

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA ET IST
« PNLIS



RAPPORT ANNUEL

2017



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	4
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	6
MOT DE REMERCIEMENT DU DIRECTEUR DU PNLS.....	7
RÉSUMÉ.....	8
I. CONTEXTE.....	9
I.1 Contexte Géo-démographique.....	9
I.2 Contexte sanitaire.....	10
I.3 Contexte épidémiologique.....	10
II. MISSION DU PNLS DANS LE SECTEUR SANTÉ DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	16
III. LES PRINCIPAUX INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN APPUI AU GOUVERNEMENT DANS LE SECTEUR SANTÉ.....	17
IV. OBJECTIFS, STRUCTURATION DU RAPPORT ET METHODOLOGIE.....	18
IV.1. Objectifs.....	18
IV.2.2. Structuration.....	18
IV.3. METHODOLOGIE.....	18
V. LIMITES.....	19
VI. RESULTATS.....	19
VI.1. RAPPELS DES OBJECTIFS DU PLAN D’ACTION OPÉRATIONNEL 2017.....	19
1. Sur le plan programmatique.....	19
VI.1.1. Offre des services.....	21
VI.1.1.1. Couverture géographique.....	21
VI.1.1.2. Résultats atteints en 2017 par domaine d’intervention.....	23
VII. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS CLÉS.....	49

7.1. Interventions clés.....	49
7.3 Résultats en rapport avec les services offerts aux Key pop	50
VIII. INFORMATIONS STRATEGIQUES.....	54
IX. AUTRES GRANDES REALISATIONS DE L'EXERCICE 2017	57
7.1. Amélioration de la coordination et de la couverture des services	57
7.2. Organisation des réunions techniques.....	57
7.3. Renforcement de capacités institutionnelles.....	57
7.4 Sécurisation des financements de lutte contre le VIH.....	57
X. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE S	58
XI. DIFFICULTES RENCONTREES.....	62
XII. GRANDS DÉFIS ET POINTS D'ATTENTION	63
XIII. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	63

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

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

PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
RH	: Ressources Humaines
SDT	: Site de Diagnostic et Traitement du VIH
SE	: Son Excellence
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SURVEPI	: Surveillance Epidémiologique
TAR et/ou TARV	: Traitement aux Antirétroviraux
UCOP+	: Union Congolaise des Personnes vivant avec le VIH
UDI	: Utilisateur des Drogues Injectables
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	: Visite à Domicile
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

Liste des Figures, Graphiques et Tableaux

MOT DE REMERCIEMENT DU DIRECTEUR DU PNLS



C'est avec un grand plaisir que la Direction du PNLS a l'honneur de vous présenter la quatorzième édition du rapport annuel du Programme. Ce présent rapport, fruit des efforts conjoints décrit les performances réalisées par objectif au cours de l'exercice 2017, les grandes réalisations, les difficultés rencontrées, les principaux défis ainsi que les perspectives du Programme pour l'année 2018. D'ores et déjà, la Direction du PNLS tient à présenter ses sincères remerciements à tous les acteurs qui œuvrent dans la lutte contre le VIH/Sida en RDC, qui ont concourus avec elle à l'atteinte des résultats pour l'année 2017. Qu'ils trouvent ici l'expression nos sentiments distingués.

Nous ne saurons gré de commencer la rédaction du présent rapport sans remercier tout d'abord son excellence Monsieur le Président de la République Démocratique du Congo Joseph KABILA KABANGE pour le maintien de la paix sur l'étendue du territoire national et son engagement politique a toujours prôné pour une génération sans Sida à travers ses différentes ratifications pour le bénéfice du peuple congolais.

Nous tenons également à témoigner notre gratitude particulière à SE Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Dr Oly ILUNGA KALENGA pour ses multiples conseils et sa détermination sans faille à la promotion de la santé des congolais traduit par une mobilisation accrue des financements tant du gouvernement que des partenaires techniques et financiers ainsi que des orientations politiques et techniques en faveur de la lutte le VIH/Sida et les IST.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur le Secrétaire Général à la Santé pour son encadrement technique et administratif sans relâche durant l'exercice 2017. Nous ne pouvons oublier les cadres et agents du PNLS tant du niveau central que provincial, les membres des ECZ, les prestataires cliniques et communautaires pour leurs dévouements ainsi que les efforts consentis pour offrir des services de qualité à la population congolaise en dépit de l'environnement parfois difficile dans lequel ils travaillent.

Nous sommes très reconnaissant à l'endroit de tous nos partenaires techniques et financiers pour leurs assistances et appuis sans relâche pour l'exercice 2017. Qu'ils trouvent tous à travers ce rapport, l'expression d'une redevabilité et transparence contractuelle.

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

Nous n'oublions pas tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de ce rapport

WELO PLACIDE OKITAYEMBA, MD MPH-HE
Directeur du PNLS

RÉSUMÉ

En RDC comme partout ailleurs dans le monde, l'infection à VIH reste encore un des problèmes prioritaires de santé publique pour lequel des actions beaucoup plus fortes sont en train d'être engagées pour en arriver à terme.

Le profil épidémiologique du pays affiche une épidémie de type généralisé, stable de par la prévalence moyenne du VIH chez les adultes qui est passé de 1,3% à 1,2% entre 2007 et 2013. Cette prévalence moyenne du VIH est inégalement répartie aussi bien par province que par tranche d'âge et par sexe. On enregistre également une disparité entre les femmes (1,6%) et les hommes (0,6%). Le pays compte ainsi jusqu'à 516 617 personnes vivant avec le VIH. L'incidence du VIH parmi les adultes quant à elle est passée de 0,042% en 2010 à 0,021% en 2017. Le nombre des décès dus au sida chez les adultes est lui passé de 62 961 à 31 114 entre 2010 et 2017. On note également une amélioration du niveau global de connaissance sur le VIH/sida dans la population adulte. Aussi, en fin 2017, près de 46% des personnes vivant avec le VIH ont eu connaissance de leur statut sérologique, 42% sont sous traitement ARV et 20% de l'ensemble de PVV ont eu accès à la charge virale avec une suppression à 74%.

Conformément à son mandat et dans le souci de redevabilité, le PNLS qui a à sa charge la lutte contre le VIH/Sida et les IST, produit annuellement un rapport d'activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

L'objectif de ce rapport est de rendre compte des activités menées pour contribuer à stopper la propagation du VIH/SIDA et inverser la tendance de son évolution en RDC.

Les données programmatiques en fin 2017 indique que : **4 338** sites de prise en charge répartis dans 407 ZS ont officiellement intégré le paquet de services à travers le pays.

En ce qui concerne les performances programmatiques, **5 086 282** utilisateurs de services de santé ont été dépistés alors que l'objectif fixé en 2017 était de 3 872 614 soit une performance de **131%**, **13 939** femmes enceintes ont été mises sous ARV pour prévenir la transmission Mère Enfant du VIH sur cible 2017 de 16 588 soit une performance de **84%**, **213 956** adultes et enfants éligibles reçoivent les ARV sur une cible 2017 de **185 591** soit une performance de **115%**.

Ces résultats sont les fruits des efforts communs du Gouvernement et des principaux bailleurs financiers que sont le Fonds Mondial, le PEPFAR et d'autres bailleurs d'une part et de l'assistance technique et financière de l'OMS, UNICEF, ONUSIDA et d'autres partenaires d'autre part.

Au regard des résultats enregistrés et des défis identifiés quelques recommandations et perspectives ont été formulées pour l'amélioration de l'exercice 2018.

