

# LA DECENTRALISATION DU DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION VIH/SIDA AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE

A propos d'une expérience pilote MSF et Partenaires à Kinshasa, RDC



RAPPORT DE CAPITALISATION 2004 – 2007

Décembre 2007



## PLAN DU DOCUMENT

<b>Sigles et abréviation</b>	5
<b>Introduction</b>	6
<b>1. Généralités</b>	<b>10</b>
1.1 Le centre de santé en RDC (normes nationales)	10
1.2 La décentralisation du paquet VIH (revue des textes)	13
1.3 Recommandations internationales	15
<b>2. Description de l'intervention</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Stratégies d'intervention</b>	<b>17</b>
2.1.1. Sélection des sites	17
2.1.2. Renforcement des capacités des prestataires	18
2.1.3. Donation en équipements médicaux de base	19
2.1.4. Approvisionnement en médicaments et autres intrants	19
2.1.5. Supervision des activités	19
2.1.6 Motivation financière des prestataires	20
2.1.7 Suivi biologique	20
2.1.8 Réhabilitation zones à déchets	20
<b>2.2 Fonctionnement du modèle simplifié</b>	<b>21</b>
2.2.1 Conseils et dépistage volontaire	21
2.2.2 Prévention et traitement des infections opportunistes	25
2.2.3 Bilan biologique	26
2.2.4 Chronogramme de suivi clinique et biologique	26
2.2.5 Initiation et suivi traitement ARV	27
2.2.6 Suivi et soutien de l'adhérence	30
2.2.7 Prise en charge co-infection tuberculose et VIH	32
2.2.8 Recherche des perdus de vue	32

2.2.9 Accompagnement psychologique et social des PVV	32
2.2.10 Suivi et évaluation	35
<b>3. Résultats obtenus</b>	<b>36</b>
3.1 Centre de santé BONDEKO	36
3.2 Centre de santé MFINDA	40
3.3 Centre de santé ELONGA	43
3.4 Gratuité des soins VIH	46
3.5 La problématique de la pérennisation	50
<b>4. Conclusion</b>	<b>53</b>

**Cette expérience a été réalisée grâce à la collaboration efficace d'une équipe multidisciplinaire composée des personnes ci après:**

1. Madame Véronique BAKAMBAMBA: Infirmière CS MFINDA
2. Soeur Anna : Infirmière responsable CS BONDEKO
3. Madame MANZAMBI Pauline : Infirmière CS ELONGA
4. Monsieur CELESTIN MAKAMBO : Infirmier CS BONDEKO
5. Madame Aimée NSUANI : Infirmière CS ELONGA
6. Monsieur Désiré BAYOKA : Infirmier CS Bondeko
7. Madame Marie France NKWEME : Infirmière superviseur ZS BINZA
8. Monsieur Floribert MBAKI : Infirmier superviseur Armée du salut
9. Docteur MONA : Médecin chef de zone de santé de BINZA Ozone
10. Docteur NSANI Lucie : Médecin chef de zone de MASINA 2
11. Docteur ZOLA Sébastien : Coordinateur projet SIDA BDOM
12. Madame Clémentine : Coordinatrice médicale Armée du salut
13. Monsieur NTIKALA Paul : Responsable CDV ( MSF)
14. Monsieur SYLVAIN ATIKALA : Technicien de laboratoire MSF
15. Monsieur Claude BASILUA : Technicien de laboratoire MSF
16. Monsieur Jean Pierre KALONGA : Logisticien MSF
17. Madame LILY BILONDA : Administration projet SIDA MSF
18. Docteur KILESI: Responsable CTA Kabinda ( MSF)
19. Docteur KABUYA : Responsable des formations Projet SIDA (MSF)
20. Docteur David NKU : Responsable médical Armée du salut
21. Docteur BANDALE : Médecin SIDA hôpital saint Joseph BDOM
22. Monsieur BONARD KIALA : Responsable social MSF
23. Docteur Catherine van overloop: MSF
24. Docteur Anya : Coordinatrice projet SIDA ( MSF)
25. Monsieur Jean LUKELA: Responsable association des PVV
26. Madame MAGUY : Pharmacienne MSF

#### **Coordination technique**

Docteur Aimé LOANDO : Responsable du Volet Décentralisation ( MSF)

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV = Antirétroviraux

BDOM : Bureau Diocésain des œuvres médicales

CAD : Club des Amis de Damien (anciens tuberculeux)

CDC : Centre for Diseases Control

CDV : Conseils et Dépistage Volontaire

COSA : Comité de santé

CS : Centre de santé

CTA : Centre de traitement Ambulatoire

FM : Fonds Mondial

FUCHIA : Logiciel de gestion des données VIH

GIMA : Gestion Intégrée des Maladies de l'Adulte

GOS : Groupe Œcuménique SIDA

GTZ : Coopération Allemande

HTA : Hypertension Artérielle

IO : Infections Opportunistes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MSF : Médecins Sans Frontières

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PCIMA : Prise en charge intégrée des Maladies de l'Adulte

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PVV: Personne Vivant avec le VIH

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMA : Paquet Minimum des Activités

PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA

PTME : Prévention de la Transmission Mère à l'Enfant

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

SSP : Soins de Santé Primaire

UNC : Université Nord Caroline

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZS : Zone de Santé

## INTRODUCTION

Ce document est une capitalisation de trois années d'une expérience pilote, réalisée par Médecins sans Frontières Belgique avec ses partenaires à Kinshasa, République démocratique du Congo, sur le développement d'un modèle de capacitation des centres de santé pour le dépistage et la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA (modèle infirmier).

Kinshasa, capitale de la république démocratique du Congo est une grande agglomération urbaine de plus de 7 millions d'habitants. Dans cette ville, près de 4% de la population vit avec le virus du sida, soit plus de 250.000 personnes.

Face à cette situation, on constate malheureusement que l'offre de prise en charge dans la ville est insuffisante ( 7000 patients sous ARV à Kinshasa sur plus 35.000 ).

Actuellement en RDC en général et à Kinshasa en particulier, la mise en œuvre des activités de dépistage et prise en charge médicale est essentiellement orientée vers les hôpitaux et les centres spécialisés, avec une forte dépendance vis à vis des médecins et techniciens de laboratoire.

Par exemple le médecin formé est le seul prestataire des soins autorisé à prescrire les A.R.V.et le technicien de laboratoire est la seule personne autorisée à manipuler et interpréter les tests rapides de dépistage du V.I.H.

Il s'agit des tentatives de reproduction des systèmes mis en place dans les pays industrialisés et qui ne sont pas toujours adaptés aux pays à ressources limitées comme la R.D.C.

Très peu de moyens sont mobilisés pour développer les structures de premier échelon, en dépit des normes et directives en vigueur. Le potentiel des centres de santé n'est pas encore suffisamment exploité pour faciliter le

passage à l'échelle vers l'accès universel à la prise en charge optimale des personnes vivant avec le virus du sida.

Médecins sans frontières Belgique appui la lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Kinshasa depuis bientôt 15 ans. D'abord dans la prévention avec le traitement des infections sexuellement transmissibles, et ensuite dans la prise en charge des personnes vivant avec le virus du sida avec la création du premier centre de traitement ambulatoire au niveau du pays.

En collaboration permanente avec le programme national de lutte contre le SIDA, Médecins sans frontières a développé une bonne expertise VIH dans le contexte RDC avec 2900 patients mis sous ARV depuis 2003. Le modèle vertical CTA a été nécessaire au début pour étudier et consolider les stratégies et partager les enseignements avec les autres.

Malheureusement, ce modèle spécialisé et coûteux est difficilement exportable vers le système des soins de santé primaire. Il fallait donc l'adapter aux soins de santé primaire et le rendre gérable par un personnel polyvalent, de niveau infirmier, avec des directives simples et efficaces.

Au niveau de la ville de Kinshasa, les soins de santé primaires sont offerts principalement à la population par deux grands réseaux confessionnels, en dehors du réseau étatique. Il s'agit de l'Eglise Catholique à travers son bureau diocésain des œuvres médicales et l'Eglise Armée du salut à travers son bureau médical.

MSF en collaboration avec ses partenaires traditionnels à Kinshasa (Ministère de la santé, Bureau diocésain des œuvres médicales catholiques et l'Armée du salut) ont lancé, en 2004, une intervention sur l'élaboration et le développement d'un modèle de capacitation de trois centres de santé, sur le dépistage et la prise en charge médicale des personnes vivant avec le virus du sida.

Une belle opportunité pour développer un modèle de prise en charge où le prestataire polyvalent infirmier joue un rôle central (modèle infirmier), avec l'encadrement d'un médecin qualifié dans la prise en charge des personnes vivant avec le virus du sida.

Ce document retrace donc les grandes lignes de cette intervention sur les objectifs visés, les activités réalisées et les résultats obtenus, sans oublier les leçons apprises au cours de cette expérience pilote. Une première au niveau national.

Il s'inscrit aussi dans la logique du programme commun des nations unies de lutte contre le sida (ONUSIDA), qui recommande fortement la documentation et la diffusion des pratiques de lutte contre le VIH/SIDA dans le but de faciliter le partage des expériences entre les intervenants.

Un autre défi abordé dans cette expérience c'est la gratuité des soins VIH dans le système public. Pour le moment les positions divergent encore sur la politique à mettre en place.

Cette intervention devrait aussi tester la possibilité d'offrir les soins VIH/SIDA sans la participation financière des patients, dans un contexte où les structures sanitaires survivent essentiellement avec le paiement des actes et médicaments par les utilisateurs des services. Le document relate en détails les résultats obtenus avec la stratégie MSF ainsi que différents argumentaires des prestataires, partenaires d'appui et autres sur cette épineuse question d'actualité.

En résumé les objectifs de cette intervention étaient les suivants:

- Intégrer les soins VIH/SIDA dans les structures des soins de santé primaire,
- Développer un modèle de dépistage et prise en charge du VIH/SIDA centré sur le prestataire infirmier,

- Tester la gratuité des soins VIH/SIDA dans le secteur public,
- Renforcer les partenaires et les aider à s'approprier le projet.

Ce document comporte 4 grandes parties. La première "Généralités "fait la synthèse des normes et directives nationales et internationales qui appuient la stratégie de décentralisation des soins VIH vers les centres de santé. La seconde partie décrit le fonctionnement du modèle simplifié de dépistage et prise en charge des PVV, la troisième présente les résultats obtenus et la quatrième résume les leçons apprises au cours de cette expérience.

## 1. Généralités

### 1.1 Le centre de santé en RDC (normes nationales)

Le Centre de santé est un établissement des soins de 1<sup>er</sup> échelon, responsable des activités de prestation des soins au niveau d'une aire de santé donnée. Selon les normes nationales, cette structure de première ligne dessert en principe une population de 10 000 habitants dans un rayon d'action maximum de 8 kilomètres.

Le centre de santé est la structure de premier contact de la population avec le système de santé et comprend les services suivants :

- La réception
- La consultation
- Les soins
- La maternité (total 5 lits, dont 2 lits de travail, 2 lits d'observation, 1 table d'accouchement)
- L'observation (total 2 lits)
- Le laboratoire
- La logistique et maintenance

Les activités au Centre de santé sont réalisées par un **personnel polyvalent** (essentiellement de niveau infirmier) et intégré dont la caractéristique principale est le travail en équipe.

Pour la continuité des activités et des services, le personnel du CS est appelé à travailler avec un esprit d'équipe dans un système de rotation de postes afin de minimiser la routine, la spécialisation et le blocage du travail en cas d'absence d'un membre de l'équipe.

