculin ayant retiré les résultats | : 47 402 |

5. Traitement aux ARV

| | | |
|----|---|------------------|
| a. | Nombre de ZS couvertes | : 316 |
| b. | Pourcentage de ZS couvertes | : 61,2% |
| c. | Nombre de structures de prise en charge | : 1480 |
| d. | Nombre moyen de structures par ZS | : 1,8 |
| e. | Nombre de malades enrôlés dans les services des soins VIH | : 170 561 |
| f. | Nombre de personnes mis sous ARV | : 121 762 |
| g. | Nombre de PVVH ayant fait l'objet d'une recherche active de la TB | : 82 154 |
| h. | Nombre des PVVIH mis sous prophylaxie au Cotrimoxazole | : 122 928 |

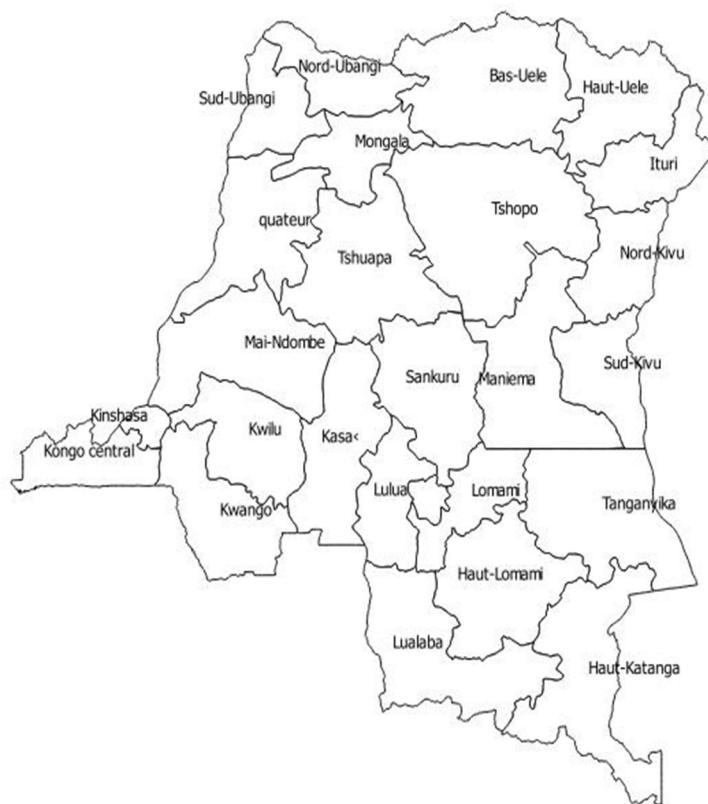
I. CONTEXTE

I.1 Contexte Géo-démographique

La RDC est un pays qui se situe au cœur de l'Afrique et couvre une superficie de **2 345 409 km²**. Elle partage **9 165km** de frontière avec neuf pays voisins que sont la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan du sud (au Nord) ainsi que la Zambie et l'Angola au Sud. Elle est le deuxième pays le plus vaste d'Afrique après l'Algérie et a une population estimée en 2015 à **86 026 000 habitants (PNDS 2016-2020)**, avec une densité moyenne de **32 hab/Km²** dans 26 provinces représentées sur la carte ci-dessous.

Le taux d'accroissement démographique s'établit dans la fourchette de 3 à 3,2% par an. La structure de la population congolaise est de 51 % de femmes et 49 % d'hommes; 59 % de jeunes de moins de 20 ans, 38 % d'adultes de 20 à 59 ans et de 3 % de personnes de 60 ans et plus. La première et la dernière catégorie d'âges sont actuellement en nette augmentation.

Figure 2 : Carte administrative de la RDC avec 26 provinces



I.2 Contexte sanitaire

Sur le plan sanitaire, le système de santé de la RDC est subdivisé en trois niveaux : (i) le niveau central, (ii) le niveau Intermédiaire ou Provincial et (iii) le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central a une responsabilité normative, de régulation, et de prestation de soins.

Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité ainsi que le suivi de la mise en œuvre en province. Il veille sur les prestations du niveau tertiaire de la pyramide sanitaire. Les prestations spécifiques du PNLS à ce niveau se font à travers trois laboratoires supra provinciaux et deux centres spécialisés pour la prise en charge des IST et des populations clés.

Le niveau intermédiaire est constitué de 26 DPS, il assure un rôle d'encadrement technique, de suivi et de la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions ainsi que les fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. A ce jour, la RDC compte **8 Hôpitaux Provinciaux, 19 Centrales de distribution régionale (CDR)** fonctionnelles et des Laboratoires de référence Sida du niveau provincial. Le niveau intermédiaire a également la charge de l'encadrement des provinces.

Le niveau périphérique ou opérationnel comprend **516 ZS avec 474 HGR et 8 504 AS** planifiées dont **8 266** disposent des **maternités**. On compte aussi à ce niveau **1522 CSDT, 1480 sites de dépistage et traitement du VIH (SDT)** et **967 CHRTS**. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire (attribution exclusive de la province).

I.3 Contexte épidémiologique

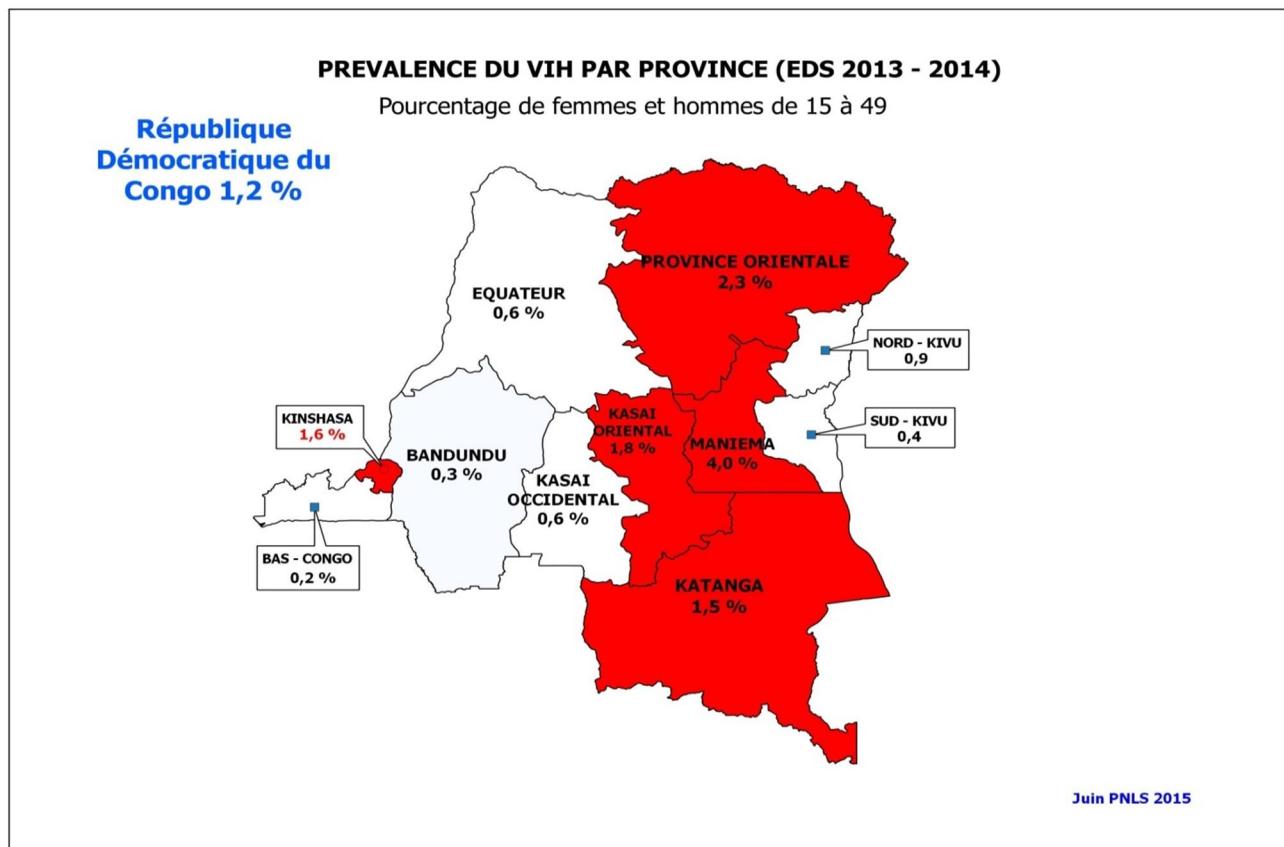
Les données épidémiologiques de la RDC ont évolué au fil de temps. Cette situation est prouvée par certaines études réalisées et qui ont pu générer certaines informations pertinentes. Il s'agit notamment de : (i) l'enquête EDS en 2013-2014, (ii) l'enquête de sérosurveillances chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN en 2013 (ii), l'Enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence du VIH en RDC de 2012(iii). Il sied de signaler que toutes ces enquêtes ont été réalisées avant le découpage de la RDC de 11 à 26 provinces. Les résultats auxquels nous feront référence respecteront l'ancienne structure de la RDC.

L'enquête EDS (2013-2014) a montré que l'épidémie demeure de type généralisé avec une prévalence de 1,2% dans la population âgée de 15-49 ans. On constate que la distribution de cette prévalence n'est pas homogène; elle varie selon l'âge, le sexe, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état civil ainsi que d'une province à une autre.

Elle a notamment montré que dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans les femmes sont plus touchées (1,6%) que les hommes (0,6%).

Selon les provinces, cette prévalence est plus élevée dans la Province du Maniema (4%) et elle est plus basse (0,2%) dans celle du Bas-Congo comme le montre la carte ci-dessous.

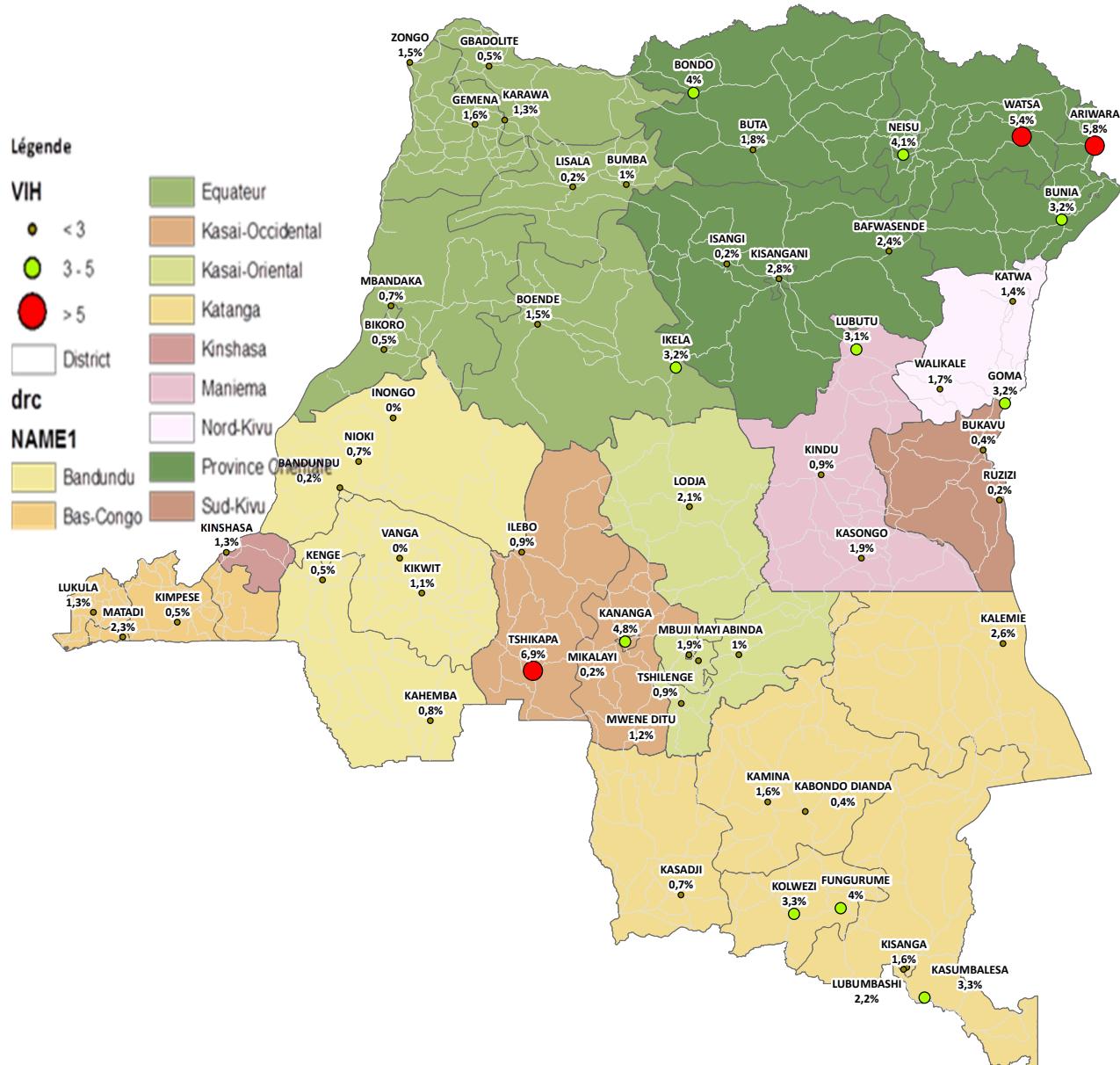
Figure 2 : Prévalence du VIH par Province (EDS 2013 – 2014)



De même le rapport de l'enquête de séro-surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN en 2013 dans 60 sites indique que la prévalence moyenne du VIH est de 1,8% pour la tranche d'âge de 15 à 49 ans. Cette prévalence est plus élevée en milieu urbain (2,1%) qu'en milieu rural (1,7%)

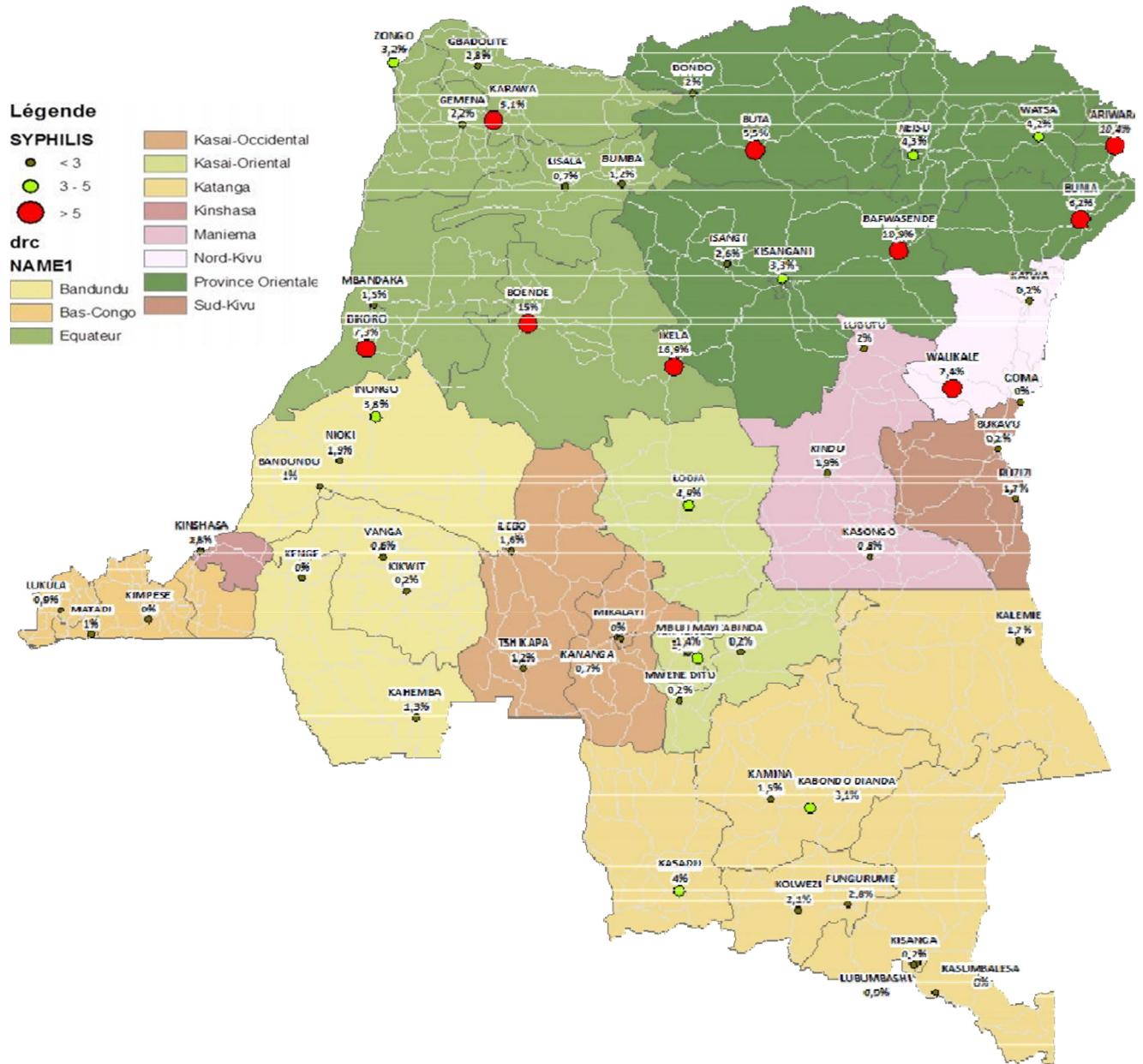
Selon les sites la prévalence la plus élevée a été observée dans le site de Tshikapa (6,9%) et la plus basse (0%) dans 2 sites Vanga et Inongo comme le montre la carte ci-dessous.

Figure 3: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2013



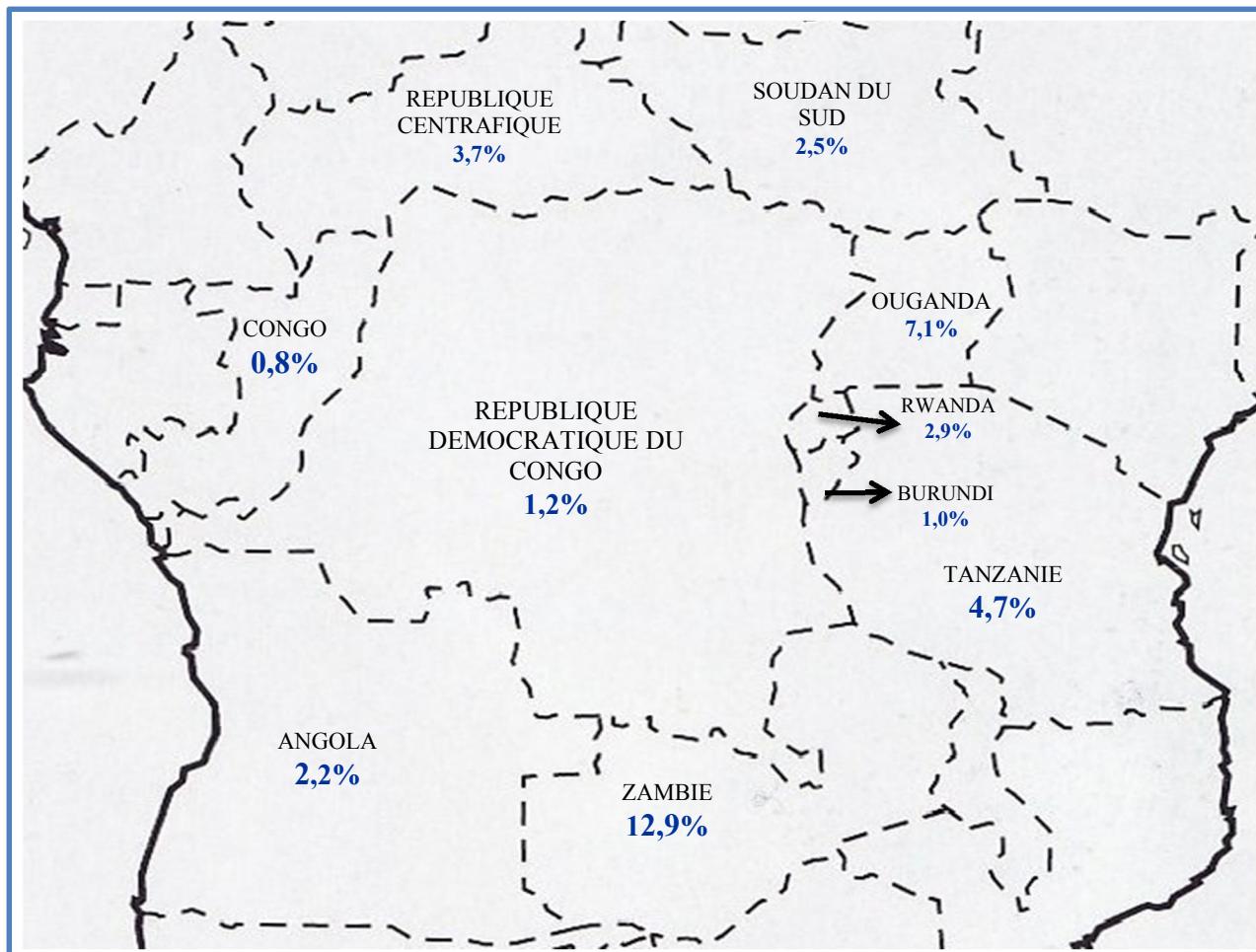
En rapport avec la Syphilis, la prévalence moyenne en RDC est de 2,8%. Selon les sites, la prévalence la plus élevée a été observée dans le site d'Ikela dans la province de l'Équateur (9,6%) et la plus basse (0%) dans 5 sites (Kasumbalessa, Mikalayi, Goma, Kimpese, et Kenge). Ci-dessous les prévalences de la syphilis par sites en RDC.

Figure 4 : Prévalence de la Syphilis chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2013



La RDC présente une des prévalences les plus basses dans la population générale (1,2%) comparativement aux pays qui partagent avec elle ses frontières comme le montre la figure ci-dessus.

Figure 5 : Prévalence du VIH de la RDC et les Pays limitrophes
(Estimation ONUSIDA 2015)



Source : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries>

Pour sa part, l'enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence du VIH en RDC de 2013 réalisée auprès des populations passerelles a montré un taux de 1,8% (95%CI=1,1%-2,5) pour les exploitants miniers et de 1,2% (95%CI =0,7-1,7) pour les camionneurs. Bien que ces taux contrastent avec ceux obtenus en 2005, l'étude de 2013 montre la persistance de certains indicateurs de vulnérabilité comme le faible niveau de connaissance sur les moyens de protection contre le VIH (seuls 9,5% des camionneurs, 8% des miniers avaient pu spontanément citer tous les 3 principaux modes de prévention du VIH). Aussi, on note une persistance des comportements à risque comme le nombre élevé de partenaires sexuels occasionnels et le faible taux d'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels (seuls 45.9% des camionneurs et 29.3% ont déclaré avoir utilisé systématiquement le préservatif avec des partenaires payées). La prévalence du VIH chez des prisonniers (11%), pêcheurs (6,6%), populations mobiles (5,9%), et migrants (5%) ont été estimées à partir des données des études parcellaires menées dans certaines provinces

I. MISSION DU PNLS DANS LE SECTEUR SANTÉ DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Au regard de l'ordonnance présidentielle N° 11/023 du 18 Mars 2011 modifiant et complétant le Décret N°04/029 du 17 Mars 2004 portant création et organisation du PNMLS, le PNLS dans ce contexte de la multisectorialité a pour rôle de :

- i. Assurer le secrétariat du comité sectoriel santé
- ii. Cordonner la mise en œuvre du plan sectoriel de lutte contre le Sida
- iii. Apporter un appui à la planification du programme sectoriel de la santé et fournir un appui technique aux autres services et programmes de santé pour la mise en œuvre de leurs plans de lutte contre le Sida
- iv. Coordonner l'élaboration des normes et standards dans la prévention, le prise en charge et la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH
Assurer le suivi et l'évaluation des interventions dans le secteur, et élaborer les rapports trimestriels et annuels sur l'évolution du programme.