I. CONTEXTE

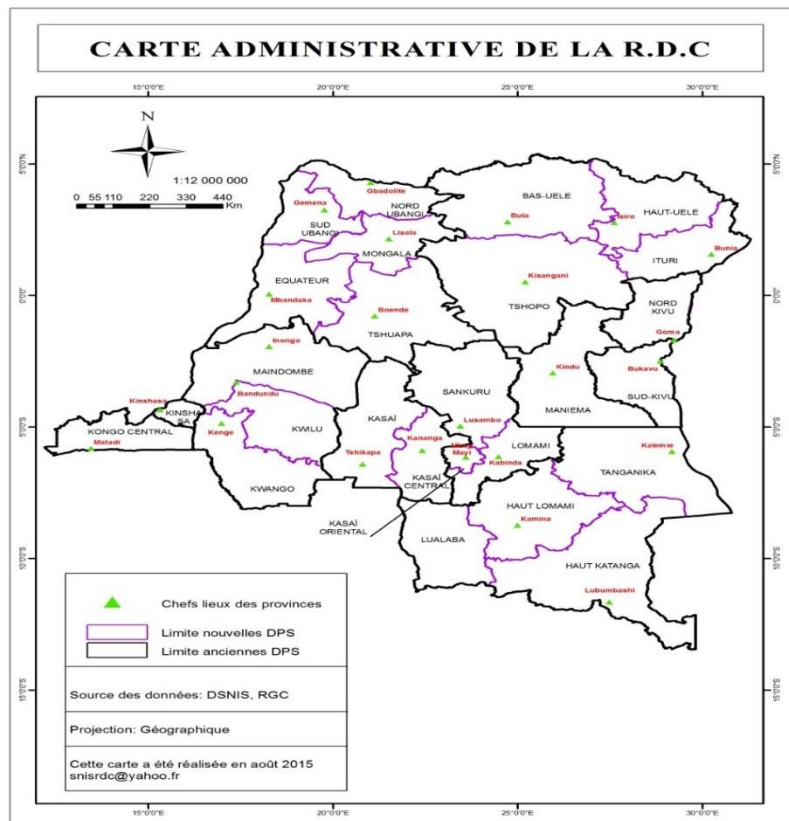
I.1 Contexte Géo-démographique

La République Démocratique du Congo(RDC) est un pays qui se situe au cœur de l'Afrique et couvre une superficie de **2 345 409 km²**. Elle est le deuxième pays le plus vaste d'Afrique après l'Algérie avec une population estimée à **90 029 015 habitants en 2017 (PNDS 2016-2020)**, soit une densité moyenne de **38 hab. /Km²** dans 26 provinces représentées sur la carte ci-dessous.

Elle partage **9 165 km** de frontière avec neuf pays voisins que sont la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan du sud (au Nord) ainsi que la Zambie et l'Angola au Sud.

Le taux d'accroissement démographique s'établit dans la fourchette de 3 à 3,2% par an selon le rapport de l'institut National de Statistique(INS). La structure (la répartition par sexe et par âge) de la population congolaise est de 51 % de femmes et 49 % d'hommes ; 59 % de jeunes de moins de 20 ans, 38 % d'adultes de 20 à 59 ans et de 3 % de personnes de 60 ans et plus. La première et la dernière catégorie d'âges sont actuellement en nette augmentation.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



I.2 Contexte sanitaire

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

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

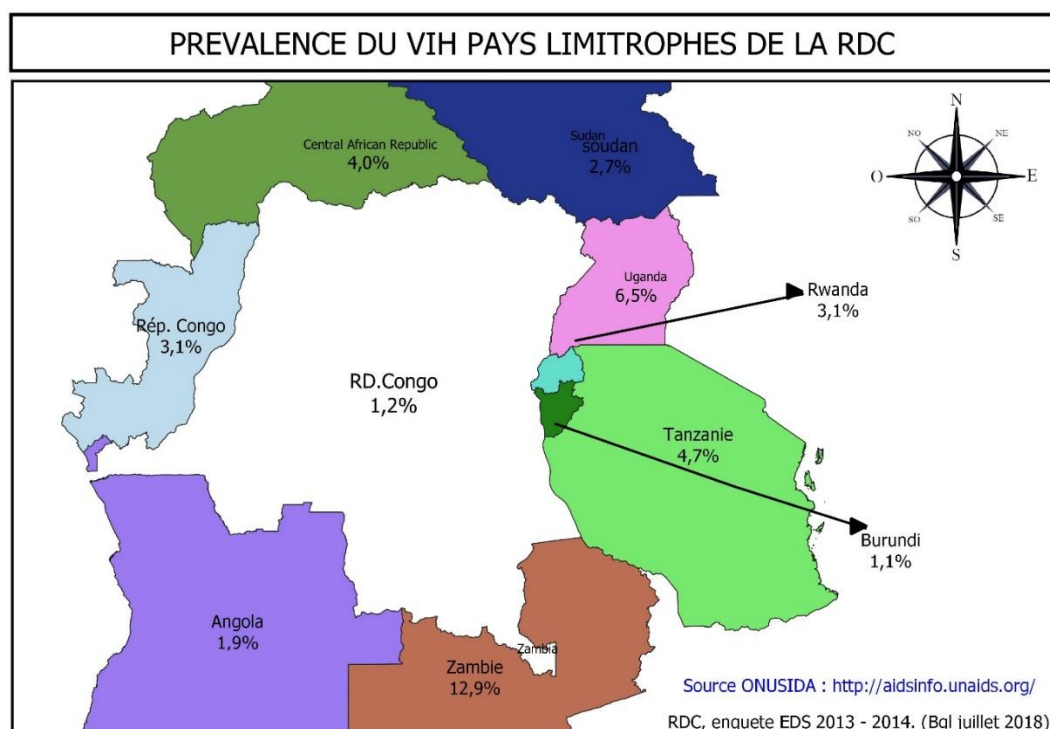
Le niveau intermédiaire est constitué de 26 divisions provinciales de la santé (DPS) et inspections provinciales de la santé (IPS). Il assure un rôle d'encadrement technique, de suivi et de la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions ainsi que les fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé (ZS). Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. A ce jour, la RDC compte **8 Hôpitaux Provinciaux, 19 Centrales de distribution régionale (CDR) fonctionnelles et 3 Laboratoires de référence Sida** du niveau provincial. Le niveau intermédiaire a également la charge de l'encadrement des provinces.

Le niveau périphérique ou opérationnel comprend 516 ZS avec **474 hôpitaux généraux de référence (HGR) et 8 504 Aires de Santé (AS)** planifiées dont **8 266** disposent des **maternités**. On compte aussi à ce niveau **1 830 Centres de Santé de Dépistage et Traitement de la tuberculose (CSDT), 967 Centres hospitaliers de référence pour la transfusion sanguine (CHRTS) et 4 458 sites de dépistage et traitement du VIH (SDT) dont 4 338 fonctionnels en fin 2017**. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaire sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire (attribution exclusive de la province). Il est à noter que dans le cadre de la coïnfection VIH-TB, le pays a intégré le paquet VIH dans **1 267** sur **1 830 CSDT** existant en 2017.

I.3 Contexte épidémiologique

La RDC présente une des prévalences les plus basses dans la population générale (1,2%) Comparativement aux pays qui partagent avec elle ses frontières.
Ci-dessous les prévalences des pays frontaliers de la RDC

