

# Combinaison des approches communautaires « Mère-Mentors » et « CPN-Papa » dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant

République Démocratique du Congo



Accélération de la réponse au VIH en Afrique de l'ouest et du centre : Revue d'expériences et bonnes pratiques



## TABLE DES MATIÈRES

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>ABREVIATIONS</b>   | <b>2</b>  |
| <b>2</b>  | <b>INTRODUCTION</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3</b>  | <b>SITUATION GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH EN RDC</b>   | <b>4</b>  |
| 3.1       | Contexte de la République démocratique du Congo   | 4         |
| 3.2       | Vue d'ensemble de la situation épidémiologique du VIH   | 4         |
| <b>4</b>  | <b>SITUATION DE DÉPART DES 90-90-90</b>   | <b>5</b>  |
| 4.1       | Couverture géographique des services  | 5         |
| 4.2       | Cascade des 90-90-90  | 5         |
| 4.3       | Goulots d'étranglement identifiés dans les différents rapports de mise en œuvre de la PTME              | 10        |
| 4.4       | Goulots d'étranglement auxquels la bonne pratique essaie d'apporter une réponse                         | 11        |
| <b>5</b>  | <b>DESCRIPTION DE LA BONNE PRATIQUE DE « COMBINAISON DES APPROCHES MÈRES-MENTORS ET CPN-PAPA »</b>      | <b>12</b> |
| 5.1       | But   | 12        |
| 5.2       | Objectifs   | 12        |
| 5.3       | Populations cibles  | 12        |
| 5.4       | Acteurs et parties prenantes  | 13        |
| <b>6</b>  | <b>MODÈLE ORGANISATIONNEL DE L'EXPÉRIENCE DE LA COMBINAISON DES APPROCHES MÈRES-MENTORS ET CPN-PAPA</b> | <b>14</b> |
| 6.1       | Introduction du concept   | 14        |
| 6.2       | « Mères-Mentors »   | 15        |
| 6.3       | « CPN Papa »  | 17        |
| 6.4       | Résultats clés obtenus  | 18        |
| 6.5       | Amélioration de l'offre de services de dépistage du VIH   | 21        |
| <b>7</b>  | <b>ELÉMENTS D'INNOVATION</b>  | <b>22</b> |
| <b>8</b>  | <b>FACTEURS DE SUCCÈS</b>   | <b>23</b> |
| 8.1       | Défis/préalables  | 24        |
| <b>9</b>  | <b>LEÇONS APPRISSES</b>   | <b>25</b> |
| <b>10</b> | <b>PÉRENNITÉ</b>  | <b>25</b> |
| <b>11</b> | <b>RÉPLICABILITÉ ET BESOINS POUR UNE MISE À L'ÉCHELLE</b>   | <b>26</b> |
| 11.1      | Réplicabilité   | 26        |
| 11.2      | Besoins pour une mise à l'échelle   | 26        |
| <b>12</b> | <b>CONCLUSIONS</b>  | <b>27</b> |
| <b>13</b> | <b>ANNEXES</b>  | <b>29</b> |

## 1 ABREVIATIONS

|              |   |
|--------------|---|
| <b>AMM</b>   | Approche Mère Mentor  |
| <b>ARV</b>   | Antirétroviraux   |
| <b>AS</b>    | Aire de Santé   |
| <b>BCZS</b>  | Bureau Central de la Zone de Santé                              |
| <b>BPC</b>   | Bureau Provincial de Coordination                               |
| <b>CDR</b>   | Centrale de Distribution Régional                               |
| <b>CDV</b>   | Conseil pour le Dépistage Volontaire                            |
| <b>COP</b>   | Country Operational Plan  |
| <b>BCZS</b>  | Bureau Central de la Zone de Santé                              |
| <b>BPC</b>   | Bureau Provincial de Coordination                               |
| <b>CDV</b>   | Conseil pour le Dépistage Volontaire                            |
| <b>CPN</b>   | Consultation Prénatale  |
| <b>CSDT</b>  | Centre de Santé de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose |
| <b>CV</b>    | Charge Virale   |
| <b>DBS</b>   | Dry Blood Spot  |
| <b>DCIP</b>  | Dépistage et Conseil Initié par les Prestataires                |
| <b>DPS</b>   | Division Provinciale de la Santé                                |
| <b>EDS</b>   | Enquête Démographique et Sanitaire                              |
| <b>e-TME</b> | Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant     |
| <b>FM</b>    | Fonds Mondial   |
| <b>FOSA</b>  | Formation sanitaire   |
| <b>GAS</b>   | Groupe d'Auto-Support   |
| <b>HSH</b>   | Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes                |
| <b>IST</b>   | Infection Sexuellement Transmissible                            |

## 2 INTRODUCTION

Saisissant l'opportunité offerte par la Réunion de Haut-Niveau de 2016 à New-York visant à mettre fin à l'épidémie du SIDA, les Présidents des Assemblées des Ministres de la Santé de la Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest et de la Communauté Économique des États d'Afrique Centrale, l'ONUSIDA et ses partenaires ont appelé à une réponse urgente afin d'aider les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre à réaliser les cibles « Fast-Track » de 2020. En réponse à cet appel, les pays de la région ont développé et mis en œuvre des plans de rattrapage du traitement du VIH afin d'enclencher une dynamique permettant d'atteindre les cibles 90–90–90 d'ici 2020.

La mise en œuvre des plans de rattrapage s'est traduite par l'adoption de stratégies et d'interventions parfois innovantes et dans tous les cas les mieux adaptées au contexte épidémiologique et à l'analyse des programmes déjà mis en œuvre par le passé.

En RDC, le Ministère de la Santé et la Commission nationale du SIDA, en partenariat avec les réseaux de la société civile, ont lancé un processus participatif pour élaborer le plan national de rattrapage. Ce plan ciblait les trois provinces les plus touchées : Katanga, Kinshasa et Orientale, dans le but de fournir un traitement antirétroviral à au moins 80 000 personnes nouvellement diagnostiquées en juin 2018. Le plan de rattrapage a donné la priorité à la mise en œuvre complète de l'approche de traitement global, le transfert de tâches, les modèles différenciés de prestation de services, la prestation de services communautaires pour la prévention de la transmission mère-enfant, le recours à des mères-mentors pour accélérer le diagnostic des enfants, et la mise en œuvre de modèles de point d'accès unique pour l'intégration des services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Pour soutenir le plan national de rattrapage, les réseaux de la société civile ont élaboré un plan opérationnel pour l'extension de la distribution communautaire du traitement antirétroviral et la mise en œuvre du plan de rattrapage a été activement soutenue par des partenaires, notamment dans le cadre d'une mission commune ONUSIDA, OMS, UNICEF, MSF, Fonds mondial, PEPFAR et organisations de la société civile.

L'objectif de ce travail est de documenter 7 situations de bonnes pratiques ou pratiques innovantes dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la documentation du dispositif de « **Combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage et optimiser le traitement chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+ afin d'éliminer la transmission mère enfant en RDC** ».

Les approches développées dans le cadre de la « combinaison des approches communautaires Mère-Mentors et CPN-Papa » apportent une réponse concrète pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC

Il ne s'agit pas d'évaluer cette expérience mais de démontrer la pertinence de la participation communautaire à la mise en œuvre de l'accès aux services de prévention et de soins dans les structures de santé, les CPN pour les femmes enceintes, leur conjoint et leurs enfants.

## 3 SITUATION GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH EN RDC

### 3.1 Contexte de la République démocratique du Congo

En République démocratique du Congo (RDC), la prévalence de l'épidémie de l'infection par le VIH est de 1,2 % au sein de la population générale. Concernant la couverture de l'offre de services, 512 650 personnes étaient estimées comme vivant avec le VIH en 2018. Parmi ces personnes, seules 51% ont eu connaissance de leur statut sérologique, 50% ont été mises sous traitement ARV et 12% ont vu leur charge virale supprimée. S'agissant du contrôle de l'épidémie, 51% des personnes ont eu connaissance de leur statut sérologique, 98% ont été mises sous traitement ARV, parmi lesquelles 33% ont eu accès au suivi de la charge virale avec une suppression à 74%.

### 3.2 Vue d'ensemble de la situation épidémiologique du VIH

**Prévalence dans la population générale :** La RDC connaît une épidémie de type généralisé du VIH/Sida. Sa prévalence au sein de la population générale étant estimée à 1,2 % (EDS 2013-2014). Cette prévalence est 3 fois plus importante chez les femmes de 15-49 ans (1,6%) que chez les hommes du même âge (0,6%). Selon la même enquête, cette prévalence est plus élevée dans la Province du Haut Uélé, de 6,7%, suivie de la province du Maniema (3,9%) tandis que la prévalence la plus basse est de 0,1%, dans le Kasai et le Kwilu.

**Prévalence selon le sexe et l'âge :** Selon l'EDS 2014, la prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les femmes (1,6 %) que parmi les hommes de 15-49 ans (0,6 %). Chez les jeunes 15 – 19 ans, elle est estimée à 0,5%, 20 – 24 ans à 1%. Entre 35 – 40 ans, elle est estimée à 1,9%.

**Disparités provinciales de la prévalence :** La même EDS montre que neuf provinces ont une prévalence supérieure à 1% : Haut-Uele (6,9%), Maniema (3,9%), Haut-Katanga et Kasai Oriental (2,8%), BasUele (2,4%), Sankuru (1,7%), Kinshasa (1,6%), Nord-Ubangi (1,4%), Nord-Kivu (1%). Les autres provinces sont à moins de 1%.