II. LES PRINCIPAUX INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN APPUI AU GOUVERNEMENT DANS LE SECTEUR SANTÉ

| <i>Intervenants</i> | <i>Types d'appui</i> | <i>Zones d'intervention</i> |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| Fonds Mondial | <ul style="list-style-type: none">- Offre des services- Renforcement des capacités des RH- Appui à la coordination des activités du PNLS (DN et BPC) et des ZS- Appui institutionnel | 300 |
| PEPFAr | <ul style="list-style-type: none">- Offre des services- Appui institutionnel- Renforcement des capacités des RH- Suivi des activités au niveau intermédiaire et périphérique | 96 ZS |
| SYSTÈME DES NATIONS UNIES | <ul style="list-style-type: none">- Assistance technique- Offre des services- Appui à la coordination des activités PTME et PEC pédiatrique | Appui à tous les niveaux |

| <i>Intervenants</i> | <i>Types d'appui</i> | <i>Zones d'intervention</i> |
|--|---|-----------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'information stratégique - Renforcement des capacités | |
| PARTENAIRES BILATERAUX ET ONG NATIONALES ET INTERNATIONALES | <ul style="list-style-type: none"> - appuis ponctuels selon leurs mandats et opportunités | |

III. RAPPELS DES OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION OPÉRATIONNEL 2015

Le PAO 2015 comprenait 81 activités découlant des trois objectifs ci-après :

1. Offrir les services de qualité à la population congolaise :
 - Dépister 2 615 098 clients
 - Prendre en charge 15 132 femmes enceintes séropositives
 - Mettre sous ARV 129 105 PVVIH
2. Renforcer la coordination et le soutien
3. Produire l'information stratégique de qualité à temps

IV. METHODOLOGIE

L'élaboration de ce rapport annuel 2015 rentre dans le cadre de la redevabilité au travers un processus participatif et inclusif des acteurs engagés dans le secteur santé en faveur de la lutte contre le VIH/Sida et les IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'élaboration du présent rapport est passée par plusieurs étapes qui sont les suivantes :

- La collecte des données : qui se fait à partir des outils primaires dans les FOSA ;
- L'analyse et la validation des données lors des réunions mensuelles qui s'organisent dans chacune des ZS ;
- La consolidation des données au niveau intermédiaire lors de revues provinciales ;
- La transmission des données à la direction nationale : pour analyse et feed back ;
- La consolidation des données au niveau national ;
- L'organisation de la revue nationale pour analyse et validation
- La rédaction du rapport final par une équipe restreinte de la Direction Nationale
- La validation du rapport

Après la phase d'élaboration, viendra la diffusion du rapport par la Direction Nationale

V. LIMITES

Les informations présentées dans ce rapport proviennent essentiellement des données programmatiques de routine et des réalisations du PNLS au cours de l'exercice annuel 2015 pour lesquelles les rapports ont été publiés.

Etant donné que les cibles du PAO 2015 étaient élaborées dans le contexte des 11 anciennes provinces, l'évaluation des performances bien que étendue aux 26 nouvelles provinces ne sera que limitée. Elle n'aura donc que pour but de montrer la contribution de chacune aux résultats nationaux.

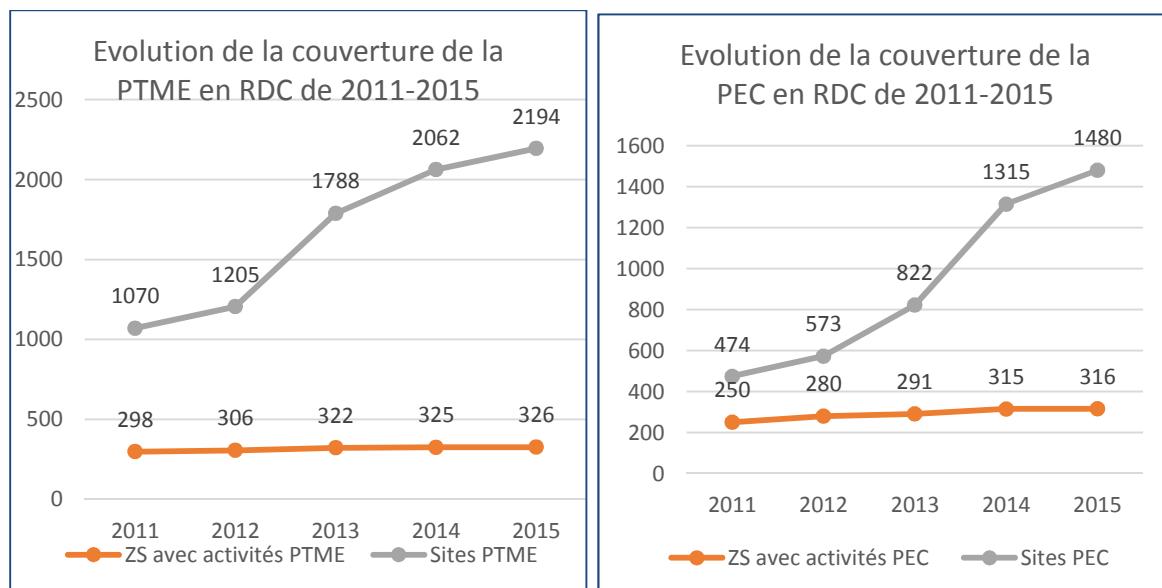
VI. RESULTATS

6.1 OFFRE DES SERVICES

6.1.1 Couverture géographique

L'année 2015 s'est caractérisée par une amélioration significative de la couverture intra Zone liée surtout à l'extension de l'option B+. Toutefois, le paquet d'activités de lutte contre le sida a été intégré de façon différente d'une ZS à une autre. La mesure de l'intégration des activités VIH est calquée sur les interventions de la PTME et de la prise en charge des malades. Ainsi, **326 ZS** (pour **2 194 sites**) ont été dénombrées comme offrant les activités de PTME, soit une couverture de **63%** et **316 ZS** (pour **1 480 sites**) pour les activités de prise en charge des malades, soit **61%**. Par principe, un site qui offre les interventions de PTME intègre le dépistage de façon générale et la prise en charge des IST. Le graphique ci-après présente l'évolution de la couverture en service dans le pays de 2011 à 2015.

Graphique 2 : Evolution de la couverture géographique PTME et ARV de 2011-2015



Il ressort de ces graphiques que la couverture est partie de 58% en 2011 à 63% (298 à 326 ZS) en fin Décembre 2015 pour la PTME contre 48% à 61% (250 à 316 ZS) pour la prise en charge.

Toutefois, au regard des prévisions 2015, 610 nouveaux sites des 61 nouvelles ZS en plus des nouveaux sites dans les 325 anciennes ZS devraient intégrer les activités VIH. Cependant, suivi au retard enregistré dans le début de la mise en œuvre de la nouvelle subvention du Fonds Mondial (2015-2017) notamment dans la formation des prestataires des nouvelles ZS, seule une ZS a été ajoutée aux 325 de l'année 2014. Toutefois, on a noté

une amélioration de la couverture interne dans plusieurs ZS, ce qui explique une augmentation de 130 sites PTME et 165 sites de PEC.

L'amélioration de la couverture intra zone est motivée notamment par l'extension de l'option B+ ainsi que la mutation de sites PTME en sites de prise en charge. Cette mutation devrait continuer sur les deux prochaines années pour avoir le même nombre des ZS et sites intégrant les deux interventions.

La répartition du nombre des ZS et structures par province ainsi que les couvertures respectives des activités PTME et PEC sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Répartition des ZS et structures avec appui PTME et PEC ARV en 2015

| N° | DPS | Total ZS | PTME | | PEC | |
|----|---------------|----------|----------|-------|----------|-------|
| | | | ZS VIH | SITES | ZS VIH | SITES |
| 1 | BAS-UELE | 11 | 9(82%) | 9 | 6(55%) | 8 |
| 2 | EQUATEUR | 18 | 5(28%) | 15 | 5(28%) | 11 |
| | HAUT | | | | | |
| 3 | KATANGA | 27 | 24(89%) | 353 | 24(89%) | 353 |
| 4 | HAUT LOMAMI | 16 | 12(75%) | 66 | 9(56%) | 43 |
| 5 | HAUT-UELE | 13 | 7(54%) | 29 | 7(54%) | 13 |
| 6 | ITURI | 36 | 11(31%) | 60 | 10(28%) | 45 |
| 7 | KASAI | 18 | 4(22%) | 27 | 4(22%) | 14 |
| 8 | KASAI CENTRAL | 25 | 13(52%) | 107 | 13(52%) | 25 |
| | KASAI | | | | | |
| 9 | ORIENTAL | 19 | 12(63%) | 50 | 12(63%) | 25 |
| 10 | KINSHASA | 35 | 35(100%) | 370 | 35(100%) | 339 |
| | KONGO | | | | | |
| 11 | CENTRAL | 31 | 31(100%) | 343 | 31(100%) | 141 |
| 12 | KWANGO | 14 | 13(93%) | 65 | 13(93%) | 28 |
| 13 | KWILU | 24 | 21(88%) | 111 | 20(83%) | 65 |
| 14 | LOMAMI | 16 | 7(44%) | 40 | 7(44%) | 15 |
| 15 | LUALABA | 14 | 8(57%) | 39 | 5(36%) | 25 |
| 16 | MAI-NDOMBE | 14 | 7(50%) | 35 | 7(50%) | 7 |
| 17 | MANIEMA | 18 | 16(89%) | 33 | 16(89%) | 32 |
| 18 | MONGALA | 12 | 1(8%) | 1 | 2(17%) | 2 |
| 19 | NORD KIVU | 34 | 21(62%) | 96 | 21(62%) | 94 |
| 20 | NORD-UBANGI | 11 | 3(27%) | 15 | 3(27%) | 5 |
| 21 | SANKURU | 14 | 8(57%) | 35 | 8(57%) | 9 |
| 22 | SUD KIVU | 34 | 30(88%) | 129 | 30(88%) | 52 |
| 23 | SUD-UBANGI | 16 | 4(25%) | 16 | 4(25%) | 11 |

| | | | | | | |
|----|-------------|------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 24 | TANGANYIKA | 11 | 9(82%) | 45 | 9(82%) | 38 |
| 25 | TSHOPO | 23 | 14(61%) | 104 | 14(61%) | 79 |
| 26 | TSHUAPPA | 12 | 1(8%) | 1 | 1(8%) | 1 |
| | PAYS | 516 | 326(63%) | 2194 | 316(61%) | 1480 |

De l'analyse de ce tableau, il ressort que 9 sur 26 provinces, soit 35% ont une couverture en PTME de plus de 80% en termes des ZS. Il s'agit de Kwilu, Kwango, Kongo Central, Haut Katanga, Tanganyika, Maniema, Bas-Uele, Sud Kivu et Kinshasa. Tandis que 2 provinces, soit 8% ont de couverture de moins de 10% : Equateur (8%) et Mongala (8%).

Concernant la couverture géographique en prise en charge IO/ARV, il ressort que 8 sur 26 provinces, soit 31% ont une couverture de plus de 80% dont Kwilu, Kwango, Kongo Central, Haut Katanga, Tanganyika, Maniema, Sud Kivu et Kinshasa. Par contre une seule province a une couverture de moins de 10% : c'est la Tshuapa (8%).

D'une manière générale, on constate une différence notable en couverture d'interventions dans les différentes DPS liée entre autre aux appuis des partenaires techniques et financiers.

Il est à noter que le PNLS en RDC s'engage de plus en plus vers la couverture en cible et un dépistage discriminatoire afin d'atteindre la fenêtre 16-20 de l'ONUSIDA.

6.1.2 Couverture des cibles 2015 par domaine

A. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

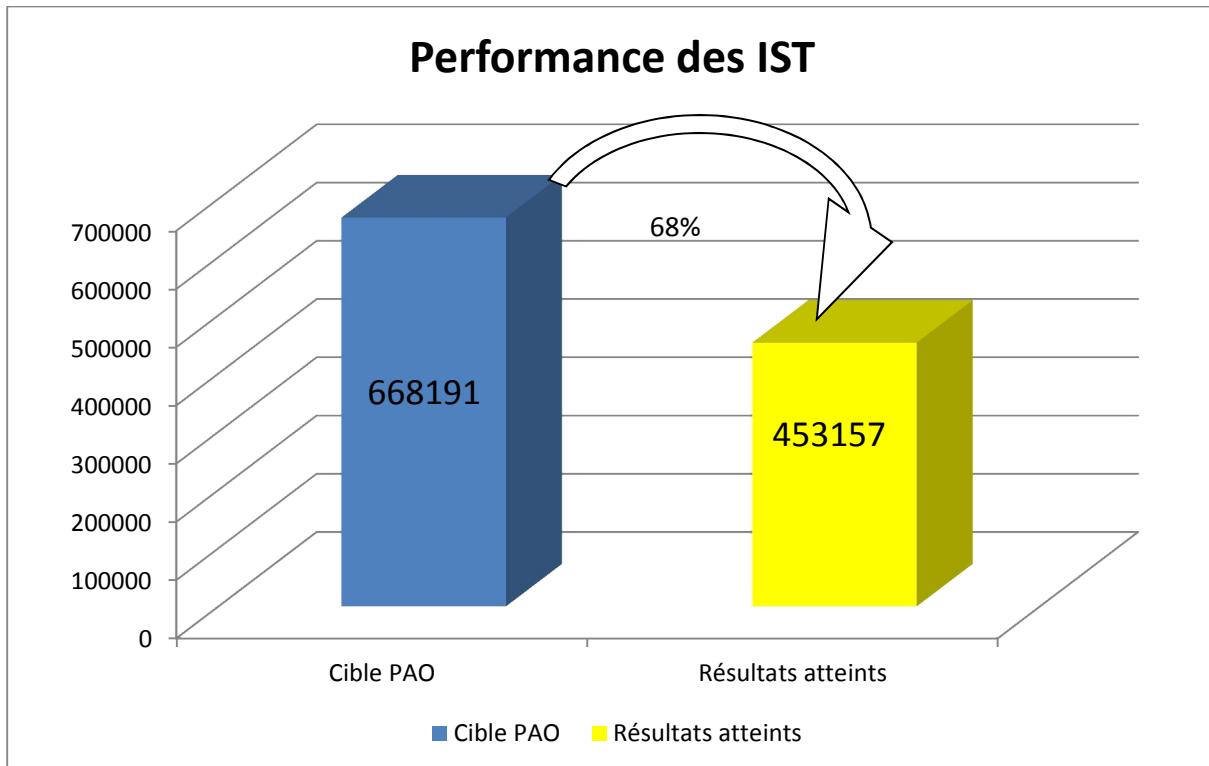
Politique et interventions clés

- La prise en charge IST est basée sur le dépistage et le traitement standardisé des malades et de leurs partenaires suivant l'approche syndromique dans les centres de santé
- L'offre des services dans les FOSA est intégrée dans le PMA des SSP
- Elle comprend le renforcement des activités préventives orientées spécifiquement en direction des groupes à risque et la promotion de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST dans toutes les structures des SSP
- La surveillance des IST à travers les sites sentinelles et la séroprévalence de la syphilis

Bien que la PEC des IST dans la quasi-totalité des ZS du pays, les informations présentées dans ce rapport sont issues des seules 326 ZS qui ont intégré les activités de lutte contre le sida et qui rapportent. Ci-après les graphiques qui montrent le niveau de performance de ce domaine

Au terme de l'année 2015, il était attendu que 668191 cas d'IST soient diagnostiqués et traités. Le graphique ci-après montre le niveau de performance atteint au 31 Décembre 2015:

Graphique 2 : Résultats obtenus par cible IST en 2015

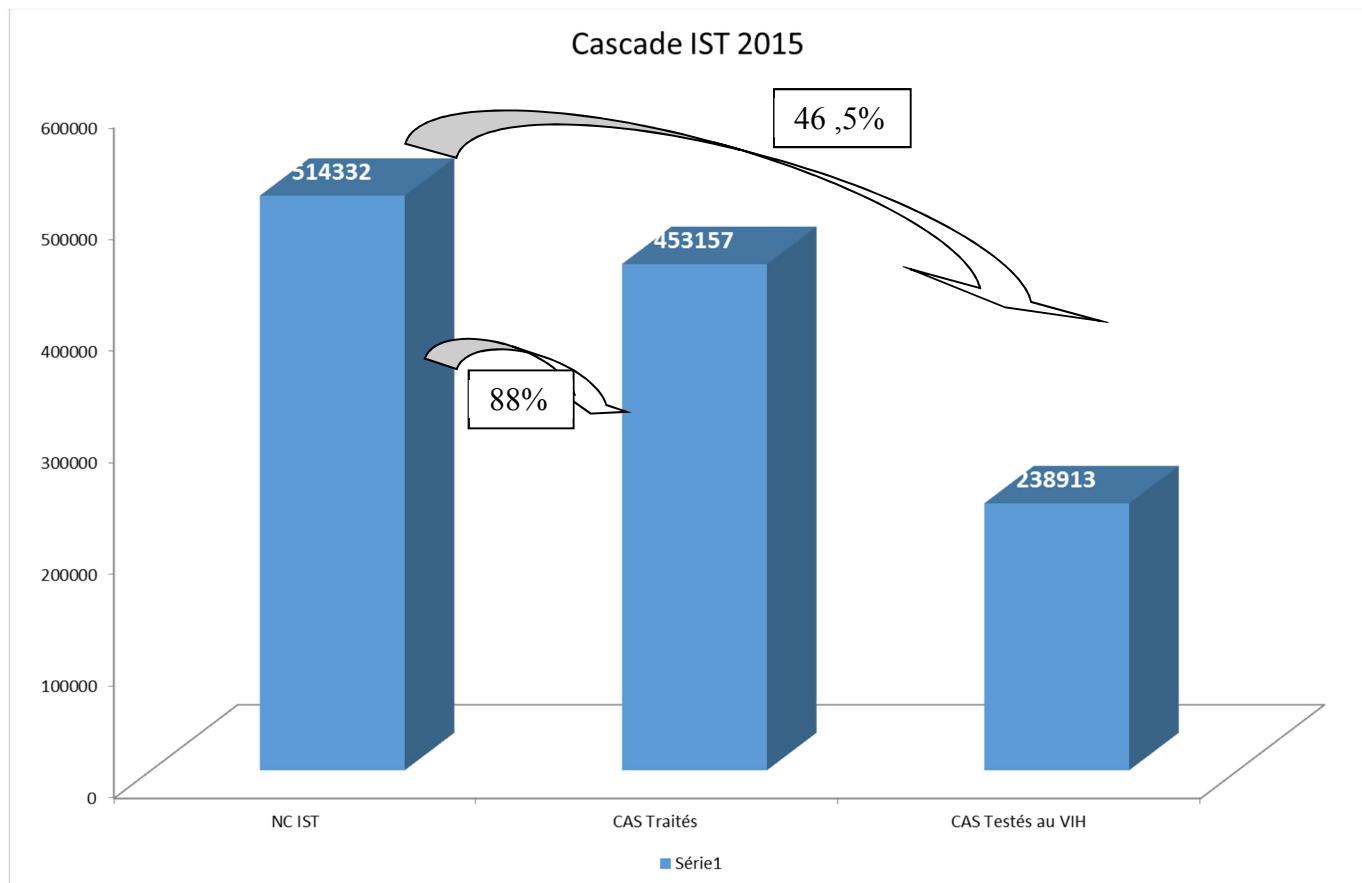


Il ressort de ce graphique que 453 157 cas d'IST (68%) ont été reçus dans 326 ZS et traités au cours de l'année 2015 sur la cible attendue de 668 191 cas. Bien que ces données soient restreintes aux FOSA, on signale également une faible notification des cas, des approvisionnements irréguliers des médicaments contre les IST.

En 2015, il a été enregistré dans les 326 ZS couvertes par les ALCS, **9 201 144** des nouveaux cas, toutes pathologies confondues, ont été reçus en consultation générale.

En ce qui concerne la cascade IST, les informations générées ont pu mettre en évidence les nouveaux cas IST reçus dans les FOSA, les cas traités ainsi que les cas dépistés VIH. Ce graphique ci-dessous représenté ne ressort pas les cas VIH positifs et même ceux qui ont commencé le traitement IST à travers cette porte de collecte au niveau primaire.

Graphique 3 : Situation des cas notifiés d'IST au cours de l'exercice 2015 en RDC



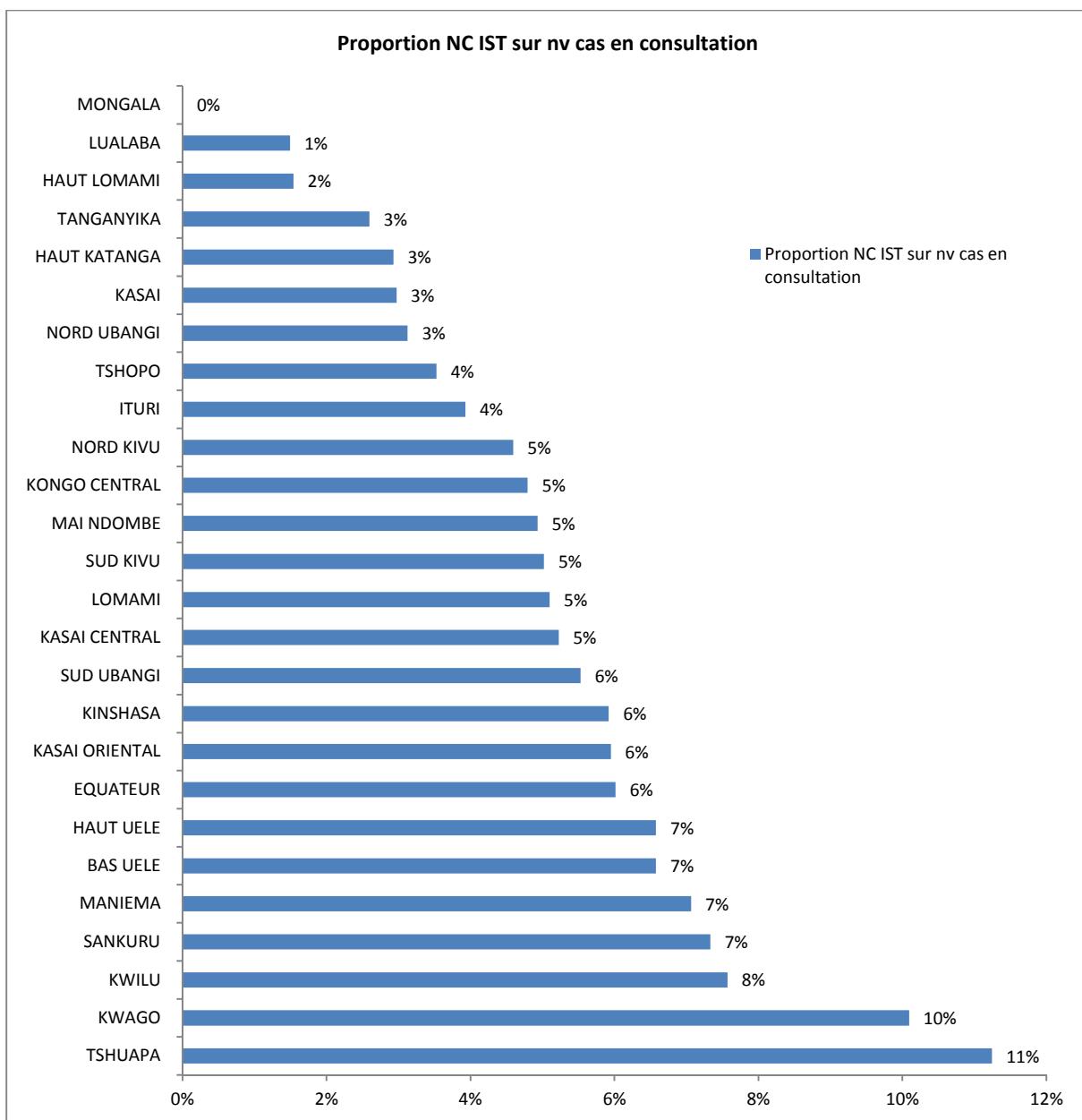
De l'analyse de ce graphique, on peut lire que les IST ont représenté en 2015 environ 6% de motif de consultation en médecine générale (514 332/9 201 144). Par ailleurs, sur les 514 332 cas d'IST notifiés, 453 157 ont été traités soit 88% et 238 913 cas testés au VIH soit 46,5%. Toutefois, en l'absence d'un système cohérent d'approvisionnement en médicament IST, le respect des algorithmes de PEC IST (approche syndromique) peut avoir varié en fonction de la disponibilité des médicaments sur les sites.

La faible performance observée dans le dépistage du VIH à travers la porte d'entrée IST peut s'expliquer par :

- Les ruptures récurrentes de stock en réactifs de dépistage VIH
- Le non-respect de l'algorithme pour le dépistage par les prestataires

En faisant une analyse par province, il a été possible de ressortir les proportions des nouveaux cas IST en consultation générale par DPS comme le montre le graphique ci-après :

Graphique 4 : Proportion des IST par province



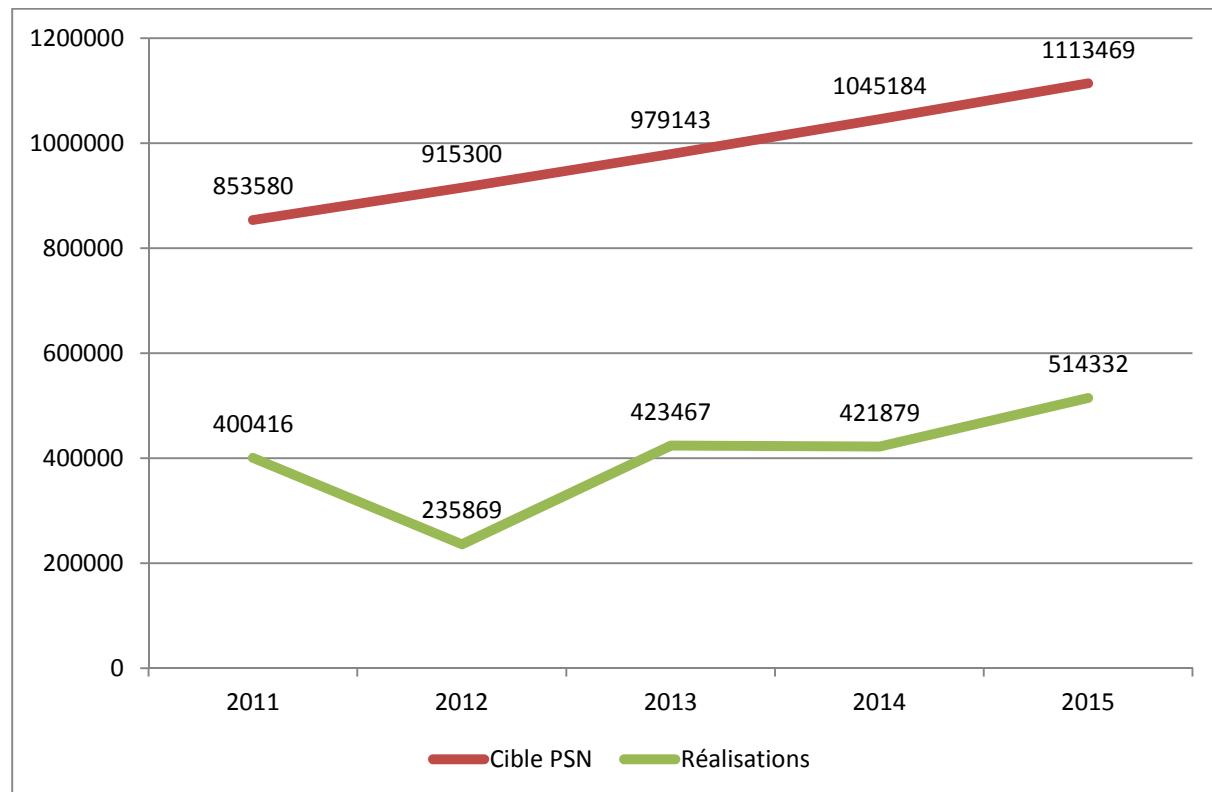
Il ressort de ce graphique que 9 DPS sur 26 ont notifié moins de 5% des IST sur l'ensemble des consultations reçues dans les FOSA, 15 DPS avec des proportions entre 5 et 9% et les DPS Kwango et Tshuapa ont respectivement 10% et 11%.