Figure 2 : Carte de la RDC avec la prévalence du VIH pays limitrophes

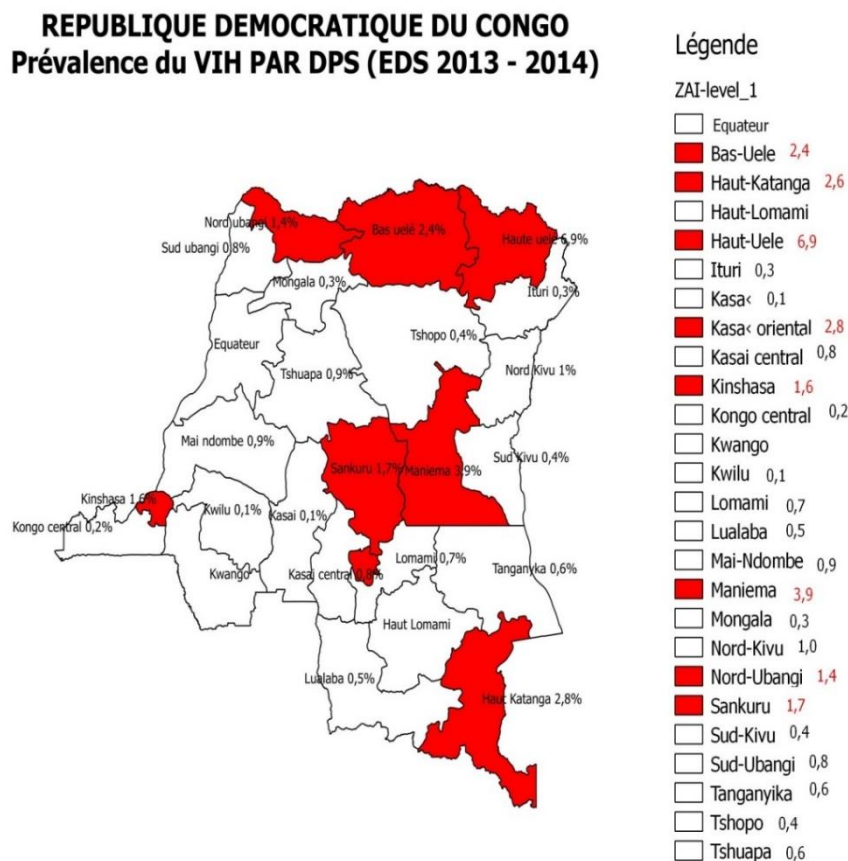


Il ressort de cette figure, que tous les pays limitrophes de la RDC ont une prévalence dans la population générale supérieure à celle de la RDC. La plus basse étant de 1,9% pour l'Angola et la plus élevée 12,9% pour la Zambie. Seul un pays fait exception. C'est le Burundi avec une prévalence de 1,1%.

Il est à noter la RDC connaît une épidémie de VIH/Sida de type généralisé, la prévalence de l'infection dans la population générale étant estimée à 1,2 % (EDS 2013-2014). La prévalence du VIH est 3 fois plus importante chez les femmes de 15-49 ans (1,6%) que chez les hommes du même âge (0,6%). La prévalence diffère en fonction de l'âge, le taux le plus important est celui des femmes de 40-44 ans qui est de 2,9%, et le plus faible est celui des hommes du même âge qui est de 0,2%, soit 14 fois moins que celui des femmes.

Selon les provinces, cette prévalence est plus élevée dans la Province du Haut Uélé de 6,7% suivie de la province du Maniema (3,9%) comme montre la carte ci-dessous :

Figure 3 : Prévalence du VIH par DPS (EDS 2013-2014)



La RDC a réalisé en 2017 un passage de sérosurveillance dans 60 sites répartis sur l'ensemble de son 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.

Tableau 1 : Prévalence VIH par province Sérosurveillance 2017

No	Site	Total considéré	Positifs au test	Positifs connus	Total positifs	%	IC95%
1	BAS UELE	1076	46	4	50	4,65	3,5-6,0
2	EQUATEUR	1083	12	1	13	1,2	0,7-2,0
3	HAUT KATANGA	1715	18	29	47	2,74	2,0-3,6
4	HAUT LOMAMI	1108	25	2	27	2,44	1,6-3,5
5	HAUT UELE	1068	41	5	46	4,31	3,2-5,7
6	ITURI	1044	49	10	59	5,65	4,4-7,2
7	KASAI	1101	46	4	50	4,54	3,4-5,9
8	KASAI CENTRAL	1076	20	9	29	2,7	1,8-3,8
9	KASAI ORIENTAL	1082	17	10	27	2,5	1,7-3,6
10	KINSHASA	2828	12	27	39	1,38	1,0-1,9
11	KONGOCENTRAL	1631	21	6	27	1,66	1,1-2,4
12	KWANGO	1078	11	0	11	1,02	0,5-1,8
13	KWILU	1627	15	5	20	1,23	0,8-1,9
14	LOMAMI	1115	28	4	32	2,87	2,0-4,0

No	Site	Total considéré	Positifs au test	Positifs connus	Total positifs	%	IC95%
15	LUALABA	1620	45	10	55	3,4	2,6-4,4
16	MAI NDOMBE	1152	14	3	17	1,48	0,9-2,3
17	MANIEMA	1615	67	0	67	4,15	3,3-5,2
18	MONGALA	1150	13	6	19	1,65	1,0-2,5
19	NORD KIVU	1629	43	7	50	3,07	2,3-4,0
20	NORD UBANGI	1129	27	5	32	2,83	2,0-3,9
21	SANKURU	1072	28	1	29	2,71	1,9-3,8
22	SUD KIVU	1058	19	4	23	2,17	1,4-3,2
23	SUD UBANGI	1116	25	4	29	2,6	1,8-3,7
24	TANGANYIKA	1152	22	4	26	2,26	1,5-3,2
25	TSHOPO	1617	63	6	69	4,27	3,4-5,3
26	TSHUAPA	1085	46	3	49	4,52	3,4-5,9
TOTAL		34027	773	142	942	2,77	2,60-2,95

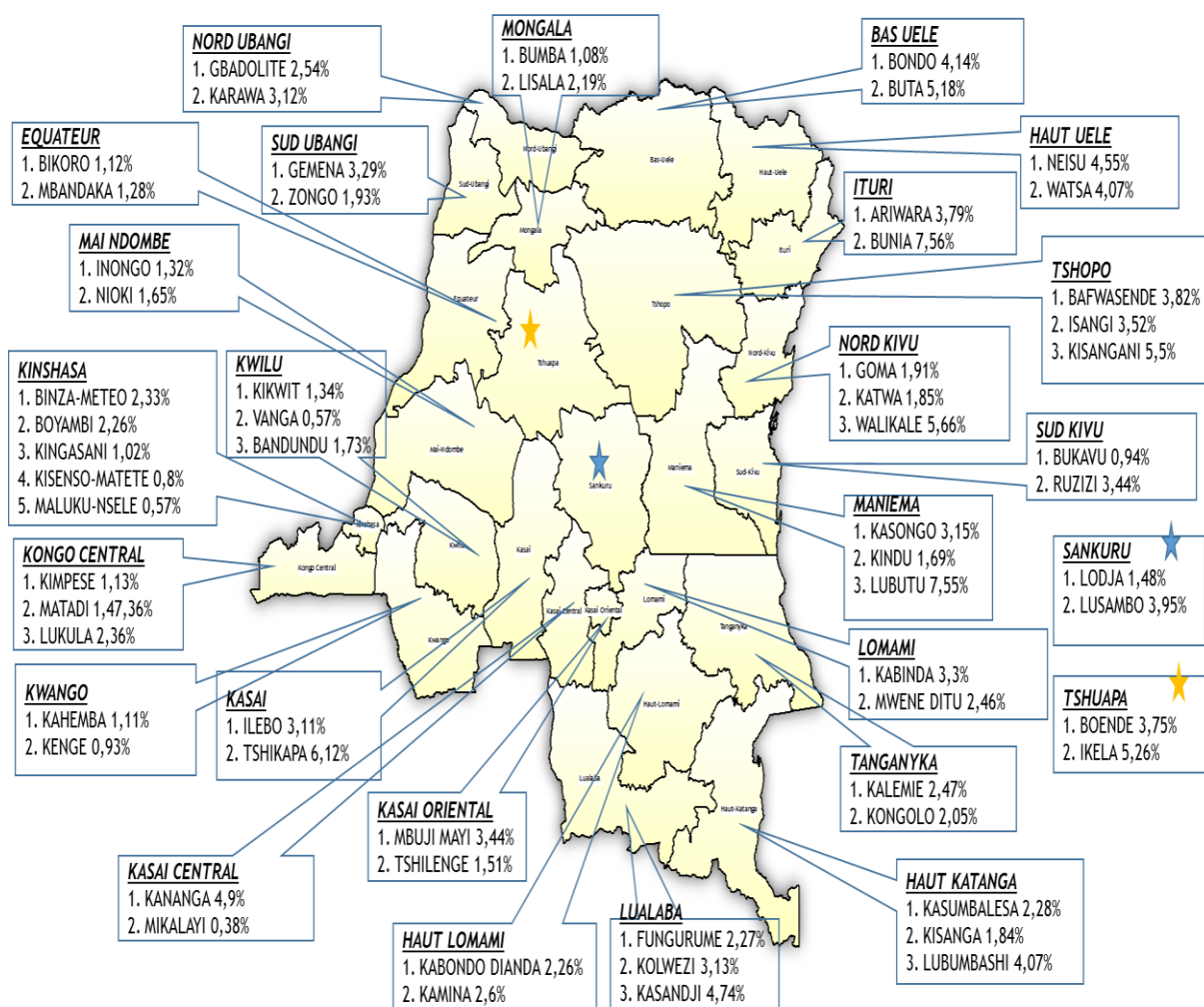
Commentaire :