#### 3.2.1 Prévalence au sein des populations clés et vulnérables

**Populations clés :** Dans le rapport 2016 de l'ONG PSSP, la prévalence du VIH est estimée à 3,4% chez les travailleurs du sexe ; 3,3% chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 5,9% chez les consommateurs de drogues injectables (Rapport GAM 2017). Elle est de 1% chez les prisonniers et autres personnes en détention (Rapport GAM 2018).

**Populations vulnérables :** Les cibles camionneurs, miniers, pêcheurs, population du milieu carcéral, femmes et hommes en uniforme, personnes en milieu professionnel, personnes en situation humanitaire et OEV sont retenues du fait de leur état de vulnérabilité et de la prévalence.

**Répartition provinciale des personnes vivant avec le VIH :** Selon les estimations Spectrum 2017 V6.1, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 516 617. Les provinces portant le gros de ce nombre sont Kinshasa, le Haut-Uélé, le Maniema, le Haut-Katanga et le Kasai Oriental.

La RDC a réalisé en 2017 une étude de séro-surveillance au sein de 60 sites répartis sur l'ensemble du territoire. Cette enquête a permis de donner les séroprévalences actualisées du VIH/Sida et de la syphilis chez les femmes enceintes âgées de 15-49 ans vues dans les services de CPN, respectivement de 2,77% pour le VIH et de 2,12% pour la syphilis.

## 4 SITUATION DE DÉPART DES 90–90–90

### 4.1 Couverture géographique des services

La couverture géographique des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST est en nette progression en RDC. L'année 2018 s'est caractérisée par une extension géographique des activités de lutte contre le VIH et une poursuite de l'amélioration de la couverture intra Zonale, passant de cinq à dix FOSA par zone de santé amorcée depuis 2016 grâce au financement du FM. Ainsi, la couverture en paquet VIH est passée de 389 ZS (4 338 sites) en 2017 à 411 ZS (4 443 Sites) en 2018. Cette augmentation nette du nombre des sites ayant intégré le paquet VIH (plus de 4 443 sites) pose la question des critères de viabilité d'un site de dépistage et traitement.

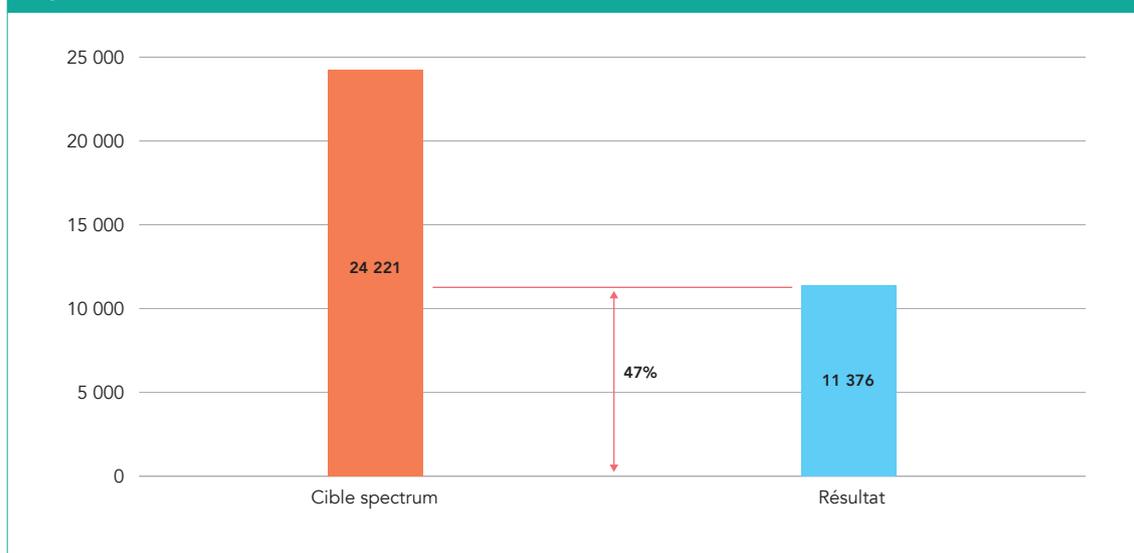
### 4.2 Cascade des 90–90–90

#### 4.2.1 Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (VIH et Syphilis)

Pour l'exercice 2018, l'offre de la PTME est intégrée dans 411 ZS avec l'option B+.

Sur les 17 676 femmes enceintes planifiées en 2018, 11 376, soit 64%, ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les 4 443 FOSA ayant intégré les services de la PTME. Comparée aux besoins en PTME estimés en 2018 (Spectrum V5.65), cette performance est à 47 % (11 376/24 221) sur le plan national.

Figure 1 : Résultats obtenus avec la Cible spectrum



Cette situation pourrait s'expliquer par :

- La rupture de stocks de tests rapides pour le dépistage du VIH.
- Le défaut d'information des femmes enceintes et allaitantes antérieurement sous ARV.
- La faible couverture géographique des activités liées au VIH dans le Pays (411/516 ZS).

Dix provinces, notamment le Kongo Central, Bas Uele, Lualaba, Maniema, Sud Kivu, Haut Uele, Nord Kivu, Kinshasa, Haut Katanga et Ituri, représentent plus de 88 % des femmes enceintes mises sous ARV dans le cadre de la PTME.<sup>1</sup> Selon les données du rapport PNLIS 2018, sur 11 376 femmes enceintes qui ont été suivies dans le cadre de la PTME, 3 102 (27%) bénéficiaient déjà de la thérapie antirétrovirale avant la grossesse en cours et 8 692 (73%) étaient sous thérapie antirétrovirale débutée pendant la grossesse en cours.

Cette cascade montre que 1 723 219 femmes enceintes ont bénéficié du conseil pour le dépistage. Parmi elles, 1 327 860 ont été testées soit 77% et 1 276 781 ont retiré leurs résultats de tests, soit 96%. Ainsi, selon ces données, le taux de séropositivité s'élève à 1% (9 497/1 327 860). Sur 9 497 femmes enceintes positives, 9 052 ont retiré leurs résultats, soit 95% de retour spécifique, et 91% des femmes positives au VIH ayant retiré leurs résultats ont été mises sous ARV. Cette cascade de lien des services illustre tous les problèmes clés que rencontrent les femmes enceintes pour leur rétention dans les différents services de soins : a) La faible disponibilité des tests rapides pour le dépistage VIH (Près de 395 359 femmes enceintes conseillées n'ont pas bénéficié du dépistage), b) Le faible retrait des résultats (Près de 445 femmes enceintes VIH+ n'ont pas retiré les résultats), c) La déperdition des femmes enceintes VIH+ entre le dépistage et la mise sous ARV (Près de 1 223 femmes enceintes VIH+ n'ont pas été mises sous ARV).

S'agissant des enfants exposés, nous constatons que 6 331 sont issus de 6 469 femmes enceintes VIH+ ayant accouché à la maternité. De ces enfants exposés, 5 499 ont bénéficié de la prophylaxie aux ARV à la naissance, soit 92%, à la 6ème semaine 5 055 enfants ont bénéficié d'un dépistage précoce, soit 80%. Sur ce nombre, 283 sont positifs, soit un taux de positivité à l'infection au VIH à 6%, parmi lesquels 269 (95%) ont commencé les ARV. Pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant, il est indispensable de renforcer les stratégies pour assurer la prise en charge intégrale du binôme mère-enfant. Dans cette optique, le diagnostic précoce des enfants nés de mères VIH+ devient impératif.

#### 4.2.2 Conseil et Dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH au sein de la population générale se fait essentiellement en fixe (DCIP/CDV) dans les FOSA et en stratégie avancée à travers des sites identifiés dans la communauté. En plus de DCIP et CDV, le pays a adopté l'Autotest, en phase pilote à Kinshasa. Ces stratégies ont permis de réaliser les performances ci-dessous :

Pour l'année 2018, au total **3 301 446** patients étaient ciblés pour être testés au VIH à travers les différentes portes d'entrée PTME et CDV/DCIP. Le graphique ci-après illustre le niveau de performance atteint.

<sup>1</sup> Six de ces provinces couvrent près de 84% de cet indicateur : le Bas Uele, le Sud Kivu, le Haut Uele, le Nord Kivu, le Haut Katanga et l'Ituri. La province de l'Ituri représente à elle seule plus de 53% des femmes enceintes et allaitantes venues déjà sous ARV pour la PTME.

Il se dégage de ce graphique que sur les 3 301 446 patients attendus, 4 085 027 se sont faits dépistés, soit 124%.

Cette performance pourrait être attribuable à l'organisation de campagnes pendant le mois marquant la journée mondiale de lutte contre le Sida 2018, des campagnes organisées en faveur des populations clés, des adolescents et des jeunes. Il se dégage cependant quelques difficultés dans la mise en œuvre du dépistage sur terrain. Notamment : a) Les ruptures de stocks récurrentes pour les tests de dépistage, surtout dans les FOSA, b) Le non-approvisionnement en tests de dépistage dans certaines nouvelles FOSA ayant intégré les activités de lutte contre le sida, c) La faible coordination des approvisionnements en intrants de laboratoire.