Au regard des directives édictées sur les IST, l'accent sur la prise en charge devra désormais être mis sur :

- L'approvisionnement régulier en médicaments contre les IST.
- Le renforcement de la prise en charge étiologique dans les structures de deuxième échelon.
- L'organisation du dépistage de l'hépatite B et C dans la population générale et en particulier auprès des populations clés .
- L'harmonisation des interventions autour d'un paquet complet prenant en compte les populations clés

Concernant le traitement des cas IST traités de 2011 à 2015, comparativement à la cible fixée, le graphique ci-dessous évalue les performances réalisées au cours de cette période.

Graphique 5 : Evolution des cas IST traités de 2011 à 2015



Il ressort de ce graphique que l'allure semble être progressive excepté l'année 2012 qui avait connu une inflexion due notamment au gel du FM. Par ailleurs, il sied de signaler que les résultats n'ont jamais atteint les cibles fixées notamment du fait de la notification des cas qui n'a jusque-là concernée qu'une partie des ZS, soit 326 pour l'année 2015.

Il se dégage que le nombre des cas des cas IST traités évolue en dent de scie. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par l'irrégularité des approvisionnements en médicaments IST.

B. COMMUNICATION

Eléments de politique et interventions clés

- Communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le VIH/Sida
- Promotion en faveur de la promotion des services VIH
- Commémoration de la journée mondiale VIH/sida
- Mobilisation communautaire pour l'utilisation des services VIH (médias, associations, églises, écoles...)

- Promotion de l'utilisation des préservatifs
- Implication active des PVV comme acteurs dans les activités de communication, de mobilisation et de plaidoyer

Concernant les activités de communication réalisées en 2015 au niveau des ZS, un accent a été mis sur la sensibilisation et la distribution des préservatifs dans les formations sanitaires ainsi que dans la communauté.

Le tableau ci-dessous reprend les réalisations de ces deux indicateurs au niveau de chaque DPS :

Tableau 2 : Résultats obtenus dans le volet communication en 2015

| N° | DPS | Nombre total de personnes sensibilisées sur VIH | Nombre total de préservatifs distribués |
|--------------|----------------|---|---|
| 1 | BAS UELE | 9 734 | 173 963 |
| 2 | EQUATEUR | 27 639 | 39 370 |
| 3 | HAUT KATANGA | 233 834 | 3 506 075 |
| 4 | HAUT LOMAMI | 50 326 | 447 810 |
| 5 | HAUT UELE | 36 487 | 294 656 |
| 6 | ITURI | 237 656 | 394 198 |
| 7 | KASAI | 49 890 | 264 994 |
| 8 | KASAI CENTRAL | 271 319 | 1 398 732 |
| 9 | KASAI ORIENTAL | 143 387 | 1 315 487 |
| 10 | KINSHASA | 1 251 102 | 6 978 641 |
| 11 | KONGO CENTRAL | 832 801 | 10 047 086 |
| 12 | KWAGO | 128 121 | 654 907 |
| 13 | KWILU | 183 393 | 2 073 900 |
| 14 | LOMAMI | 197 278 | 710 665 |
| 15 | LUALABA | 66 625 | 906 912 |
| 16 | MAI NDOMBE | 39 786 | 37 012 |
| 17 | MANIEMA | 275 493 | 1 307 219 |
| 18 | MONGALA | - | - |
| 19 | NORD KIVU | 285 738 | 1 506 030 |
| 20 | NORD UBANGI | 272 683 | 110 208 |
| 21 | SANKURU | 71 414 | 365 914 |
| 22 | SUD KIVU | 385 958 | 2 333 610 |
| 23 | SUD UBANGI | 100 445 | 349 871 |
| 24 | TANGANYIKA | 113 619 | 478 994 |
| 25 | TSHOPO | 89 377 | 448 921 |
| 26 | TSHUAPA | - | - |
| TOTAL | | 5 354 105 | 36 145 175 |

Au total, **5 354 105** personnes ont été sensibilisées sur le VIH et les IST. Bien que **36 145 175** des préservatifs aient été distribués à travers le pays, il convient de signaler que l'absence d'un système cohérent de distribution des préservatifs constitue un des goulots majeurs dans ce domaine.

En ce qui concerne les provinces, le Kongo Central et de la ville Province de Kinshasa ont distribué plus de 6 millions de préservatifs. A l'exception des provinces du Kwilu, du Kasaï Central, Kasaï Oriental, Haut Katanga, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu, les autres provinces n'ont pas dépassé le seuil d'un million de préservatifs. La redynamisation des groupes de travail préservatifs au niveau de chaque DPS permettrait également d'assurer une bonne gestion de l'information et de distribution.

C. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

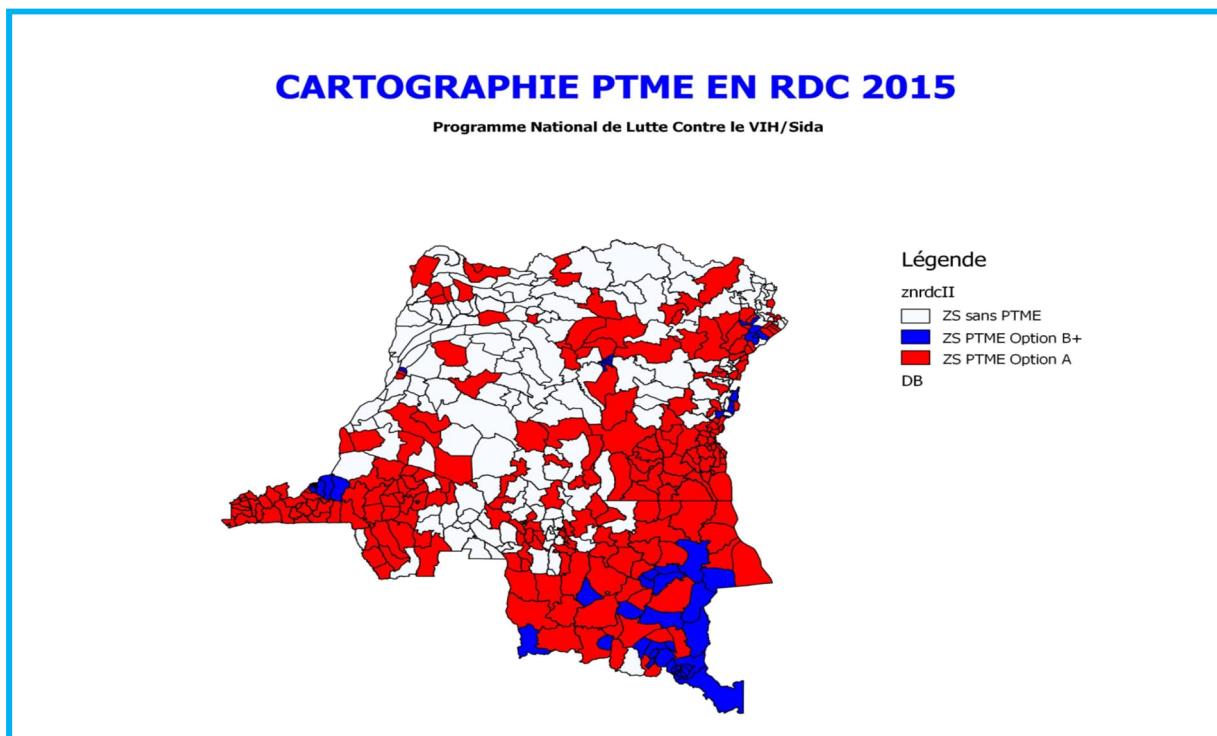


Eléments de politique et interventions clés

- Offrir le Conseil et dépistage du VIH aux femmes en âge de procréer
- Offrir le service complet de planning familial à toutes les femmes y compris aux femmes séropositives au VIH
- Offrir le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, à leurs partenaires masculins et à leurs familles
- Offrir le traitement ARV à toutes les femmes enceintes VIH+, à leurs partenaires et leurs familles qui le nécessitent selon le protocole national
- Offrir aux nouveaux nés des mères VIH+ le traitement ARV selon le protocole national ainsi que des conseils sur son alimentation
- Offrir un dépistage précoce du VIH à tous les enfants nés des mères VIH+ selon le protocole national

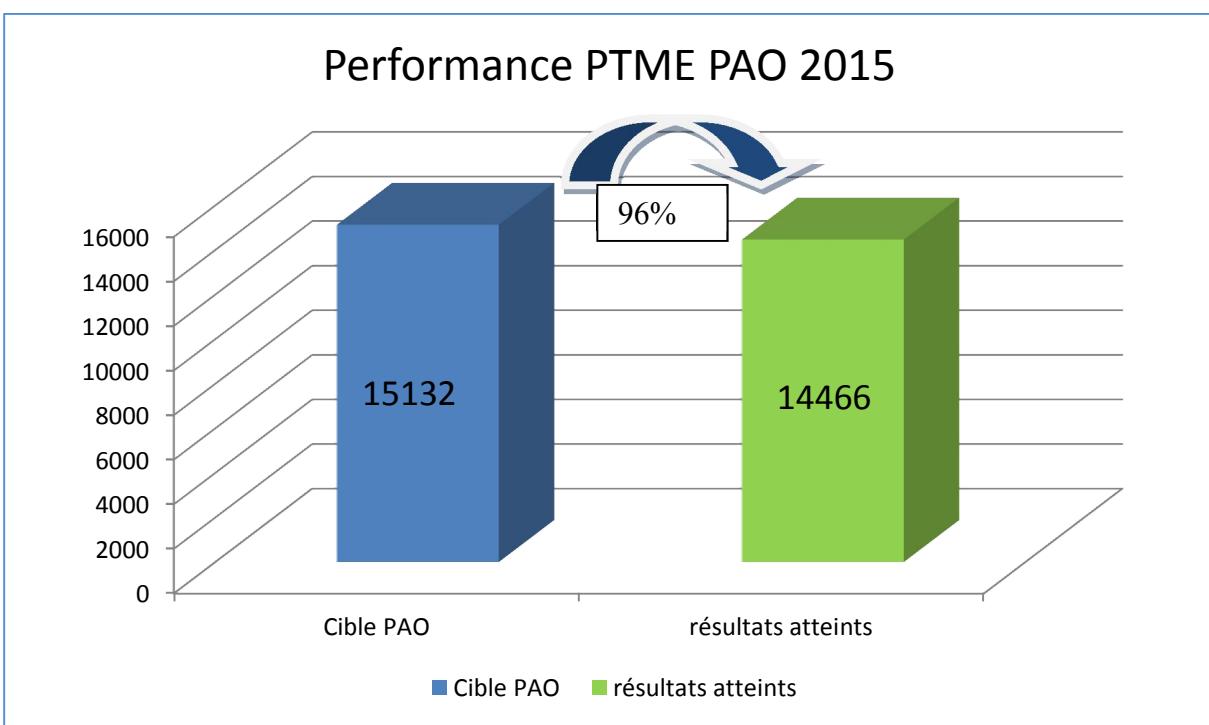
Pour l'exercice 2015, la PTME est intégrée dans 326 Zones de Santé parmi lesquelles 127 avec option B+ comme le montre la carte ci-dessous :

Figure 6 : Cartographie PTME en RDC 2015



Pour l'année 2015, le nombre des femmes enceintes séropositives attendues pour bénéficier d'un traitement antirétroviral dans le cadre de la PTME était de 15 132. Le graphique ci-après situe les performances atteintes à la fin de l'année susmentionnée :

Graphique 6 : Résultats obtenus par cible PTME en 2015



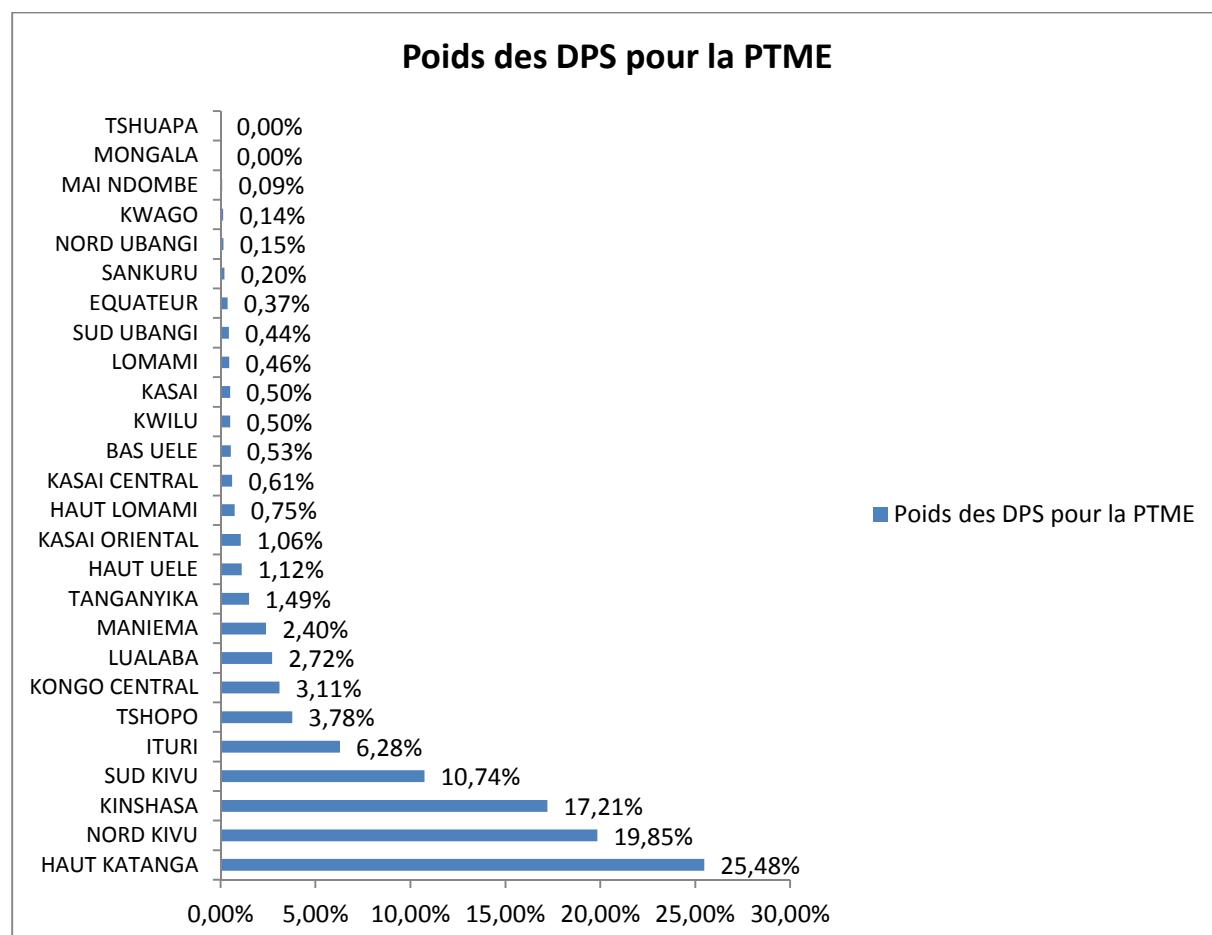
Il ressort de ce graphique que sur les 15 132 femmes enceintes planifiées en 2015, 14 466 soit 96% ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission du VIH à leurs enfants dans les 2 194 FOSA ayant intégré les services de la PTME. Comparée aux besoins en PTME estimés en 2015 (Spectrum v5.41), cette performance est à 66,4% (14466/21792) sur le plan national.

La performance de cet indicateur en 2015 est attribuée entre autre à :

- L'amélioration de la couverture intra zone (130 nouveaux sites intégrés) en particulier dans le Haut Katanga, Kinshasa et la Tshopo
- L'extension de l'option B+ passant de 36 à 127 ZS
- Les investissements accrus dans le domaine de la PTME
- L'organisation des campagnes CPN dans les provinces notamment au Nord Kivu et dans le Haut Katanga
- La redynamisation des approches communautaires pour la rétention du couple mère-enfant dans le programme

S'agissant des activités PTME dans les provinces, le graphique ci-après retrace la contribution de chacune d'elle à l'atteinte des résultats du pays :

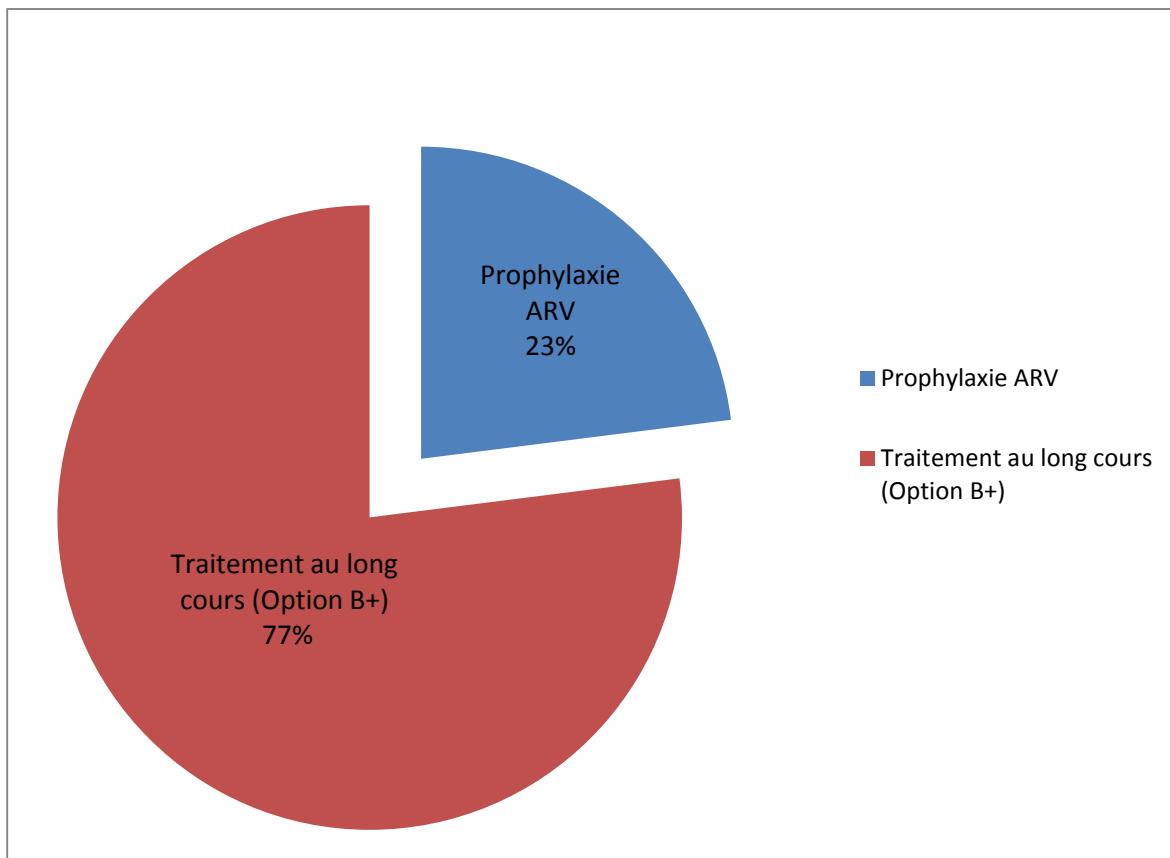
Graphique 7 : Contribution par option PTME des provinces au PAO 2015



Il ressort de ce graphique que 5 provinces notamment le Haut Katanga, le Nord Kivu, la ville province de Kinshasa, le Sud Kivu, l'Ituri portent près de 70 % du poids des femmes enceintes mises sous ARV pour la PTME.

De façon schématisée, la situation des femmes ayant reçu les ARV pour la PTME en 2015 se présente comme suit par régime (Option A ou B+)

Graphique 8 : Proportion des femmes sous ARV par régime pour la PTME en 2015



Sur 14 466 femmes enceintes qui ont été mises sous ARV dans le cadre de la PTME, 11 099 (77%) bénéficié d'un traitement à vie (option B+) et 3 367 soit 23% sous prophylaxie (option A). De ces 11 099 femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'un traitement à vie, 4 989 ont été nouvellement mises sous TAR pendant la grossesse en cours et la période d'allaitement parmi lesquelles 4058 (81%) ont été mise sous le schéma TDF+3TC+EFV.

S'agissant de la contribution des provinces à l'atteinte de cet indicateur, le tableau ci-dessous montre les efforts de chacune dans l'application des différents régimes :

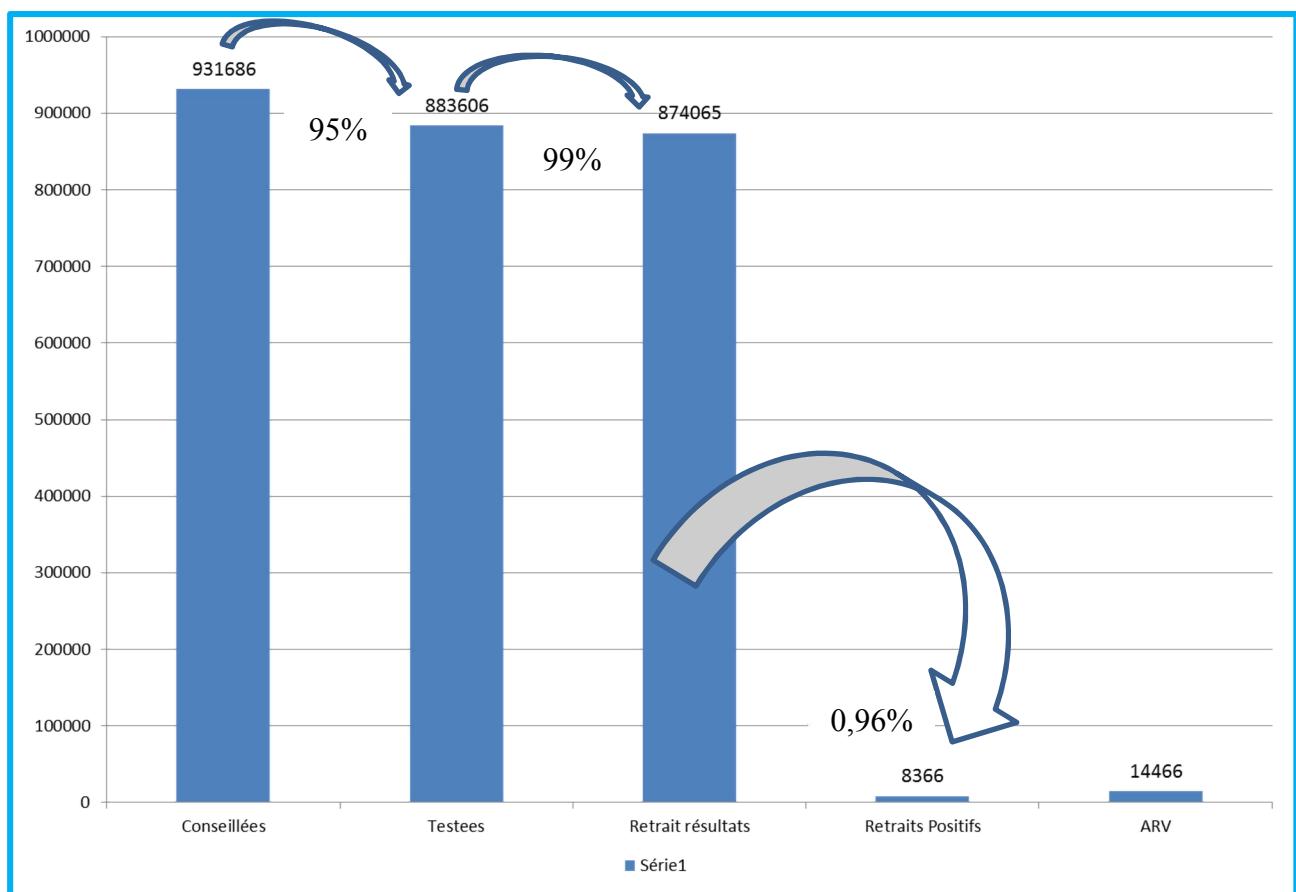
Tableau 3 : Répartition des femmes enceintes ayant bénéficié la TAR PTME en 2015

| N° | DPS | OPTION A | OPTION B+ | | TOTAL |
|-------------|----------------|-------------|----------------------|--------------------------------|--------------|
| | | PROPHYLAXIE | Nouvelles inclusions | Femmes antérieurement sous ARV | |
| 1 | BAS-UELE | 42 | 0 | 35 | 77 |
| 2 | EQUATEUR | 0 | 25 | 29 | 54 |
| 3 | HAUT KATANGA | 141 | 2522 | 1023 | 3686 |
| 4 | HAUT LOMAMI | 25 | 48 | 35 | 108 |
| 5 | HAUT-UELE | 102 | 0 | 60 | 162 |
| 6 | ITURI | 430 | 136 | 343 | 909 |
| 7 | KASAI | 19 | 0 | 53 | 72 |
| 8 | KASAI CENTRAL | 43 | 0 | 45 | 88 |
| 9 | KASAI ORIENTAL | 80 | 0 | 74 | 154 |
| 10 | KINSHASA | 350 | 1236 | 904 | 2490 |
| 11 | KONGO CENTRAL | 299 | 0 | 151 | 450 |
| 12 | KWANGO | 13 | 0 | 7 | 20 |
| 13 | KWILU | 50 | 0 | 23 | 73 |
| 14 | LOMAMI | 48 | 0 | 19 | 67 |
| 15 | LUALABA | 90 | 109 | 194 | 393 |
| 16 | MAI-NDOMBE | 4 | 0 | 9 | 13 |
| 17 | MANIEMA | 208 | 76 | 63 | 347 |
| 18 | MONGALA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | NORD KIVU | 687 | 278 | 1906 | 2871 |
| 20 | NORD-UBANGI | 17 | 0 | 5 | 22 |
| 21 | SANKURU | 19 | 0 | 10 | 29 |
| 22 | SUD KIVU | 576 | 22 | 956 | 1554 |
| 23 | SUD-UBANGI | 34 | 2 | 28 | 64 |
| 24 | TANGANYIKA | 13 | 197 | 6 | 216 |
| 25 | TSHOPO | 77 | 337 | 133 | 547 |
| 26 | TSHUAPA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PAYS | | 3367 | 4989 | 6110 | 14466 |

Il ressort de l'analyse faite de ce tableau que quatre provinces contribuent à 73% à l'atteinte de la réalisation pays. Il s'agit du Haut Katanga (25,5%), du Nord (19,8%), de Kinshasa (17,2%) et Sud Kivu (10,7%)

L'analyse de la cascade décrite ci-dessous a permis d'évaluer la rétention des femmes enceintes dans les différents services de soins allant du conseil / dépistage à la mise sous traitement. Le graphique ci-dessous illustre clairement cette situation.