D'après les données ci-dessus, la province de l'ITURI a enregistré une prévalence de l'infection à VIH la plus élevée 5,65 %. Néanmoins, toutes les provinces ont eu une prévalence supérieure à 1%.

Les provinces qui ont enregistré des fortes prévalences sont parmi celles qui ont connu des troubles sociaux, ou qui ont des carrières d'exploitations artisanales de mines.

Globalement, près de la moitié des sites visités (45%) ont enregistré une prévalence supérieure à 2,77 % qui est la prévalence globale du Pays. C'est ce que montre la figure ci-dessous :

Figure 4 : Prévalence de l'infection à VIH dans les sites de surveillance sentinelle de la RDC en 2017, en fonction de la localisation des sites dans les provinces du pays.



Comme annoncé ci-haut, l'enquête la tendance de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes fréquentant la CPN. Ci-dessus la prévalence de la syphilis par province :

Tableau 2 : Prévalence de la syphilis par province Sérosurveillance 2017

No	Site	Total considéré	Total positifs	%	IC95%
1	BAS UELE	1079	65	6,02	4,7-7,6
2	EQUATEUR	1075	37	3,44	2,5-4,7
3	HAUT KATANGA	1715	6	0,35	0,1-0,7
4	HAUT LOMAMI	1105	3	0,27	0,1-0,7
5	HAUT UELE	1053	69	6,55	5,2-8,2
6	ITURI	1051	61	5,8	4,5-7,4
7	KASAI	1090	14	1,28	0,7-2,1
8	KASAI CENTRAL	1079	6	0,56	0,2-1,2

	KASAI				
9	ORIENTAL	1082	6	0,55	0,2-1,1
10	KINSHASA	2802	3	0,11	0,0-0,3
	KONGO				
11	CENTRAL	1623	20	1,23	0,8-1,9
12	KWANGO	1078	8	0,74	0,3-1,4
13	KWILU	1604	3	0,19	0,0-0,5
14	LOMAMI	1115	12	1,08	0,6-1,8
15	LUALABA	1618	31	1,92	1,3-2,7
16	MAI NDOMBE	1152	23	2	1,3-2,9
17	MANIEMA	1615	31	1,92	1,3-2,7
18	MONGALA	1149	18	1,57	1,0-2,4
19	NORD KIVU	1651	57	3,45	2,6-4,4
20	NORD UBANGI	1129	13	1,15	0,6-1,9
21	SANKURU	1069	24	2,25	1,5-3,3
22	SUD KIVU	1057	8	0,76	0,4-1,4
23	SUD UBANGI	1116	25	2,24	1,5-3,2
24	TANGANYIKA	1151	9	0,78	0,4-1,4
25	TSHOPO	1621	57	3,52	2,7-4,5
26	TSHUAPA	1061	109	10,27	8,6-12,2
	TOTAL	33944	720	2,12	1,97-2,28

Commentaire :

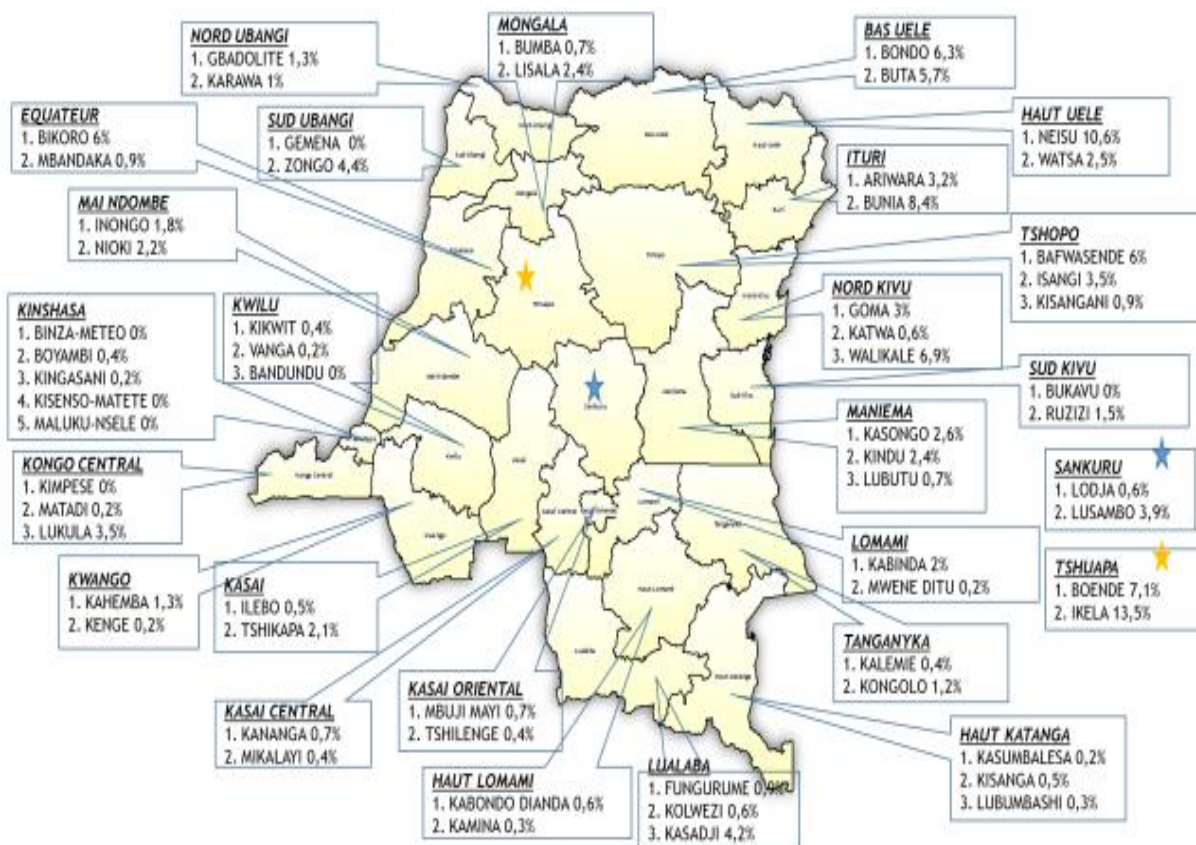
Le tableau ci-dessus montrent que 9 provinces soit 34,61 % ont enregistré une prévalence ne dépassant pas 1 % pendant que 26,92 % autres avaient une prévalence qui dépassait 3 %.

La province de TSHUAPA qui vient en tête, la prévalence est de 10,27%.

Globalement, 34,61% ont enregistré une prévalence supérieure à la prévalence moyenne (2,12 %). Les villes d'Ikela et de Neisu ont enregistrées les prévalences dépassant 10%.

La figure ci-dessous reprend tous les sites en regard de leur prévalence par province qui ont organisé la surveillance de la syphilis en RDC en 2017.