L'analyse de la cascade montre que sur les 5 403 479 personnes conseillées, 4 085 027 ont bénéficié du test, soit 75,6%, parmi lesquelles 3 943 268 ont retiré leurs résultats, soit 96,5%. Le taux de séropositivité à travers cette porte est de 1,7%. Des 68 940 patients positifs, 68 044 ont retiré leurs résultats, soit 98,7%. Des 68 044 patients positifs ayant retiré les résultats, 63 211 ont commencé le traitement ARV, soit 91,7%.

Au cours de l'exercice 2018, cinq portes ont été exploitées pour développer la plage sur la notion de rendement et rationalisation des tests. Ce sont notamment les portes : CDV, DCIP, PTME, IST et TB.

Concernant le taux de séropositivité par porte et par ordre de grandeur décroissante, la première porte est la porte TB (9%), suivie de la porte IST (3%), ensuite viennent les portes DCIP (2%) et CDV (2%), enfin la porte PTME (1%). Pour ce qui est de l'investissement des tests pour un cas VIH+, 11 tests peuvent être investis pour la porte TB, 28 pour la porte IST, 43 pour la porte DCIP, 57 pour la porte CDV et 140 pour la porte PTME.

#### 4.2.3 Prise en charge et principales interventions

Les activités de prise en charge au niveau pays sont intégrées dans 4 443 sites répartis dans 411 ZS. Elles englobent la prise en charge des infections opportunistes, la mise sous traitement ARV, et la prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH. Pour l'année 2018, la cible PAO des patients sous TAR était fixée à 235 270 PVVIH. Le graphique ci-dessous illustre la performance réalisée au cours de cette année. On compte 256 484 PVVIH sous ARV jusqu'en fin 2018 sur les 235 270 attendues, soit 109% de la cible PAO.

Cette situation pourrait s'expliquer par : a) L'augmentation de la couverture géographique et intra zonale, b) L'application effective de la stratégie « tester-traiter », c) La rétention des PVVIH au sein des services de prise en charge.

La cascade décrite ci-dessous a permis d'évaluer la situation des patients depuis l'enrôlement jusqu'à la suppression de la charge virale :

Parmi les 262 274 PVVIH ayant connaissance de leur statut sérologique dans les structures de prise en charge, 256 486 sont sous TARV, soit 98%. Parmi elles, 84 098 ont pu avoir accès à la charge virale une année après le traitement soit 33%. Sur les 84 098 ayant accès à la charge virale, 62 295 sont arrivées à la suppression de la charge virale soit 74% (à un seuil de moins de 1 000 copies/ml). Toutefois, il est important d'observer que la performance du second 90 selon les estimations de Spectrum 256486 sont sous ARV sur 512 650 PVVIH soit un taux de 50%.

Les provinces prioritaires représentent près de 74% de poids des malades sous TAR dans le pays. Il s'agit de : Kinshasa (23,1%), Haut Katanga (16,2%), Haut Uélé (8%), Nord Kivu (7,1%), Ituri (6,2%), Kongo Central (3,5%), Maniema (4,5%), Kasai Oriental (3,3%) et Bas Uele (2%).

Une combinaison de plusieurs facteurs justifie cette situation. Il s'agit notamment de l'importance du poids démographique des provinces, de la densité de la population, de la prévalence du VIH et des investissements mis à la disposition desdites provinces ainsi que de la couverture globale du programme dans ces provinces.

La répartition démographique montre que sur les 256 486 patients sous ARV fin décembre 2018, 15 970 sont des enfants, soit 6%, et 240 516 sont des adultes, soit 94%.

#### 4.2.4 Prise en charge pédiatrique

Les activités de prise en charge pédiatrique au niveau pays coïncident globalement avec les sites de prise en charge des adultes. Ces activités impliquent notamment la prise en charge des infections opportunistes, la mise sous traitement ARV et la prise en charge nutritionnelle et psychosociale des enfants VIH+ de 0 à 14 ans.

Pour l'année 2018, la cible des enfants sous TAR était 23 527 PVVIH. Le graphique ci-dessous illustre la performance réalisée au cours de cette année.

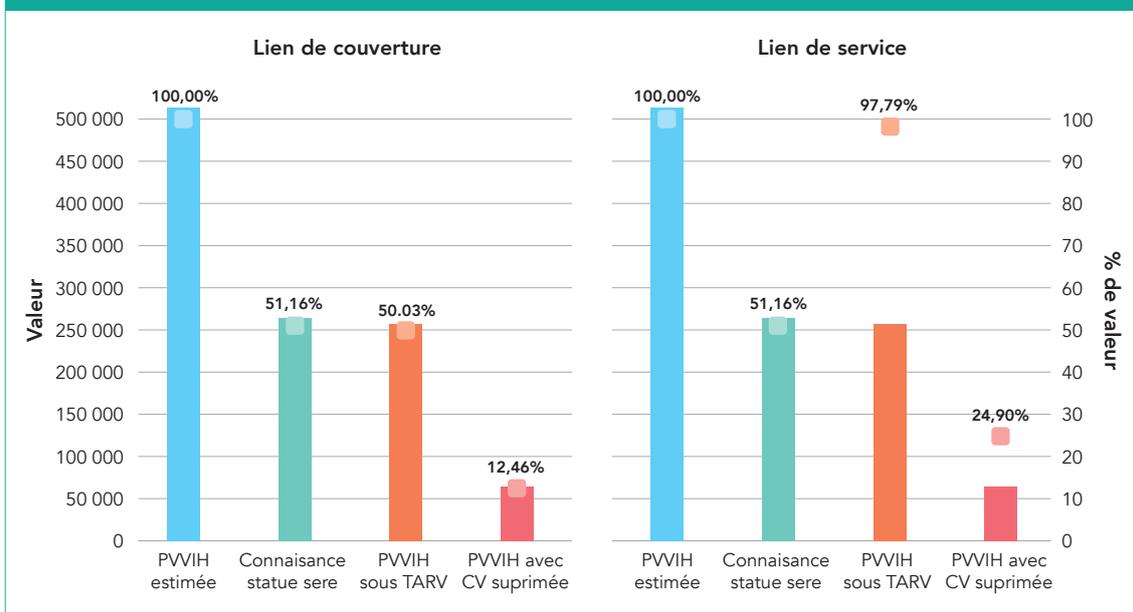
De l'analyse de ce graphique, il se dégage que 15 970 enfants VIH+ ont bénéficié du traitement ARV au cours de l'exercice 2018 sur les 23 527 attendus, soit 68% de la cible PAO.

Ce résultat s'explique par :

- L'intégration de la prise en charge dans 22 nouvelles ZS.
- L'augmentation de la couverture intra zone passant de 5 à 10 SDT dans chaque ZS.
- Le renforcement de la rétention à travers les activités communautaires, ASBL « Femmes Plus » et l'ASBL « la main sur le cœur » sont également intervenues dans le cadre du renforcement de l'accès des enfants, des jeunes et des femmes aux services de santé et de l'accompagnement psychosocial des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des Personnes Affectées par le Sida.
- En outre, l'association « la main sur le cœur » met en œuvre l'application « LANDELA » une innovation qui devrait changer la vie des enfants en général et de toutes les PVV (personnes vivants avec le VIH) parce que tous disposeront désormais d'une plate-forme « pour suivre le traitement avec, pour chaque patient, un suivi personnalisé réalisé par des médecins, en toute discrétion ». Cette application devrait aussi permettre pour les pouvoirs publics « de mieux gérer les stocks de médicaments qui, quand ils ne s'épuisent pas, pourraient ne pas être présents au bon endroit ou être périmés ».
- Le développement de l'approche centrée sur la famille et l'utilisation des différentes portes d'entrée potentielles dans le recrutement des enfants.
- La délégation des tâches.
- La vulgarisation des directives sur la divulgation du statut sérologique.
- L'adoption et l'élaboration du Guide de Cadre Tree Frees.

La prise en charge pédiatrique a subi des problèmes d'approvisionnement en médicaments, tests rapides et réactifs pour le dépistage précoce des enfants au cours de l'exercice 2018. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des enfants sous ARV de 2013 à 2018.

**Figure 2 : Récapitulatif des 90-90-90 en 2018**



Ces performances sont la combinaison d'un ensemble de stratégies novatrices. C'est notamment : la rationalisation des interventions de lutte contre le VIH, la hiérarchisation des interventions de lutte contre le VIH dans les DPS, l'application de la stratégie « tester et traiter », l'opérationnalisation des soins différenciés ainsi du guichet unique, l'augmentation de la couverture géographique et de la couverture intra zone, l'application de la délégation de tâches, l'approvisionnement régulier des FOSA en ARV, tests et autres intrants, le réseautage des laboratoires autour de l'analyse de la charge virale et du diagnostic précoce, ainsi que l'expérience de mise en œuvre de la mobilisation communautaire concernant la « Combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage et optimiser le traitement chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+ afin d'éliminer la transmission mère enfant en RDC ».