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) offert par un centre de santé comprend les activités curatives, préventives, promotionnelles, assurées sous la supervision efficace de l'équipe cadre de la zone de santé.

### Activités préventives

- ✓ Surveillance de la croissance et du développement des moins de 5 ans ( consultations préscolaires)
- ✓ Consultations prénatales
- ✓ Consultations des naissances désirables (Planification familiale)
- ✓ Consultations Postnatales
- ✓ Programme élargi de vaccination ( PEV)

### Activités curatives

- ✓ Soins curatifs
- ✓ **Dépistage et traitement des maladies chroniques (Tuberculose, lèpre, HTA, diabète, SIDA, etc.)**
- ✓ Réhabilitation nutritionnelle
- ✓ Petites interventions chirurgicales (petite chirurgie)
- ✓ Accouchements eutociques

### Activités promotionnelles

- ✓ **La promotion des préservatifs**
- ✓ La promotion de l'assainissement du milieu
- ✓ La promotion de l'allaitement maternel exclusif
- ✓ La promotion de bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles et culinaires
- ✓ La promotion de l'utilisation du sel iodé
- ✓ La promotion du marketing social et distribution des MII
- ✓ La promotion des latrines hygiéniques,
- ✓ L'allaitement exclusif au sein

- ✓ La thérapie par hydratation orale

### **Critères de fonctionnalité d'un centre de santé**

Un centre de santé fonctionnel doit avoir :

1. Une petite équipe d'infirmiers polyvalents et formés en SSP
2. Ressources humaines, matérielles, financières et les infrastructures répondant aux normes
3. Un paquet minimum d'activités de soins est mis en œuvre
4. Existence d'une pharmacie interne
5. Utilisation des outils de gestion
6. Comité de santé fonctionnel (COSA)

La communauté participe à l'action du Centre de santé en utilisant les services offerts et en participant à la gestion du CS à travers les organes de participation dont le comité de santé.

Le taux d'utilisation de 0,5 est le taux actuel auquel il faut tendre et qui devrait augmenter pour développer des soins de qualité et assurer la viabilité de la structure et un bon niveau de compétence du personnel.

Les relations entre le centre de santé et l'hôpital général de référence sont d'ordre opérationnel. Il s'agit de la référence, de la contre référence, de la formation, de la supervision et du contrôle de qualité.

La référence est un mécanisme qui consiste à orienter les malades ou les personnes à risque du centre de santé vers l'Hôpital Général de Référence pour une prise en charge appropriée.

La contre – référence est un mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque de l'Hôpital Général de référence (HGR), où ils ont reçu des soins appropriés vers le centre de santé qui les y a référés.

L'organe de participation communautaire au centre de santé est le comité de santé. Il est composé d'une dizaine des membres dont l'Infirmier titulaire et les élus communautaires.

### **Ressources financières**

Le développement d'un centre de Santé requiert de moyens financiers pour : le renouvellement des stocks des médicaments, des fournitures et consommables, l'entretien et le renouvellement du matériel et équipements, et pour les salaires du personnel.

Les sources de financement pour un centre de santé sont de quatre ordres : la dotation budgétaire de l'Etat, les apports de l'extérieur (de bailleurs de fonds...), les contributions de la communauté et les ressources du secteur privé.

Le recouvrement des coûts est un principe consacré par la politique nationale tandis que la gratuité des soins n'est qu'exceptionnelle. Le mode de tarification recommandé au centre de santé est la tarification forfaitaire par épisode maladie. Le tarif des soins est fixé avec la participation de la population.

### **1.2 La décentralisation du paquet VIH**

La décentralisation des soins VIH vers les structures de première ligne est une stratégie validée par les normes et directives nationales en matière d'organisation des soins VIH en République démocratique du Congo.

Le dépistage et la prise en charge de l'infection VIH/SIDA est reconnu comme une activité du paquet minimum d'activités offert par les infirmiers au niveau des centres de santé. Tout centre de santé fonctionnel devrait offrir à la

population de l'aire de santé la possibilité de se faire tester par rapport au VIH et le soutien médical nécessaire.

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) élabore, depuis 2002, les ordinogrammes de prise en charge (très limitée) des infections opportunistes pour les infirmiers oeuvrant dans les centres de santé (*niveau B* de prise en charge des infections opportunistes).

Conscient du rôle que les centres de santé peuvent jouer dans le cadre du plan national d'accélération de la mise sous traitement ARV, le PNLS s'inscrit depuis 2006 dans la logique de renforcement des capacités des infirmiers dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (modules PCIMA avec des ordinogrammes plus larges).

Ces modules permettent de renforcer les capacités des infirmiers dans les domaines suivants :

- Conseils et dépistage volontaire
- Les soins aigus et d'urgence et la prise en charge des infections opportunistes
- Les soins chroniques et le suivi des malades sous ARV
- Les soins palliatifs des PVV
- Les outils de gestion et rapportage

En ce qui concerne le traitement ARV, les centres de santé sont catégorisés comme les structures de niveau 2 avec la responsabilité d'assurer le suivi des patients sous traitement A.R.V.

La prescription des ARV doit être assurée uniquement par les médecins formés et accrédités par le programme national VIH/SIDA. En RDC, l'infirmier n'est pas autorisé à initier le traitement ARV mais il peut en assurer le suivi.

Un centre de santé fonctionnel dans le dépistage et prise en charge des PVV doit disposer d'une équipe soignante, composée des infirmiers ( dépistage et soins), un laborantin, un agent social pour la collaboration avec les ONG de suivi psychosocial et un agent chargé de la gestion des données.

Le plateau technique VIH au niveau centre de santé est composé des éléments suivants :

- Assurer le CDV et conseils d'adhérence
- Administration des médicaments ARV
- Prise en charge limitées des infections opportunistes
- Prise en charge limitée des effets secondaires ARV
- Bilan hématologique ( taux d'hémoglobine et lymphocytes totaux)
- Coloration de ziehl -Neelsen (dépistage tuberculose)
- Sérologie ( tests rapides VIH)
- Test de grossesse

### **1.3 Recommandations internationales**

**L'approche de santé publique** est reconnue aujourd'hui comme le moyen le plus efficace pour assurer la viabilité à long terme et l'équité des programmes pour l'accès aux traitements contre le VIH dans les situations de pénurie des ressources.

Parmi les divers éléments de cette approche, on peut citer :

- ✓ le recours à des schémas thérapeutiques simplifiés pour les traitements antirétroviraux de première et de seconde intention, dont les médicaments en associations fixes ;
- ✓ le démarrage du traitement et le suivi des patients sur des critères cliniques et des tests de laboratoire simples ;
- ✓ un usage optimal des ressources humaines limitées en confiant aux infirmières et aux agents communautaires les tâches nécessaires pour le suivi des patients en routine ;

- ✓ une participation étendue des communautés touchées et des personnes vivant avec le VIH/SIDA à la conception et à l'exécution du programme, notamment dans les domaines de l'éducation des communautés et de l'appui au patient.

L'approche de santé publique constitue un progrès considérable pour étendre les traitements, développer l'accès et promouvoir l'équité en matière de santé.

L'OMS fait la promotion de l'approche de santé publique au moyen d'initiatives comme les programmes de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) ou de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Ces directives sont essentiellement orientées vers les travailleurs de santé **des centres de premier niveau.**

Les modules PCIMAA préconisent aussi que le traitement ARV de première intention peut être initié par un infirmier formé, chez les patients ne présentant pas de complications, sous la supervision d'un médecin.

Dans le cadre de son TFF ( Traiter-Former et Fidéliser) pour lutter contre la pénurie en personnel de santé, surtout dans les pays en développement, l'OMS recommande que soient mise en place le principe de " **transfert des tâches**" pour renforcer la lutte contre le VIH/SIDA.

Il s'agit de confier des nouvelles tâches à des agents de santé (par exemple non plus à des spécialistes mais aux médecins généralistes, non plus aux médecins mais à des infirmiers).

## 2. Description de l'intervention

### 2.1 Paquet d'intervention MSF

Nous tenons d'abord à préciser que nous avons collaboré avec nos partenaires à l'aide des conventions de collaboration acceptées et validées, définissant clairement les responsabilités des uns et des autres.

#### **2.1.1 sélection des sites**

A l'aide d'un formulaire d'évaluation avec des critères validés par la coordination du projet, l'équipe MSF a effectué plusieurs *missions de prospection* au mois d'août 2004 pour l'identification des structures pilotes devant aider à lancer le processus de décentralisation dans la ville de Kinshasa. Un rapport détaillé sur cette prospection a été élaboré.

En résumé les sites à retenir devaient satisfaire aux normes minimales de fonctionnalité, disposer d'un service de dépistage et prise en charge de la tuberculose, avoir une bonne concentration des patients CTA au niveau de l'aire de santé et accepter de collaborer avec le projet sur base d'un protocole d'accord.

*Critères utilisés pour la sélection des sites :*

- Présence importante dans l'aire de santé des patients suivis au CTA
- Appartenir au réseau BDOM de préférence (structure appuyée)
- Disposer d'une cellule SIDA fonctionnelle ( GOS/BDOM)
- Possibilité de dépistage et prise en charge de la tuberculose dans le centre même
- Structure fonctionnelle avec des infrastructures adéquates ( au moins la capacité d'organiser les consultations de routine avec une autre source permanente des médicaments).
- Implantation dans un quartier pauvre (population démunie)
- Acceptation du projet le partenaire gestionnaire de la structure

Trois sites ont été retenus sur base de ces critères de sélection:

1. Centre de santé BONDEKO : appartient au réseau BDOM Kinshasa ( Bureau diocésain des œuvres médicales). Cette structure est située dans la zone de santé de Kalamu I et couvre une population de 10.000 habitants.
2. Centre de santé MFINDA : appartient à l'Etat Congolais (ministère de la santé). Cette structure est située dans la zone de santé de BINZA Ozone et couvre une population estimée à 45.000 habitants.
3. Centre de santé ELONGA : appartient à l'Eglise Armée du salut. La structure est située à l'est de la ville de Kinshasa dans la zone de santé de MASINA II et couvre une population de plus de 15.000 personnes.

Nous avons commencé à ELONGA avec une clinique mobile (2X par mois) avant d'intégrer le paquet VIH au mois de mars 2006.

Etat des lieux VIH avant l'intervention : Activité nulle

## **2. 1.2. Renforcement des capacités des prestataires**

Le renforcement des capacités des ressources humaines a constitué la première action prioritaire au regard de l'état des lieux. Les prestataires infirmiers et médecins ont suivis les formations suivantes, assurées par MSF en collaboration avec le programme national de lutte contre le SIDA en République Démocratique du Congo.

- ✓ Formation sur le CDV( conseils et dépistage volontaire) suivie d'un stage pratique au CTA
- ✓ Formation sur la prévention et traitement des infections opportunistes, suivie d'un stage pratique au CTA
- ✓ Formation sur la prescription et le suivi de la thérapie ARV
- ✓ Recyclage sur le traitement des IST suivant l'approche syndromique

- ✓ Formation sur la prise en charge médicale des violences sexuelles

Le rapport détaillé sur l'organisation, le contenu et la validation de ces formations a fait l'objet des rapports séparés. Toutes les formations ont été validées avec les certificats approuvés par les autorités sanitaires compétentes.

### **2.1.3. Donation en équipements médicaux de base**

Pour améliorer la qualité des consultations médicales, chaque structure a reçu un Kit constitué de stéthoscopes, thermomètres, balances pèse personnes, otoscopes, tensiomètres et autres petits matériels.