Figure 5 : Prévalence de la syphilis auprès des femmes enceintes en CPN dans les sites de surveillance sentinelle de la RDC en 2017



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

Au regard de l'ordonnance présidentielle N° 11/023 du 18 Mars 2011 modifiant et complétant le Décret N°04/029 du 17 Mars 2004 portant création et organisation du PNMLS et notamment en ses article 51,52, 53,55, le PNLS dans le contexte de la multisectorialité a pour rôle comme secrétariat exécutif du comité sectorielle santé de :

- i. Coordonner l'élaboration des normes et standards dans la prévention, la prise en charge et la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH ;
- ii. Assurer le secrétariat du comité sectoriel de lutte contre le Sida ;
- iii. Coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du plan sectoriel de lutte contre le Sida de la santé ;
- iv. Assurer le suivi et l'évaluation des interventions dans le secteur ;
- v. Coordonner les groupes spécialisés de travail pour appuyer le programme sectoriel.

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

La lutte contre le sida dans le secteur santé de la RDC est appuyée par les principaux intervenants repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Principaux intervenants et leurs interventions dans le VIH en RDC

<i>Intervenants</i>	<i>Types d'appui</i>	<i>Zones d'intervention</i>
FONDS MONDIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'offre des services - Appui au renforcement des capacités des ressources humaines - Appui à la coordination des activités - Appui à l'information stratégique - Appui institutionnel 	354 ZS
PEPFAR	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'offre des services - Appui au renforcement des capacités des ressources humaines - Appui à la coordination des activités - Appui à l'information stratégique - Appui institutionnel 	50ZS
GOVERNEMENT RDC et SYSTÈME DES NATIONS UNIES	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance technique - Appui à l'offre des services - Appui à la coordination des activités PTME et PEC pédiatrique - Appui à l'information stratégique - Renforcement des capacités 	3 ZS et Appui à tous les niveaux
PARTENAIRES BILATERAUX ET ONG NATIONALES ET INTERNATIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - appuis ponctuels selon leurs mandats et opportunités 	

NB : la subvention actuelle prévoit de couvrir à l'horizon 2020 le 354 ZS formées en paquet VIH, en 2018 la subvention démarre avec 321 ZS et les 33 autres ZS feront objet d'évaluation et intégration progressive.

IV. OBJECTIFS, STRUCTURATION DU RAPPORT ET METHODOLOGIE.

IV.1. Objectifs.

Le présent rapport annuel, répond à l'exigence de redevabilité en dressant les résultats atteints et ressort les axes d'amélioration pour l'atteinte des objectifs de contrôle de l'épidémie du Sida à l'horizon 2020.

L'objectif est d'informer les acteurs et le public sur les réalisations du Programme National de lutte contre le SIDA au cours de l'exercice 2017 et ses perspectives d'avenir en 2018.

IV.2.2. Structuration

La structuration de ce rapport répond à des objectifs spécifiques suivants :

1. Faire le point sur le niveau de réalisation des activités telles que prévues dans le plan d'action opérationnel 2017 ;
2. Déterminer le niveau de mise en œuvre des interventions en direction des populations cibles ;
3. Analyser les principaux résultats obtenus ainsi que le niveau d'atteinte des indicateurs clés ;
4. Faire une synthèse des leçons apprises et proposer des nouvelles stratégies en rapport avec les objectifs 90-90-90 ;
5. Formuler des recommandations pertinentes afin d'ajuster les stratégies pour les années avenir.

IV.3. METHODOLOGIE

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

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

- La collecte des données : qui s'est faite 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 ;
- La consolidation des données au niveau intermédiaire lors de revues provinciales ;
- L'analyse des rapports de routine (rapports trimestriels et annuels des provinces, rapports de supervision, les rapports d'activités des différentes divisions et des provinces) ;
- La transmission des données à la direction nationale : pour analyse et feedback ;
- La consolidation des données au niveau national après intégration des feedbacks du niveau intermédiaire ;
- L'analyse des rapports d'enquêtes, et d'évaluation ;
- L'organisation de la revue nationale pour analyse et validation ;
- La rédaction du rapport final par une équipe restreinte de la Direction Nationale ;

- La validation du rapport ;
- La diffusion du rapport par la Direction Nationale.

V. LIMITES

Les informations présentées dans ce rapport proviennent essentiellement des données programmatiques de routine ainsi que de quelques enquêtes et les activités réalisées par le PNLS au cours de l'exercice annuel 2017 pour lesquelles les rapports ont été publiés.

Certaines études réalisées au cours de l'exercice 2017 en phase de finalisation ne feront pas partie de ce rapport étant donné qu'elles ne sont pas encore publiées.

La complétude des rapports et des données est de 95,2%, cependant l'exhaustivité des données financières demeurent encore faible. Seules les données du niveau central ont une complétude de 100%.

VI. RESULTATS

VI.1. RAPPELS DES OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION OPÉRATIONNEL 2017.

Le PAO 2017 comprenait 79 activités découlant de 4 objectifs ci-après :

1. Offrir les services de qualité à la population congolaise :
 - ✓ Offrir la prophylaxie à l'INH à 48 606 PVVIH
 - ✓ Dépister 3 872 614 clients
 - ✓ Prendre en charge : 16 598 femmes enceintes séropositives
 - ✓ Mettre sous ARV 185 591 PVVIH
 - ✓ Offrir la prophylaxie à l'INH à 48 606 PVVIH
 - ✓ Assurer l'accès à la charge virale à 79 190 PVVIH sous traitement et à l'EID à 14 108 enfants exposés.
2. Renforcer la coordination et le soutien
3. Améliorer l'environnement de travail pour une meilleure productivité des cadres du PNLS
4. Produire l'information stratégique de qualité à temps

VI.2. Sur le plan programmatique.

Le plan d'action opérationnel 2017(PAO) constitue le cadre de référence de ce rapport annuel. Il sied de signaler que 79 activités ont été prévues dans le PAO 2017.

Au regard du PAO 2017, 54 activités ont été complètement réalisées soit 76% (54/71). Le bilan de leur réalisation est représenté dans le tableau ci-après :

Tableau 4 : Synthèse de la mise en œuvre des activités du PAO 2017

Axe stratégique du PNDS	Activités prévues	Activités totalement réalisées	Activités en cours de réalisation	Activités non réalisées
Développement des ZS et continuité des soins.	26	17	5	4
Appui au développement des ZS.	29	18	10	1
Renforcement de leadership et la bonne gouvernance.	24	19	5	0
Au total	79	54	20	05

Commentaires :

Au total pour les 79 activités prévues :

- 54 activités ont été réalisées totalement soit 69%.
- 20 activités en cours de réalisation soit 25%.
- 05 activités non réalisées soit 6%.

Ci-dessous les raisons évoquées sur la non réalisation de 05 activités du PAO 2017