**Tableau 1 : Défis pour l'atteinte des 90-90-90**

| <b>Premier 90</b> : Amélioration de la recherche de cas  | <b>Deuxième 90</b> : Renforcement de l'adhésion au traitement   | <b>Troisième 90</b> : Amélioration de l'accès à la charge virale  |
|--|---|---|
| <b>Dépistage ciblé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Index testing.</li> <li>■ Optimisation du DCIP.</li> <li>■ Exploitation d'autres portes (TB, IST, Hospitalisation, vaccination, UNTA...).</li> <li>■ Dépistage communautaire : Dépistage mobile, autotest et campagne de dépistage ciblé.</li> </ul> | <b>Mise sous ARV le jour du dépistage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Education thérapeutique du patient.</li> <li>■ Accompagnement psychologique et social du patient.</li> <li>■ Création de la demande.</li> <li>■ Modèles différenciés des soins.</li> </ul> | <b>Disponibilité des services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réseautage des services de laboratoire VIH.</li> <li>■ Augmentation des plateformes et POC.</li> <li>■ Approvisionnement régulier en réactifs et autres intrants.</li> </ul> |

### 4.3 Goulots d'étranglement identifiés dans les différents rapports de mise en œuvre de la PTME

Des défis importants ont été identifiés pour la mise à l'échelle de l'Option B+ sur l'ensemble du territoire de la RDC, notamment, la disponibilité des intrants et des antirétroviraux au vu de la demande croissante, l'adhésion au dépistage pour les conjoints, et la rétention au sein du circuit de traitement et de soins. Les goulots d'étranglement relevés dans les différents rapports du PNLs en 2017 et 2018 sont nombreux et s'ajoutent aux faiblesses structurelles déjà connues du système sanitaire de RDC. Les principaux goulots d'étranglement identifiés sont essentiellement :

- Un manque de ressources humaines et une pénurie de ressources pour le traitement.
- L'insuffisance de l'offre de dépistage pour les femmes enceintes vues en CPN.
- L'offre limitée de traitement ARV pour les femmes enceintes séropositives (option B+) au niveau des sites de PTME et cela malgré les efforts du pays.
- La déperdition des femmes dépistées séropositives traitées par ARV et de leurs enfants.
- L'insuffisance dans le suivi des enfants exposés au VIH, y compris le diagnostic précoce.
- Les barrières socio-culturelles notamment en ce qui concerne la notification du statut sérologique des femmes enceintes lorsque le conjoint n'est pas associé en amont de l'offre de dépistage et aussi lorsqu'il n'est pas impliqué dans la CPN/PTME.
- L'insuffisance de la mobilisation des conjoints des femmes enceintes accueillies en CPN.

#### 4.4 Goulots d'étranglement auxquels la bonne pratique essaie d'apporter une réponse

Les approches développées dans le cadre de la « combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa », apportent une réponse concrète pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC.

- L'Option B+ a mis l'accent sur l'implication des communautés à travers « le Diagnostic communautaire » afin de lever les obstacles qui freinent la demande et l'utilisation de ces services. Cette expérience a apporté une contribution effective à l'option B+.
- L'expérience de la « combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa », permet de mobiliser les femmes en tant que relais communautaire des interventions du personnel de santé. Elle permet également de pallier d'une certaine façon au manque de ressources humaines.
- L'approche CPN-Papa pour une meilleure prise en charge du couple surtout en cas d'infection par le VIH de l'un d'entre eux.
- L'expérience de la « combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa », permet de lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de CPN/PTME pour les femmes enceintes.
- L'expérience de la combinaison des approches communautaires « Mères-Mentors et CPN-Papa » a permis également de rendre efficace l'offre de dépistage proposée au couple à travers une proposition faite simultanément à la femme enceinte et à son conjoint.
- L'expérience de la combinaison des approches communautaires « Mères-Mentors et CPN-Papa », a permis d'améliorer la prise en charge de la famille (couple et enfant) à travers l'offre immédiate de traitement antirétroviral en cas de séropositivité.

## 5 DESCRIPTION DE LA BONNE PRATIQUE DE « COMBINAISON DES APPROCHES MÈRES-MENTORS ET CPN-PAPA »

### 5.1 But

- Contribuer à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant grâce à l'intervention communautaire.

### 5.2 Objectifs

- Augmenter le taux de dépistage du VIH chez les femmes admises en CPN
- Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes et de la famille (conjoint et fratrie du nouveau-né)
- Présenter et analyser les deux expériences innovantes des « Mères mentors » et des « CPN Papa »

### 5.3 Populations cibles

#### 5.3.1 Cibles directes

- Femmes enceintes vues en Consultation Pré Natale ;
- Enfants nés de mère séropositive et fratrie
- Conjoints des femmes enceintes admises en consultation prénatale

#### 5.3.2 Cibles indirectes

- Femmes enceintes, leurs enfants et conjoints accueillis dans le cadre de la PTME
- Jeunes et adolescents ;

#### 5.3.3 Cadre temporel et couverture géographique

Expérience mise en œuvre dans les provinces prioritaires et zone de santé de RDC en partenariat avec le réseau des PVVIH, les réseaux de femmes, A.S.B.L « la Main sur le cœur » A.S.B.L, FEMME PLUS., RNOAC et UCOP

## 5.4 Acteurs et parties prenantes

La mise en œuvre de cette expérience novatrice a été coordonnée par le Programme National de Lutte contre le sida, à travers le mécanisme de rationalisation, des priorisations et le cadre de concertation des services de PTME. Le Programme National de Lutte contre le Sida a mis en place ce mécanisme de coordination et de rationalisation pour limiter les duplications et assurer la complémentarité des interventions au niveau national et opérationnel.

- **Le niveau central** chargé de définir les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il s'agit du Ministère de la Santé, du PNLS et du programme PTME des sièges des ONG impliquées, ainsi que des partenaires techniques et financiers. Au niveau national, réunions périodiques pour évaluer la mise en œuvre de l'expérience de combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC, entre le PNLS, la société civile (RNOAC et UCOP+) et les partenaires techniques et financiers (bénéficiaires principaux et de mise en œuvre du FM et PEPFAR, CDC, OMS, UNICEF, ONUSIDA et MSF) ; Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
- **Le niveau intermédiaire ou provincial**, c'est avec le Bureau Provincial de Coordination, niveau qui assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies et politiques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des 516 Zones de Santé. La mise en œuvre des interventions communautaires à partir des antennes provinciales des associations. La collecte des données provinciales à partir des outils primaires dans les formations sanitaires (FOSA). L'analyse et la validation des données lors des réunions mensuelles qui s'organisent dans chacune des ZS. En outre le niveau intermédiaire consolide les données lors de revues provinciales
- **Le niveau périphérique ou opérationnel** qui assure la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires,, la mise en œuvre de l'approche « combinaison des approches communautaires Mères-Mentors et CPN-Papa » au niveau des CPN/PTME avec le réseau des associations. La collecte des données, la transmission des données selon le schéma vers la direction nationale pour analyse et feedback

## 6 MODÈLE ORGANISATIONNEL DE L'EXPÉRIENCE DE LA COMBINAISON DES APPROCHES MÈRES-MENTORS ET CPN-PAPA

### 6.1 Introduction du concept

Les approches de « Combinaison des approches communautaires Mères-Mentors (AMM) et CPN-Papa pour accélérer le dépistage et optimiser le traitement chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+ afin d'éliminer la transmission mère-enfant en RDC » s'inscrivent dans les initiatives mondiales de réduction des nouvelles infections liées au VIH de la mère à l'enfant et dans le contexte de la famille.

Lancé en Afrique du Sud en 2001, le programme mothers2mothers s'est implanté dans 11 pays : Ethiopie, Ouganda, Kenya, Rwanda, Zambie, Tanzanie, Malawi, Botswana, Swaziland, Lesotho et Afrique du Sud. Dans trois d'entre eux (Botswana, Ethiopie et Rwanda), les activités lancées par m2m ont été reprises à leur compte par les gouvernements. Au total, en mai 2011, m2m était présent dans 714 structures de santé, touchant 20% des femmes enceintes séropositives dans le monde. Pour l'avenir, il est très encourageant de voir que le plan mondial pour l'ETME lancé en juin cite les mères mentors comme un élément clé du dispositif de soin. La problématique de l'implication des hommes dans la PTME émerge parce que, depuis une dizaine d'années, on sait que les partenaires masculins jouent un rôle important dans le nombre élevé de femmes perdues de vue à chaque étape de la cascade de la PTME, du dépistage prénatal au diagnostic précoce du nouveau-né exposé. Les hommes peuvent constituer une barrière, autant qu'une aide précieuse lorsqu'ils s'impliquent. Il faut donc encourager leur implication, mais sans prôner l'implication à tout prix (notamment par le biais d'une loi coercitive qui rendrait la présence des hommes à la PTME obligatoire), car selon la situation conjugale et le statut sérologique, cela peut comporter des risques (rejet des femmes séropositives, par exemple).

Dans le cadre de la norme de soins débutant en 2012, le Kenya a mis au point le programme kenyan de mentorat maternel (KMMP), qui fait suite à la mise en œuvre d'approches similaires dans d'autres pays. Les mères mentors sont des membres associés du personnel de la clinique qui sont aussi des femmes vivant avec le VIH. Elles sont formées et employées pour faire partie de l'équipe médicale de la clinique afin d'organiser des séances d'éducation de groupe préalables au test, des consultations individuelles et en couple, des groupes de soutien et le suivi des personnes en difficulté.

Dans le cadre de leurs activités cliniques courantes, les mères-mentors obtiennent le consentement de leurs clientes pour diverses formes de suivi, y compris un consentement pour un suivi par téléphone et par SMS.