### **2. 1.4. Approvisionnement en médicaments et autres intrants**

Chaque mois MSF a assuré l'approvisionnement en médicaments (ARV et autres) suivant une liste pré établit et conforme aux protocoles du niveau centre de santé. Une livraison assurée directement dans les centres par les voitures MSF.

### **2.1.5. Supervision des activités**

Essentiellement par une équipe pluridisciplinaire MSF au départ. Pour des raisons d'efficacité chaque compétence a été mise à profit pour construire et appuyer le modèle infirmier. Après la mise en place des activités, la supervision des sites a été assurée par le médecin responsable de la décentralisation.

Nous avons fonctionné avec un régime de supervision à 3 rythmes, avec une visite hebdomadaire au début par centre, puis deux visites par mois et enfin une visite mensuelle. Le passage d'un rythme à un autre a été conditionné par les progrès réalisés par les sites.

Un registre des supervisions a été mis en place dans chaque centre pour faciliter la rétro information immédiate. Chaque superviseur note dans le cahier les forces, les faiblesses et les recommandations susceptibles de corriger les dysfonctionnements.

Une voiture a été affectée spécialement à l'équipe de supervision et au transport hebdomadaire des échantillons vers le centre de traitement ambulatoire.

### **2.1.6 Motivation financière des prestataires**

Pour essayer de compenser les effets de la gratuité des soins, une prime de 350 USD par mois et par centre a été mise à la disposition des structures du projet.

### **2.1.7 Suivi Biologique des patients**

Le suivi biologique des patients ( CD4 et SGPT) a été assurée par le laboratoire du CTA pour le typage lymphocytaire et la biochimie. La machine PARTEC du CTA a été mis à la disposition des centres pour le suivi biologique des patients. Une fois par semaine la voiture MSF passe dans chaque centre pour ramasser les échantillons suivant un calendrier.

### **2.1.8 Réhabilitation des zones de déchets**



Le support MSF a constitué également à faciliter la bonne gestion des déchets au niveau des sites, par la réhabilitation des zones à déchets et la formation des équipes.

## 2.2 Fonctionnement du modèle

### 2.2.1 Conseils et dépistage volontaire

L'approche de dépistage actuellement recommandée en RDC c'est le ***conseil et dépistage à l'initiative du patient*** (également appelé conseil et dépistage volontaire). Le client prend seul la décision, à la suite d'une conscientisation, et recours à un service existant pour connaître son statut sérologique par rapport à l'infection à VIH/SIDA.

Les enquêtes menées dans 12 pays en Afrique sub-saharienne ont montré que seulement 12% des hommes et 10% des femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH.

Depuis juin 2004, l'Organisation mondiale de la santé et ONUSIDA insistent sur la mise en place du ***Conseil et dépistage à l'initiative du soignant*** dans les pays en développement. Dans cette approche c'est le soignant qui prend l'initiative de proposer le test VIH aux patients. Mais il revient au patient de prendre la décision d'accepter ou de refuser cette offre.

L'idée n'est pas nouvelle. ***Depuis 1993*** déjà, les CDC recommandent de proposer le dépistage à tous les patients hospitalisés en urgence dans les zones où la prévalence du VIH est élevée. Ce qui permettrait donc de prendre en charge précocement ces patients, leur offrant ainsi de meilleures chances en termes de morbidité et mortalité.

Ce type de dépistage permet également de réduire la stigmatisation puisqu'il ne vise pas une population en particulier. Le test de dépistage est proposé à

tout le monde comme un examen de routine afin d'amener davantage de personnes à connaître leur statut sérologique.

Dans le cadre de cette intervention pilote, nous avons utilisé essentiellement l'approche *conseil et dépistage à l'initiative du soignant*. Au cours des consultations médicales, les prestataires proposent le dépistage VIH aux patients suspects. C'est notamment les nouveaux cas tuberculose, les cas IST, les patients présentant les infections opportunistes ou un critère majeur de la définition de Bangui, les cas de malnutrition, les enfants exposés au virus du sida.

Dans le but de soutenir la polyvalence nécessaire pour les prestations au niveau centre de santé, nous avons formé les infirmiers des 3 sites sur les techniques simplifiées de dépistage, axées sur le sang capillaire. Ces infirmiers- conseillers ont été initié sur la manière de conduire les sessions de préparation et d'annonce des résultats de dépistage. Ils ont également été formé sur la technique de manipulation et interprétation des tests rapides sans recourir au laboratoire. Aucune ressource humaine supplémentaire n'a été nécessaire pour organiser cette activité.

En ce qui concerne les locaux, nous avons fonctionné essentiellement avec les salles de consultation comme salles de conseils et dépistage volontaire. Donc pas de locaux supplémentaires pour le dépistage. La même salle est utilisée le matin pour les consultations (5 heures de travail) et l'après midi pour les sessions de conseils et dépistage volontaire (3heures).

Au centre de santé ELONGA, la forte demande de dépistage (>80 par mois) nous a amené a faire fonctionner le service de conseils et dépistage à temps plein dans un local spécifique.

Pendant les consultations, le prestataire infirmier détecte les patients "suspects" et leur propose le dépistage. En cas d'acceptation, le patient est prié de revenir le même jour à la fin des consultations. Les sessions CDV

commencent à 13H00 pour se terminer à 15H00, soit 3 clients par jour/infirmier conseiller (une heure par client).

**L'unité de conseil et dépistage volontaire est donc intégrée dans le service des consultations du centre de santé, et sa capacité est en moyenne de 78 clients par mois par infirmier-conseiller. La capacité d'un service à temps plein est de 8 clients par jour soit 208 par mois.**

Il faudrait noter également que le service de consultation n'est pas le seul point d'intégration de l'unité de dépistage. On peut également l'intégrer dans les autres services ou faire fonctionner deux unités dans le même service, en fonction de la disponibilité des ressources humaines et la charge de travail. Dans tous les cas, les consultations curatives et préventives restent les principales points d'initiation du dépistage.

Au centre de santé BONDEKO, l'unité de dépistage a commencé à fonctionner dans le service de consultations externes. Les activités CDV étaient réalisées par un infirmier conseiller affecté au service de consultation. Après évaluation de la charge de travail, nous avons transféré l'unité vers le service de tuberculose.

L'orientation des clients étant toujours assurée par les consultants infirmiers. Avec le début des activités PTME appuyées par UNC, le centre a intégré une nouvelle unité de dépistage à la maternité pour les femmes enceintes et leurs partenaires.

Une session de dépistage englobe les 3 étapes essentielles ( pré test, test et post test). Les protocoles de dépistage volontaire ont été mis à la disposition des prestataires. Après l'obtention d'un consentement éclairé après le pré test, l'infirmier conseiller prélève sur place deux échantillons de sang à l'aide des tubes capillaires et exécute lui même les tests sans recourir au laboratoire.

Au centre de santé ELONGA, les responsables de l'armée du salut préconise encore le recours au laboratoire pour la manipulation et interprétation des tests rapides. A cause de la charge de travail (poids des tests rapides VIH sur les autres analyses notamment sur les bilans tuberculose), l'équipe du centre est en train de pousser vers l'intégration du modèle infirmier de dépistage.

Nous avons utilisé la stratégie II de dépistage ONUSIDA pour la notification des résultats avec deux tests rapides validés par le laboratoire national. Si ce premier test est négatif on considère que le client est séronégatif et on passe au post test.

Si positif on passe au deuxième test. Le client est notifié comme séropositif si le deuxième test rapide, réalisé en série, est également positif. En cas de discordance le résultat est considéré comme indéterminé et la stratégie prévoit de refaire les tests après 6 semaines.

***Après un délai maximal d'une heure, le client a la possibilité de connaître son statut sérologique.***

Au cours de cette période, nos trois sites ont fonctionné essentiellement avec cette stratégie de dépistage avec très peu de liens avec les autres services CDV( autonomes, incorporés ou intégrés).

Aucune promotion de ce service n'a été organisée au niveau communautaire. Nous avons concentré les efforts sur le pool des patients pour détecter les PVV et les prendre en charge.

Cette approche a été fortement soutenue par les experts en conseils et techniciens de laboratoire du CTA pour maintenir et améliorer les performances des prestataires. C'est une approche facile, simple et qui permet d'organiser les activités de dépistage dans n'importe quelle structure sanitaire en République démocratique du Congo.

Le CTA a mis en place un système de contrôle de qualité des résultats VIH dans les trois centres. Le système n'a pas fonctionné comme il faut mais les quelques résultats des contrôles effectués sont satisfaisants.

La disponibilité d'une équipe multidisciplinaire ( CDV et labo) d'appui et supervision est une condition importante pour faire fonctionner correctement cette stratégie de dépistage.

### **2.2.2 Prévention et traitement des infections opportunistes**

**Nous avons fonctionné avec un système avec deux niveaux : le CTA pour les références et les centres de santé.**

En cas de résultat positif, le prestataire propose immédiatement la prise en charge médicale. L'ouverture du dossier médical se fait le même jour, ou au plus tard le lendemain. Un bilan clinique approfondi est réalisé à la première consultation et permet de classer le patient selon l'OMS, de détecter les pathologies associées et les soigner et de démarrer avec la prévention des infections opportunistes.

C'est l'infirmier formé qui assure ce travail. Les prestataires infirmiers ont été initiés à faire ce travail avec moins de dépendance envers le médecin.

***Les ordinogrammes*** du niveau B ont été mis à la disposition des prestataires infirmiers, ainsi que les guides du prescripteur. ***Le guide du prescripteur*** est un complément précieux des algorithmes et donne au prestataire les informations pratiques sur les médicaments à prescrire avec les indications, les dosages, les posologies et les contre indications.

Ces deux documents sont amplement suffisant pour éviter de surcharger les infirmiers avec beaucoup d'information.

Sur base des critères cliniques, on démarre avec la prophylaxie primaire au Cotrimoxazole, prescrit par l'infirmier à raison de 960mg une fois par jour. On remet au patient un paquet contenant un mois de traitement prophylaxie. En cas d'allergie l'infirmier essaye d'abord le protocole de désensibilisation avant d'envisager le remplacement par le Dapsone ( 100mg par jour).

La prophylaxie à l'Albendazole est également prescrite contre les parasitoses intestinales (tous les 6 mois).

### **2.2.3 Bilan biologique**

Nous avons utilisé un protocole avec un bilan biologique réduit au strict nécessaire. C'est un bilan biologique limité à deux examens en rapport avec les régimes thérapeutiques ARV des patients. Il s'agit du typage lymphocytaire (**CD4**) à l'aide d'une machine simple " PARTEC" , et du **SGPT** pour l'exploration de la fonction hépatique. Les autres examens dépendent du tableau clinique.

### **2.2.4 chronogramme de suivi clinique et biologique**

Suivi clinique : chaque mois la première année et tous les 2 mois à partir de la deuxième année en fonction du profil spécifique de chaque patient.

Suivi biologique : CD4 et SGPT au début du traitement et CD4 tous les 6 mois. Le reste dépend des éléments cliniques.

### **2.2.5 Initiation et suivi traitement ARV**

En ce qui concerne les ARV le projet a évolué progressivement en quatre étapes :

#### **Etape 1. Sélection et transfert vers la structure de référence**

Au début de l'intervention les centres se limitaient à identifier, dans la cohorte, les patients éligibles sur base des arguments cliniques et immunologiques et à les référer vers le centre de traitement ambulatoire pour l'initiation ARV et la stabilisation. Pendant ce temps les patients "non encore éligibles" sont suivis dans les centres de santé pour les infections opportunistes. Ceci pour permettre aux nouvelles structures d'évoluer progressivement par pallier sans sauter les étapes.