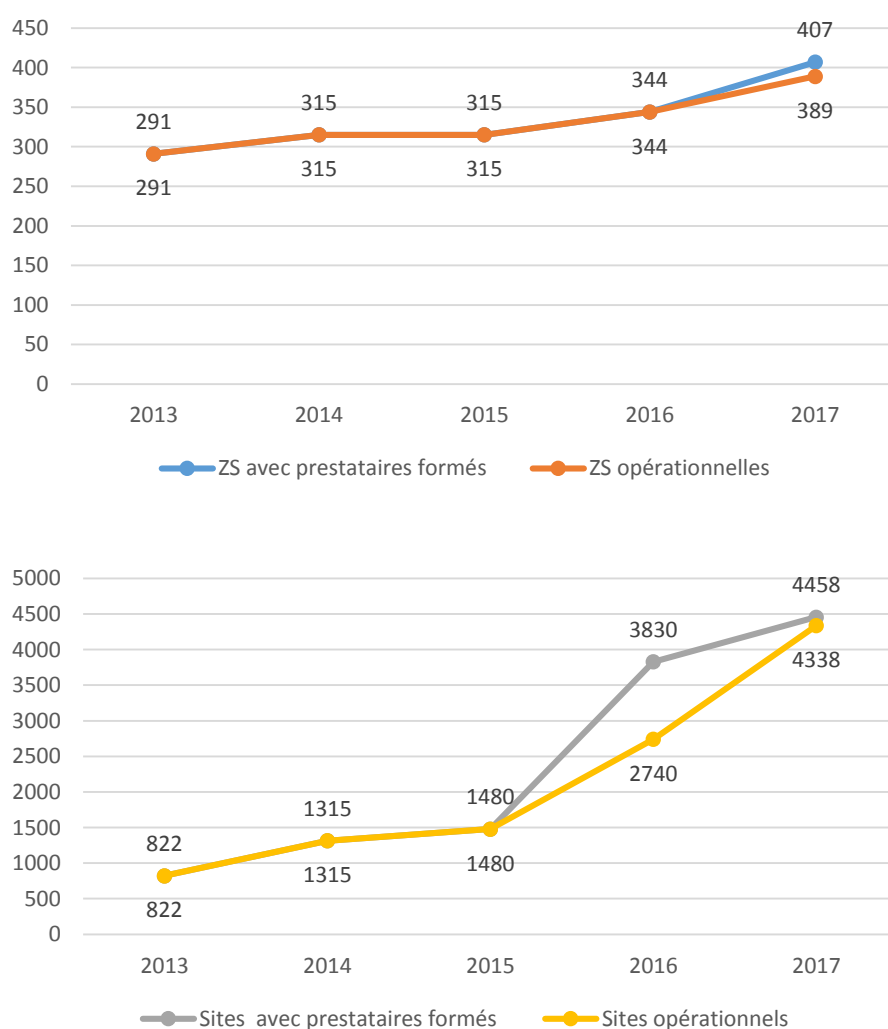
- Le renouvellement tardif du contrat avec le consultant qui devrait reprendre la cartographie et l'estimation de la taille des populations clé en RDC ;
- Le retard du recrutement du consultant qui devrait accompagner le programme sur l'élaboration du guide et de module en communication VIH relatifs au changement de comportement des populations clé et les droits humains ;
- Les conflits d'agenda au PNLS n'a pas permis de réaliser la dernière supervision du programme ;
- La longue durée dans le traitement de dossier de décaissement de fonds entravant la mise en œuvre de deux activités du PAO 2017.

VI.2.1. Offre des services

VI.2.1.1. Couverture géographique

La couverture géographique des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST est en nette progression depuis les cinq dernières années.

L'année 2017 n'en fait pas d'exception. Elle 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 344 ZS (2 740 sites) en 2016 à 407 ZS (4 338 Sites) en 2017. Ci-dessous l'évolution de la couverture en ZS et en site de PEC de 2013 à 2017 :



Graphique 1 : Evolution de la couverture en paquet VIH de 2013-2017

Il ressort de ce graphique que la couverture opérationnelle en paquet des services est passée de 67% en 2016 à 79% en fin Décembre 2017 (344 à 407 ZS). Le nombre de sites opérationnels sont passés de 2 740 sites en 2016 à 4338 sites en fin 2017.

Cette augmentation en paquet de services peut s'expliquer notamment par :

- L'intégration du paquet de services VIH dans 63 nouvelles ZS avec le financement du FM ;
- Le renforcement de la couverture intra zonale avec le financement du FM dans les 63 ZS avec intégration de 10 FOSA par ZS ;
- L'opérationnalisation de 1 090 sites formés en paquet VIH en fin d'année 2016 ;

Dans le cadre de la rationalisation des ressources mobilisées par le pays, le PNLs a entrepris la mise en œuvre des modèles différenciés ancré sur l'approche de priorisation des zones d'intervention de lutte contre le VIH/Sida et les IST pour parvenir au contrôle de l'épidémie du VIH d'ici à l'an 2020 et à l'élimination du Sida comme problème de santé publique d'ici 2030.

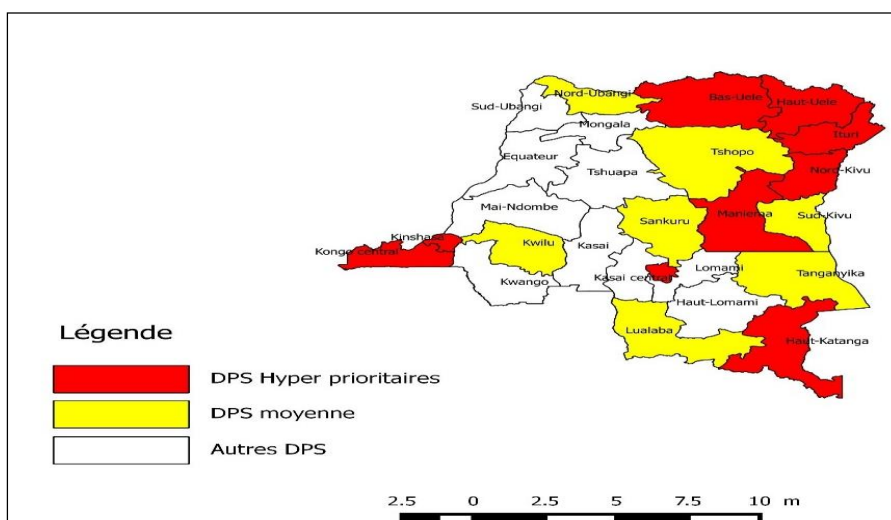
La connaissance de son épidémie et l'état de la réponse sont deux groupes de critères qui ont permis la catégorisation des DPS en trois : les DPS Hyper prioritaires, les DPS de moyenne priorité et les DPS de faible priorité ou les autres DPS.

Les provinces ont été classées en tenant compte de la prévalence du VIH, le poids démographique, la cohorte des PVVIH sous ARV, les populations clés et vulnérable, le taux de détection de la TB et la multi résistance à la TB

En appliquant ces critères sur les DPS, au cas où une DPS atteint un score entre 10 et 15 : elle est considérée comme hyper prioritaire, entre 9-8 : de moyenne priorité et moins de 8 : de faible priorité. Il est à noter qu'un paquet d'interventions a été défini pour chaque type des DPS.

Ci-dessous la carte sur la catégorisation des DPS en fonction des critères de priorisation :

Figure 6 : Carte catégorisation des DPS



- Les provinces à Haute Priorité : les **9** provinces colorées en rouge.
- Les provinces à Moyenne Priorité : les **7** provinces colorées en jaune.
- Les provinces à Faible Priorité : les **10** provinces colorées en bleu.

Il est à noter que le PNLS en RDC s'engage de plus en plus vers la couverture en cible, un dépistage ciblé et une intensification des interventions dans les 16 DPS prioritaires afin d'atteindre l'objectif de contrôle de l'épidémie du Sida de l'ONUSIDA d'ici 2020.