Il s'agit aussi de l'initiative pour l'Optimisation de l'accès aux services de traitement antirétroviral du VIH (OHTA) qui vise à accélérer la mise à échelle de l'offre de traitements antirétroviraux à vie pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, au Malawi, en Ouganda et en République démocratique du Congo (RDC). Cette initiative a été financée par la Suède et la Norvège par le biais de l'UNICEF, s'inscrivant dans le cadre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. L'initiative OHTA vise principalement à améliorer, par la mobilisation accrue des communautés, l'utilisation, l'observance et la rétention du traitement antirétroviral tout au long du continuum de soins, afin d'accélérer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. La restitution de cette approche a pour objectif d'identifier les pratiques pertinentes et les considérations opérationnelles pour renforcer les liens entre communautés et formations sanitaires.



Les liens communauté-structures de santé jouent un rôle essentiel dans l'extension des traitements antirétroviraux à vie pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, la réalisation des objectifs du Plan mondial, et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de manière générale. Un nombre croissant d'éléments permettent d'orienter l'adoption d'approches et la réalisation d'investissements efficaces au niveau communautaire.

## 6.2 « Mères-Mentors »

L'approche communautaire Mères-Mentors est une expérience mise en œuvre au Kenya amenée en RDC par le PEPFAR. Après un essai pilote, elle a été mise à l'échelle avec les financements FM, dans environ 285 ZS.

La fonction principale de ces « mères-mentors » de la CPN est de sensibiliser et de convaincre les femmes qui fréquentent les structures de santé à se soumettre à un test de dépistage mais également à rechercher au sein de leurs communautés environnantes les femmes enceintes ou allaitantes qui ne fréquentent pas les structures de santé et à les accompagner pour qu'elles intègrent le programme PTME. Elles constituent un lien fonctionnel important entre les sites de CPN/PTME et la communauté et sont chargées de mobiliser les femmes et les conjoints, le cas échéant, pour susciter et augmenter la demande de soins prénataux. Elles ont aussi comme rôle : la recherche des absences/ perdus de vue aux rendez-vous du traitement, la recherche des enfants exposés pour le PCR, l'organisation des réunions du groupe d'auto-support (GAS) afin de renforcer l'adhésion.



Les femmes « Mères-mentors » ciblées comme « travailleurs communautaires » sont identifiées dans les consultations de CPN. La mise en œuvre se fait selon une approche d'intervention de proximité avec une visée participative pour susciter de la part des femmes enceintes et travailleuses communautaires une forte intégration et une appropriation de la démarche.

Toutes les « Mères-mentors » ont bénéficié de mesures visant à renforcer leurs capacités et des sessions de sensibilisation ont été organisées dans les formations sanitaires lors des activités de CPN. Cette approche a été couplée à la promotion du CDV et du DCIP par la stratégie combinée afin de permettre à ceux/celles qui ne connaissent pas leur statut sérologique d'accéder au dépistage. Les femmes relais ont bénéficié d'une aide pour le transport. Le financement : les mères mentors sont des femmes volontaires non rémunérées, mais elles reçoivent de petites incitations monétaires - comme le remboursement du transport et les crédits téléphoniques. Un financement constant devrait être disponible pour couvrir ces incitations ou une rémunération modeste pour assurer la continuité du programme. Un financement cohérent devrait également être disponible pour maintenir la fourniture de kits de santé aux mères qui assistent à la CPN pour encourager une participation soutenue.

« La mère-mentor » ne remplace ni l'agent de santé qualifié ni les proches de la patiente, elles ont été sélectionnées sur la base des critères suivants :

- Être une femme infectée ou affectée issue de la communauté et capable de bien comprendre les enjeux de l'offre de dépistage en CPN.
- Connaître les activités au niveau des CPN, être capable d'animer des séances de sensibilisation et accepter de s'engager en respectant le secret professionnel.
- Accepter de témoigner parfois à visage découvert et de participer à la collecte de données.
- Maîtriser la langue couramment parlée dans la localité.

En tant que partenaire des services de santé, les principales tâches et missions à accomplir par une mère-mentor sont :

- Appuyer la mise à jour de la cartographie sociale autour du centre de santé dont elle relève.
- Accompagner chaque femme enceinte identifiée en vue de lui faire bénéficier d'au moins 4 consultations prénatales.
- Accompagner chaque femme enceinte identifiée afin qu'elle soit dépistée, avec son conjoint dans l'idéal.
- Accompagner chaque femme enceinte identifiée en vue de lui permettre d'accoucher dans une formation sanitaire.
- Accompagner chaque femme ayant accouché en vue d'assurer les consultations post natales et un suivi approprié du nourrisson en formation sanitaire.
- Encourager la femme enceinte testée positive au VIH à suivre la prophylaxie par les ARV (pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et pendant l'allaitement) avant, pendant et après l'accouchement.
- S'assurer du suivi médico-social de l'enfant né de mère séropositive jusqu'à 18 mois après la naissance.

- Participer aux réunions de groupe d'auto-support (GAS) et, le cas échéant, aux visites à domicile ainsi qu'au suivi téléphonique et aux SMS.
- Assurer la médiation intrafamiliale et intracommunautaire, entre la femme enceinte qui fréquente le centre de santé et les familles et communautés auxquelles elle appartient, pendant la grossesse et après l'accouchement.
- Rechercher au sein de la communauté à laquelle elle appartient toutes les femmes enceintes, les femmes qui ont accouché à domicile ou celles qui ont des nourrissons et les encourager à fréquenter les structures de santé.
- Assurer la collecte et la présentation des données PTME en lien avec l'intervention en cours.

### 6.3 « CPN Papa »

Selon toutes les personnes interviewées, le projet a été bénéfique pour la population de la localité. *« Les femmes enceintes ont déjà compris l'avantage de se faire dépister pour le VIH dès le premier trimestre de la grossesse. Au début de ce projet, les hommes n'accompagnaient pas leurs femmes aux CPN. Mais au fur et à mesure des séances de sensibilisation, de conviction, les hommes se sont mobilisés pour accompagner leurs femmes et acceptent aussi de se faire dépister pour le VIH ».*

La CPN PAPA a pour objectif d'impliquer des hommes dans la promotion de la santé et de favoriser un changement de comportement au niveau communautaire. Il s'agissait de mobiliser et de motiver les conjoints dans le but d'augmenter leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de la santé de la mère et de l'enfant.

Les femmes enceintes et les hommes en âge de procréer ont été recrutés dans les cliniques de soins prénatals et les communautés environnantes.



- Plusieurs groupes de discussion exclusivement réservés aux femmes ou aux hommes ont été organisés, avec environ 8 à 10 participants, dans des zones d'attraction à fort volume d'activité dans les différentes provinces.
- Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec des participants issus des directions d'établissements de santé et des départements VIH et santé reproductive.
- Les sujets abordés comprenaient les facteurs influençant la participation des hommes, les expériences de présence des couples et les perspectives de consultation prénatale et les recommandations sur les interventions en cours ou proposées.
- Une analyse thématique qualitative a été réalisée afin d'identifier des interventions prometteuses permettant de tirer parti des facilitateurs et de lever les obstacles à la participation des hommes.

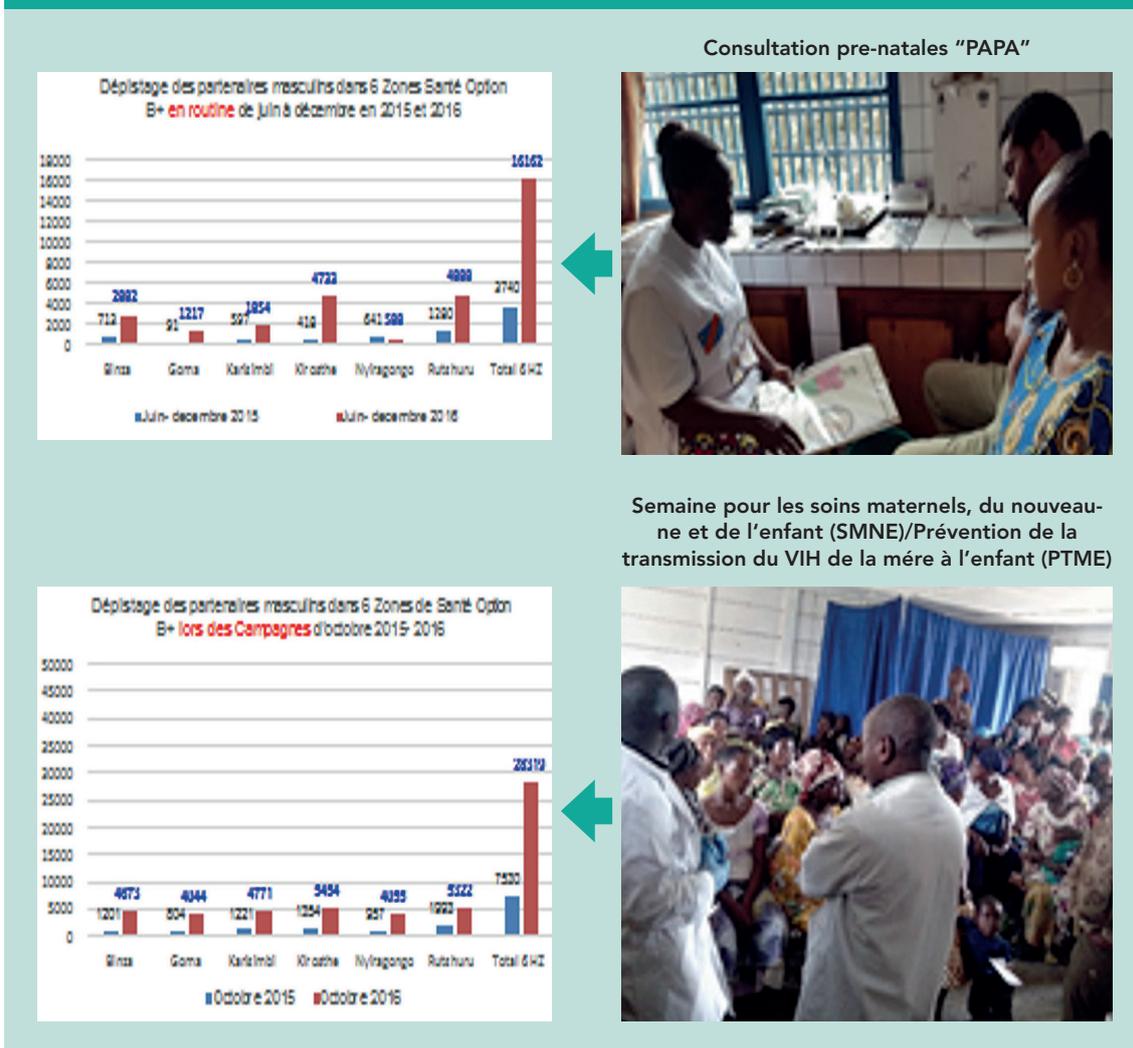
- Des séances de dialogue communautaire (DC) ont été organisées avec des représentants d'organisations communautaires dans les zones couvertes par l'expérience afin de fournir des informations en retour et d'affiner davantage les interventions à fort impact.
- La sélection des hommes repose sur des critères relatifs à la responsabilité qu'ils acceptent d'assumer durant la période de grossesse de la conjointe et également après dans la prise en charge du nourrisson après l'accouchement.
- L'accueil des hommes s'est adapté à leurs horaires et a été individualisé.