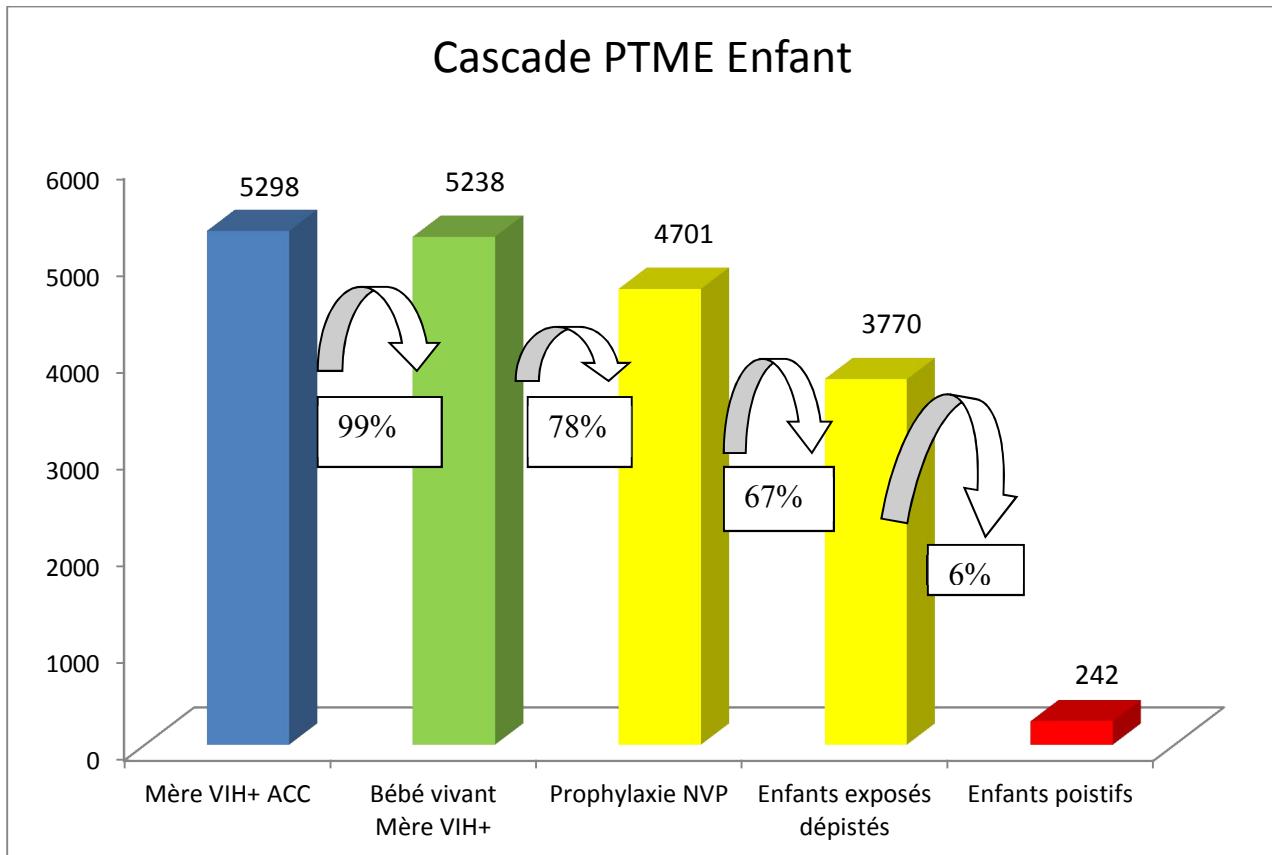
Graphique 9 : Cascade PTME Mère au cours de l'année 2015



Cette cascade montre que 931 686 femmes enceintes ont bénéficié du conseil. Parmi lesquelles 883 606 ont accepté de passer un test de dépistage soit 95%. Il est à noter un meilleur taux de retrait des résultats à 99% (874 065 femmes enceintes). Il sied de signaler que le taux de séropositivité s'élève à 0,96% (8 366 femmes enceintes séropositives sur 874 065 femmes enceintes testées au VIH).

Dans l'ensemble 14 466 femmes enceintes ont été mises sous ARV pour la PTME. Ce nombre est supérieur à celui des femmes enceintes dépistées positives. Ce nombre supérieur à celui des femmes enceintes séropositives renferme également celles qui sont arrivées déjà sous ARV au moment de leur admission dans le service ainsi que celles qui ont été mises sous ARV après l'accouchement pour protéger l'allaitement.

Graphique 10 : Cascade PTME enfant 2015



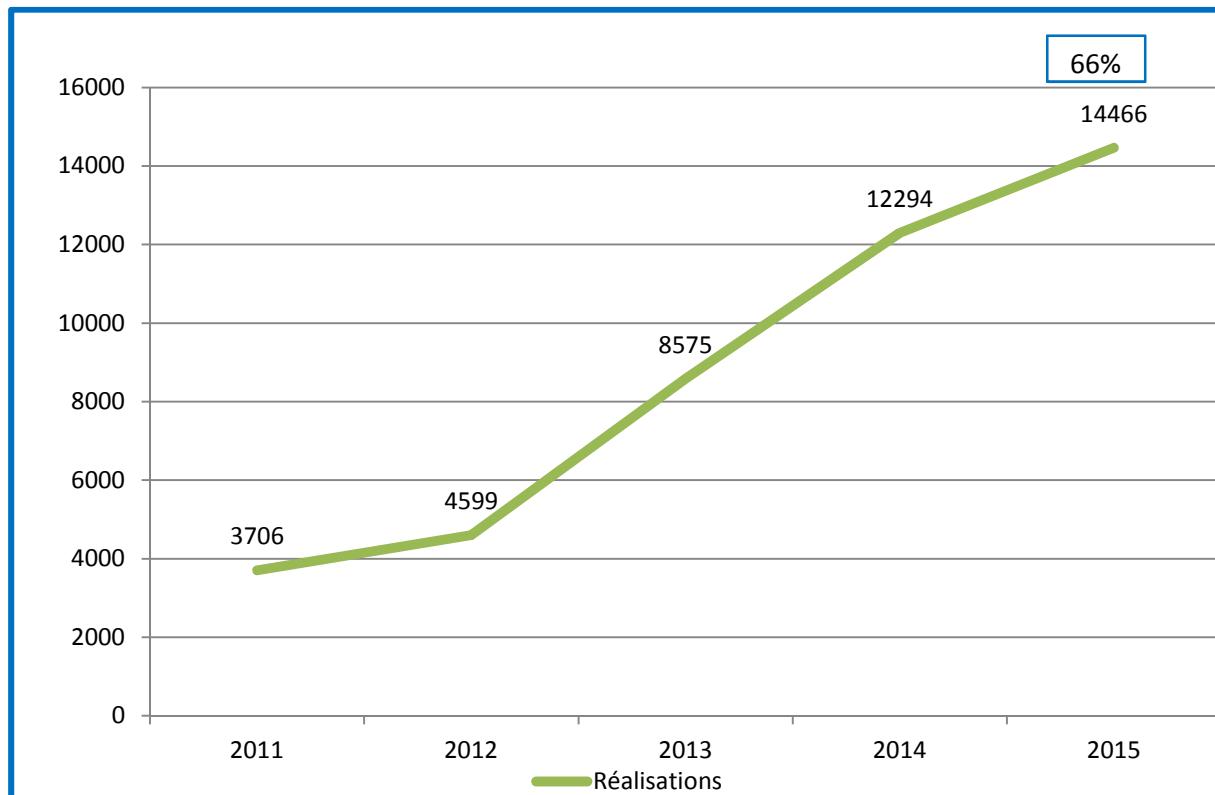
Nous constatons que 5 238 enfants exposés sont issus de 5 298 femmes enceintes VIH+ ayant accouchées à la maternité, soit 99%. De ces enfants exposés 4 701 ont bénéficiés de la prophylaxie à la Névirapine à la naissance soit 89,7%, à la 6^{ème} semaine 3 770 enfants ont bénéficié d'un dépistage précoce soit 80,2%. Sur ce nombre 242 sont positifs soit un taux de séropositivité de 6% parmi lesquels 223 (92%) ont commencé les ARV.

Dans l'ensemble :

- 537 enfants n'ont pas bénéficié de la prophylaxie à la Névirapine, cette situation s'explique par la rupture en Névirapine observée au second semestre de l'année 2015.
- Une légère amélioration est constatée dans le dépistage précoce des enfants (80,7%). Néanmoins, le pays connaît des ruptures en papier buvard à la base de la déperdition d'un nombre important d'enfant exposés et un sérieux problème dans le rendu des résultats dans le délai.
- Selon les estimations Spectrum v5.41, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines en 2015 est de 7,65% et celui incluant la période d'allaitement à 15,32%. Ce taux demeure encore supérieur aux objectifs fixés pour l'élimination de la transmission du Virus de la mère à l'enfant. Des efforts supplémentaires sont attendus pour infléchir la tendance de cette maladie.

En rapport avec l'évolution de la PTME en RDC comparativement aux cibles fixées, le graphique ci-dessous évalue les performances réalisées de 2011 à 2015

Graphique 11 : Evolution de la PTME en RDC de 2011-2015



Il ressort de ce graphique que l'allure de la courbe est croissante pour les résultats obtenus de 2011 à 2015 soit une performance de 13% en 2011 à 66% en 2015 par rapport au Spectrum v5.41.

Il se dégage une évolution progressive en ce qui concerne la PTME en RDC de 2011 à 2015. Cette performance peut s'expliquer par :

- L'amélioration de la couverture intra zone ciblant les maternités avec un taux d'accouchement important et les sites à haute prévalence
- L'extension de l'option B+ passant de 6 ZS en 2013 à 127 ZS en 2015
- Le renforcement des activités communautaires avec les approches innovantes (AMM) pour le suivi de la rétention du couple mère-enfant dans le programme PTME
- Les financements mis à la disposition du pays pour l'appui aux activités PTME.

D. CONSEIL ET DEPISTAGE

Politique Et Interventions Clés

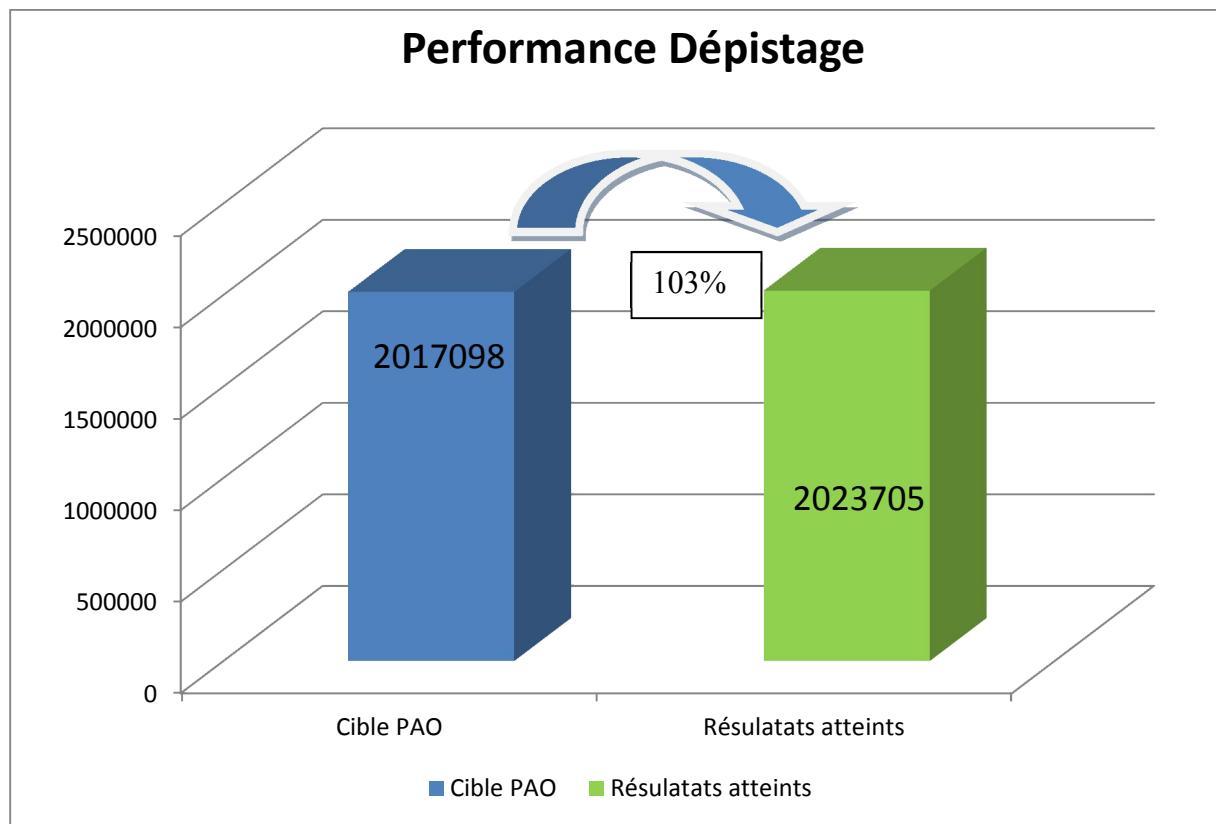
- Promotion de CDV/DCIP dans les FOSA
- Offre de service de dépistage à toute la population en stratégie fixe et avancée
- Ciblage des populations les plus à risque
- Principes: Confidentialité, volontariat, Gratuité, Anonymat

Le dépistage de l'infection à VIH dans la population générale se fait essentiellement en fixe (DCIP/CDV) dans les FOSA et en avancée à travers des sites identifiés dans la communauté. Plusieurs stratégies sont utilisées pour cette fin notamment CDV, DCIP, CDV mobile, dépistage de masse, dépistage ciblée. Ces stratégies ont permis de réaliser les quelques performances que nous présentons ci-dessous :

Résultats

Pour l'année 2015, au total 2 017 098 clients étaient ciblés pour être testés VIH et informés de leurs résultats à travers les portes d'entrée PTME et CDV/DCIP. Le graphique ci-après montre le niveau de performance atteint.

Graphique 12 : Résultats obtenus par cible CDV/DCIP en 2015



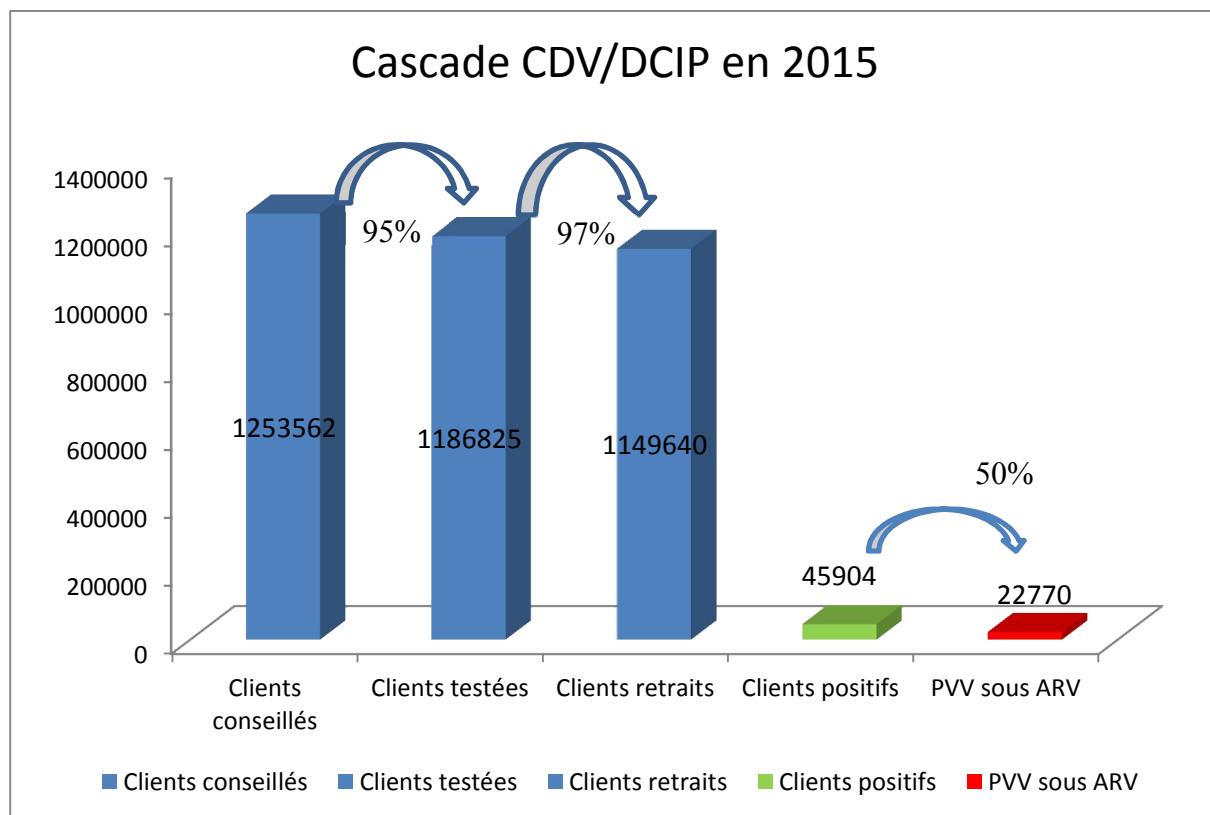
Il se dégage de ce graphique que sur les 2 017 098 clients attendus, 2 023 705 se sont fait dépistés soit 103%.

La performance réalisée globalement en 2015 dans le domaine de dépistage peut s'expliquer par :

- L'appui en test de dépistage du gouvernement aux DPS
- L'organisation des campagnes de dépistage à travers le pays
- L'application et l'intégration effective du DCIP dans les FOSA

De façon désagrégée, la cascade décrite ci-dessous permet d'évaluer les efforts obtenus par porte d'entrée du conseil à l'annonce du statut sérologique.

Graphique 13 : Cascade de dépistage avec la stratégie DCIP



Il ressort de l'analyse de cette cascade que sur les 1 253 562 clients conseillés, 1 186 825 ont bénéficié du testing soit 95% parmi lesquels 1 149 640 ont retiré leurs résultats soit 97%. Le taux de séropositivité à travers cette porte est de 5,76% (45904/1186825). Des 45 904 clients positifs, seuls 22 770 (50%) ont commencé le traitement ARV. Cette situation va certainement s'améliorer avec la stratégie tester et traiter.

Parlant du dépistage dans les FOSA, le tableau ci-dessous illustre les résultats obtenus en 2015 par porte d'entrée :

Tableau 4 : Répartition des résultats obtenus par province en CDV/DCIP et PTME en 2015

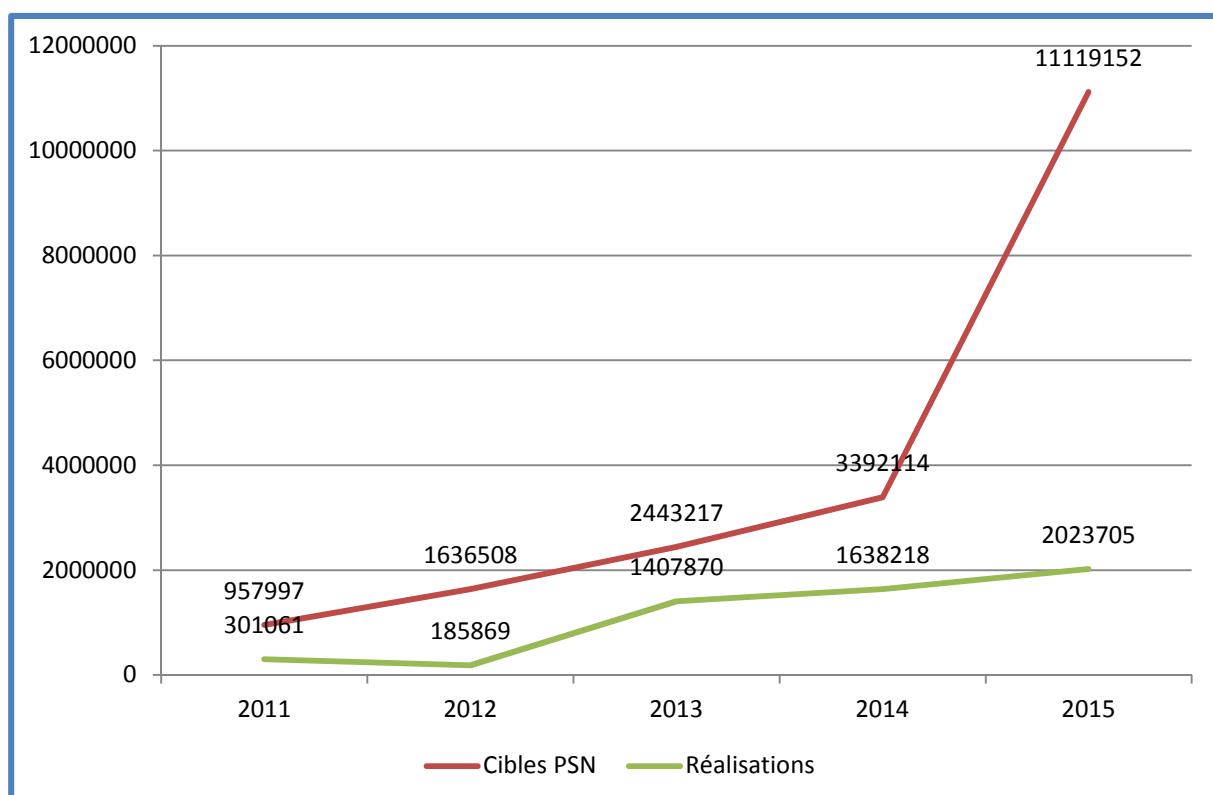
| N° | PROVINCES | CDV/DCIP | | | | PTME | | | |
|--------------|------------------|----------------------|--|----------------------|------------------------------|----------------|------------------------------------|------------------|----------------------|
| | | TEST CDV/DCI P | RETRAI T RESULT ATS CDV/DC IP | VIH+ CDV/ DCIP | TAUX VIH+ CDV/DCI P | TEST PTME | RETRAIT DE RESULTATS PTME | VIH+ PTM E | TAUX VIH+ PTME |
| 1 | BAS UELE | 3 651 | 3 223 | 406 | 4,06 | 3 297 | 3 231 | 100 | 3,03% |
| 2 | EQUATEUR | 2 695 | 2 253 | 440 | 33,85 | 1 044 | 1 003 | 13 | 0,12% |
| 3 | HAUT KATANGA | 109 289 | 115 980 | 7 157 | 2,97 | 114 404 | 112 850 | 2 409 | 2,10% |
| 4 | HAUT LOMAMI | 20 327 | 19 750 | 462 | 0 | 12 111 | 12 098 | - | 0,00% |
| 5 | HAUT UELE | 8 259 | 7 191 | 1 908 | 8,96 | 4 678 | 4 284 | 213 | 4,55% |
| 6 | ITURI | 27 415 | 25 609 | 2 278 | 2,63 | 35 175 | 33 763 | 866 | 2,46% |
| 7 | KASAI | 11 442 | 11 096 | 482 | 2,43 | 6 659 | 6 587 | 198 | 0,98% |
| 8 | KASAI CENTRAL | 49 624 | 48 647 | 1 167 | 12,03 | 29 404 | 30 085 | 97 | 0,32% |
| 9 | KASAI ORIENTAL | 38 640 | 36 883 | 2 229 | 8,88 | 24 378 | 24 398 | 251 | 1,02% |
| 10 | KINSHASA | 275 356 | 266 285 | 8 798 | 8,53 | 197 544 | 190 542 | 1 031 | 0,52% |
| 11 | KONGO CENTRAL | 100 003 | 97 228 | 2 761 | 8,1 | 80 622 | 80 404 | 341 | 0,42% |
| 12 | KWANGO | 49 295 | 49 186 | 172 | 6,88 | 23 964 | 23 744 | 25 | 0,10% |
| 13 | KWILU | 83 385 | 82 094 | 1 346 | 22,43 | 34 781 | 33 583 | 60 | 0,17% |
| 14 | LOMAMI | 21 769 | 21 292 | 500 | 6,85 | 18 089 | 36 759 | 73 | 0,40% |
| 15 | LUALABA | 13 069 | 11 329 | 1 889 | 0 | 17 469 | 16 957 | - | 0,00% |
| 16 | MAI NDOMBE | 7 187 | 7 061 | 163 | 23,29 | 2 134 | 1 620 | 7 | 0,32% |
| 17 | MANIEMA | 29 726 | 28 762 | 1 307 | 4,46 | 10 556 | 9 523 | 293 | 2,78% |
| 18 | MONGALA | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 19 | NORD KIVU | 140 362 | 134 664 | 4 482 | 6,38 | 77 301 | 75 496 | 702 | 0,90% |
| 20 | NORD UBANGI | 2 142 | 3 059 | 337 | 8,02 | 4 993 | 4 993 | 42 | 0,84% |
| 21 | SANKURU | 21 580 | 21 570 | 340 | 7,56 | 10 079 | 10 079 | 45 | 0,45% |
| 22 | SUD KIVU | 123 383 | 117 302 | 4 786 | 8,49 | 120 610 | 110 174 | 564 | 0,46% |
| 23 | SUD UBANGI | 3 086 | 4 699 | 459 | 7,52 | 6 036 | 6 036 | 61 | 0,10% |
| 24 | TANGANYIKA | 15 081 | 11 600 | 605 | 2,75 | 19 684 | 19 088 | 220 | 1,12% |
| 25 | TSHOPO | 26 465 | 26 459 | 1 306 | 3,62 | 28 594 | 26 768 | 361 | 1,26% |
| 26 | TSHUAPA | 527 | 403 | 124 | 23,53 | - | - | - | - |
| TOTAL | | 1 183 758 | 1 153 625 | 45 904 | 5,76 | 883 606 | 852 695 | 7 972 | 1,06% |