VI.1.2.2. Résultats atteints en 2017 par domaine d'intervention

A. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

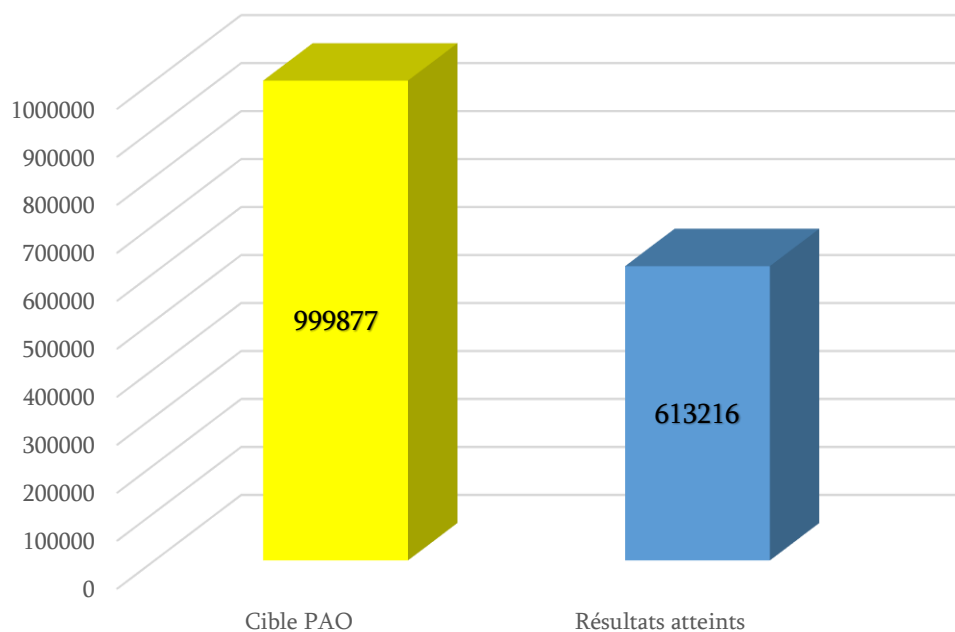
Politique et interventions clés

- La prise en charge IST est basée sur le dépistage et le traitement standardisé des malades et de leurs partenaires suivant l'approche syndromique dans les centres de santé
- L'offre des services dans les FOSA est intégrée dans le PMA des SSP et l'approche étiologique dans les structures de référence selon la disponibilité du plateau technique.
- Elle comprend le renforcement des activités préventives orientées spécifiquement en direction des groupes à risque et la promotion de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST dans toutes les structures de santé.
- La surveillance des IST à travers les sites sentinelles de surveillance par la mesure de la séroprévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en consultation prénatale.

Bien que la PEC des IST soit dans la quasi-totalité des ZS du pays, les informations présentées dans ce rapport sont issues seulement des 407 ZS qui ont intégré les activités de lutte contre le VIH/Sida et qui rapportent dans le canevas unique du programme.

Au terme de l'année 2017, sur les **999 877** cas d'IST attendus pour le diagnostic et traitement seuls **613 216** ont été rapportés soit **61,23%** comme le montre le graphique ci- dessous.

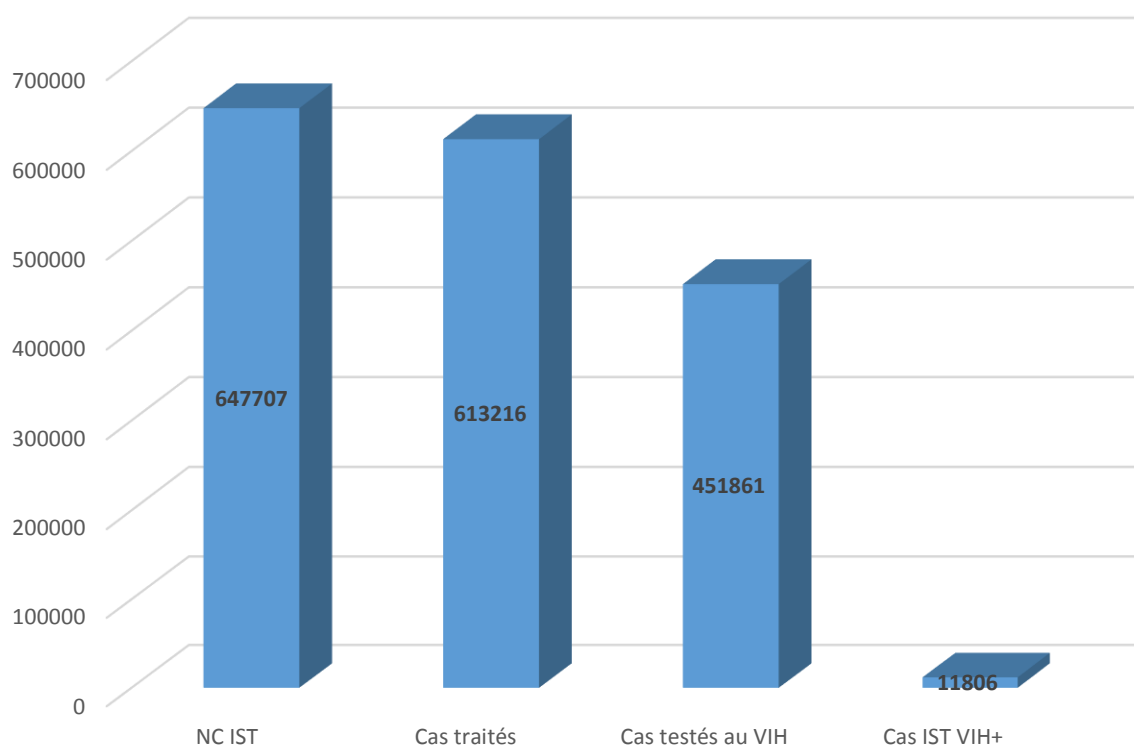
Le graphique ci-après montre le niveau de performance atteint au 31 Décembre 2017:



Graphique 2 : Résultats obtenus par cible IST en 2017 (cas IST diagnostiqués et traités)

Il ressort de ce graphique que **613 216** cas d'IST (65%) ont été diagnostiqués dans 407 ZS et traités au cours de l'année 2017 sur la cible attendue de **999 877** cas. La non atteinte de la cible serait due au fait que les données rapportées ne concernent que les FOSA ayant intégré les activités de lutte contre le VIH, à une faible notification des cas, et aux approvisionnements irréguliers des médicaments contre les IST.

Il est à noter que **11 322 397** des nouveaux cas, toutes pathologies confondues, ont été enregistrés dans les 407 ZS ayant intégré les activités de lutte contre le VIH/SIDA, ce qui indique que les IST représentent 6% (**647 707**) des nouveaux cas vus en consultation générale en 2017.



Graphique 3 : Situation des cas notifiés d'IST au cours de l'exercice 2017 en RDC

De l'analyse de ce graphique, il ressort que sur les **647 707** cas d'IST notifiés, **613 216** ont été traités soit 95% et **451 861** cas testés au VIH soit 70%.

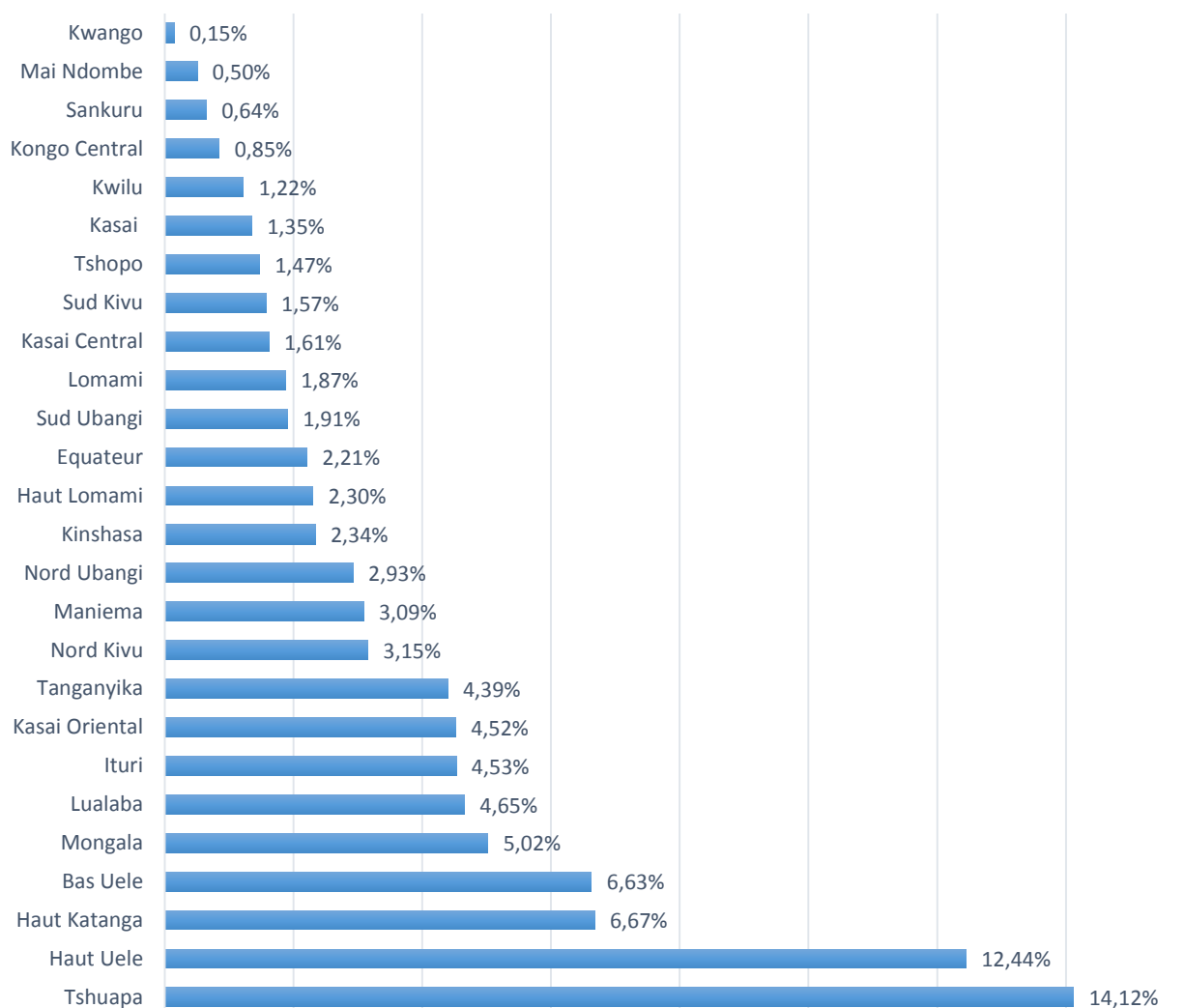
Parmi les **613 216** cas traités, **562 854** soit 92% ont bénéficié de l'approche syndromique et **50 362** soit 8% de l'approche étiologique.