| Tableau 2 :                                    |   |
|--|---|
| Interventions proposées                        | Éléments d'argumentation de l'Intervention  |
| <b>Lettres d'invitation au partenaire</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contenu incluant la nécessité pour les hommes de comprendre comment la grossesse progresse et les besoins de sa famille pour favoriser une grossesse sans risque.</li> </ul>   |
| <b>Environnement plus accueillant à la CPN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Services et conseils spécifiques aux hommes.</li> <li>■ Plus grande implication des hommes par les prestataires dans le cadre de la prestation de services de soins prénatals.</li> <li>■ Réduction du temps passé à la clinique.</li> <li>■ Aires d'attente séparées pour les couples.</li> <li>■ Des agents de santé plus attentifs, sensibles aux besoins des couples.</li> <li>■ Des horaires adaptés.</li> </ul>  |
| <b>Sensibilisation « expert » entre pairs</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les pairs jouent un rôle de facilitateur vis-à-vis des établissements de santé et se réfèrent aux cliniciens pour dispenser des conseils et des services.</li> <li>■ Aider les hommes à comprendre l'importance de participer à la CPN et à savoir à quoi s'attendre lors de la fourniture des services.</li> <li>■ Offrir aux hommes une occasion de discuter de la grossesse/d'autres problèmes de santé.</li> </ul> |

## 6.4 Résultats clés obtenus

Les résultats qui découlent des activités menées dans le cadre de ce projet traduisent l'engagement et la détermination des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre, tant du côté communautaire que clinique. L'expérience de la « combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa » a contribué à augmenter les performances lorsque le programme était complet.

Figure 3 : L'option B+ : Implications des partenaires masculins



### Les résultats dans la province du Nord Kivu

Les progrès obtenus dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont permis de ralentir considérablement le taux de nouvelles infections chez les bébés en RDC. Depuis que la République démocratique du Congo a commencé à mettre en route le programme Option B+, les femmes enceintes séropositives au VIH obtiennent les soins et le soutien dont elles ont besoin - et un traitement simple pour aider à prévenir la transmission du virus à leurs bébés. L'Option B+ offre la possibilité aux femmes enceintes et à leurs conjoints vivant avec le VIH de démarrer immédiatement une thérapie antirétrovirale, et de mettre en place une prise en charge pédiatrique pour les enfants qui naissent de mères séropositives au VIH.

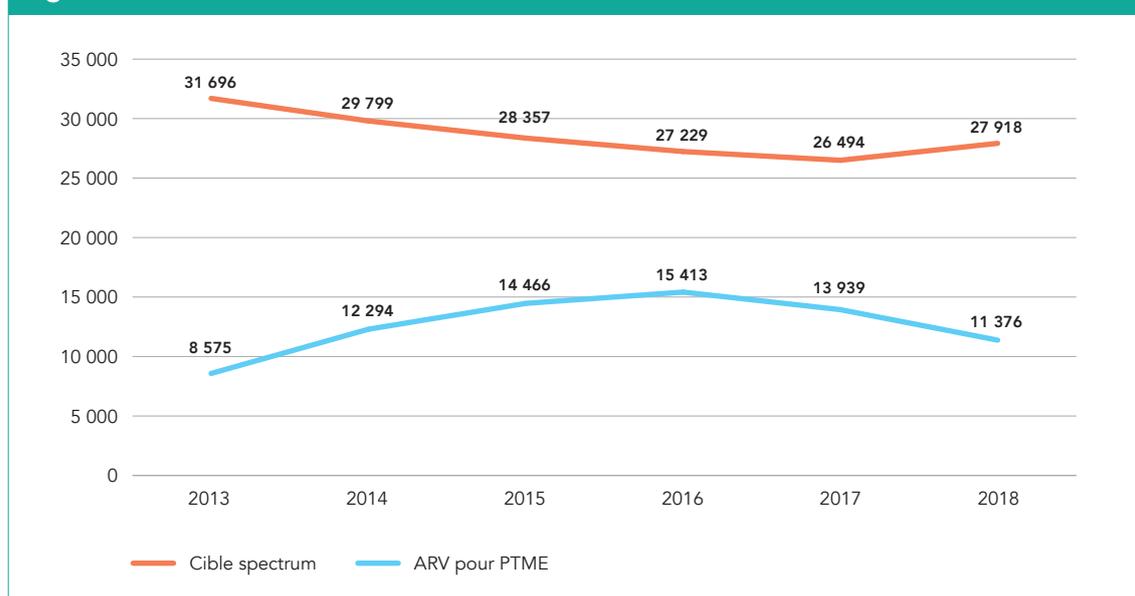
A titre d'exemple, « Après seulement six mois de mise en œuvre de l'option B+ au Katanga, des avancées significatives ont été observées », a indiqué l'Unicef, l'un des partenaires participant à une « revue nationale » organisée par le Programme National de lutte contre le VIH/Sida (PNLS) de la RDC, à Lubumbashi, chef-lieu de la province du Katanga ».

La revue nationale visait à évaluer les performances du Programme VIH en 2013, apprécier les premiers résultats de mise en œuvre de l'option B+, produire le plan d'extension de l'option B+ en RDC et valider le Plan d'action opérationnel (PAO) du PNLS pour 2014.

Selon les résultats préliminaires de la revue, près de 21 000 femmes ont été testées au VIH et informées de leurs résultats. 669 femmes et 71 conjoints testés positifs au VIH ont désormais accès aux antirétroviraux, et 225 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié du traitement pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

« L'option B+ est une approche moins médicalisée, plus accessible et facile d'utilisation. Il s'agit d'une avancée significative car elle offre un traitement de qualité à davantage de personnes vivant avec le VIH ».

Figure 4 :



Selon le rapport du PNLS, de 2013 à 2016, on constate une progression du nombre de femmes ayant bénéficié du traitement ARV. Cette progression s'explique par : 1) L'extension de l'option B+ dans 63 nouvelles ZS, 2) L'opérationnalisation des sites PTME formés fin 2016 et au cours de l'exercice 2017, 3) Le renforcement des activités communautaires au moyen de différentes approches qui améliorent la rétention du couple mère-enfant dans le programme PTME, 4) Les financements mis à la disposition du pays pour soutenir les activités de PTME. Toutefois, une réduction de cette progression est constatée entre 2017 et 2018, essentiellement inhérente à la baisse des financements. En outre, le projet UNICEF qui couvrait deux provinces (Province du Katanga et Nord Kivu) s'est terminé et n'a pas encore été repris dans son intégralité.

Figure 5 : Evolution des indicateurs clés



La RDC a réalisé ces six dernières années d'importants progrès dans la lutte contre le VIH. La connaissance du statut sérologique est passée de 22% à 51%, le nombre des patients sous ARV s'est vu multiplié par trois, l'accès à la charge virale a été multiplié par onze de 2013 à 2018. Des progrès décisifs ont été accomplis ces dernières années concernant la PTME, avec l'extension de l'option B+, l'opérationnalisation des sites PTME, la mise à la disposition des financements pour l'appui aux activités PTME. Le renforcement des activités communautaires avec les Mères-Mentors et la CPN Papa qui constituent des approches qui améliorent ainsi l'offre de dépistage pour l'entité familiale, le traitement ARV et la rétention du couple mère-enfant dans le programme PTME, et sont incontestablement une valeur ajoutée pour la mise en œuvre du programme PTME. **Les approches communautaires ont contribué aux résultats d'effet obtenus**, tout en précisant qu'elles doivent être diversifiées, revisitées et mises à l'échelle pour plus d'efficacité.