En rapport avec la porte d'entrée PTME, il ressort de ce tableau que les provinces de Kinshasa, Sud Kivu, Haut Katanga, Nord Kivu et Kongo Central ont dépisté plus de 75 000 femmes enceintes. Elles sont secondées par les provinces de Kwilu, Kwango, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami, Sankuru, Lualaba, Haut Lomami, Tanganyika, Maniema et Tshopo entre 10 000 à 40 000 et le reste à moins de 10 000. Le taux moyen de retrait des résultats est de 96,5 %. Les taux de séropositivité les plus élevés en rapport avec cette porte d'entrée ont été observés dans les provinces de Haut Uélé (4,55%), Tshopo (3,03%), Maniema (2,78%), Ituri (2,46%) et Haut Katanga (2,10%).

Ce tableau montre que la séropositivité du pays tourne autour de 1,06 % pour la porte PTME et de 5,76% pour la porte CDV/DCIP. Ces taux de séropositivité sont relativement différents d'une province à une autre.

Concernant l'évolution de la connaissance du statut sérologique en RDC, le graphique ci-dessous montre sa progression de 2011 à 2015 en la comparant aux cibles PSN durant la période

Graphique 14 : Evolution de la connaissance du statut sérologique en RDC de 2011- 2015



Il ressort de ce graphique que la courbe de la connaissance du statut sérologique en RDC est croissante de 2011 à 2015. Toutefois le gap demeure important entre les cibles planifiées dans le PSN et les réalisations en 2015 soit 18% de la cible attendue.

Bien que la cible PSN devrait être revue du fait qu'elle avait été calculée en se basant sur une prévalence de 3,5% chez les femmes enceintes en 2011, les besoins non couverts en dépistage restent encore très importants. En dépit d'un appui substantiel en tests de

dépistage, les ruptures de stock récurrentes ont caractérisées la majeure partie des sites en 2015, d'où la nécessité d'accroître des investissements dans ce domaine.

E. PRISE EN CHARGE

Politique et interventions clés



- Prise en charge des infections opportunistes du VIH
- Mise sous cotrimoxazole de toute personne dépistée VIH+ dès le diagnostic
- Mise sous ARV de tous les malades éligibles selon les directives nationales
- Suivi biologique et clinique régulier des malades du VIH
- Gratuité de la prise en charge
- PEC médicale basée sur un traitement standardisé de toute PVVIH selon les directives de l'OMS
- Gratuité de traitement

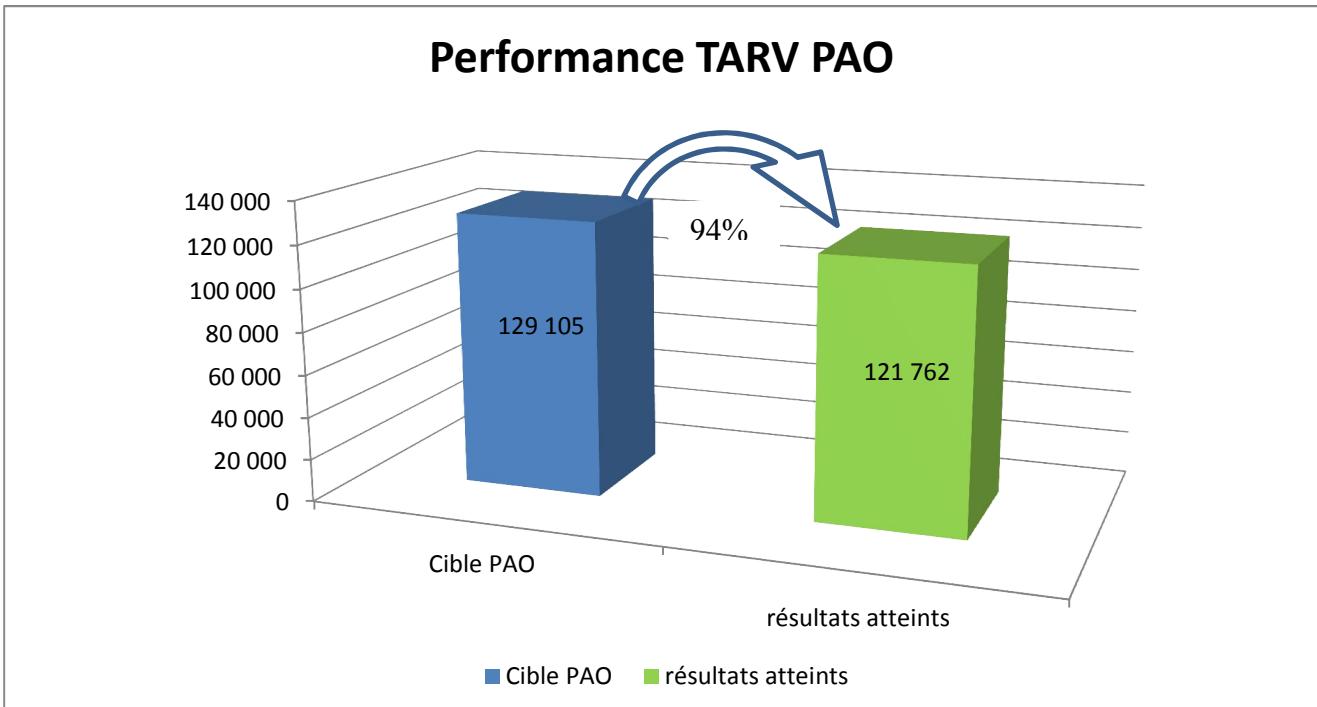
Les activités de prise en charge au niveau pays sont intégrées dans 1 480 sites répartis dans 316 ZS. Elles consistent entre autre dans la prise en charge des infections opportunistes, à la mise sous traitement aux ARV, la prise en charge nutritionnelle et psycho sociale des PVVIH.

Résultats



Pour l'année 2015, la cible des patients encore sous TAR était de 129 105 PVVIH. Le graphique ci-dessous montre la performance réalisée au cours de cette année

Graphique 15 : Résultats obtenus par cible TARV PAO en 2015



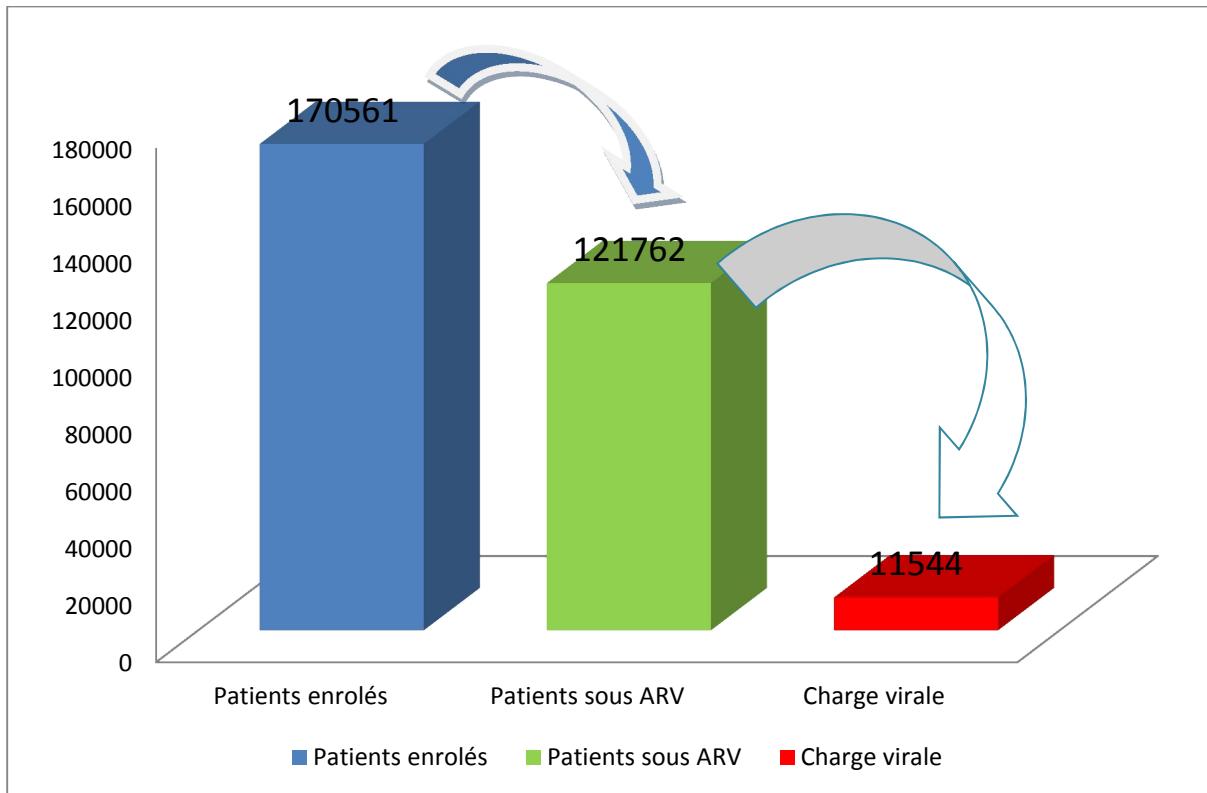
Il se dégage de ce graphique que 121 762 PVVIH ont bénéficié du traitement ARV jusqu'au 31 Décembre 2015 sur les 129 105 attendues, soit 94% de la cible PAO.

Cette performance s'explique par :

- La disponibilité des médicaments ARV
- L'intégration de la prise en charge dans les FOSA (Amélioration de la couverture intra zone)
- L'apport de l'option B+ dans les cohortes
- L'application des directives de l'OMS notamment en rapport avec les critères d'éligibilité
- L'amélioration de la rétention à travers les activités communautaires

La cascade décrite ci-dessous a permis d'évaluer la situation des patients depuis l'enrôlement jusqu'à l'accès de la charge virale. Le graphique ci-dessous nous illustre clairement cette situation.

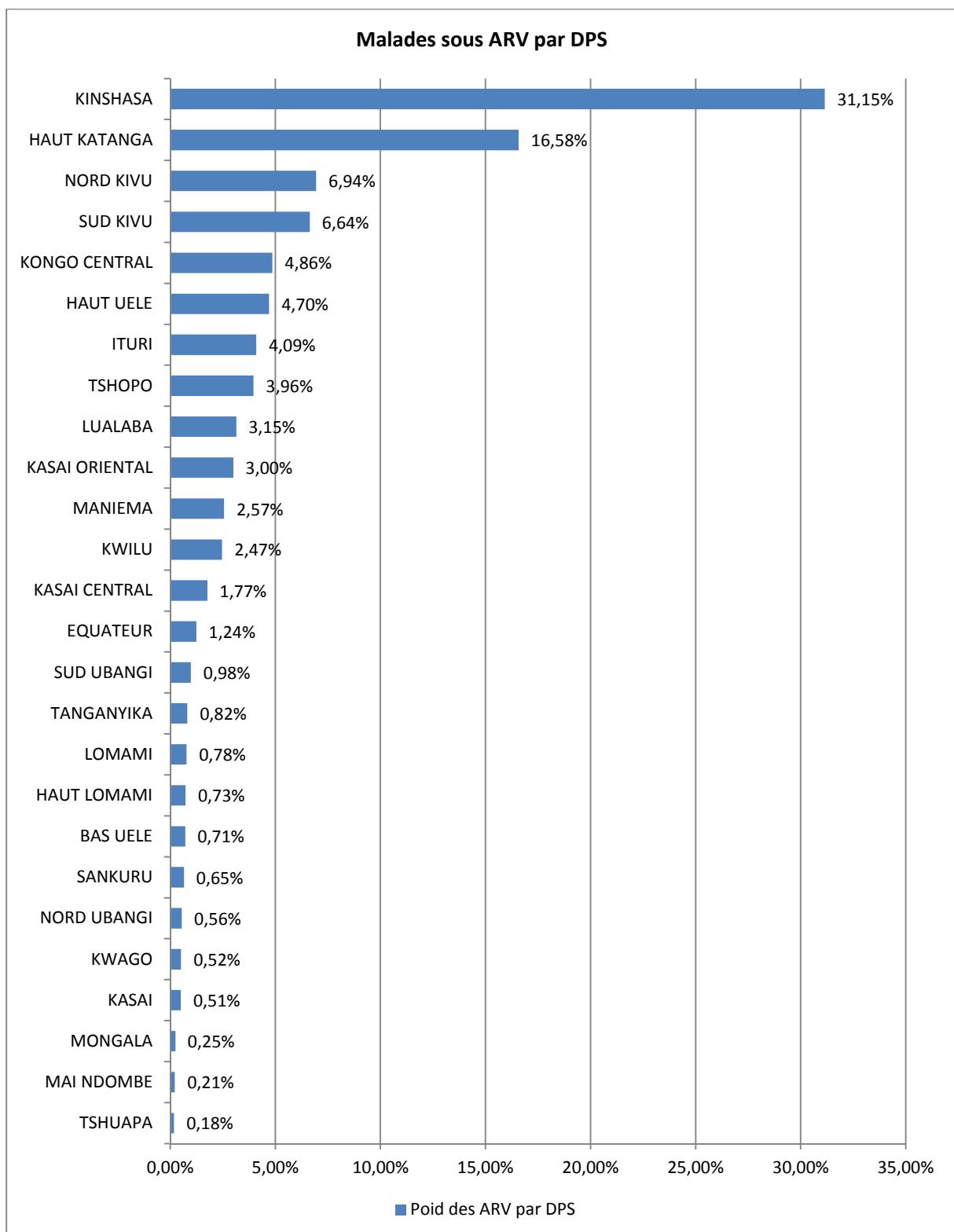
Graphique 16 : CASCADE TAR



Il ressort de ce graphique que parmi les 170 561 patients déjà enrôlés dans les structures de prise en charge, 121 762 sont encore sous TARTV soit 71%. Parmi eux, 11 544 ont pu avoir accès à la charge virale soit 7%. Aucune donnée n'a été disponible pour montrer la proportion des malades qui ont pu atteindre la suppression de la charge virale à ce jour.

En ce qui concerne l'effort de contribution des provinces, le graphique ci-dessous illustre clairement la répartition des malades vue sous cet angle:

Graphique 17 : Proportion des malades par province en 2015



Après interprétation, il se dégage de ce graphique que le poids des malades sous TAR est important dans les provinces de Kinshasa (31%), Haut Katanga (16%), Nord Kivu (6,9%), Sud Kivu (6,6%). Un concours de plusieurs facteurs justifie cette situation. C'est

notamment l'importance du poids démographique des provinces, la densité, la prévalence et des investissements mis à la disposition des dites provinces.

De façon générale, voici ci-dessous représentée la contribution détaillée de chaque province à l'atteinte du résultat atteint en 2015 par sexe et âge :

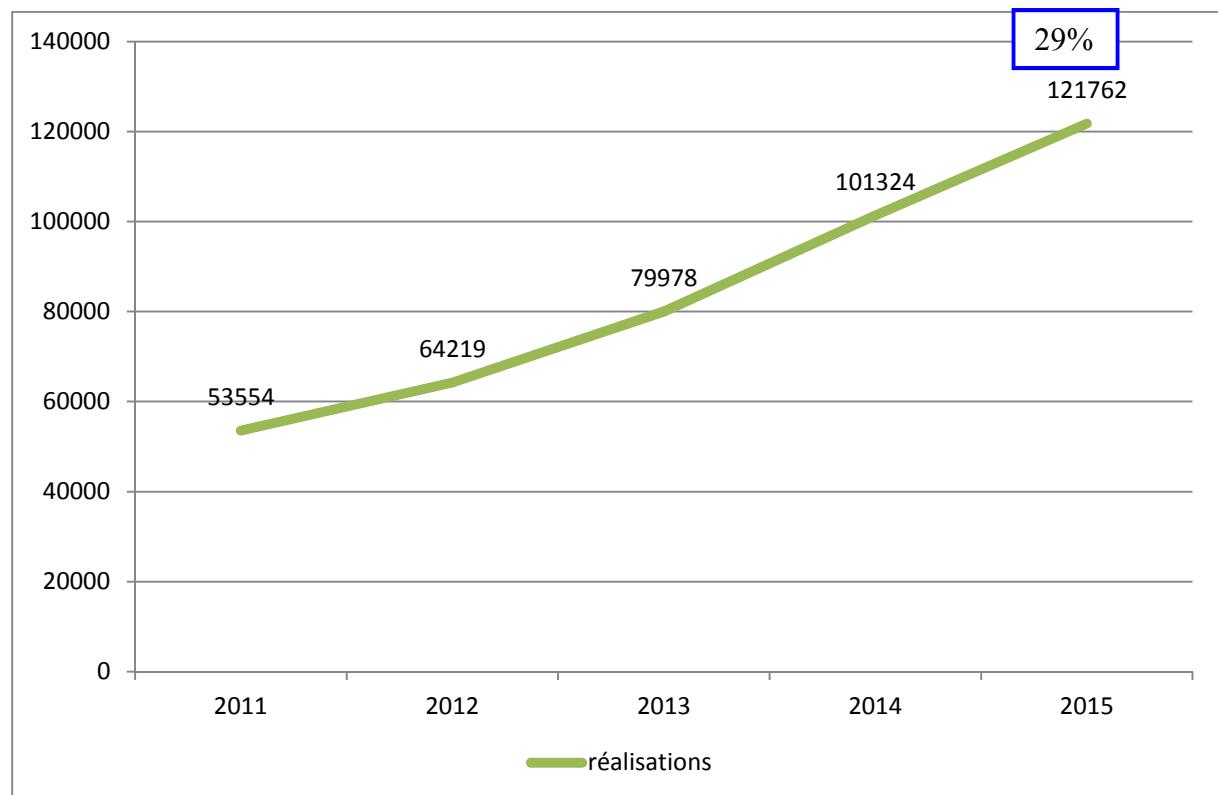
Tableau 5 : Malades sous ARV par DPS

| N° | DPS | MALADES SOUS ARV PAR DPS | | | | | | |
|-------------|----------------|--------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | TOTAL GENERAL | GARCON | FILLE | TOTAL | HOMME | FEMME | TOTAL |
| 1 | KWILU | 3006 | 76 | 80 | 156 | 889 | 1961 | 2850 |
| 2 | KWANGO | 629 | 12 | 10 | 22 | 254 | 353 | 607 |
| 3 | MAI-NDOMBE | 261 | 11 | 11 | 22 | 86 | 153 | 239 |
| 4 | KONGO CENTRAL | 5917 | 116 | 156 | 272 | 1878 | 3769 | 5647 |
| 5 | EQUATEUR | 1509 | 62 | 39 | 101 | 449 | 959 | 1408 |
| 6 | MONGALA | 301 | 4 | 3 | 7 | 116 | 178 | 294 |
| 7 | TSWAPA | 219 | 2 | 4 | 6 | 68 | 145 | 213 |
| 8 | NORD-UBANGI | 676 | 10 | 11 | 21 | 223 | 432 | 655 |
| 9 | SUD-UBANGI | 1197 | 27 | 12 | 39 | 334 | 824 | 1158 |
| 10 | KASAI CENTRAL | 2150 | 29 | 36 | 65 | 689 | 1396 | 2085 |
| 11 | KASAI | 618 | 13 | 26 | 39 | 250 | 329 | 579 |
| 12 | KASAI ORIENTAL | 3653 | 218 | 130 | 348 | 1359 | 1946 | 3305 |
| 13 | LOMAMI | 949 | 35 | 19 | 54 | 259 | 636 | 895 |
| 14 | SANKURU | 795 | 17 | 12 | 29 | 260 | 506 | 766 |
| 15 | HAUT KATANGA | 20183 | 1920 | 2116 | 4036 | 4661 | 11486 | 16147 |
| 16 | LUALABA | 3830 | 467 | 497 | 964 | 760 | 2106 | 2866 |
| 17 | HAUT LOMAMI | 891 | 24 | 25 | 49 | 340 | 502 | 842 |
| 18 | TANGANYIKA | 994 | 25 | 18 | 43 | 246 | 705 | 951 |
| 19 | MANIEMA | 3125 | 50 | 104 | 154 | 1170 | 1801 | 2971 |
| 20 | TSHOPO | 4823 | 92 | 110 | 202 | 1427 | 3194 | 4621 |
| 21 | BAS-UELE | 869 | 5 | 5 | 10 | 258 | 601 | 859 |
| 22 | HAUT-UELE | 5725 | 78 | 100 | 178 | 1679 | 3868 | 5547 |
| 23 | ITURI | 4982 | 341 | 219 | 560 | 1407 | 3015 | 4422 |
| 24 | SUD KIVU | 8083 | 172 | 251 | 423 | 2374 | 5286 | 7660 |
| 25 | KINSHASA | 37925 | 1060 | 1095 | 2155 | 8942 | 26826 | 35768 |
| 26 | NORD KIVU | 8452 | 196 | 241 | 437 | 2239 | 5776 | 8015 |
| PAYS | | 121762 | 5062 | 5330 | 10392 | 32617 | 78753 | 111370 |

Concernant l'évolution des cohortes des malades sous ARV en RDC comparativement aux cibles fixées, elles ne cessent d'augmenter au fil des années au regard du nombre important des portes d'entrée à la base de la mise sous ARV des malades au niveau des FOSA. Les portes d'entrée comme la coïnfection VIH-TB et la PTME restent les grandes

pourvoyeuses dans le domaine de la prise en charge. Le graphique ci-dessous évalue les performances réalisées de 2011 à 2015.

Graphique 18 : Evolution des cohortes des malades sous ARV en RDC de 2011-2015



On remarque que l'allure de la courbe est croissante pour les résultats obtenus de 2011 à 2015. Cette performance en 2015 est à 29% ($121762/423332$) en regardant le nombre des PVVIH estimé dans Spectrum v5.41.

Cette situation trouve en partie raison par les critères d'éligibilité et le faible suivi des PVVIH+ au niveau des FOSA et dans la communauté.