### **Etape 2. Suivi des patients ARV stables sous traitement de première ligne**

Après 6 mois, nous avons démarré avec le transfert des patients ARV stables du CTA vers les centres de santé. Une étape nécessaire pour permettre aux prestataires infirmiers de renforcer leurs capacités de suivi du traitement ARV . Cette phase devait également permettre le lancement du processus de décentralisation de la prise en charge des PVV du CTA vers les centres de santé. Après un bon début, ce processus de transfert s'est ralenti à cause de plusieurs facteurs, notamment la crainte d'une éventuelle fermeture du CTA après la décision d'arrêt de toute inclusion dans cette structure.

### **Etape 3. Prescription des ARV de première ligne sur place dans les centres**

Une année plus tard nous avons lancé la phase de prescription des ARV sur place par les prescripteurs infirmiers et médecins.

L'approche utilisée dans les centres pour l'initiation ARV c'est le dosage CD4. Nous avons utilisé le plateau technique du laboratoire CTA pour le typage lymphocytaire des patients. Les critères d'éligibilité sont contrôlés par l'infirmier qui décide si le patient peut commencer le traitement. Comme signalé plus haut les infirmiers ont été formés pour initier et assurer le suivi du traitement A.R.V.

Autour de chaque centre, MSF a formé un médecin prescripteur ARV pour la gestion des cas difficiles.

**Les infirmiers formés ont donc été autorisés à prescrire les traitement ARV de première ligne, par délégation et sous l'encadrement des médecins prescripteurs accrédités par le programme national de lutte contre le SIDA. Il s'agit donc des prestataires ARV de premier niveau.**

Le scaling up ARV avec gratuité dans les centres partenaires a été assuré avec le financement du fonds mondial. Les centres de santé ont donc repris les anciens et nouveaux patients dans les cohortes avec les médicaments FM. Les anciens patients CTA n'ont pas été intégrés dans la cohorte CS BONDEKO à cause de la participation financière (symbolique) de 2 USD par mois.

Pour le moment la prescription des ARV en République démocratique du Congo n'est autorisée que pour les médecins formés et accrédités par les autorités compétentes. Le fait d'être médecin ne suffit pas pour prescrire ces molécules et l'infirmier même correctement formé n'a pas l'autorisation de la faire.

En ce qui concerne la préparation des patients avant le début des ARV, le projet a développé un programme simple, exécutable par un prestataire infirmier, sans perturber les autres activités du centre.

En résumé il s'agit d'un programme qui prévoit un délai de trois semaines entre la sélection du patient et le début effectif du traitement, à condition que la patient ne présente aucun problème clinique pouvant retarder le début des A.R.V.

Le patient bénéficie de trois sessions de préparation pour l'aider à comprendre et supporter son traitement. La durée moyenne d'une session de préparation est d'une heure, et le passage d'une session à une autre est conditionné par une évaluation positive de la session antérieure.

## **Contenu de la session**

- ✓ L'évaluation des connaissances du patient sur le VIH, ARV, CD4
- ✓ L'acceptation du statut sérologique
- ✓ Le notion de l'adhérence et l'observance
- ✓ l'importance du confident et son rôle
- ✓ les résultats attendus par le patient sur son traitement
- ✓ le changement qui pourra apparaître dans la vie quotidienne
- ✓ Les avantages des ARV
- ✓ Les effets secondaires des ARV
- ✓ Les personnes à contacter en cas de problèmes
- ✓ Discuter sur les principes des ARV

## **Etape 4. Détection des cas échecs de traitement de première ligne**

C'est l'étape actuelle. Les efforts sont actuellement orientés vers la capacitation des prestataires infirmiers sur le diagnostic des échecs de traitement. Un support a été mis à leur disposition pour documenter et présenter les cas suspects "échecs première ligne" au cours d'une réunion spéciale organisée par le C.T.A.

### **2.2.6 Suivi et soutien de l'adhérence ARV**

Pour espérer une bonne réponse thérapeutique ARV, il est nécessaire que le patient suive correctement son traitement et respecte toutes mesures d'accompagnement. Pour ce faire ,plusieurs méthodes existent pour aider les équipes des soins à suivre le niveau d'observance.

La régularité aux rendez-vous a été utilisée comme principal moyen pour suivre le niveau d'observance des patients. Nous avons essayé d'introduire le comptage des comprimés, mais la charge de travail des pharmaciens au niveau des centres partenaires n'a pas permis l'intégration de cette méthode.

Le système de suivi des rendez-vous a été intégré sur la fiche de consultation avec l'enregistrement des différentes dates des rendez-vous et visites. Un système simple qui permet de détecter les problèmes d'adhérence et rechercher les pistes de solution.

Cette méthode a été couplée avec le suivi clinique et biologique pour renforcer son efficacité. Le consultant infirmier a été sensibilisé pour évaluer à chaque consultation le degré d'observance selon la méthode "régularité aux rendez-vous". Les cas à problèmes sont gérés pendant les consultations avec l'identification des facteurs de démotivation et le soutien nécessaire.

Nous avons fonctionné avec une stratégie de soutien à l'adhérence à trois composantes: le conseil d'adhérence intégrée aux consultations curatives, la formation et la responsabilisation du patient et de son confident et la participation active aux rencontres des groupes de support.

Le **Conseil d'adhérence intégré** aux consultations curatives consiste à aménager un espace suffisant de dialogue, au cours des consultations, pour l'écoute des patients à problème. Cette méthode a rapidement montré ces limites à cause de la charge globale de travail des consultants. La partie clinique de la consultation prend souvent plus de temps en défaveur de la partie conseils d'adhérence.

Ce qui nous a amené à renforcer deux axes supplémentaires pour soutenir l'adhérence. Il s'agit d'abord de la grande responsabilisation du patient au début et pendant son traitement, et ensuite des groupes de support des personnes vivant avec le virus du sida.

**L'axe patient/confident** consiste à aider le patient à comprendre son traitement et l'encourager à prendre ses responsabilités. Un grand effort est réalisé au début avec le programme des sessions préparatoires au traitement. Le patient est fortement encouragé, au début du traitement, à identifier une personne de confiance qui peut l'aider entre autres à maintenir sa motivation thérapeutique. Cette personne bénéficie également d'une session d'information sur la maladie VIH et le traitement ARV pour le préparer à bien jouer son rôle.

Le confident n'est pas absolument indispensable pour commencer le traitement et doit en principe vivre dans l'environnement immédiat du patient pour un bon soutien à l'adhérence.

**L'axe groupe de support** consiste à encourager le patient à participer volontairement aux réunions organisées régulièrement par les associations des personnes vivant avec le virus du sida, sur le partage des informations et échanges d'expériences. Avec le temps, on retrouve actuellement dans ces groupes des patients avec une grande expérience du traitement ARV et à qui nous comptons focaliser notre stratégie de soutien à l'adhérence.

L'expérience a montré qu'il faut décentraliser les activités de préparation ARV et soutien à l'adhérence, vers les organisations à base communautaire et principalement vers les associations des personnes qui disposent des potentiels suffisants pour cela. Les patients "experts" bien formés sur l'éducation thérapeutique et motivés peuvent efficacement jouer ce rôle.

### **2.2.7 Prise en charge de la co-infection tuberculose et VIH**

Une attention particulière a été portée sur la prise en charge de la co-infection tuberculose /VIH dans les centres de santé. Parmi les critères d'intégration des activités VIH, la possibilité de diagnostiquer et soigner la tuberculose sur place a été retenue comme critère majeur.

Les centres de santé figuraient déjà parmi les centres de traitement de la tuberculose de Kinshasa, appuyés par la Fondation Damien Belgique. Nous avons fonctionné en collaboration avec cette fondation qui dispose d'une bonne capacité d'appui avec les formations, approvisionnement en médicaments anti-tuberculeux, tests de laboratoire, supports d'information et primes de motivation.

Un lien efficace a été établi entre les unités intégrées VIH et les services de prise en charge TB des centres de santé. Au niveau des services TB, nous avons renforcé l'éducation sanitaire avec les sessions de sensibilisation sur le VIH et l'importance du dépistage de la co-infection pour une bonne prise en charge . Ces sessions sont animées essentiellement par le club des amis de Damien, un regroupement des anciens tuberculeux décidés à aider les nouveaux à suivre correctement leurs traitements. Ils organisent même les visites à domicile à la recherche des perdus de vue TB identifiés par l'équipe du centre de santé.

### **2.2.8 Recherche des perdus de vue**

La définition d'un cas "perdu de vue" dans le cadre de ce projet c'est tout patient qui ne se présente plus aux rendez-vous depuis plus de deux mois. Au départ, le système de détection de ces cas était basé sur **la revue périodique** de toutes les fiches médicales des PVV de la structure. Très laborieux.

Ce qui nous a amené plus tard à changer de méthode en utilisant le **rangement des fiches médicales par catégorie** des patients ( réguliers, décédés, perdus de vus et autres). Cette méthode nécessite que dans chaque catégorie les fiches soient rangés selon l'ordre numérique croissant pour faciliter les manipulations.

Cette dernière méthode est très pratique et facile à utiliser pour une détection rapide des cas de perte.

La recherche des perdus de vue a été assurée par 4 stratégies différentes avec des résultats variables et inconstants.

1. La recherche des informations sur le patient par téléphone
2. Les visites à domicile organisées par l'équipe du centre de santé
3. Les visites à domicile organisées par les volontaires CAD
4. La recherche organisée par les associations des PVV (groupes de support)

### **2.2.9 Accompagnement psychologique et social**

Il est clairement établi que l'infection à VIH appauvrit les individus et les communautés, déstabilise les ménages et altère les conditions de vie des patients et leurs familles. Un accompagnement est nécessaire pour espérer une amélioration globale et durable de la qualité de vie des patients.

L'accompagnement psychologique et social n'a pas fait partie de notre paquet d'intervention dans les centres partenaires. Le principe pour MSF était d'offrir aux patients un paquet social via les organisations non gouvernementales locales, actives dans l'accompagnement psychologique et social à Kinshasa.

Le rôle MSF devait se limiter à identifier les ONG actives dans le domaine social et à rendre l'information disponible au niveau des centres partenaires. Ce travail a été assuré par l'équipe sociale du C.T.A.

Faute de financement, ces organisations n'ont pas été en mesure de satisfaire les nouvelles demandes provenant de nos sites partenaires. Face à cette situation les patients ont eux-mêmes recourus à d'autres formes de solidarité communautaire. Nous avons retenu dans le cadre de ce rapport les initiatives de solidarité entre PVV et le rôle joué par les confessions religieuses.

## **Les groupements de solidarité**

Le BDOM a joué un rôle historique dans le développement d'un modèle visant à renforcer les capacités des PVV à l'auto prise en charge. Les PVV s'organisent en petits groupes de solidarité avec un système de cotisation périodique. Ces fonds alimentent une petite caisse destinée au démarrage des activités génératrices des revenus. Cette expérience est supportée par CORDAID, principal bailleur des fonds du BDOM Kinshasa.

## **Le confessions religieuses**

Les organisations religieuses ont aussi joué un rôle significatif dans la prise en charge spirituelle, psychologique et matérielle des patients.

En effet la majorité de nos malades ont témoigné le soutien spirituel et moral de leurs encadreurs religieux.

Sur le plan matériel, beaucoup ont également bénéficié des différents régimes de solidarité mis en place dans les Eglises de Kinshasa. Ces régimes offrent des paquets sociaux qui vont parfois jusqu'à l'admission et hébergement des PVV rejetées par les familles et proches.