## 6.5 Amélioration de l'offre de services de dépistage du VIH

L'expérience de la « combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC », s'est déroulée initialement durant les années 2013, 2014, 2015, 2016 avec un paquet complet (UNICEF, EGPAF, associations communautaires partenaires). Elle a été poursuivie par le PNLS avec le soutien financier du Fonds mondial, PEPFAR et les autres partenaires au moyen d'approches identiques, toutefois le financement ne couvre pas tous les besoins comme pour le projet initial.

Ce projet a développé plusieurs approches (femmes enceintes Mères-mentors issues de la communauté, décentralisation et délégation de tâches, CPN Papa...) qui permettent d'obtenir des résultats notables méritant d'être répliqués pour accélérer l'atteinte des 90-90-90, notamment en termes d'identification des PVVIH (femmes enceintes, conjoints et enfants) et de prise en charge des personnes dépistées séropositives.

## 7 ELÉMENTS D'INNOVATION

Une approche innovante est une approche qui satisfait un minimum de critères de base, notamment en ce qui concerne sa pertinence, son efficacité/efficience et sa durabilité.

L'Initiative pour l'optimisation de l'accès aux services de CPN/PTME et, par conséquent, du traitement antirétroviral du VIH, a été appuyée par des partenaires tels que l'UNICEF (Projet OHTA), l'ONUSIDA, PEPFAR, FM... pour développer l'offre de traitements antirétroviraux à vie pour les femmes enceintes et allaitantes porteuses du virus en République Démocratique du Congo. Grâce au développement du soutien entre pairs, Mères-Mentors et CPN-Papa, et à des modèles axés sur la communauté, l'initiative a aidé des femmes vivant avec le VIH à commencer immédiatement un traitement antirétroviral, à bien prendre leurs médicaments et à poursuivre la dynamique de soins.

L'expérience acquise à travers les programmes sur la participation communautaire et le renforcement des liens entre communautés et établissements de soins pour les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est efficace par rapport aux résultats d'effet qu'elle a engendré. Elle encourage la mise en place de services de PTME et la poursuite du traitement antirétroviral à vie chez les femmes durant la grossesse et la période d'allaitement. Elle présente également des considérations opérationnelles pour que ces éléments puissent trouver une application pratique en vue d'orienter la stratégie des programmes et leur mise en œuvre.

Les diverses approches de tests de dépistage centrés sur la communauté et la famille se sont révélées efficaces pour accroître rapidement la connaissance du statut VIH et pour atténuer les iniquités de longue date dans l'acceptation des tests, y compris une connaissance sous-optimale du statut VIH chez les hommes et les jeunes.

De manière générale, l'innovation constatée dans cette expérience de mise en œuvre de la mobilisation communautaire à travers la combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC démontre :

- Que le projet s'est appuyé sur le diagnostic communautaire à travers des groupes de travail impliquant les femmes accueillies en CPN, ainsi que leurs conjoints, afin de collecter les points de vue sur le modèle d'intervention proposé et de permettre une appropriation par les communautés concernées.
- La pertinence d'associer les conjoints des femmes enceintes à l'offre de dépistage afin que le statut sérologique soit partagé entre la femme enceinte et son conjoint simultanément.
- La pertinence d'impliquer les femmes VIH+ en tant que femmes mentors pour mobiliser les personnes accueillies en CPN.
- La pertinence de l'approche basée sur la motivation de la demande de soins prénataux en allant chercher les femmes enceintes ou les nouvelles parturientes dans les autres services voire dans la communauté et en les intégrant dans le programme PTME.
- La pertinence de mobiliser les conjoints des femmes enceintes afin de lever en amont de la connaissance du statut tous les obstacles sociaux et culturels qui empêchent les femmes de bénéficier de la PTME.
- La pertinence de développer une offre de connaissance du statut sérologique VIH à l'entité familiale.

## 8 FACTEURS DE SUCCÈS

Cette expérience du développement de la combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC constitue une avancée dans les approches pragmatique :

- Une approche participative et un partenariat stratégique entre le système de santé (PNLS et Ministère de la Santé) qui offre les prestations de CPN/PTME et les acteurs communautaires (personnel communautaire et associations) et avec les partenaires au développement EGPAF et UNICEF, ONUSIDA, Organisations de la société civile. Cela a permis à chacun d'apporter sa contribution à l'optimisation de la PTME et du traitement, au bénéfice de tous les membres de la famille de la femme enceinte accueillie en CPN.
- Les « Mères-mentors » intervenant en tant qu'interface avec les femmes enceintes et le personnel de santé des CPN, mobilisées sur la base de leur expérience personnelle et de leur volonté de jouer un rôle dans l'accès aux services de PTME des femmes de la communauté, constituent un déterminant important de la réussite de cette expérience.
- En outre les « Mères-mentors », ont participé à la sensibilisation des hommes pour qu'ils acceptent l'offre de dépistage en vue de connaître leur statut sérologique. Ces femmes sont intervenues également dans le suivi de la grossesse des femmes enceintes jusqu'à l'accouchement, à travers le suivi à domicile ou le suivi téléphonique, selon les accords conclus avec les concernées. Pour ce faire, les femmes ont reçu une incitation financière pour mener leurs interventions. L'expérience a montré aussi que ces « Mères-mentors » ont grandement aidé les professionnels de santé des CPN. Elles ont été formées et mettent en œuvre un ensemble d'activités centrées sur la PTME et la santé de la reproduction. Elles sont régulièrement supervisées dans le cadre de leur travail.
- Parallèlement aux « Mères-mentors » l'expérience de l'approche « CPN-Papa » a été instaurée pour une meilleure prise en charge du couple, surtout en cas de VIH positif. La mobilisation des conjoints dans le cadre de cette approche est particulièrement bénéfique car elle améliore les indicateurs de la PTME (Cf résultats ci-dessus), si les hommes s'impliquent ils le font également au niveau de la prise de traitement par leur enfant.
- L'approche dite « CPN Papa », a permis de mobiliser des conjoints de femmes enceintes en faveur de la sensibilisation à la CPN. « *Les hommes se doivent d'accompagner leur femme enceinte à la consultation prénatale, ceci pour l'épauler dans l'application des conseils médicaux et des prescriptions à observer durant la période de grossesse* ». A l'occasion, ils bénéficient d'une offre de dépistage gratuite et, le cas échéant, de certains examens médicaux, essentiels au bien-être de la famille entière et de l'enfant à naître. « *La présence du conjoint est toujours souhaitée, ce n'est jamais dans un climat de contrainte, bien au contraire, c'est un travail de sensibilisation et de conviction qui se base sur l'intérêt du dépistage, l'intérêt de la femme et, en fin de compte, l'intérêt de la famille, jusqu'à l'obtention du consentement* ». L'adhésion du conjoint est déterminante pour l'intégralité du processus, c'est-à-dire la durabilité de l'engagement durant la grossesse, durant l'accouchement et le suivi du couple mère-enfant. C'est une expérience inédite qui a montré des résultats tant au niveau de l'acceptation de l'offre d'un dépistage simultané au couple et à l'enfant, ainsi qu'au niveau du traitement antirétroviral dispensé à la femme et, le cas échéant, au conjoint et à l'enfant.

- Le projet a bénéficié d'une approche efficiente en termes de mise en œuvre avec : des rencontres de dialogue communautaire, des groupes de travail avec des femmes et d'autres avec des hommes, des formations adaptées au niveau des connaissances de base des femmes, des concertations régulières de toutes les parties prenantes, un système de suivi et de supervision sur sites ainsi que des outils adaptés pour collecter, analyser et suivre les résultats.
- Enfin, on a observé un engagement des acteurs à tous les niveaux : le leadership du PNLS et de tous les partenaires de mise en œuvre qui ont participé à cette expérience, l'implication des associations communautaires et des réseaux des PVVIH.

### 8.1 Défis/préalables

- Pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant, il est indispensable de renforcer les stratégies participatives et communautaires pour assurer la prise en charge intégrale du binôme mère-enfant. Dans cette optique, le diagnostic précoce des enfants nés de mères VIH+ devient impératif.
- Veiller à la réduction de la déperdition des femmes enceintes VIH+ entre le dépistage et la mise sous ARV.
- Cartographier les associations partenaires dans les zones de santé, pour le développement du partenariat avec les associations.
- Mobiliser les conjoints des femmes enceintes accueillies en CPN pour lever les obstacles socio-culturels de l'accès aux services. L'expérience de l'approche CPN Papa a montré que la participation des partenaires masculins dans les services de PTME est modérée. Plusieurs obstacles en lien avec les rapports de genre, les croyances socioculturelles et avec l'organisation des soins sont susceptibles d'entraver cette implication.
- Mobiliser les décideurs pour obtenir une implication au niveau gouvernemental au sujet des financements domestiques complémentaires.