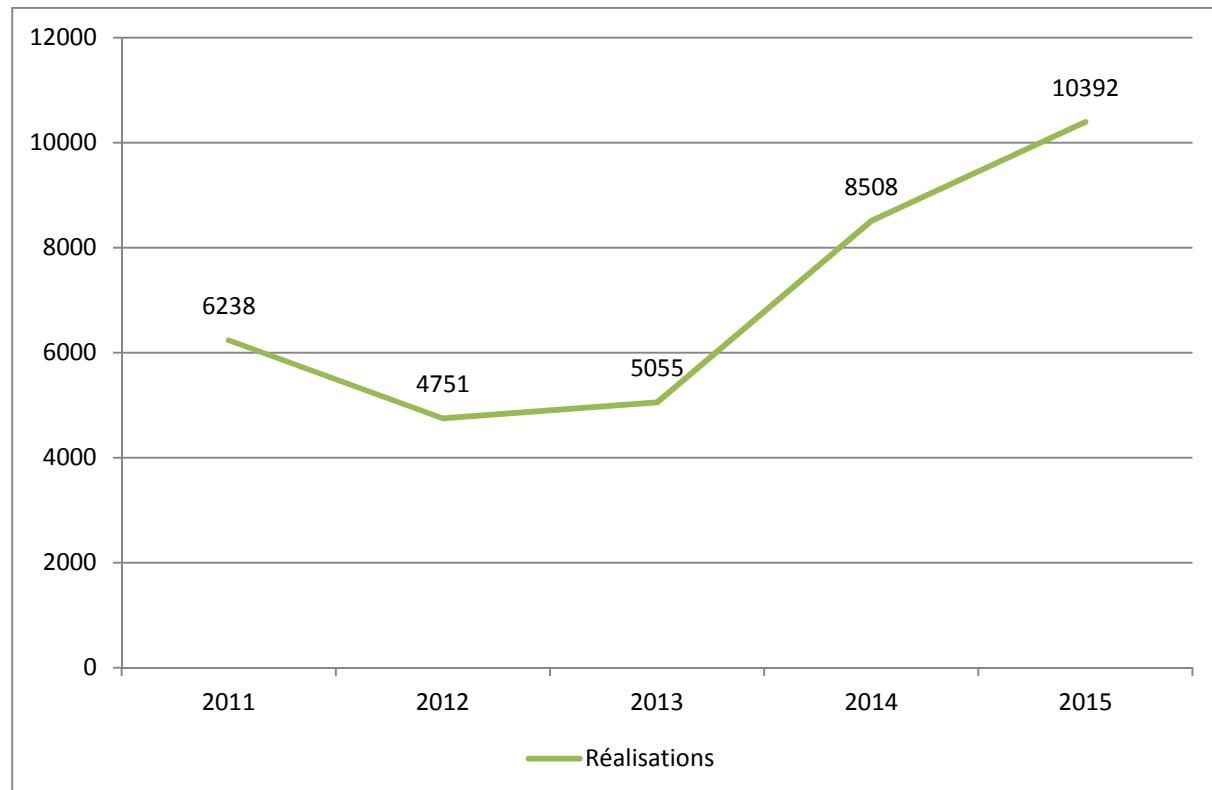
On note une montée dans l'évolution des malades sous ARV de 2011 à 2015. Cette situation s'explique par :

- L'amélioration de la couverture en sites de PEC aux ARV par la mutation des sites PTME en sites de PEC
- L'extension de l'option B+ au niveau pays qui a permis de mettre les malades directement sous ARV : TEST and TREAT
- L'intensification de la dynamique communautaire dans la rétention des malades dans les FOSA

Prise en charge pédiatrique

En dépit de tous les problèmes rencontrés dans la prise en charge pédiatrique en RDC, on note une légère amélioration comme le montre le graphique sur l'évolution des enfants sous ARV de 2011 à 2015 ci-dessous :

Graphique 19 : Evolution de la prise en charge pédiatrique aux ARV en RDC de 2011-2015



Il ressort de cette courbe que la prise en charge des enfants sous ARV connaît une montée allant de 6 238 enfants en 2011 pour atteindre 10 392 en 2015. Toutefois le gap demeure important entre les cibles planifiées et les réalisations en 2015 soit 25% de la cible attendue.

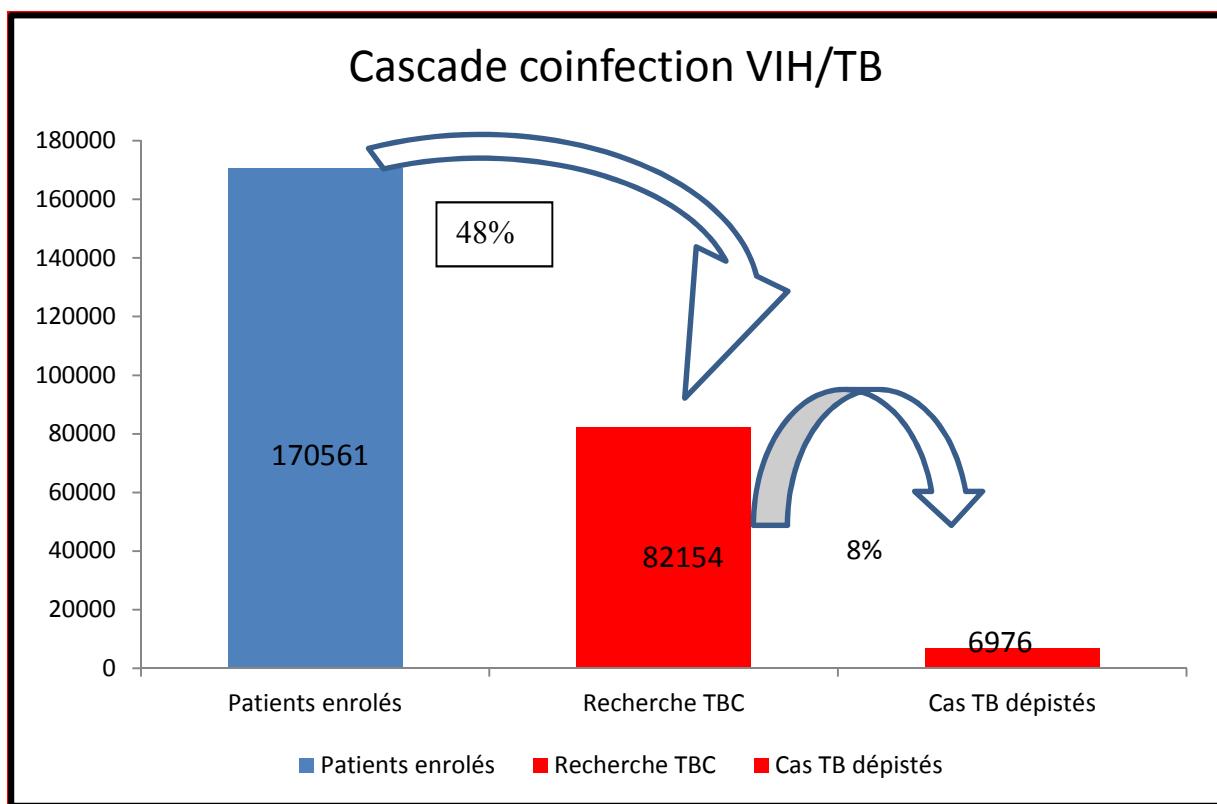
Cette situation s'explique par :

- L'organisation d'un circuit assez formel de collecte et des rendus des résultats dans les provinces avec l'appui des partenaires œuvrant dans le domaine de la PECP. Nous citons l'hôpital pédiatrique de KALEMBELEMBE pour la ville province de Kinshasa, HEAL AFRICA avec GLOBAL STRATEGIES au Nord Kivu, structure prenant en charge un grand nombre d'enfants, l'implémentation de l'option B+ dans le haut Katanga, le centre d'excellence assurant la PEC des patients adultes et enfants, ainsi que l'Hôpital de Mpanzi au Sud Kivu.

F. COÏNFECTION VIH/TB

Les services de coïnfection sont offerts dans 1 480 sites à travers le pays. Ci-dessous, le graphique montrant la cascade d'information partant de l'enrôlement au dépistage de la tuberculose par la porte VIH.

Graphique 20 : Cascade coïnfection VIH/TB



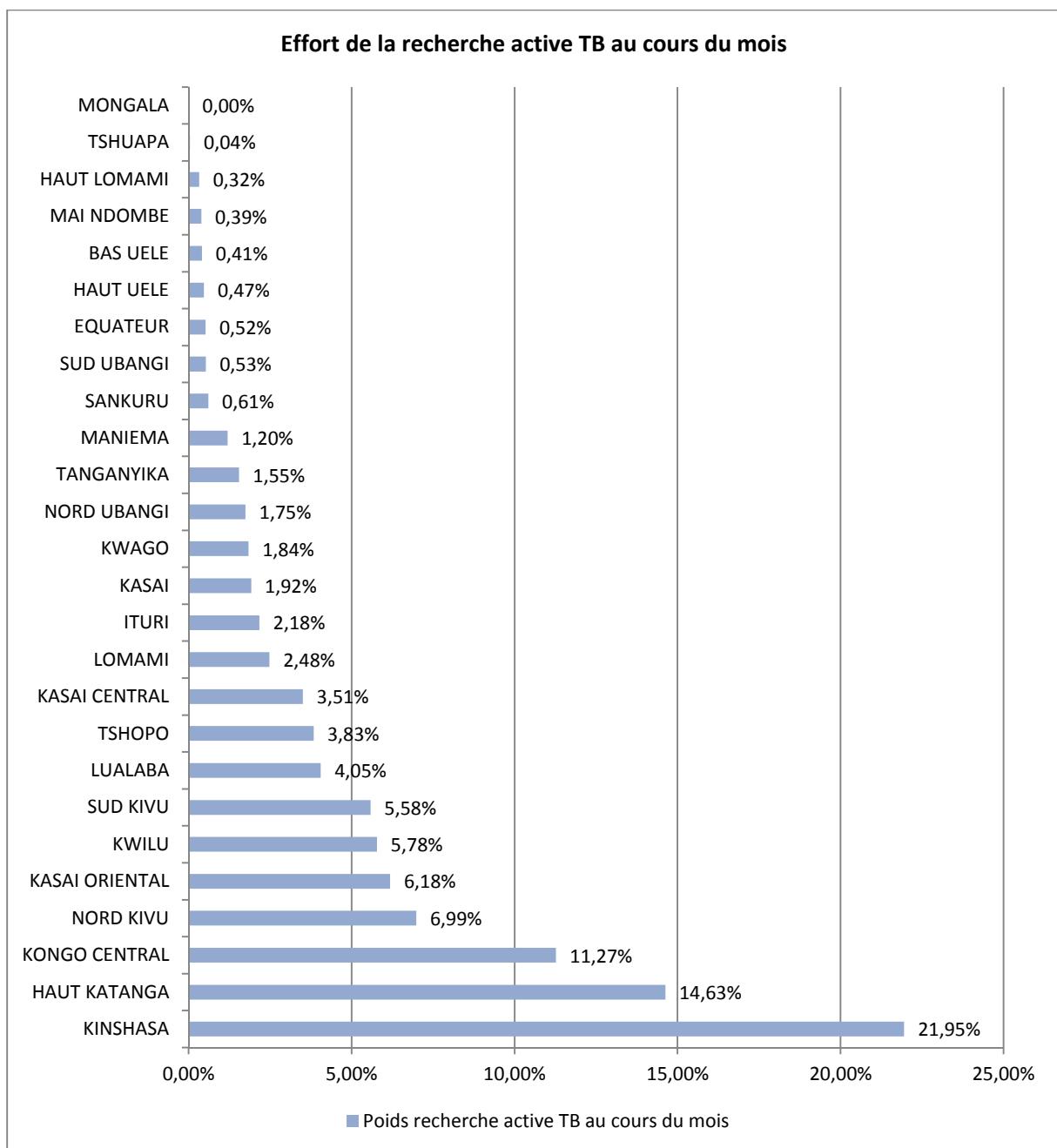
On note que 82 154 malades VIH ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose sur les 170 561 enrôlés soit 48%. Parmi ceux qui ont bénéficié de la recherche active de la tuberculose, 6 976 ont été diagnostiqués comme Co-infectés soit 8%.

Un effort a été fourni par les prestataires pour améliorer la couverture de la recherche active de la tuberculose passant ainsi de 6% en 2012 à 48% en 2015 sur l'ensemble des PVVIH. Cette performance s'explique par :

- Le renforcement des capacités des prestataires sur sites
- La Disponibilité des outils pour la recherche active de la TB auprès des PVVIH et la collecte de cette information (Check List).
- La prise en charge commune des deux pathologies dans les mêmes sites.

Concernant la recherche active de la Tuberculose auprès des PVVIH par DPS, le graphique ci-dessous illustre clairement cette situation :

Graphique 21 : Effort de la recherche active TB au cours du mois



Ce graphique montre l'effort de la recherche active dans les 26 DPS que compte la RDC. On remarque que de façon générale que cette activité est menée dans la plupart des provinces. Toutefois, cet effort n'est pas homogène dans tout le pays avec des écarts importants allant de 0 % pour la DPS Mongala à 22% pour la ville province de Kinshasa.

On note une performance remarquable au-delà de 6% au niveau de 5 provinces (Kasaï Oriental, Nord Kivu, Kongo Central, Haut Katanga, Kinshasa). Cette situation s'explique par :

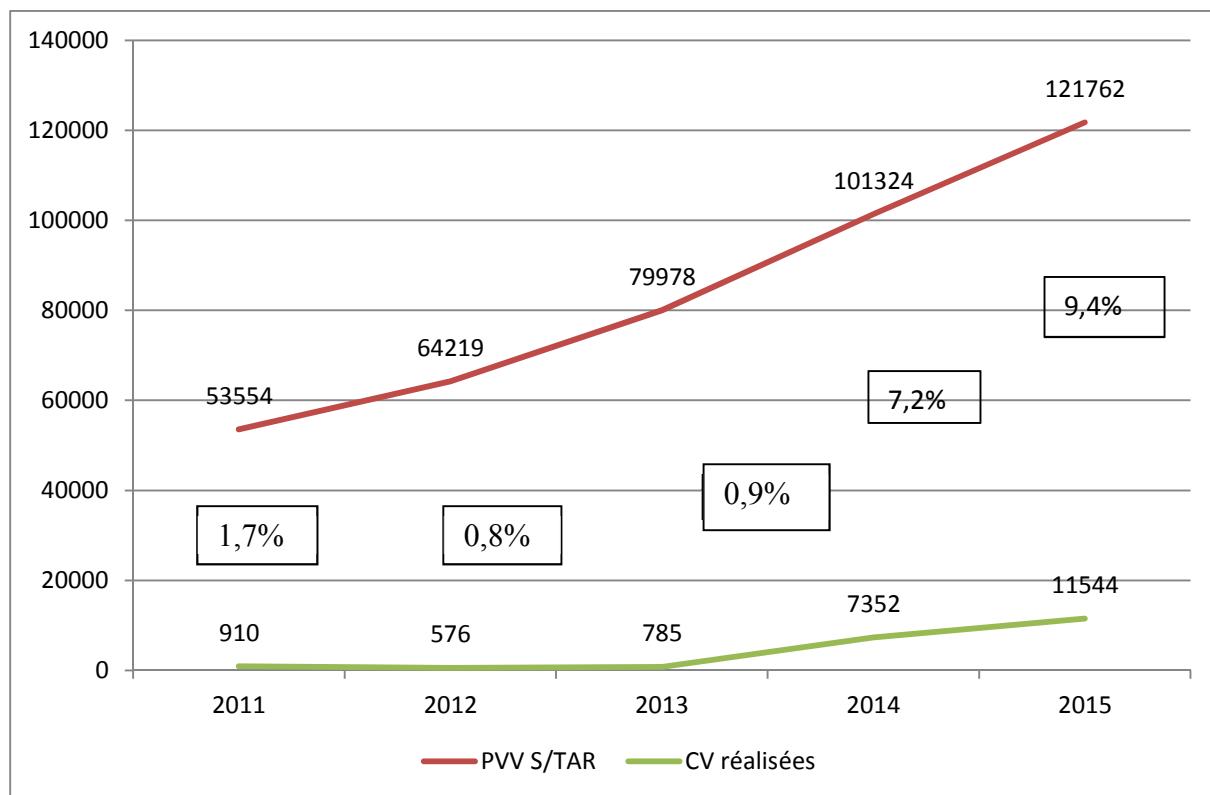
- La disponibilité d'outil notamment de check List au niveau des sites de prise en charge,
- Le renforcement des capacités des prestataires au niveau des FOSA du pays.

G. LABORATOIRE



Concernant les activités réalisées au laboratoire, le présent rapport s'est focalisé sur deux traceurs à savoir l'accès à la charge virale auprès des PVVIH sous ARV et le diagnostic précoce chez les enfants exposés en RDC de 2011 à 2015 comme l'illustrent les graphiques ci-dessous :

Graphique 22 : Evolution de l'accès au dosage de la charge virale en RDC de 2011-2015



Il ressort de ce graphique que la courbe de la charge virale connaît une croissante avec une remontée en 2014 et 2015. Toutefois il sied de signaler que le taux de réalisation reste encore faible passant de 1,7% en 2011 à 9,4% en 2015.

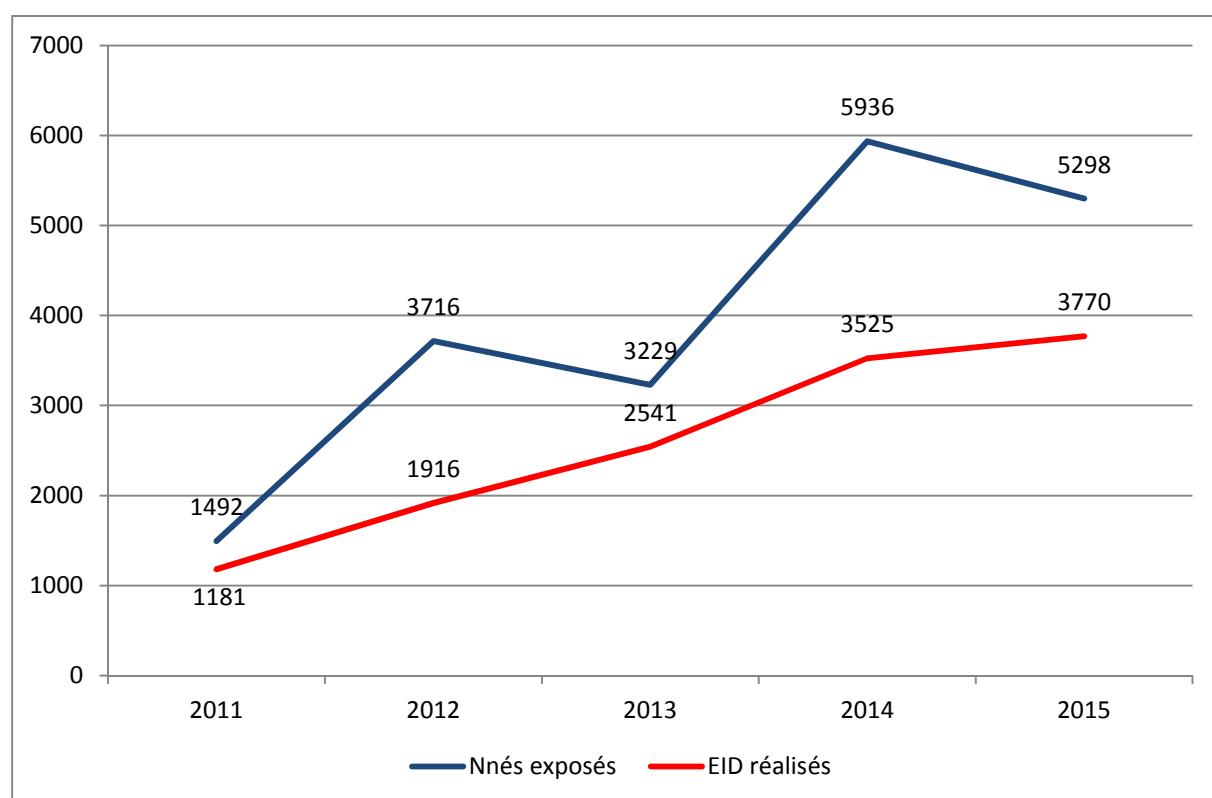
De manière générale, l'accès au dosage de la charge virale connaît encore beaucoup de difficultés entre autre :



- La faible couverture en équipement pour la charge virale (3/26 DPS réalisent la charge virale) ainsi que la faible fonctionnalité du réseau
- Le suivi des PVVIH se faisant plus par le CD4 que la Charge virale contrairement aux directives actuelles de l'OMS
- La faible application des directives de l'OMS mettant l'accent sur l'efficacité du traitement par la charge
- Ruptures récurrentes en intrants et réactifs pour la charge virale
- Suivi biologique des PVVIH se réalise plus avec le CD4 que la CV
- Faible accessibilité / faible couverture de la charge virale.

S'agissant du dépistage précoce, le graphique ci-dessous illustre l'évolution de cette activité de 2011-2015.

Graphique 23 : Evolution du dépistage précoce des enfants exposés en RDC de 2011-2015



Il ressort de ce graphique que le dépistage précoce auprès des enfants exposés connaît une nette amélioration dont les résultats atteints en 2015 ont triplés par rapport à 2011. Cette performance s'explique par :

- L'amélioration de la disponibilité des papiers buvard dans les FOSA au fur du temps
- Le renforcement des capacités des prestataires au niveau des FOSA lors de différentes missions de suivi et supervisions réalisées à tous les niveaux

- L'implication de la dynamique communautaire dans la rétention du couple mère –enfant.
- L'appui des partenaires dans le transport des échantillons DBS au niveau des différents laboratoires.

6.2 INFORMATIONS STRATEGIQUES

6.2.1 Surveillance

Plusieurs études ont été menées pour mettre à jour les informations stratégiques en RDC avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Il s'agit notamment de :

- Enquête de sérosurveillance 2015 : enquête qui permet de faire le suivi des tendances de l'épidémie à VIH auprès des femmes enceintes de 15-49 ans dans les sites CPN de la RDC. Au cours de cette année, la collecte des échantillons a été réalisée dans 60 sites sentinelles. Les étapes de contrôle qualité, de l'analyse et élaboration du rapport seront réalisées en 2016.
- Enquête sur les populations clés : cette enquête a été organisée pour la réalisation de la cartographie des populations clés (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, professionnels de sexe, utilisateurs des drogues injectables) ainsi que l'estimation de la taille de ces populations. Le protocole a été élaboré et soumis au comité éthique en 2015. La collecte des données et la production du rapport seront réalisées en 2016. A l'issue de ce processus, les normes seront définies pour la mise en œuvre des interventions en faveur de ces populations en RDC.
- Actualisation des profils VIH provinciaux : enquête qui permet la collecte exhaustive des données sur le VIH pour dégager les tendances de l'épidémie et permettre une bonne planification des interventions dans chaque province. Le protocole a été actualisé étant donné que c'est la deuxième enquête à réaliser au niveau du pays. Il s'est avéré une nécessité de réaliser également le profil TB pour permettre aux deux programmes d'avoir la physionomie claire de ces deux maladies à travers la RDC. Les discussions ont été amorcées entre toutes les parties prenantes pour l'élaboration d'un protocole unique VIH-TB. L'enquête proprement dite se réalisera en 2016.

6.2.2 Recherche

Des enquêtes d'envergures ont également émaillé l'année 2015 :

- Evaluation de la qualité de la prise en charge des PVVIH en RDC : étude visant la détermination niveau de la qualité de la PEC au VIH et les facteurs pouvant influencer cette qualité. Le protocole a été élaboré et validé au comité éthique de

l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa. La collecte des données a été réalisée dans sept provinces de la RDC. L'analyse et l'élaboration du rapport se feront en 2016.

- Evaluation du plan E-TME collecte des données pour l'identification des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du plan e-TME 2012-2017 afin de proposer les stratégies pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le maintien des mères en vie. Le protocole a été élaboré et validé au comité éthique de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa. La collecte des données a été réalisée dans les 11 anciennes provinces de la RDC. L'analyse et l'élaboration du rapport se feront en 2016.
- Adéquation de l'option B+ : étude réalisée dans deux provinces (Haut Katanga et Kongo Central) dans le but d'améliorer le programme PTME en vue de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Sur le plan programmatique, les objectifs suivants étaient poursuivis : l'évaluation des services de cascade de l'option B+, la détermination des taux d'acceptabilité et de fiabilité des protocoles de mise en œuvre de l'option B+ par les prestataires ainsi que l'évaluation des liens de la communauté avec les structures sanitaires dans la mise en œuvre des activités PTME dans le cadre de l'option B+. En outre, sur le plan de l'efficacité et de l'impact, l'étude visait la détermination des taux de transmission du VIH selon l'option B+ et l'option A, l'évaluation des effets secondaires de la trithérapie sur les nouveau-nés, la détermination du taux de prévalence de la coïnfection VIH-TB chez les femmes enceintes et l'évaluation de l'adhérence et de la rétention en soins des femmes vivant avec le VIH sous TAR. Le protocole a été validé par le comité éthique de l'ESP Kinshasa, la collecte des données réalisée et la production du rapport préliminaire. Le rapport final sera finalisé en 2016.
- Les états des lieux de la prise en charge pédiatrique analyse situationnelle réalisée dans sept provinces de la RDC visant la détermination des goulots d'étranglement qui entravent l'utilisation des services de dépistage précoce, l'initiation du TAR, le suivi et la rétention des soins. Elle visait également le développement conjoint des efforts pour relever les défis liés à la PECP en RDC. L'enquête a été entièrement réalisée, le rapport a été diffusé ainsi que la feuille de route de l'accélération de la PECP en RDC d'ici 2017.