### **2.2.10 Suivi et évaluation**

Le système de suivi et évaluation préconisé par le programme national VIH/SIDA est assez complet mais lourd à gérer au niveau des centres de santé. Le système des rapports spécifiques par activité rend la tâche difficile au niveau des infirmiers.

Nous avons mis en place un système simple, limité aux informations essentielles avec des supports faciles à utiliser. Mais avec l'augmentation des patients dans les cohortes, l'élaboration des rapports devient fastidieux.

Le système recourt à présent aux registres et fiches individuelles pour la récolte des informations et l'élaboration des rapports périodiques. C'est la principale difficulté avec le nombre important des fiches à exploiter.

Le logiciel FUCHIA n'a pas servi à la gestion des données de la décentralisation. D'ailleurs la gestion d'un tel support n'est pas aisée dans les conditions actuelles de nos centres de santé.

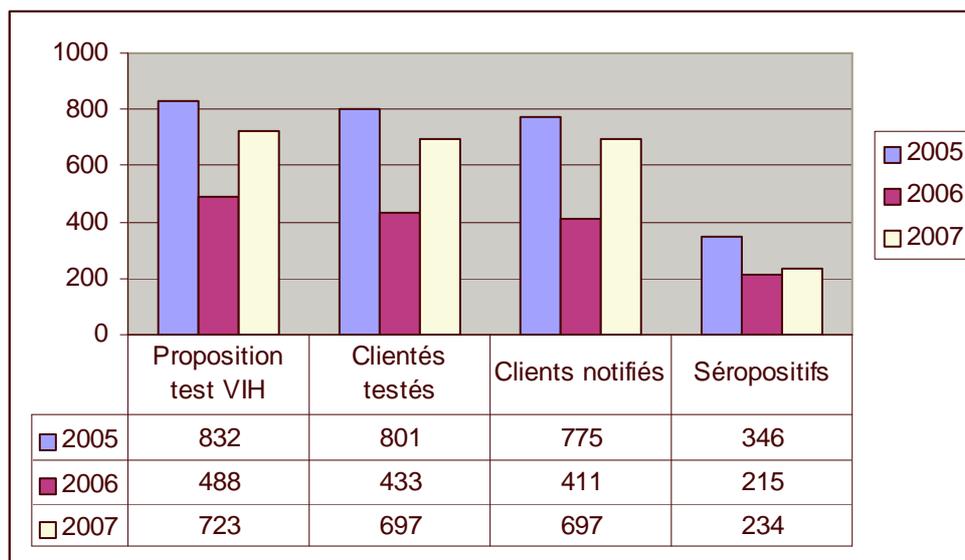
En dehors des rapports, nous avons fonctionné aussi avec les revues périodiques des activités.

### **3. Résultats obtenus**

Avec les prestations réalisées essentiellement avec les équipes infirmières opérant dans les 3 centres partenaires (*modèle infirmier*)

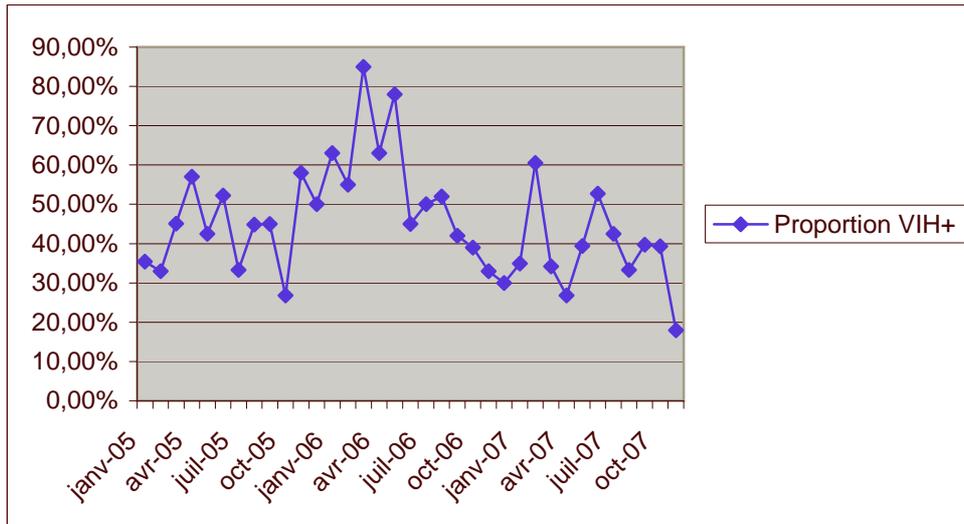
#### **3.1 Centre de santé BONDEKO**

##### ***A. Conseil et dépistage initié par le soignant***



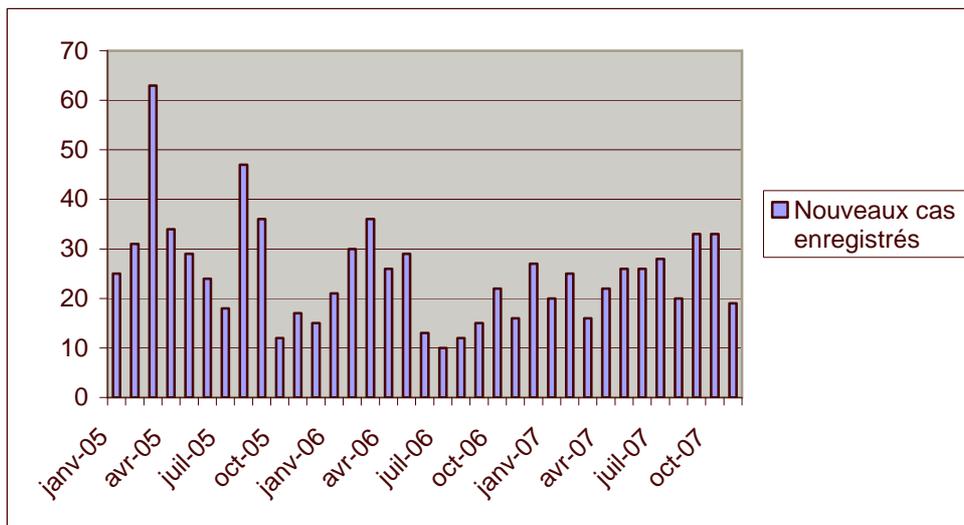
De janvier 2005 à novembre 2007 le centre de santé BONDEKO a proposé le dépistage VIH à 2043 clients au cours des consultations de routine. Parmi eux, 1931 ont passé le test soit une acceptation de **94,5%**. Le taux de notification observé avec la stratégie sang capillaire est de **97,5%**.

***B. Courbe de la séropositivité selon la stratégie OPT OUT ciblée***



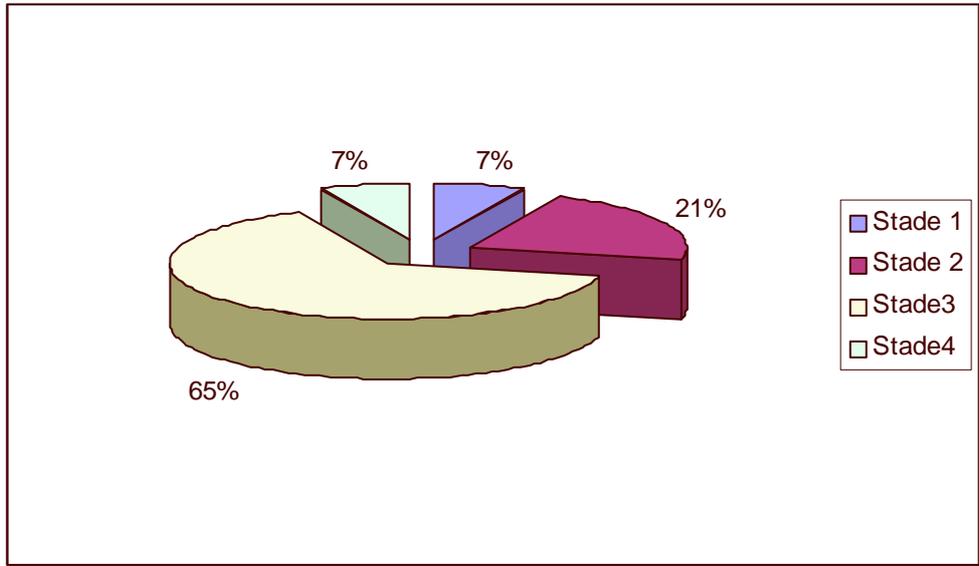
Le taux de séropositivité VIH trouvé est de 42%.

### C. Prise en charge IO (rythme inclusion à la prise en charge)



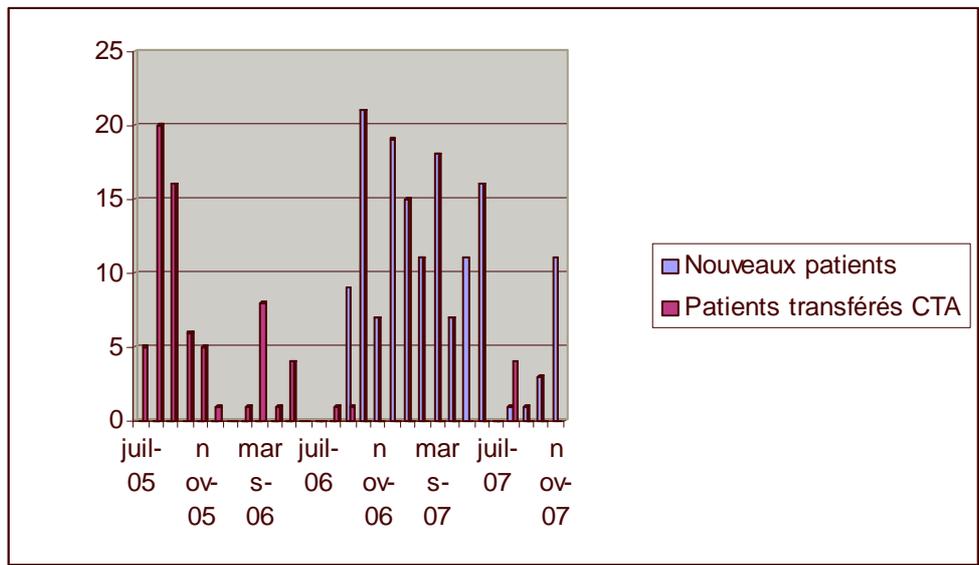
Au total 876 patients ont été enregistrés dans le programme de prévention et prise en charge des infections opportunistes de janvier 2005 à novembre 2007. Le rythme mensuel au centre BONDEKO est de **25 patients par mois**.

### D. Stade clinique OMS à l'admission des patients



72% des consultations tardives ( stades 3 et 4)

**E. Traitement ARV**



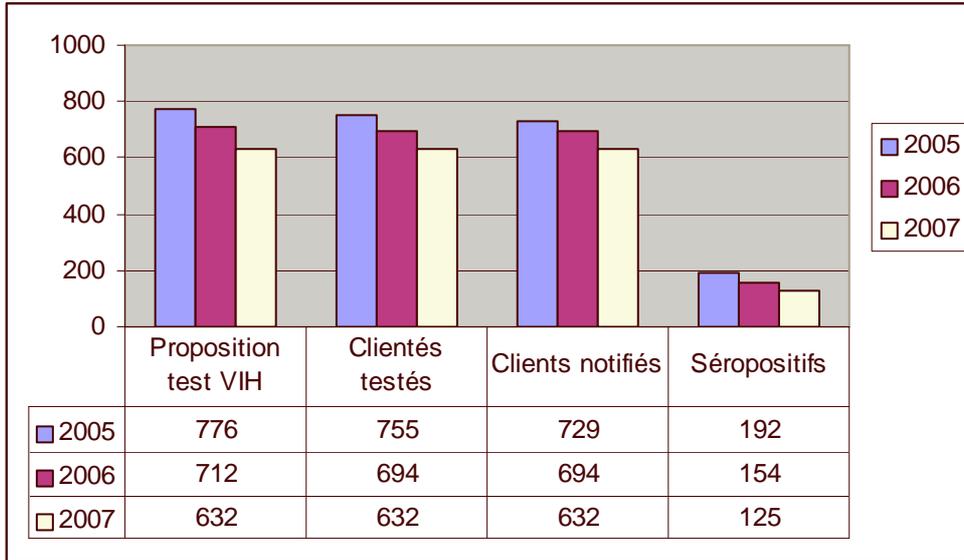
Le centre de santé BONDEKO a initié le traitement ARV chez 150 patients et assure le suivi total de **223 malades sous ARV** à la fin du mois de novembre 2007 ( y compris 73 patients ARV stables contre référés par le CTA). 60% des prescriptions assurées par les infirmiers par délégation.