## 9 LEÇONS APPRISSES

- Le dépistage des conjoints des= femmes fréquentant les CPN demeure un défi important pour améliorer durablement les résultats obtenus à partir de cette expérience. Toutefois dès que le modèle de prestation de service a changé les résultats ont baissé. En effet, la couverture de la PTME en 2017 et 2018 selon les interlocuteurs « a diminué à cause de facteurs multiples, notamment la baisse des financements, aussi les activités n'ont pas pu être réalisées. Le projet financé par l'UNICEF à travers les fonds de la Suède sur deux provinces du Katanga et du Nord Kivu pour l'optimisation du traitement, mis en œuvre entre 2013 et 2016, n'a pas été reconduit ». Force est de constater que le modèle avait permis d'optimiser l'accès aux services de PTME et, par conséquent, au service de traitement destiné à la femme enceinte séropositive.
- La mise à contribution des « Mères-Mentors » en tant que relais entre les femmes enceintes vues en CPN et le personnel de santé des sites de CPN est une valeur ajoutée qui contribue à augmenter non seulement les performances des sites PTME, mais aussi la mobilisation des femmes enceintes issue de la communauté.
- La pertinence de la contribution des « CPN Papa » aide à lever les entraves sociales de l'accès aux services pour les femmes enceintes et participe aussi à la connaissance du statut sérologique des membres de la famille (Femmes enceintes, conjoints et fratrie du nouveau-né).
- La question du financement pérenne des « Mères-mentors » doit inclure une réflexion plus large autour de la question du rôle et de l'action en fonction des résultats, dans le cadre d'un financement basé sur la performance.

## 10 PÉRENNITÉ

Les éléments de pérennité de ce projet se situent aux niveaux suivants :

- La poursuite des approches participatives et intégrées au système de santé garantissant de ce fait l'implication du système de santé à différents niveaux et son appropriation de l'initiative au regard des résultats obtenus et de l'augmentation des performances de la PTME.
- Les résultats obtenus à travers la combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC, ont montré un effet significatif et une réelle opportunité pour une mise à l'échelle. Cela a suscité l'intérêt de certains partenaires, comme le Fonds mondial et le Système des Nations Unies, qui ont déjà lancé la réplique de cette expérience dans plusieurs régions du pays.
- Le coût du recours aux femmes relais communautaires est relativement supportable par rapport à d'autres acteurs, tout en produisant un résultat plus visible, ce qui peut faciliter son financement par d'éventuels partenaires.
- Pour poursuivre l'expérience, il est important de mobiliser le Ministère de la Santé, afin d'assurer la couverture des frais nécessaires à l'intervention des « Mères-Mentors » dans le cadre du budget de l'Etat.

## 11 RÉPLICABILITÉ ET BESOINS POUR UNE MISE À L'ÉCHELLE

### 11.1 Réplicabilité

L'expérience de la combinaison des approches Mères-Mentors et CPN-Papa pour accélérer le dépistage en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'accroître l'adhésion au traitement ARV en RDC constitue une avancée dans les approches pragmatiques et satisfait à la plupart des critères pour une répliation :

- D'abord, la mise en œuvre de cette expérience est reconnue par tous les partenaires communautaires et institutionnels, y compris les partenaires au développement, en tant que modèle de prévention et de soins différenciés adaptés au programme de PTME.
- Les forces et faiblesses de ce modèle sont connues et peuvent servir de guide pour éviter les erreurs et accélérer l'obtention de certains résultats.
- Enfin, le coût et les composantes du budget sont également connus et permettent d'avoir une idée précise du coût réel d'une telle intervention, qui reste très raisonnable et place indéniablement le projet dans la catégorie des initiatives efficaces par rapport à leur coût.

### 11.2 Besoins pour une mise à l'échelle

Pour la mise à l'échelle de cette expérience, il est nécessaire de poursuivre la mise en œuvre de l'approche « *Test and Treat* » proposée par l'OMS et adoptée en RDC et il de l'élargir afin de rendre universelle. Il en va de même pour l'approche de prévention et de soins différenciés.

Les étapes suivantes sont donc nécessaires pour une mise à l'échelle ou pour une répliation :

- Faire en sorte que tous les sites PTME soient également des sites de prescription et de dispensation d'ARV.
- S'assurer de la disponibilité réelle des intrants et des équipements biomédicaux (Gen-Expert, PCR.) pour le dépistage des femmes enceintes, pour le dépistage des enfants exposés et pour la prise en charge effective de toutes les personnes dépistées séropositives
- Poursuivre l'expérience de la « CPN Papa » pour maintenir la dynamique d'implication des hommes mais surtout lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de CPN/PTME pour les femmes enceintes.

## 12 CONCLUSIONS

L'expérience de la combinaison des approches « Mères-mentors » et « CPN Papa » qui a été initiée en RDC ces dernières années et se poursuit sous le leadership du PNLIS en partenariat stratégique avec les associations communautaires est remarquable à plus d'un titre.

En rapprochant les services de dépistage des communautés, en rendant les tests plus pratiques et en adaptant les services aux besoins des utilisateurs, la RDC peut considérablement améliorer la connaissance du statut sérologique VIH pour un nombre plus important de femmes, de conjoints et d'enfants.

En premier lieu, cette expérience répond à un enjeu de santé publique primordial en RDC s'agissant de l'élimination possible de la transmission de la mère à l'enfant. Si la question de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est résolue, un grand pas aura été accompli vers l'élimination des nouvelles infections parmi les enfants.

C'est aussi une expérience inédite et parfaitement contextualisée, puisque, précisément, elle lève les principaux obstacles sociaux et culturels de l'accès à la PTME, compte tenu des normes sociales liées au genre. Elle remet en avant l'équité dans les soins notamment pour les femmes qui en sont exclues. En effet, la participation des hommes aux services de PTME n'empêchera plus les femmes d'y participer. Les hommes participant au dispositif de « CPN Papa » deviennent eux aussi des médiateurs, acteurs engagés dans leur santé et de celle de leur famille.

Force est de constater qu'en ajoutant des ressources financières relativement réduites et parfois à coût constant pour associer des hommes et femmes relais il a été possible d'augmenter significativement et de façon mesurable le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. C'est aussi une économie d'échelle et un rapport coût/efficacité très avantageux, pour la réduction des nouvelles infections, de la morbidité et de la mortalité liées au VIH.

En termes de valeur ajoutée, cette approche qui s'appuie sur la participation communautaire des femmes enceintes et des conjoints va permettre :

- d'augmenter l'accès aux services de CPN/PTME.
- d'accroître le maintien des femmes enceintes sous traitement.
- d'encourager les hommes à se faire dépister, en prenant en main la responsabilité de la PTME comme un engagement parental de la mère et du conjoint/partenaire.
- d'améliorer la compréhension par les hommes de la planification familiale, autre pilier de la PTME.
- de responsabiliser les hommes qui désormais vont accompagner leur femme enceinte dans ses consultations prénatales.
- d'encourager l'homme à accorder une attention plus importante à la santé de sa femme et de son enfant.

Tous ces facteurs contribuent à l'utilisation des services et à la réduction de la transmission du VIH

Les mesures suivantes sont proposées au niveau national :

- Extension d'un ensemble national adapté de liens communauté/structures sanitaires en s'appuyant sur les activités et structures existantes.
- Inclusion dans cet ensemble national du soutien individuel aux patientes, de protocoles de suivi durables, de l'implication constructive du partenaire masculin, de la mobilisation active des responsables communautaires et, le cas échéant, d'activités de diffusion auprès des populations mal desservies.
- Délégation des tâches à l'échelon le plus bas afin de favoriser la décentralisation, de combler les lacunes créées par la pénurie de personnel de santé et d'améliorer la couverture des programmes
- Augmentation des investissements pour transposer à plus grande échelle et plus efficacement les liens communauté/Structures de santé
- Mise en place de mécanismes communautaires de responsabilisation des prestataires de soins de santé, des collectivités locales et des membres de la communauté

Le PNLIS devrait identifier et adapter d'autres approches communautaires diversifiées et conçues avec les acteurs communautaires pour mettre à l'échelle une telle expérience, notamment à l'occasion du NFM3, étant donné la démonstration pertinente du modèle d'intervention présenté, qui nécessite toutefois un encadrement, un suivi et une évaluation plus rigoureux pour établir les liens de causalité entre l'expérience et les résultats obtenus.

## 13 ANNEXES

### Liste de documents consultés

- PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA RIPOSTE AU VIH/SIDA 2018-2021 PNLS RDC.
- Plan de Développement sanitaire couvrant la période 2016-2020.
- Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Country factsheets RDC (UNAIDS 2017).
- Rapports FM et PEPFAR, CDC, OMS, UNICEF, ONUSIDA et MSF.
- Plan opérationnel d'offre de services différenciés en République Démocratique du Congo Mai 2018.
- Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) "The Co-Authors of Pregnancy": Leveraging Men's Sense of Responsibility and Other Factors to Tailor Male Involvement Interventions in Antenatal and Pregnancy Services.
- Rapport annuel PNLS 2017.
- Rapport annuel PNLS 2018.
- Revue à mi-parcours du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (PNUAD) 2013-2017.
- Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS) 2017-2018.
- PROJET DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE INFECTEE A L'ENFANT (PTME) FEMME PLUS A.S.B.L. Mars 2019.
- Document de l'association « la Main sur le cœur ».
- Acte de la conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du centre Pais 16 et 17 novembre 2011.
- RENFORCER LES LIENS ENTRE COMMUNAUTÉS ET ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR LE PASSAGE À ÉCHELLE DU TRAITEMENT À VIE DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH Publication UNICEF 2015.
- Documents ICASA : Conférence internationale africaine sur le VIH/Sida et les infections.
- Documents AFRAVIH Bordeaux.