6.2.3 Mise en place des logiciels TIER.NET & MESI

A part la collecte des données de routine sur papier, la gestion des données VIH en RDC est également facilitée par l'utilisation des logiciels de transmission et de gestion individuelle des malades. C'est dans ce cadre que fonctionne MESI, plateforme électronique sur Internet qui permet la collecte, le traitement et la diffusion des données sous forme agrégée ainsi que Tier.Net, qui interconnecte les registres utilisés au niveau de chaque FOSA pour le suivi longitudinal des malades.

a. Situation actuelle MESI

En 2015, le logiciel MESI a été implanté dans 88 ZS sur les 516 que compte la RDC, soit une couverture géographique de 17%. Ces ZS rapportent déjà les données de 918 FOSA pour lesquelles la complétude est variable. La carte ci-dessous illustre la répartition des ZS utilisant le logiciel MESI en RDC en 2015

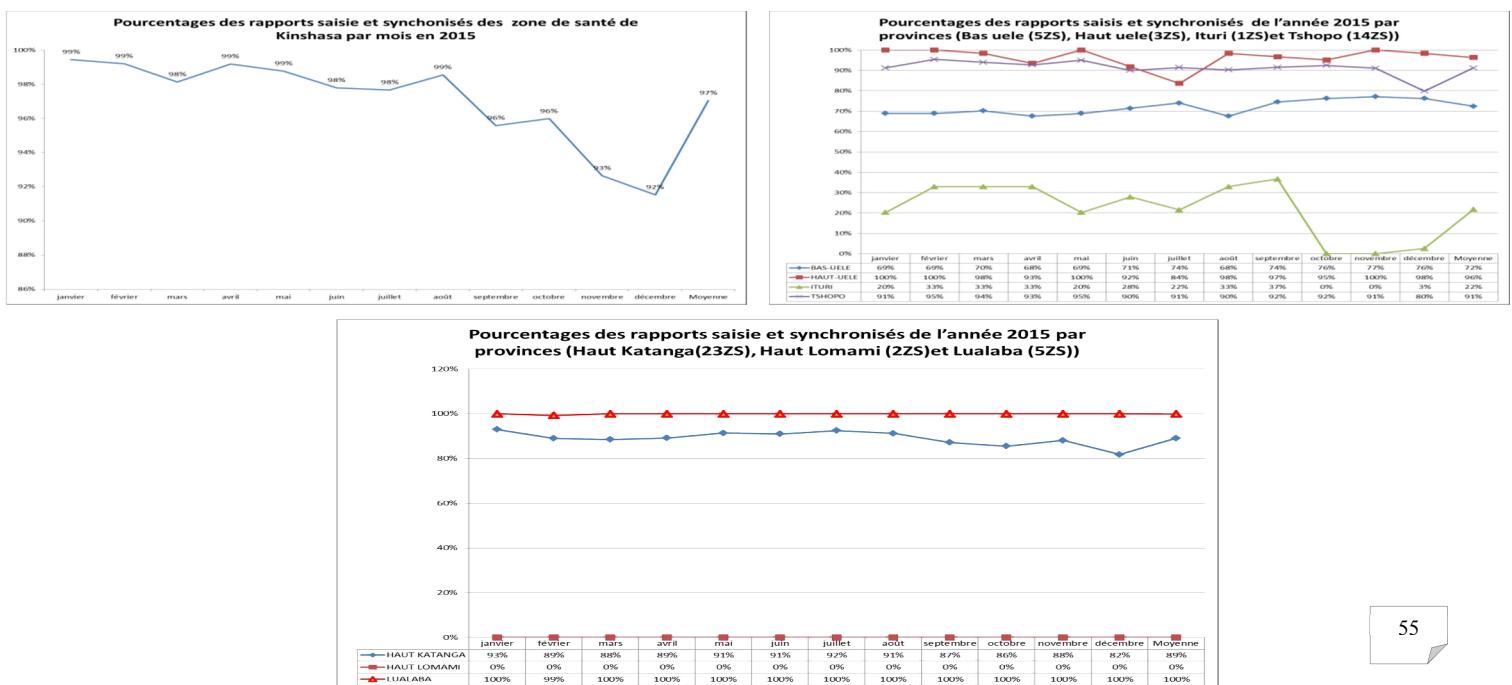


| Nº | PROVINCE | Nb ZS | Nb de structures qui doivent rapporter en 2016 |
|----|--------------|-------|--|
| 1 | KINSHASA | 35 | 401 |
| 2 | BAS-UELE | 5 | 36 |
| 3 | HAUT-UELE | 3 | 17 |
| 4 | ITURI | 1 | 16 |
| 5 | TSHOPO | 14 | 108 |
| 6 | HAUT LOMAMI | 2 | 19 |
| 7 | HAUT KATANGA | 23 | 279 |
| 8 | LUALABA | 5 | 42 |

Les résultats suivants ont été obtenus en 2015 avec ce logiciel :

- Synchronisation des rapports par province

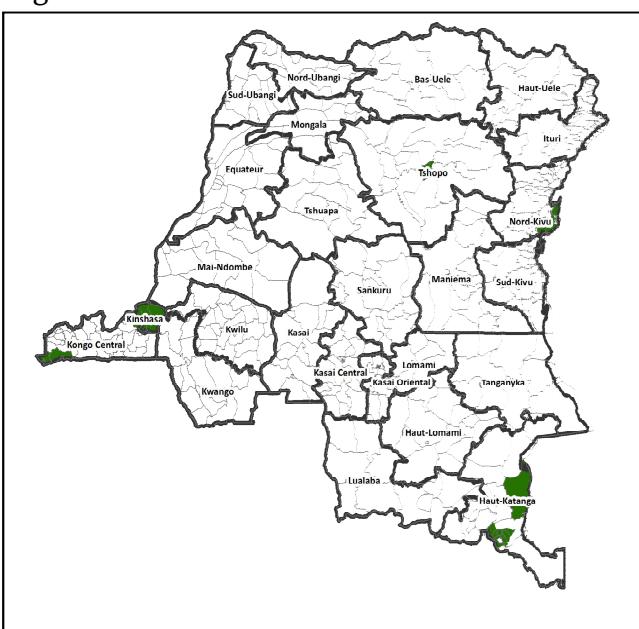
Les graphiques ci-dessous démontrent le pourcentage des rapports saisis et synchronisés au niveau des ZS en 2015



Il se dégage après analyse que la promptitude des rapports saisis et synchronisés pour la ville de province de Kinshasa varie autour de 96% en moyenne. Concernant les provinces du Nord Est du pays, on note des promptitudes qui vont à 91% pour la Tshopo, 72% pour le Bas Uélé, 96% pour le haut Uélé et 22% pour l'Ituri. Pour les provinces du Sud, on remarque le Lualaba qui a une promptitude 100%, suivi du haut Katanga et du Haut Lomami avec des promptitudes respectives de 89% et 0%.

b. TIER.NET

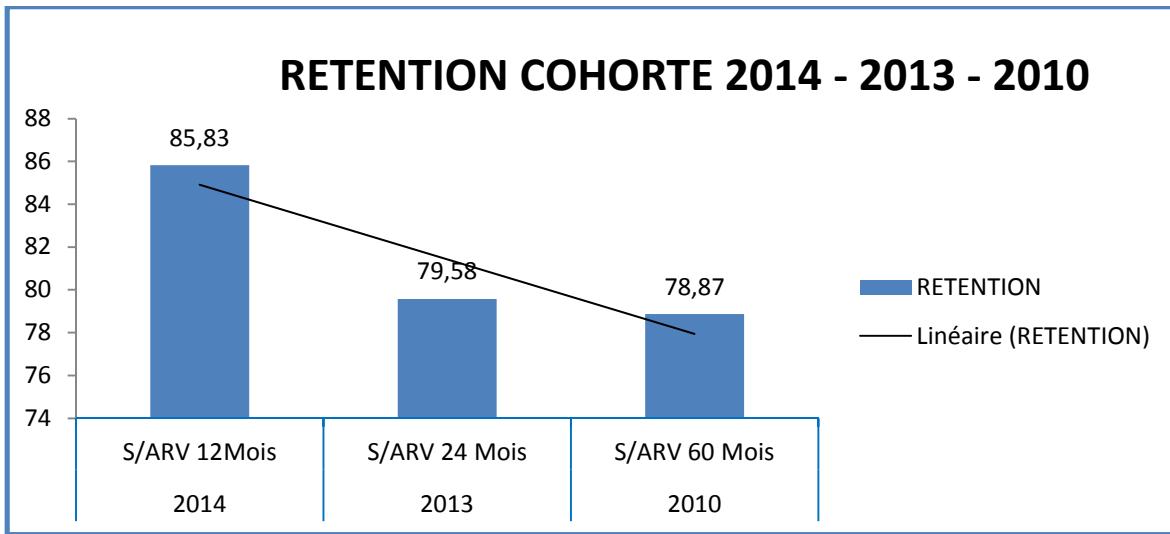
En 2015, le logiciel TIER.NET a été implanté dans 71 ZS sur les 516 que compte la RDC, soit une couverture géographique de 14%. Le système a déjà intégré les données de 335 FOSA VIH. La carte ci - dessous illustre la répartition des sites ayant implémentées le logiciel Tier.Net en RDC en 2015.



| PROVINCE | # ZS | SITES |
|---------------|------|-------|
| KINSHASA | 35 | 155 |
| TSHOPO | 5 | 27 |
| NORD KIVU | 6 | |
| HAUT KATANGA | 14 | 131 |
| KONGO CENTRAL | 6 | 8 |
| KASAI OR | 5 | 14 |

L'utilisation du logiciel Tier.Net au niveau des structures sanitaires a permis de faire l'analyse des cohortes et de calculer la rétention des malades à 12mois, 24 mois et 60 mois. Le graphique ci-dessous illustre la rétention des malades sous ARV de 2010 à 2014 :

Graphique 24 : Rétention cohorte 2014 – 2013 - 2010



Après analyse de la cohorte, il ressort que 86% des malades suivis dans les formations sanitaires utilisant Tier.Net sont retenus jusqu'à 12 mois dans le programme des soins, 80 % à 24 mois et 79 % à 60 mois. Cette situation peut s'expliquer par l'intégration de plusieurs approches communautaires (AMM) au niveau des sites ainsi que la mise en place de plusieurs activités à caractères communautaires comme les VAD des pairs éducateurs, les réunions GAS communautaires...)

6.3 Autres activités

6.3.1 Journées Scientifiques

Le PNLS entretient un cadre qui le réunit avec le monde scientifique pour échanger les expériences et partager les informations innovantes dans le but d'améliorer régulièrement la lutte contre le sida en RDC. En 2015, une journée scientifique a été organisée du 08 au 09 décembre 2015 sous le thème l'infection à VIH et les hépatites au cours de laquelle des résultats des études réalisées ont été présentées et les questions sur les populations clés, les hépatites, le suivi des PVVIH discutées entre acteurs.

Cette journée été organisée dans le cadre de la célébration de la journée mondiale du Sida et par cette occasion inciter les chercheurs congolais à présenter des abstracts pour la conférence francophone internationale qui devait se tenir à Bruxelles en Avril 2016.



Une vue de la salle de conférence du PNLS à l'occasion des journées scientifiques du 08 au 09 décembre 2015

Sur les 32 abstracts sélectionnés, 27 ont été présentées soit un taux de réalisation de 84 %
Les informations essentielles ci-après ont été retenues

Les populations clés en particulier les MSM restent très actives avec des pratiques sexuelles à risque dans la mesure où une étude a rapporté que 92 % des MSM avaient eu des rapports anaux avec 27 % seulement du taux d'utilisation régulière des préservatifs dans le contexte épidémiologique du taux de prévalence à VIH dix fois supérieure à celle de la population générale en plus d'une diversité génétique des hépatites B et C

Les taux de prévalence des hépatites isolées et des hépatites associées sont plus élevés chez les PVVIH qu'auprès des personnes séronégatives

Les résultats des études de résistance et les indicateurs d'alerte précoce ont traduits une faiblesse dans la prise des PVVIH qu'il faille améliorer en instituant au préalable les analyses biologiques (CV, Résistance, confirmation des tests) avant de décider de mettre le malade sous TAR

Il a été démontré que le taux de prévalence issu du passage des enquêtes de serosurveillance n'était pas significativement différent de celui trouvé lors de la PTME routine

L'adhérence des femmes à la PTME est plus élevée pendant la grossesse qu'après en particulier lors de l'allaitement

6.3.2 Prévention et prise en charge des populations clés

Les activités organisées en faveur des populations clés sont pour la deuxième fois rapportées par le PNLS dans ce rapport, ceci compte tenu de la priorité à accorder à ce groupe moteur de l'épidémie.

Les structures qui ont rapportées sont situées dans la ville de Kinshasa et dans la ville de Lubumbashi.

Dans la ville de Kinshasa il y a des structures ci-après :

- Centre IST Victoire
- Centre IST Matonge
- Centre de santé Saint Hilaire
- Centre de santé Edith CAVELL
- Centre de santé BWAYA

Tandis que dans la ville de Lubumbashi il y a les structures suivantes :

- HGR KAMALONDO
- Centre de santé FRANCIPHAR.

Le paquet des services offerts dans ces centres comprend :

- La prise en charge des IST selon l'approche syndromique ;
- Le conseil et dépistage en stratégie fixe et mobile ;
- La distribution des préservatifs et gels lubrifiants ;
- Les soins, traitement et soutien ;
- Le planning familial ;
- La prise en charge des victimes de violences sexuelles.

La rupture de stocks en intrants PF et en Kit pep explique la non réalisation de ces activités dans certains sites

RESULTATS 2015

1. La prise en charge des IST selon l'approche syndromique

| Indicateurs | Nombre total de tous les NC en consultation | Nombre de nouveaux cas IST | Nombre de contacts parmi les NC IST | Nombre de cas IST conseillés et testés au VIH | Nombre total de cas IST diagnostiqués et traités selon l'approche syndromique |
|--------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|---|---|
| CENTRE IST MATONGE | 4455 | 3523 | 184 | 2350 | 3523 |
| Victoire | 1018 | 703 | 203 | 700 | 700 |
| St Hilaire | 2671 | 1312 | 189 | 159 | 189 |
| CM EDITH CAVELL | 958 | 613 | 11 | 640 | 640 |
| CS BWANYA | 1878 | 1469 | 149 | 1469 | 1469 |
| CS USAFI | 1853 | 1853 | 613 | 1853 | 1821 |
| HGR KAMALONDO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS FRANCIPHAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 12833 | 9473 | 1349 | 7171 | 8342 |

Ce tableau montre la fréquentation de 7 structures de prise en charge des populations clés 74% des cas consultés sont dénombrés comme nouveaux cas d'IST, mais sur 10822 cas

d'IST (NC+ cas contacts), c'est seulement 66% ont été conseillé et testés au VIH et que 77 % ont été traité selon l'approche syndromique.

Il apparaît alors clair que les IST demeurent la première causes de consultation des populations clés et que le 34% d'entre elles ne se sont pas faits testés.

2. Le conseil et dépistage en stratégie fixe et mobile

| Indicateur | Nombre cas conseillés pré test | Retrait des résultats | taux de retrait des résultats | Nombre des cas positifs | Nombre de négatifs | Nombre de cas indéterminés | taux de séropositivité |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------|
| CENTRE IST MATONGE | 2350 | 2350 | 100 | 154 | 2191 | 5 | 6,60% |
| Victoire | 1774 | 1205 | 67,9 | 73 | 677 | 0 | 4,1% |
| St Hilaire | 4038 | 3872 | 95,9 | 246 | 3618 | 8 | 6,1% |
| CM EDITH CAVELL | 967 | 967 | 100 | 30 | 937 | 0 | 3,10% |
| CS BWANYA | 1878 | 1878 | 100 | 61 | 1809 | 8 | 3,20% |
| CS USAFI | 1280 | 1280 | 100 | 51 | 1223 | 6 | 4% |
| HGR KAMALONDO | 1528 | 1528 | 100 | 116 | 1405 | 7 | 7,60% |
| CS FRANCIPHAR | 835 | 835 | 100 | 49 | 782 | 4 | 5,90% |
| Total | 14650 | 13410 | 91,535836 | 730 | 12642 | 40 | 5,4 |

Ce tableau montre que le taux de retrait de résultat est de 91,5% et celui de la séropositivité moyenne est de 5,4%. Cependant tous ces deux taux sont plus faibles au CS Victoire. Par ailleurs HGR Kamalondo a la séropositivité la plus élevée, suivi par le Centre Matonge.

3. Les soins, traitement et soutien

| Indicateurs | Nombre NC PS enrôlées | Nombre NC MSM enrôlés | Nombre de partenaires sûrs enrôlés | Nombre de PS mis sous ARV | Nombre de MSM mis sous ARV | Nombre de partenaires sûrs mis sous ARV | Nombre de perdus de vue | Nombre de décédés |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---|-------------------------|-------------------|
| CENTRE IST MATONGE | 123 | 31 | 11 | 45 | 23 | 11 | 15 | 3 |
| Victoire | 26 | 11 | 6 | 30 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| St Hilaire | 31 | 21 | 38 | 31 | 21 | 38 | 3 | 2 |
| CM EDITH CAVELL | 26 | 2 | 1 | 28 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| CS BWANYA | 49 | 12 | 10 | 46 | 10 | 7 | 8 | 0 |
| CS USAFI | 45 | 6 | 5 | 22 | 4 | 0 | 5 | 0 |
| HGR KAMALONDO | 111 | 5 | 6 | 108 | 5 | 3 | 12 | 0 |
| CS FRANCIPHAR | 46 | 3 | 4 | 45 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| Total | 447 | 85 | 77 | 340 | 68 | 64 | 44 | 6 |

Ce tableau montre que les PS fréquentent 5 fois plus les structures des soins, traitement et soutien que les deux autres catégories. Cependant, on note que 26 % des PS, 12% MSM n'ont pas eu accès aux ARV. Sur le 609 PVVIH ,44 perdus de vue représente 7,2%.

4. Planning familial

| Indicateurs | dépôt provera | implanon | Jadelle | Microgynon | Net'eb |
|--------------------|---------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| CENTRE IST MATONGE | 49 | 12 | 16 | 6 | 50 |
| Victoire | 20 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| St Hilaire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CM EDITH CAVELL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS BWANYA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS USAFI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HGR KAMALONDO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS FRANCIPHAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 69 | 16 | 16 | 6 | 50 |

Ce tableau montre que les activités de PF ne sont pas intégrées dans les structures appuyées par le PEPFAR .on remarque que seul le centre IST Matonge a utilisé plus de trois contraceptifs modernes et c'est le dépôt provera qui est le plus utilisé.

5. La prise en charge des victimes de violences sexuelles

| Indicateur | 0-14 ANS | 15-19 ANS | 20-24 ANS | 25-49 ANS | 50- PLUS |
|---------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| CENTRE IST MATONGE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Victoire | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| St Hilaire | | 6 | 26 | | |
| CM EDITH CAVELL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS BWANYA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS USAFI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HGR KAMALONDO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS FRANCIPHAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 0 | 6 | 26 | 0 | 0 |

Ce tableau montre que toutes les structures n'ont pas rapporté les cas de viols en dehors du centre de santé saint Hilaire où Plus de 80% des victimes sont dans la tranche d'âge de 20-24 ans.

VII. LES GRANDES REALISATIONS DU PNLS AU COURS DE L'ANNEE 2015

7.1. Revue annuelle 2014

Il a été organisée à Matadi dans le Kongo Central du 30 mars au 03 avril 2015 par le PNLS la revue nationale des activités du programme en présence de tous les cadres et agents aussi bien de la direction nationale que des bureaux provinciaux de coordination et sous coordination, des partenaires techniques et financiers ainsi que des directions et programmes spécialisés du ministère de la santé. Cette revue qui a fait focus sur l'accélération de la prise en charge des malades était l'occasion de passer en revue les performances du programme au terme de l'année 2014 dans le pays et de donner les nouvelles orientations de travail aux Provinces pour l'année 2015.



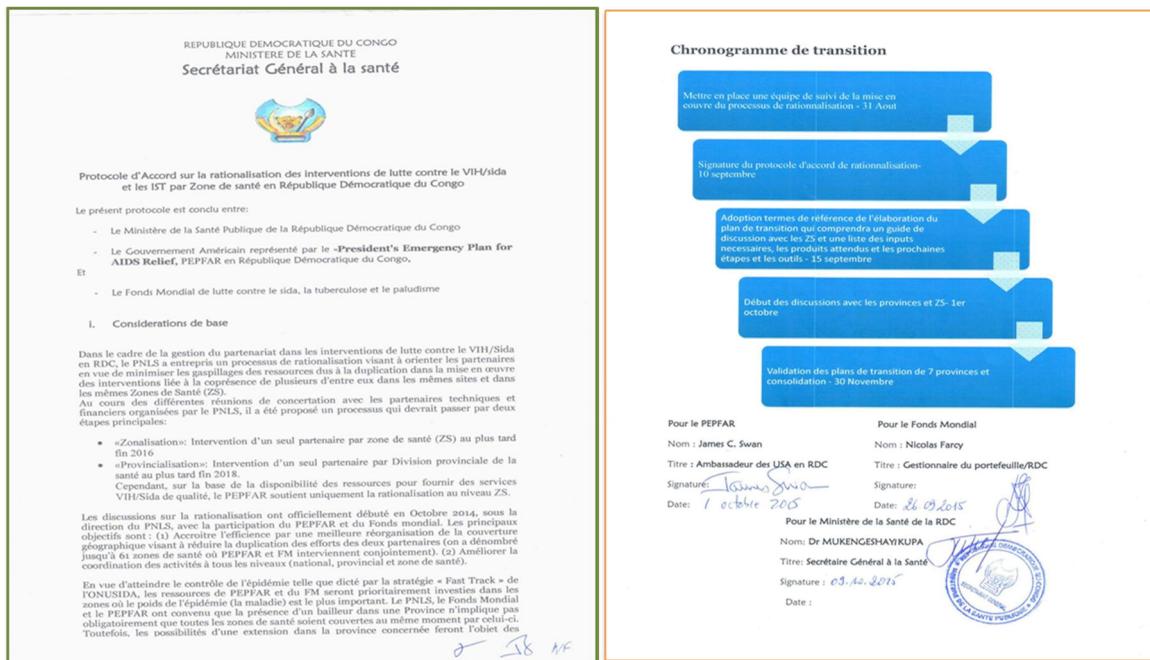
Une vue de la salle de l'hôtel Ledy à l'occasion de l'ouverture de la revue par le vice-gouverneur de la province du Kongo central



Une vue d'une partie des participants à la revue annuelle 2014 à l'entrée de l'hôtel Ledy de Matadi

7.2. Signature du protocole d'accord sur la rationalisation des interventions des activités de lutte contre le VIH dans une zone de santé

Dans le cadre du renforcement de la coordination dans le pays, le PNLS a initié un processus de rationalisation des interventions dans le pays. Ce processus est passé par quatre phases à savoir : (1) la phase de conception au cours de laquelle il y a eu une mise à jour de la cartographie et un état des lieux de la situation, suivie de (2) la phase de négociation avec les différentes parties prenantes à savoir le Fonds Mondial et le PEPFAR. Cette phase a abouti à la signature d'un protocole d'accord, lequel reprend le paquet d'appui et les zones de santé dont l'appui est confié distinctement aussi bien aux deux bailleurs précités qu'au Gouvernement.



Un extrait du protocole d'accord signé entre le ministère de la santé, l'Ambassade des USA et le Fonds Mondial

Les deux dernières phases que sont (3) la phase de mise œuvre et (4) celle de consolidation se sont à poursuivre au-delà de l'année 2015.

7.3. Signature de la convention de collaboration avec le Fonds Mondial au sujet de la note conceptuelle unique VIH/TB 2015-2017

La RDC a été l'un des pays à soumettre pour les premières vagues une note conceptuelle conjointe VIH/TB au Fonds Mondial dans le cadre du nouveau modèle de financement. Après un long processus, le tout s'est soldé par la signature d'une convention de collaboration pour trois années de financement, soit de 2015 à 2017.

7.4. Elaboration du COP15

Depuis plusieurs années maintenant le PEPFAR apporte un appui substantiel à la RDC dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. Au profit des récentes réformes initiées au niveau du PEPFAR, l'écriture du plan opérationnel annuel 2015 (COP15) a été ouverte aussi bien à la partie gouvernementale (PNLS), à la société civile et aux autres partenaires du gouvernement (Fonds Mondial, ONUSIDA et OMS). Dans ce cadre plusieurs réunions et ateliers ont été organisés à ce sujet à Kinshasa, Dar es salaam et Johannesburg.