**Rapport de cohorte décembre 2007**

ARV réguliers et en vie :	207 (93%)
Perdus de vue et décès:	16 (7%)
Total :	223(100%)

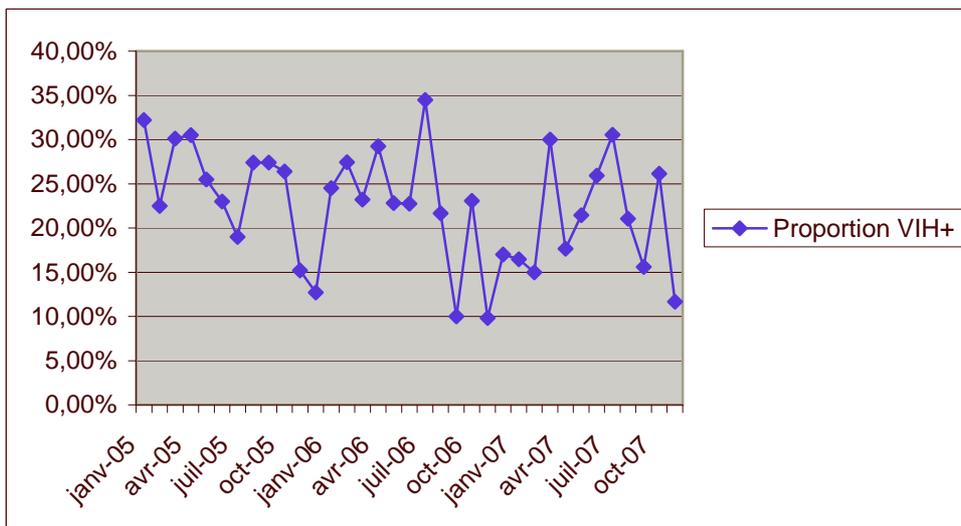
### 3.2 Centre de santé MFINDA

**A. Conseil et dépistage initié par le soignant**



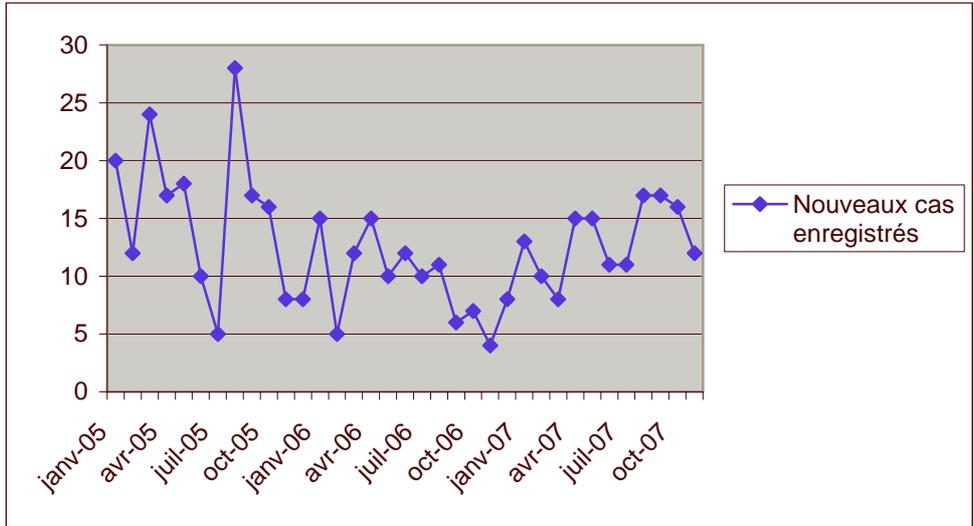
L'équipe des prestataires du centre MFINDA a réalisé 2120 propositions de dépistage VIH et 2081 ont accepté de passer le test (acceptation 98%). De ce nombre 2055 ont été notifiés (98,7%).

**B. Courbe de la séropositivité selon la stratégie OPT OUT ciblée**



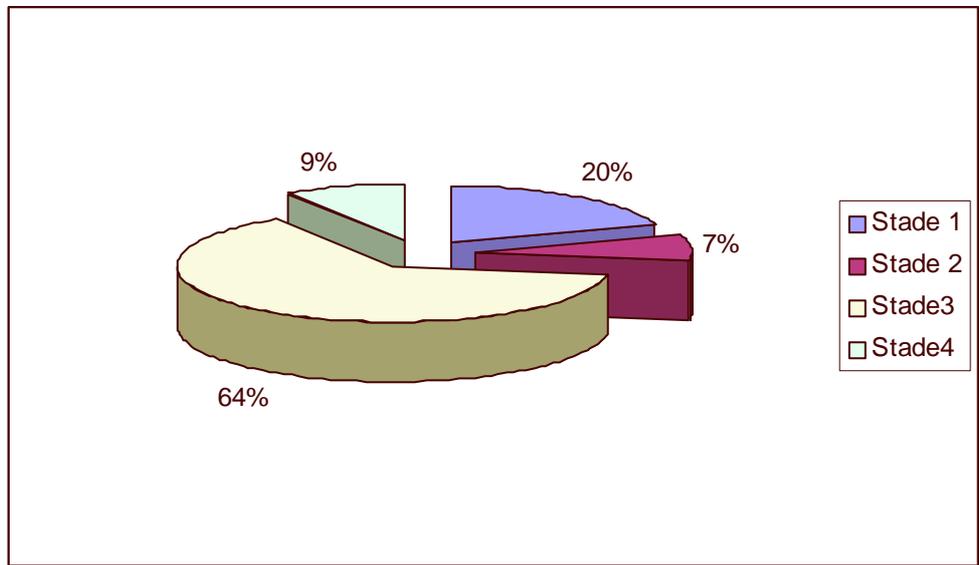
Le taux de séropositivité VIH trouvé est de 23%.

**C. Prise en charge IO (rythme inclusion à la prise en charge)**



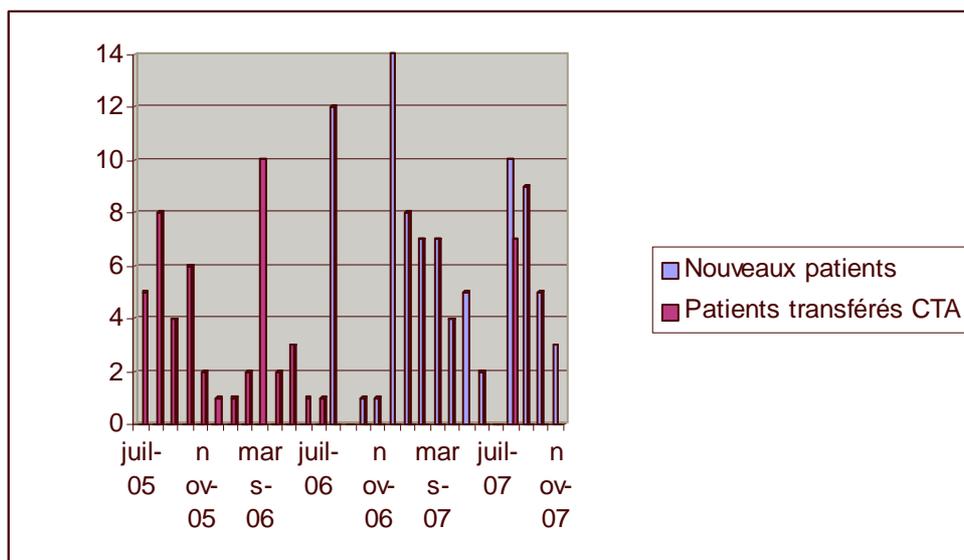
Au total 443 patients ont été enregistrés dans le programme de prévention et prise en charge des infections opportunistes de janvier 2005 à novembre 2007. Le rythme mensuel au centre MFINDA est de **18 patients par mois**.

**D. Stade clinique OMS à l'admission des patients**



73% des consultations tardives ( stades 3 et 4)

**E. Traitement ARV**



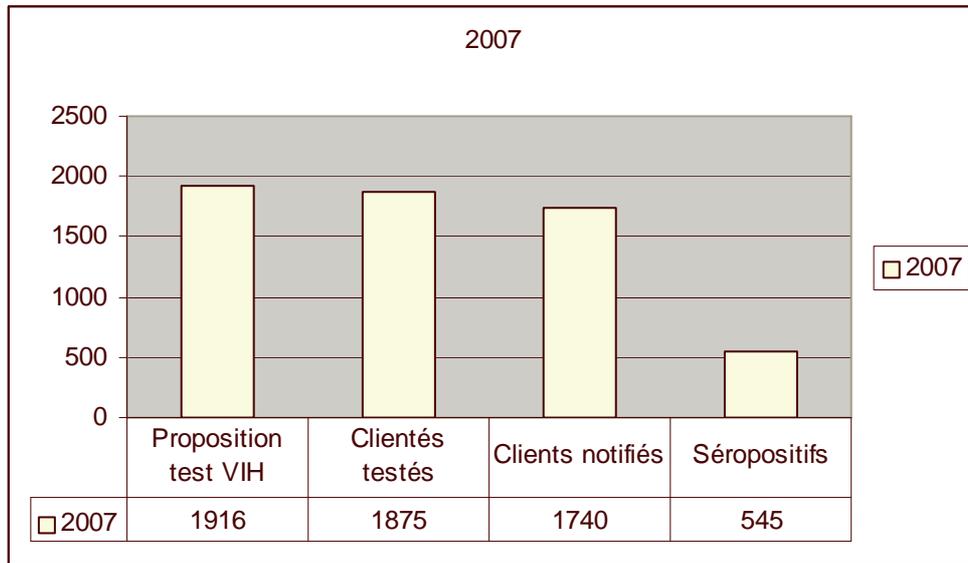
Le centre de santé MFINDA a initié le traitement ARV chez 88 patients et assure le suivi total de **149 malades sous ARV** à la fin du mois de novembre 2007 ( y compris 53 patients ARV stables contre référés par le CTA). 80% des prescriptions assurées par les infirmiers par délégation.

#### ***Rapport de cohorte décembre 2007***

ARV réguliers et en vie :	127( 90%)
Perdus de vue et décès:	14 ( 10%)
Total :	141(100%)

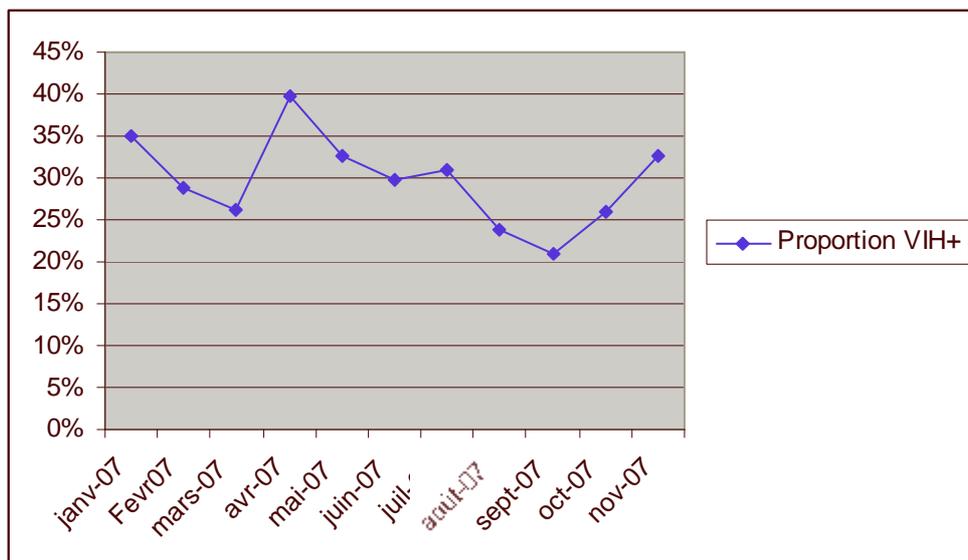
### 3.3 Centre de santé ELONGA

### A. Conseil et dépistage initié par le soignant



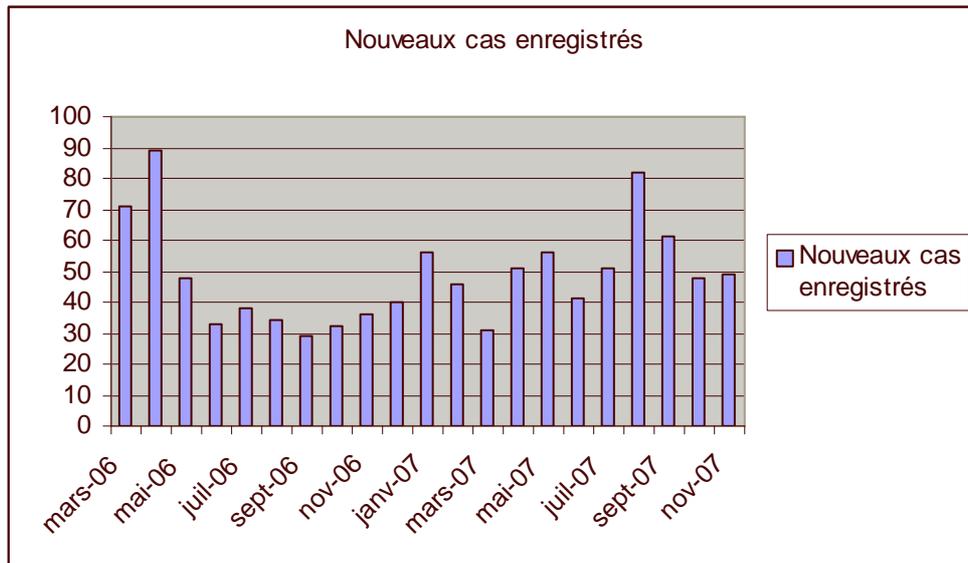
L'équipe des prestataires du centre ELONGA a réalisé 1916 propositions de dépistage VIH et 1875 ont accepté de passer le test (acceptation 98%). De ce nombre 1740 ont été notifiés (92,3%).

### B. Courbe de la séropositivité selon la stratégie OPT OUT ciblée



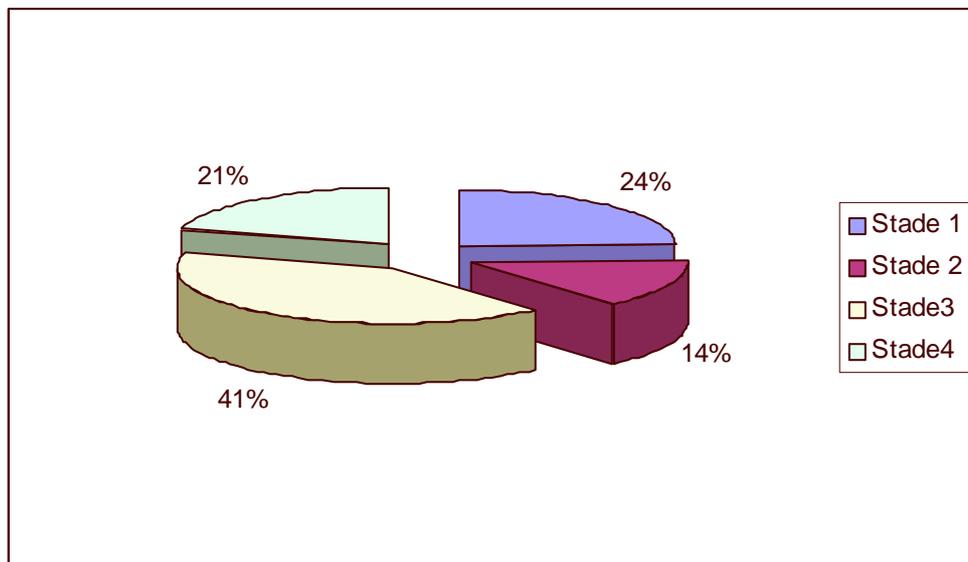
Le taux de séropositivité VIH trouvé est de 29%

### C. Prise en charge IO (rythme inclusion à la prise en charge)



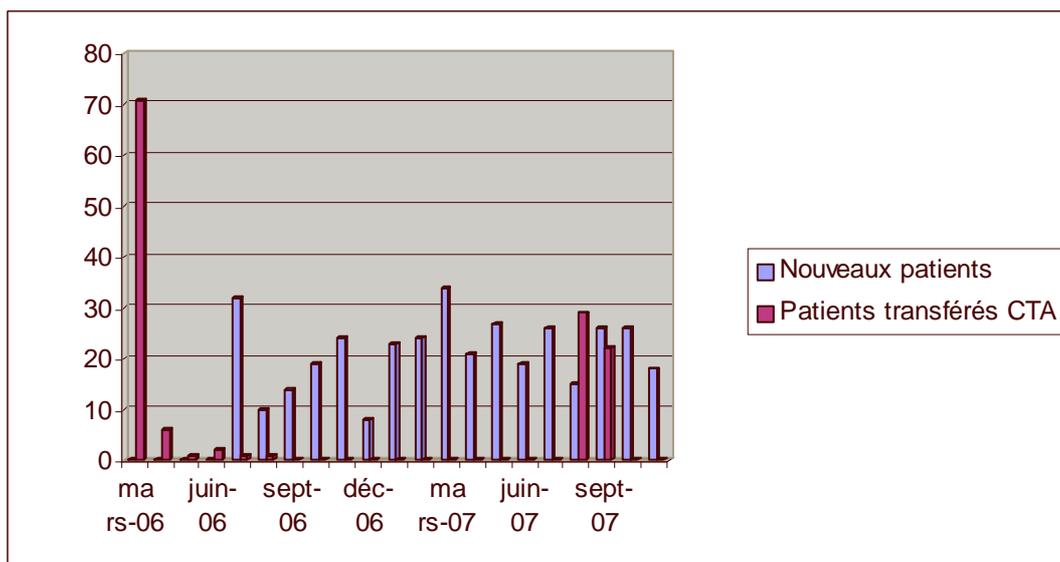
Au total 1022 patients ont été enregistrés dans le programme de prévention et prise en charge des infections opportunistes de mars 2006 à novembre 2007. Le rythme mensuel au centre ELONGA est de **49 patients par mois**.

#### ***D. Stade clinique à l'admission des patients***



*61% des consultations tardives ( stades 3 et 4)*

#### ***E. Traitement ARV***



Le centre de santé ELONGA a initié le traitement ARV chez 366 patients et assure le suivi total de **496 malades sous ARV** à la fin du mois de novembre 2007 ( y compris les patients ARV stables contre référés par le CTA). 60% des prescriptions assurées par les infirmiers par délégation.

#### ***Rapport de cohorte décembre 2007***

ARV réguliers et en vie :	489 ( 96%)
Perdus de vue et décès:	19 ( 4%)
Total :	508 (100%)

### **3.4 GRATUITE DES SOINS VIH**

Il convient d'abord de souligner qu'il n'existe à ce jour aucun texte réglementaire recommandant la gratuité des soins VIH en République Démocratique du Congo. On note par ailleurs une certaine volonté politique mais qui se limite aux discours de circonstance.

La gratuité d'un paquet minimum incluant la consultation , certains examens biologiques fixés par le document des normes et procédures , médicaments contre les infections opportunistes, les ARV et le CTM devient essentiel à l'accès universel au traitement.

Cette intervention a étudié la faisabilité de la mise en œuvre de cette politique dans le secteur public, dépendant fortement de la participation financière des patients pour le fonctionnement.

Le recouvrement des coûts est le **principal mode de financement** du budget de fonctionnement et d'investissement des structures sanitaires dans les réseaux partenaires de ce projet. Qu'il s'agisse de l'église catholique, de l'armée du salut ou du ministère de la santé. La participation de la communauté aux coûts engendrés est considéré comme le principal espoir pour la survie du système.

A côté de ceci, un système parallèle d'indigence permet à une certaine catégorie des démunis d'accéder aux services. Ce système d'indigence fonctionne comme il faut dans le réseau confessionnel catholique.

Le système de paiement utilisé dans les 3 sites du projet est le paiement par médicament et par acte. La consultation avec la fiche coûte 2 USD et couvre une épisode maladie pendant une semaine. Chaque médicament est facturé au coût réel pour permettre le renouvellement des stocks.

Il apparaît clairement que dans ces conditions de travail la gratuité des soins tout court est perçue comme un facteur déstabilisant l'équilibre précaire existant entre les charges et les produits des structures de santé, avec un

risque important de faillite. La gratuité des soins engendre un déficit au niveau des recettes et diminue la capacité financière des structures.

Ainsi, pensaient nos partenaires, les personnes vivant avec le virus du sida doivent également participer au financement communautaire du système pour permettre à celui-ci de maintenir sa capacité de prise en charge.

C'est dans ce climat que nous avons lancé l'expérimentation d'une politique de gratuité complète des soins VIH dans le secteur public à partir du mois de janvier 2005. Les premières négociations sur la gratuité complète des soins VIH dans le cadre de cette intervention n'ont pas été faciles à cause de toutes ces considérations d'ordre économique.

Malgré cela nous sommes parvenus avec nos partenaires à offrir gratuitement, dans le secteur public, les soins VIH aux PVV pendant toute la durée de la période de l'intervention. Avec quelle stratégie?

En effet la gratuité tout court est effectivement nuisible aux structures sanitaires dans le contexte actuel de leur fonctionnement. Il s'agit d'imposer la gratuité sans tenir compte de l'équilibre budgétaire des structures.

La vraie politique de gratuité VIH doit être accompagnée des mesures d'accompagnement efficaces pour d'une part permettre l'accès du plus grand nombre aux soins et d'autre part maintenir la fonctionnalité des structures.