Photo prise à Dar es salaam où l'on retrouve la délégation congolaise aux côtés de l'Ambassadeur Deborah Birx du PEPFAR après les négociations sur le COP15

7.5. Elaboration des documents normatifs et outils de collecte des données

Pour répondre à l'amélioration de l'arsenal de lutte contre le sida imposée par la l'évolution technique et scientifique en la matière, le PNLS a procédé à la révision de quelques-uns de ses documents normatifs. Il s'agit particulièrement du module de formation en PTME axée sur l'option B+, du guide du prestataire en PTME , du manuel du formateur, du guide de recherche et de l'agenda de recherche. Dans le même ordre d'idée il a été actualisé les outils de collecte et de transmission des données, en particulier en ce qui concerne le CDV, la PTME et la prise en charge des cas ainsi que le canevas unique de collecte.

7.6.Réunions de concertation avec les partenaires techniques et financiers

A un rythme trimestriel, le PNLS organise des réunions de concertation avec les différents partenaires techniques et financiers pour échanger sur la mise en œuvre des activités ainsi que les performances du programme afin d'identifier les éventuels goulots et y trouver des solutions. Plusieurs recommandations sont sorties de ces différentes réunions et ont permis solutionner des questions liées au partage d'information, à la mise en œuvre du programme, à la mise à échelle de la charge virale et du diagnostic précoce du VIH ainsi qu'à la rationalisation des interventions.

Ces réunions sont précédées par des rencontres bilatérales avec les différents partenaires.



Vue d'une réunion de concertation entre le PNLS et les partenaires techniques et financiers, octobre 2015

7.7.Inauguration du laboratoire provincial de référence sida de Lubumbashi

Dans le souci d'améliorer l'accès au service pour le bien être des personnes vivant avec le VIH, la PNLS a élaboré un plan de développement de laboratoire duquel a été tiré la plan d'extension de la charge virale et du diagnostic précoce de l'infection à VIH. C'est dans ce cadre qu'avec l'appui du Gouvernement de la RDC, de PEPFAR/CDC et de l'UNICEF le PNLS a initié les travaux de rénovation et d'équipement du laboratoire provincial de référence sida de Lubumbashi depuis 2014. Au terme des travaux, ce laboratoire qui devrait recevoir en un premier temps des échantillons en partance des provinces du Haut Katanga, Lualaba, Haut Lomami, Tanganyika, Kasai, Kasai Central, Kasai oriental, Lomami et Sankuru a été inauguré en janvier 2015 en présence du Directeur du PNLS, du ministre provincial et des partenaires techniques et financiers.



Vue de la responsable de laboratoire PNLS Lubumbashi qui visite les équipements installés dans le laboratoire réhabilité.

7.8.Campagne de dépistage du VIH

Dans les suites de la célébration de la journée mondiale sida 2015, le PNLS a organisé une large campagne de dépistage du VIH à travers tout le pays. Cette campagne fait suite aux engagements que le pays a pris, sous l'initiative de l'ONUSIDA d'emmener 90% des congolais vivant avec le VIH à connaitre leur statut sérologique : 90% des personnes dépistées VIH au traitement ARV et 90% de ceux qui seront sous traitement à avoir une charge virale négative. Cette initiative ainsi que la campagne elle-même ont été lancée à Kinshasa par Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé publique.



Vue de la cérémonie de lancement de la campagne de dépistage du VIH par SE Ministre de la santé

Cette campagne étendue sur trois mois et lancée au 10 décembre 2016, s'étendue jusqu'au 28 février 2016. Au 31 janvier 2016 , soit en seulement 21 jours, cette campagne a permis de faire connaitre le statut sérologique à plusieurs personnes à travers le pays comme on peut le lire dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Résultat obtenus dans le cadre de la campagne de dépistage

| | Testés | Retrait résultats | Cas positifs | Cas référés au TARV |
|------------------------|--------|-------------------|--------------|---------------------|
| Hommes | 955 | 955 | 32 | 21 |
| Femmes | 1095 | 1095 | 32 | 16 |
| Total | 2050 | 2050 | 64 | 37 |
| Taux de séropositivité | | | | |

Dans l'optique de renforcé le premier pilier de l'objectif 90 90 90 en RDC qui veut que 90 de PVVIH connaissent leurs statut sérologique VIH, ses dépistages a été offert avec préférence aux groupes des populations connues comme ayant la prévalence la plus élevée. C'est le cas des populations clés.

Cette situation justifiée en particulier le fait que le taux de séropositivités ait atteint une moyenne de 3,1%. Par ailleurs le taux de retrait des résultats qui est de 100% plaide d'avantage en faveur de l'organisation de telles activités pour accélérer le dépistage ciblé.



Une vue de SE Ministre de la santé Dr Felix Kabange dans un box de dépistage pendant le conseil prétest et le prélèvement par une infirmière du centre PNLS de Matonge

Cette campagne était précédée par une large sensibilisation de toutes les couches de la population. C'est dans ce cadre que le Directeur du PNLS a animé une conférence de presse afin de circonscrire le cadre dans lequel cette campagne était organisée.



Conférence de presse sur la campagne de dépistage 2015

7.9. Formation en cascade sur le paquet de service VIH

La stratégie des formations arrêtée par le PNLS est celle des formations en cascade. Il s'agit d'abord de former les formateurs du niveau central, ensuite ceux-ci forment les formateurs provinciaux qui à leur tour forment les formateurs du niveau zone de santé. Ce sont ces derniers qui réalisent enfin la formation des prestataires des services au niveau des ZS.

En décembre 2015 seule l'étape du niveau central a été organisée en plus de l'un de deux pools de l'étape provinciale.

Au total 25 experts du niveau national ont été renforcés en capacité. Pour sa part le premier pool des formateurs du niveau provincial a réuni 47 experts dont les capacités ont été renforçées.

VIII. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

9.1. Gestion financière 2015

En dollars

| SOURCES DE FINANCEMENT | PERIODE | PREVISION EN USD | | REALISATION EN USD | SOLDE EN USD | OBSERVATION |
|------------------------|-------------------------|------------------|-------|--------------------|--------------|---|
| SANRU/ FM R8 CONSOLIDE | Janvier à Décembre 2015 | 167434,00 | 7,59 | 167434,00 | 0,00 | |
| CDC/ PEPFAR | Janvier à Décembre 2015 | 570,27 | 0,03 | 597,96 | -27,69 | |
| UNICEF | Janvier à Décembre 2015 | 273 883,71 | 12,42 | 211 408,38 | 62 475,33 | |
| GOUVERNEMENT EN USD | Janvier à Décembre 2015 | 1 763 334,53 | 79,96 | 1 590 651,40 | 172 683,13 | Ce financement comprend les allocations du gouvernement au programme et les salaires des cadres et agents du PNLS |
| TOTAL GENERAL | Janvier à Décembre 2015 | 3 479 390,19 | 100 | 1 802 421,03 | 235 341,64 | |

En 2015, le PNLS a reçu du gouvernement congolais et des autres partenaires pour fonctionner et mener ses activités un montant de 2.205.196,67\$ (Dollars américains deux millions deux cents cinq cent nonante six soixante-sept cens) dans les proportions ci-Dessous :

- Gouvernement : 1763 308, 69\$ (79,96%)
- Unicef : 273 883,71\$ (12,42%)
- SANRU/FONDS Mondial : 167434,00\$ (7,59%)
- CDC/PEPFAR : 570,27\$ (0,03%)

Les proportions d'interventions financières telles décrites démontrent que le gouvernement congolais pour cet exercice vient en première position, suivi de l'Unicef et Sanru FM avec un taux d'absorption de 89,33%.

9.2. Gestion du personnel

Répartition des effectifs à la direction nationale

| <i>Effectifs</i> | <i>Direc t°</i> | <i>DA F</i> | <i>S& E</i> | <i>SUR V</i> | <i>LAB O</i> | <i>PTM E</i> | <i>PE C</i> | <i>CO M</i> | <i>P H</i> | <i>IS T</i> | <i>REC H</i> | <i>TOT AL</i> |
|------------------|---------------------|-----------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Médecin | 2 | 0 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 0 | 6 | 1 | 25 |
| AG | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Biogiste | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| Tech Labo | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 12 |
| Infirmière | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 17 |
| Administratif | 0 | 21 | 1 | 1 | 7 | 1 | 0 | 4 | 0 | 15 | 0 | 50 |
| Pharmacie n | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | |

Répartition des effectifs dans les bureaux provinciaux de coordination

| <i>Effectifs</i> | <i>KIN</i> | <i>BC</i> | <i>BDD</i> | <i>EQ</i> | <i>P.O</i> | <i>MMA</i> | <i>SK</i> | <i>NK</i> | <i>K OR</i> | <i>K OC</i> | <i>KAT</i> | |
|------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|------------|--|
| Médecin | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | |
| AG | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | |
| Biogiste | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Tech Labo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Infirmeière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| Administratif | 6 | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 0 | 6 | 4 | |
| Pharmacien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | |

Répartition des effectifs au niveau des sous coordinations

| <i>Effectifs</i> | <i>BUNI A</i> | <i>KALEMI E</i> | <i>INONG O</i> | <i>TSHIKAP A</i> | <i>GEMEN A</i> | <i>LODJ A</i> | <i>BEN I</i> |
|------------------|---------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|---------------|--------------|
| Médecin | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| AG | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Biogiste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tech Labo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infirmière | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Administratif | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 2 |
| Pharmacien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Répartition des effectifs à la direction nationale, des bureaux provinciaux et des sous coordination

| <i>Effectifs</i> | <i>DIR</i> | <i>D AF</i> | <i>S& E</i> | <i>SU RV</i> | <i>LA BO</i> | <i>PT ME</i> | <i>PE C</i> | <i>CO M</i> | <i>PH AR</i> | <i>IS T</i> | <i>RE CH</i> | <i>BP C</i> | <i>TOT AL</i> | <i>%</i> |
|------------------|------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|----------|
| Médecin | 2 | 0 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 0 | 6 | 1 | 34 | 59 | 25,4 |
| AG | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 | 14 | 6 |
| Biogiste | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 | 5,6 |
| Tech Labo | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 | 13 | 5,6 |
| Infirmière | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 20 | 8,6 |
| Administratif | 0 | 21 | 1 | 1 | 7 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 59 | 109 | 46,9 |
| Pharmacien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1,2 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | 232 | |

Le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA a un effectif de 232 agents et cadres qui couvrent toute l'étendue du pays et répartis comme suit :

- 59 Médecins dont 25 affectés à la Direction Nationale et 34 dans les BPC

- 03 Pharmaciens affectés à la Direction Nationale
- 60 Professionnels de Santé dont 41 affectés à la Direction Nationale et 19 dans les BPC
- 109 Administratifs dont 50 affectés à la Direction Nationale et 59 dans les BPC

IX. GRANDS DÉFIS ET POINTS D'ATTENTION

La mise en œuvre des activités au cours de l'exercice 2015 a été butée à quelques défis qu'il convient de révéler. C'est notamment :

(1) La réforme du secteur de la santé

La gestion du programme en période de réforme du secteur santé se butte à des questions diverses que sont notamment la mise en place des nouvelles DPS et donc des nouveaux bureaux provinciaux de coordination du programme pour un accompagnement de proximité des zones de santé, l'instabilité du personnel du au départ massif des cadres du programme appelés à d'autres fonction au sein même du ministère de la santé, la non transmission des données du fait du fait d'une faible coordination du processus de renouvellement des outils du SNIS.

(2) Démarrage tardif de certains projets

Dans le cadre de l'extension des services et de l'amélioration de l'accès au service, le pays a compté sur le démarrage de plusieurs projets préalablement discutés et dont la mise en œuvre était attendue pour début 2015. C'est le cas de la nouvelle subvention du Fonds Mondial qui devait permettre d'intégrer jusqu'à 61 nouvelles ZS en 2015. C'est également le cas du projet ACT du PEPFAR qui devrait permettre de recruter plus de cinq mille autres enfants sous ARV. Si la mise en œuvre de la subvention Fonds Mondial n'a commencé qu'au mois d'octobre 2015, celle du projet ACT n'a pas pu débuter jusqu'au 31 décembre 2015. Il en va de soi, que cette situation n'a pas permis au PNLS de couvrir les cibles attendues en rapport avec ces grands projets.

(3) La faible motivation des acteurs à tous les niveaux

X. CONCLUSION

L'exercice 2015 a permis de mesurer les progrès réalisés en matière de lutte contre le sida dans le secteur santé en RDC. Si le nombre des femmes enceintes mise sous ARV pour la PTME (14 466) et celui des malades sous ARV (121 762) connaissent une amélioration de façon considérable, un accent particulier doit être mis sur le dépistage discriminatoire ainsi que sur le suivi des patients qui restent encore à des taux très bas.

L'amélioration de l'offre des services de qualité ainsi que le financement garanti au niveau de la pyramide sanitaire constituent des gages importants qui permettront de maintenir l'offre des services aux bénéficiaires à un niveau de qualité optimal.

L'exercice 2015 a noté la faible coordination des activités au niveau intermédiaire, des approvisionnements des intrants/réactifs ainsi que le retard de démarrage de certains projets. Ceci n'était pas sans conséquence sur les performances du Programme.

Au niveau opérationnel, une amélioration de la couverture en intra zone a été notée sur l'étendue du pays malgré les obstacles persistants (le retard du démarrage de certains projets, les ruptures fréquentes de stock en médicaments et intrants dans les structures, etc.).

Les apports des interventions de la lutte contre le VIH/sida pour le renforcement du système de santé ont été perceptibles étant donné que toutes les activités du Plan opérationnel 2015 ont été alignées sur le plan national de développement sanitaire au niveau central et aux plans d'action opérationnels des ZS.

ANNEXES

ESTIMATION SPECTRUM 2015

ADULTES PVVIH

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Population VIH+ | | | | | | |
| Total | 381 187 | 376 993 | 373 058 | 370 540 | 368 820 | 367 856 |
| Hommes | 156 514 | 154 216 | 152 323 | 151 050 | 150 087 | 149 429 |
| Femmes | 224 673 | 222 777 | 220 735 | 219 489 | 218 733 | 218 427 |
| Prévalence (15-49 ans) | 0,86 | 0,82 | 0,78 | 0,74 | 0,71 | 0,68 |
| Nouveaux cas de VIH | | | | | | |
| Total | 14 940 | 14 470 | 11 531 | 10 606 | 9 444 | 8 421 |
| Hommes | 6 596 | 6 440 | 5 075 | 4 677 | 4 149 | 3 694 |
| Femmes | 8 344 | 8 031 | 6 457 | 5 928 | 5 295 | 4 726 |
| Incidence pour 1 000 | | | | | | |
| Total | 0,21 | 0,2 | 0,15 | 0,14 | 0,12 | 0,1 |
| Hommes | 0,19 | 0,18 | 0,14 | 0,12 | 0,11 | 0,09 |
| Femmes | 0,23 | 0,22 | 0,17 | 0,15 | 0,13 | 0,12 |
| Décès annuels dus au SIDA | | | | | | |
| Total | 20 854 | 14 196 | 10 864 | 8 806 | 6 866 | 5 142 |
| Hommes | 10 638 | 6 657 | 4 827 | 3 958 | 3 132 | 2 401 |
| Femmes | 10 215 | 7 539 | 6 037 | 4 847 | 3 734 | 2 741 |
| Décès cumulés dus au SIDA | | | | | | |
| Total | 891 347 | 905 543 | 916 407 | 925 213 | 932 079 | 937 220 |
| Hommes | 437 345 | 444 003 | 448 830 | 452 788 | 455 920 | 458 321 |
| Femmes | 454 002 | 461 540 | 467 577 | 472 425 | 476 159 | 478 900 |
| Mortalité liée au sida pour 100 000 | | | | | | |
| Total | 29,29 | 19,41 | 14,47 | 11,42 | 8,67 | 6,33 |
| Hommes | 30,05 | 18,31 | 12,93 | 10,32 | 7,96 | 5,94 |
| Femmes | 28,53 | 20,5 | 15,99 | 12,5 | 9,38 | 6,71 |
| Total des décès au sein de la Population VIH | | | | | | |
| Total | 24 941 | 18 232 | 14 834 | 12 758 | 10 807 | 9 107 |
| Hommes | 12 552 | 8 535 | 6 664 | 5 779 | 4 944 | 4 221 |
| Femmes | 12 389 | 9 697 | 8 171 | 6 979 | 5 864 | 4 885 |
| Nombre total de décès non liés au sida rapporté à la population séropositive | | | | | | |
| Total | 4 087 | 4 036 | 3 970 | 3 952 | 3 941 | 3 965 |
| Hommes | 1 913 | 1 877 | 1 837 | 1 821 | 1 812 | 1 821 |
| Femmes | 2 174 | 2 159 | 2 133 | 2 131 | 2 129 | 2 145 |
| Nombre total de décès non liés au sida rapporté à la population séropositive qui suit un traitement antirétroviral | | | | | | |
| Total | 1 399 | 1 860 | 2 127 | 2 410 | 2 701 | 3 023 |
| Hommes | 534 | 814 | 934 | 1 063 | 1 199 | 1 352 |
| Femmes | 865 | 1 046 | 1 193 | 1 346 | 1 501 | 1 671 |
| Nombre total de décès non liés au sida rapporté à la population séropositive qui ne suit pas de traitement antirétroviral | | | | | | |
| Total | 2 688 | 2 176 | 1 843 | 1 543 | 1 241 | 943 |

| | | | | | | |
|--------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|
| Hommes | 1 379 | 1 064 | 902 | 758 | 613 | 469 |
| Femmes | 1 310 | 1 112 | 940 | 785 | 628 | 474 |

ENFANTS PVVIH (0 – 14 ANS)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Population VIH+ | | | | | | |
| Total | 42 145 | 40 160 | 36 930 | 34 211 | 31 295 | 28 446 |
| Hommes | 21 305 | 20 304 | 18 667 | 17 290 | 15 814 | 14 376 |
| Femmes | 20 840 | 19 856 | 18 263 | 16 921 | 15 480 | 14 069 |
| Nouveaux cas de VIH | | | | | | |
| Total | 3 338 | 3 851 | 2 394 | 2 331 | 1 895 | 1 639 |
| Hommes | 1 690 | 1 949 | 1 212 | 1 180 | 959 | 829 |
| Femmes | 1 649 | 1 902 | 1 182 | 1 151 | 936 | 809 |
| Décès annuels dus au SIDA | | | | | | |
| Total | 2 700 | 2 292 | 1 927 | 1 676 | 1 532 | 1 395 |
| Hommes | 1 352 | 1 154 | 975 | 849 | 775 | 703 |
| Femmes | 1 348 | 1 138 | 952 | 827 | 757 | 693 |
| Population | | | | | | |
| Total | 31 732 136 | 32 421 655 | 33 117 317 | 33 816 120 | 34 518 447 | 35 222 376 |
| Hommes | 15 913 290 | 16 257 550 | 16 605 397 | 16 954 901 | 17 305 655 | 17 656 772 |
| Femmes | 15 818 845 | 16 164 104 | 16 511 921 | 16 861 219 | 17 212 793 | 17 565 604 |
| Population atteinte du VIH 15-17 | | | | | | |
| Total | 7 562 | 7 784 | 7 940 | 8 008 | 7 956 | 7 846 |
| Hommes | 3 526 | 3 673 | 3 796 | 3 860 | 3 846 | 3 805 |
| Femmes | 4 036 | 4 111 | 4 144 | 4 148 | 4 110 | 4 042 |

TRAITEMENT ARV

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Besoin total thérapie ARV (15+) | | | | | | |
| Total | 310 532 | 311 866 | 313 817 | 316 612 | 320 399 | 325 029 |
| Hommes | 119 896 | 120 718 | 121 860 | 123 319 | 125 176 | 127 376 |
| Femmes | 190 636 | 191 148 | 191 957 | 193 292 | 195 223 | 197 653 |
| Couverture ART de la population éligible (15+) | | | | | | |
| Total | 36,42 | 51,26 | 59,28 | 67,25 | 75,17 | 78,49 |
| Hommes | 28,01 | 46 | 54,5 | 63 | 71,5 | 80 |
| Femmes | 41,7 | 48,5 | 56,38 | 64,25 | 72,13 | 80 |

| Couverture ART des adultes VIH+ (15+) | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Total | 33,46 | 47,51 | 55,33 | 63,19 | 71,16 | 75,17 |
| Hommes | 24,96 | 41,51 | 49,67 | 57,97 | 66,46 | 75,45 |
| Femmes | 39,09 | 45,74 | 53,43 | 61,2 | 69,09 | 77,38 |
| Couverture ART de la population éligible (0-14) | 48,18 | 39,4 | 44,09 | 51,46 | 57,95 | 63 |
| Couverture ART de tous les enfants VIH+ (0-14) | 22,32 | 18,29 | 19,75 | 22,65 | 25,67 | 28,29 |
| Enfants séropositifs VIH (0-14) | | | | | | |
| Total | 41 152, 50 | 38 544, 93 | 35 570, 49 | 32 753, 06 | 29 870, 11 | 27 020, 98 |
| Hommes | 20 804, 59 | 19 485, 42 | 17 978, 45 | 16 552, 24 | 15 095, 26 | 13 657, 10 |
| Femmes | 20 347, 91 | 19 059, 51 | 17 592, 04 | 16 200, 82 | 14 774, 85 | 13 363, 88 |
| Besoin total thérapie ARV (tous âges confondus) | 329 595 | 329 754 | 329 749 | 331 027 | 333 631 | 337 802 |

SYNTHESE PTME

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Mères ayant besoin de PTME | 21 792 | 21 145 | 20 572 | 19 925 | 19 318 | 18 761 |
| Mère recevant une PTME | 14 476 | 11 841 | 14 606 | 13 549 | 14 102 | 14 071 |
| Option A - maternel | 3 277 | 3 172 | 1 234 | 598 | 580 | 375 |
| Option B+: ART commencé avant la grossesse en cours | 7 141 | 5 286 | 11 109 | 11 756 | 12 943 | 13 132 |
| Option B+: ART commencé pendant la grossesse en cours > 4 weeks before delivery | 4 058 | 3 383 | 2 263 | 1 196 | 580 | 563 |
| Couverture PTME | 66,43 | 56 | 71 | 68 | 73 | 75 |
| Couverture PTME pour des traitements plus efficaces | 66,43 | 56 | 71 | 68 | 73 | 75 |
| Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines | 7,65 | 9,51 | 6,16 | 6,44 | 5,33 | 4,76 |
| Taux de transmission final incluant la période d'allaitement | 15,32 | 18,21 | 11,64 | 11,7 | 9,81 | 8,73 |
| Nombre de femmes séropositives allaitant à 3 mois | 21 662 | 21 018 | 20 449 | 19 806 | 19 202 | 18 648 |
| Nombre de femmes séropositives allaitant à 12 mois | 20 332 | 19 728 | 19 194 | 18 590 | 18 024 | 17 504 |
| Nombre de nouvelles infections chez les enfants dues à la transmission de la mère à l'enfant | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | 3 338 | 3 851 | 2 394 | 2 331 | 1 895 | 1 639 |
| Hommes | 1 690 | 1 949 | 1 212 | 1 180 | 959 | 829 |
| Femmes | 1 649 | 1 902 | 1 182 | 1 151 | 936 | 809 |
| Couverture des traitements pour les femmes enceintes séropositives | 51,39 | 41 | 65 | 65 | 70 | 73 |
| Nombre d'enfants séropositifs | 884 | 1 127 | 837 | 899 | 752 | 669 |

ORPHELIN AU SIDA

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Orphelins de mère | | | | | | |
| SIDA | 146 483 | 136 665 | 125 514 | 113 847 | 101 760 | 89 369 |
| Non SIDA | 1 604 942 | 1 629 645 | 1 653 365 | 1 676 201 | 1 697 413 | 1 717 036 |
| Total | 1 751 424 | 1 766 310 | 1 778 879 | 1 790 048 | 1 799 173 | 1 806 405 |
| Orphelins de père | | | | | | |
| SIDA | 268 448 | 258 137 | 238 080 | 217 600 | 196 414 | 174 786 |
| Non SIDA | 2 788 654 | 2 835 888 | 2 882 189 | 2 927 749 | 2 972 471 | 3 016 217 |
| Total | 3 057 102 | 3 094 025 | 3 120 269 | 3 145 349 | 3 168 885 | 3 191 002 |
| Orphelins de père et de mère | | | | | | |
| SIDA | 115 255 | 109 212 | 100 674 | 91 643 | 82 217 | 72 587 |
| Non SIDA | 575 103 | 583 788 | 591 745 | 598 716 | 604 750 | 609 882 |
| Total | 690 358 | 693 000 | 692 419 | 690 359 | 686 967 | 682 469 |
| Total orphelins | 4 118 169 | 4 167 335 | 4 206 729 | 4 245 038 | 4 281 092 | 4 314 939 |
| Tous orphelins du SIDA | 322 643 | 307 222 | 282 700 | 257 696 | 231 914 | 205 569 |

IMPACTS

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Nombre de décès évités par TAR | 11 053 | 16 416 | 18 262 | 18 878 | 19 472 | 19 869 |
| Infections évités par PTME | 3 647 | 2 828 | 4 019 | 3 788 | 3 915 | 3 830 |
| Années de vie gagnées grâce à TAR et PTME | 82 680 | 102 752 | 124 736 | 147 760 | 171 464 | 195 656 |
| Décès évités grâce à l'ART (0-4) | -39 | 180 | 124 | 38 | 26 | 60 |
| Décès évités grâce au cotrimoxazole (0-4) | 607 | 469 | 523 | 528 | 516 | 490 |
| Décès évités grâce au PMTCT (0-4) | 1 224 | 1 286 | 1 410 | 1 549 | 1 517 | 1 432 |