**La gratuité dans le cadre de ce projet a couvert les services suivants:**

- ✓ Fiches conseils et dépistage volontaire
- ✓ Sessions de préparation et annonce des résultats VIH
- ✓ Tests rapides de dépistage du VIH
- ✓ Fiches de suivi médical
- ✓ Cartes de rendez-vous

- ✓ Consultations infirmières
- ✓ Distribution des préservatifs
- ✓ Consultations médicales
- ✓ Observation
- ✓ Soins infirmiers (pansements, injections et autres)
- ✓ Suivi biologique ( CD4 et biochimie)
- ✓ Prophylaxie primaire et secondaire
- ✓ Médicaments pour les infections opportunistes
- ✓ Médicaments pour les pathologies courantes
- ✓ Médicaments pour les infections sexuellement transmissibles
- ✓ Médicaments ARV
- ✓ Hospitalisation

La grande évolution dans les discussions a été la reconnaissance par les partenaires du fait que la participation financière des PVV n'est pas la seule solution pour maintenir l'équilibre budgétaire et la capacité des structures. Il y a également les subventions locales, étatiques ou extérieures. La gratuité a un coût et le patient n'est pas la seule personne qui doit supporter ce coût.

La stratégie MSF c'est la gratuité soutenue et a consisté à contribuer au budget de fonctionnement des centres de santé appuyés dans le but d'atténuer les effets de la gratuité sur leurs viabilités financières et fonctionnement.

Il s'agit d'un appui au renforcement de la structure afin de maintenir et améliorer ses capacités dans l'offre du paquet minimum d'activités des soins de santé primaire aux bénéficiaires. Le dépistage et la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA étant considéré comme faisant partie du P.M.A.

### **Contributions au budget de fonctionnement et d'investissement**

En espèce = 4200 USD par an

1. Frais de paiement des primes de motivation
2. Frais de fonctionnement

Autres contributions (sous forme d'intrants ou services)

1. Frais de supervision VIH
2. Frais de réhabilitation des zones à déchets
3. Frais d'achat des médicaments maladies courantes
4. Frais d'achat médicaments infections opportunistes
5. Frais d'achat médicaments contre les maladies courantes
6. Frais d'achat médicaments infections opportunistes
7. Frais d'achat des médicaments ARV
8. Frais d'achat des médicaments infections sexuellement transmissibles
9. Frais d'achat des supports d'information (fiches, registres et cartes)
10. Frais de transport des médicaments
11. Frais d'achat matériels médicaux de base
12. Frais de transport des échantillons au CTA
13. Frais de référence (système ambulance)
14. Frais achat tests CD4 et biochimie
15. Frais de formation des prestataires

Comme signalé plus haut, ce type de soutien a permis l'application de la gratuité complète des soins VIH pour l'ensemble de nos bénéficiaires. Mais non sans difficulté. Avec l'augmentation des inclusions dans les cohortes, la charge de travail (gratuite) a augmenté dans les sites et le forfait 350 USD ne parvient plus à maintenir les équilibres. Ce qui relance pour le moment le débat sur le choix entre la participation financière des PVV et les subventions. Notre stratégie de soutien à la gratuité a atteint ses limites et il est temps d'en envisager d'autres.

Le centre de santé BONDEKO sollicite une contribution mensuelle de 2 USD par patient sous ARV pour la constitution d'un fonds destiné à financer, tant soit peu, certaines lignes budgétaires du projet SIDA BDOM Kinshasa.

La subvention constitue pour le moment la solution adaptée pour renforcer les structures dans la lutte contre la pandémie. Les subventions peuvent provenir de la communauté desservie par la structure, de l'état ou de l'extérieur. Les grands financements doivent absolument tenir compte de cette réalité et prévoir des lignes budgétaires conséquentes pour soutenir le fonctionnement des structures.

L'Etat congolais et les bailleurs internationaux ne doivent pas perdre de vue que la gratuité sans mesures d'accompagnement est une bombe qui risque de détruire les gros efforts fournis les responsables des structures sanitaires pour le maintien d'une certaine fonctionnalité.

Sans subvention conséquente, BDOM pense qu'une participation financière des PVV (à raison 2USD par mois) permettrait quand même de contribuer au frais de fonctionnement des structures. A Kinshasa, les associations des personnes vivant avec le virus du sida commencent à soutenir cette approche. Après la stabilisation clinique et la reprise de l'autonomie, ils pensent qu'ils peuvent payer les soins comme les autres malades chroniques et contribuer à une certaine pérennisation de leur prise en charge.

### **3.5 La problématique de la pérennisation des interventions**

La pérennisation des interventions VIH/SIDA dans le contexte actuel de la RDC paraît difficile, si pas impossible. Les appuis extérieurs restent encore indispensable pour maintenir les activités sur le court, moyen et long terme.

Par ailleurs un des partenaires du projet, le BDOM, a lancé une grande réflexion sur la question et développe à présent des mécanismes de

pérennisation basé sur le renforcement des capacités des PVV pour une certaine contribution au financement des activités VIH/SIDA.

Dans le cadre de cette expérience, nous avons graduellement utilisé 3 stratégies en fonction de l'évolution du contexte VIH/SIDA à Kinshasa.

### ***1. Stratégie A***

Inexistence d'autres sources de financement des activités VIH/SIDA en dehors de MSF. Ici il est préférable d'appliquer l'approche **Décentralisation tout court**. Au début de la décentralisation, nous étions pour nos partenaires la seule source de financement des activités. Nous avons donc assumé toute la responsabilité, avec un score d'autonomie des partenaires de 0%.

### ***2. Stratégie B***

Existence d'autres sources ( mais instables) de financement des activités VIH/SIDA. C'est le cas de la République Démocratique du Congo actuellement. Ici il est préférable d'appliquer l'approche **Décentralisation-Passation soutenue**.

### ***3. Stratégie C***

Existence d'autres sources stables de financement des activités VIH/SIDA en dehors de MSF. La stratégie ici c'est la **Décentralisation – Passation tout court**.

Dans le cadre de cette intervention, nous avons plutôt développé l'approche **Décentralisation – Passation soutenue**. Pour cela nous avons mis à profit d'autres possibilités de financement pour transférer aux partenaires la capacité de poursuivre leurs activités VIH/SIDA sans MSF, sans porter préjudice aux patients. Mais avec un stock tampon en intrants pour soutenir la disponibilité des médicaments au niveau des sites.

Nous avons mis en place un système de monitoring pour suivre le processus de transfert progressif des responsabilités sous forme de **9 questions essentielles** en rapport avec les domaines clés de l'organisation du dépistage et prise en charge médicale des PVV dans une structure sanitaire.

- 1. Qui approvisionne le site en tests rapides ?**
- 2. Qui approvisionne le site en médicaments pour les infections opportunistes?**
- 3. Qui assure l'approvisionnement en médicaments IST et maladies courantes?**
- 4. Qui approvisionne le site en ARV?**
- 5. Qui paie les primes de motivation des prestataires du site?**
- 6. Qui approvisionne le site en supports d'information?**
- 7. Qui assure les sessions de supervision et appui?**
- 8. Qui organise les formations?**
- 9. Qui assure le suivi biologique des patients?**

Un programme de décentralisation- passation doit viser une autonomisation à 100% des sites. Pour y arriver il faut agir dans deux grandes directions. D'abord au niveau de l'environnement VIH dans le contexte de l'intervention. Et ensuite au niveau des partenaires directs. C'est ce que nous avons appliqué dans le cadre de cette expérience.

Une bonne stratégie de décentralisation – passation doit être appuyée par un volet recherche des informations sur l'environnement VIH/SIDA. Une participation active aux différents forums des partenaires nous a permis de suivre les différentes opportunités de financement qui s'offraient dans la lutte contre le VIH à Kinshasa et le niveau d'exécution des projets par les autres partenaires. L'objectif pour nous était de s'assurer que nos partenaires directs ont accès à d'autres sources de financement susceptibles de les aider à continuer sans MSF.

L'Armée du salut et BDOM ont introduit des demandes de financement auprès du fonds mondial en 2005 et ont ainsi démarré leurs propres projets VIH dans la ville, en dehors des centres appuyés par MSF. Nous avons passé le centre MFINDA au projet SIDA GTZ Kinshasa.

Si tout va bien avec la deuxième phase du fonds mondial, *nous espérons* que nos partenaires directs vont reprendre l'essentiel de l'appui MSF.

#### 4. CONCLUSION

Les résultats obtenus montrent à suffisance le potentiel que dispose les centres de santé et les infirmiers pour contribuer au dépistage et à la prise en charge de l'infection à VIH dans notre pays. Avec les modèles simplifiés et standardisés de prise en charge des patients, les infirmiers bien encadrés peuvent jouer un rôle déterminant dans le processus de passage à l'échelle pour l'accès du plus grand nombre des PVV à la prise en charge.

Il y a encore des efforts à déployer pour améliorer la qualité des services mais on peut affirmer à ce jour que la prise en charge intégrée fonctionne et contribue progressivement à l'augmentation de l'offre dans la ville de Kinshasa.

*Nous allons conclure ce document avec les principales leçons apprises au cours de l'expérience.*

1. L'intervention nous a permis de découvrir d'avantage le potentiel que représente les centres de santé et les infirmiers. Avec un bon encadrement, ce personnel est capable de dépister et de prendre en charge les PVV comme d'autres maladies chroniques comme la tuberculose et le diabète.
2. Le **Dépistage gratuite du VIH en Routine** est une approche acceptable et efficace dans le contexte de cette intervention. Nous avons noté des

taux très satisfaisants d'acceptation et de notification. Par ailleurs elle nécessite une formation préalable et un encadrement efficace pour garantir une bonne confidentialité et une bonne qualité du consentement.

3. La stratégie basée sur le sang capillaire permet d'organiser les activités de dépistage VIH avec les moyens très limités, avec un bon rapport coût-efficacité. Réalisée par l'infirmier- conseiller, cette stratégie permet de réduire la charge de travail au niveau du laboratoire et d'améliorer la qualité des analyses.
4. Les infirmiers de niveau A2 + , formés et encadrés sont bel et bien capable d'initier et de suivre le traitement ARV de première ligne avec des résultats satisfaisants. Il est temps de promouvoir la notion de prescripteur ARV avec trois niveaux : le prescripteur infirmier(niveau 1), le prescripteur médecin généraliste (niveau 2) et le prescripteur spécialiste (niveau3); avec un système d'accréditation pour chaque niveau.
5. La notion de la gratuité des soins VIH est perçue comme une bonne chose par les prestataires des soins, mais à condition que quelqu'un paie à la place du patient pour maintenir une certaine fonctionnalité des structures sanitaires. La gratuité comme simple discours sans mesures d'accompagnement est plutôt nuisible.
6. L'implication des partenaires est un processus qui prend du temps. Il faut le faire assez tôt, dès la conception du projet pour une meilleure implication.
7. La pérennisation des activités VIH n'est pas facile à assurer dans les conditions actuelles d'une forte dépendance vis à vis des financements extérieurs.

8. La simplification des directives de prise en charge permet de rationaliser l'utilisation des ressources disponibles et de faciliter leur mise en application par un éventail plus large des prestataires. L'expérience a montré que parfois certains protocoles exagèrent sur les recommandations du suivi biologique ARV. Nous avons fonctionné dans cette intervention avec un bilan biologique de base réduit à deux marqueurs (CD4 et SGPT) et cela sans incidents graves.
  
9. L'appui des centres de santé permet de rapprocher les soins VIH près des malades avec une meilleure adhésion aux traitements. Aussi le suivi des maladies chroniques ne peut se faire convenablement que dans le contexte d'une bonne accessibilité notamment géographique. Il est temps d'orienter les efforts vers les structures de première ligne des soins du système sanitaire.
  
10. Bien organiser le niveau de référence avant de se lancer dans les centres de santé. C'est toujours mieux de commencer par organiser la structure de référence avant de se lancer dans la décentralisation proprement dite. Dans le cadre de cette expérience, nous avons utilisé le CTA comme structure de référence.