Sur les **451 861** cas testés au VIH, **11 806** cas se sont révélés positifs au VIH soit 2,6%. Ceci démontre à suffisance que dans les cadres du dépistage ciblé, les IST demeurent une porte non négligeable.

Toutefois, un problème majeur demeure celui de la rupture de la chaîne de transmission des IST étant donné que près de **34 491** nouveaux cas d'IST n'ont pas bénéficié du traitement et seul **213 158** contacts (33%) sur l'ensemble des nouveaux cas IST ont pu être identifiés et bénéficiés du traitement. Ceci peut s'expliquer par :

- L'absence d'un système cohérent d'approvisionnement en médicament IST ;
- Les ruptures récurrentes de stock en réactifs de dépistage VIH ;
- La non application de la politique par des prestataires qui exige d'inviter les contacts pour le traitement ensemble avec le cas index.

En faisant une analyse par province, on constate que la séropositivité par la porte des IST est très variable d'une province à l'autre comme le montre le graphique ci-après :



Graphique 4 : Taux de séropositivité VIH des provinces par la porte IST

Il ressort de ce graphique des disparités entre les provinces en ce qui concerne le taux de séropositivité du VIH par la Porte IST. Ce taux varie entre 0,15% à 14,12%.

Deux provinces ont de taux de séropositivité > 10% (Haut Uélé et Tshuapa), trois provinces entre 10% et 5% (Bas Uélé, Haut Katanga et Mongala), sept provinces entre <5% et >2,6% (Ituri, Kasai oriental, Lualaba, Maniema, Nord Kivu, Nord Ubangi et le Tanganyika) et les autres provinces ont de taux < 2,6%.

Les provinces avec de séropositivité très élevée devront considérées cette porte en testant tout le cas IST.

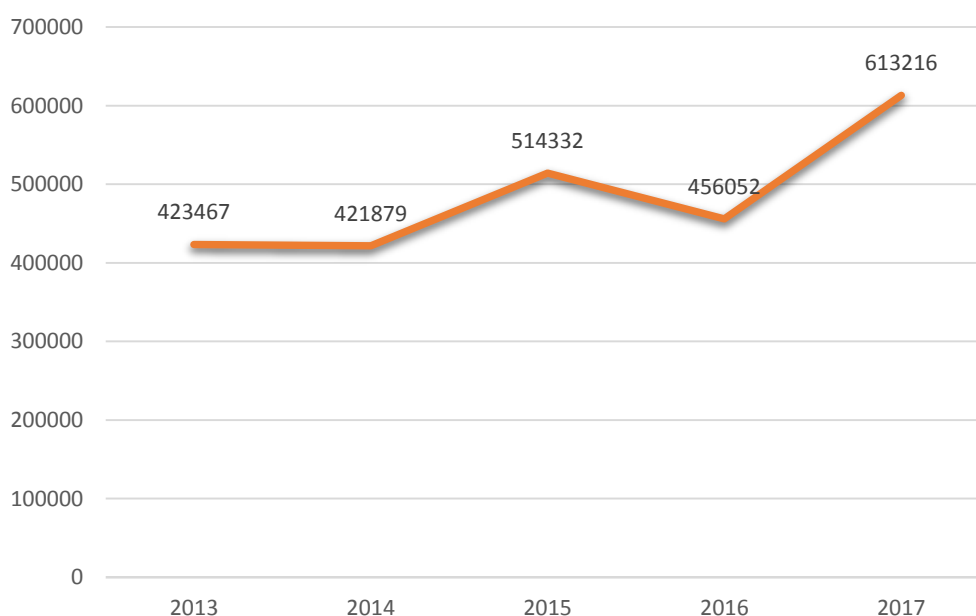
Certaines provinces par contre affiche un faible dépistage du VIH par la porte IST qui serait dû est probablement à :

- La non disponibilité de tests rapides de dépistage pour l'infection à VIH ;
- Le dépistage du VIH non systématique devant tout cas d'IST

De manière générale et au regard des directives édictées sur les IST, l'accent sur la prise en charge devra désormais être mis sur :

- L'approvisionnement régulier en médicaments contre les IST ;
- Le renforcement de la prise en charge étiologique dans les structures de deuxième échelon ;
- L'organisation du dépistage de l'hépatite B et C dans la population générale et en particulier auprès des populations clés et en priorité les personnes vivant avec le VIH ;
- L'harmonisation des interventions autour d'un paquet complet prenant en compte les populations clés.
- Amélioration de la collecte de l'information sur les IST dans les zones non VIH

Concernant le traitement des cas IST traités de 2013 à 2017, le graphique ci-dessous montre les performances réalisées au cours de cette période.



Graphique 5 : Evolution des cas IST traités de 2012 à 2017

Il ressort de ce graphique que l'allure semble être progressive excepté l'année 2016 qui a connu une inflexion due probablement à des ruptures récurrentes des médicaments contre les IST.

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

B. COMMUNICATION ET PREVENTION PRIMAIRE

Eléments de politique et interventions clés

- Communication pour le changement des comportements en faveur de la lutte contre le VIH/Sida ;
- Commémoration de la journée mondiale VIH/sida et des hépatites ;
- Mobilisation communautaire pour l'utilisation des services VIH (médias, associations, églises, écoles...) ;
- Promotion de l'utilisation des préservatifs ;
- Implication active des PVV comme acteurs dans les activités de communication, de mobilisation et de plaidoyer.
- Offre des services visant la réduction de la vulnérabilité au VIH et IST des adolescentes et jeunes filles ;
- Prévention ciblée auprès des groupes à haut risque ;
- Prophylaxie pré-ex positionnelles ;
- Prévention de la transmission par voie sanguine ;
- Appui aux prestations des acteurs communautaires.

Concernant les activités de communication réalisées en 2017 au niveau des ZS, un accent a été mis sur la sensibilisation et la distribution des préservatifs dans les formations sanitaires ainsi que dans la communauté. Les interventions et approches innovantes (PREP et Autotest) adoptées par le pays pour renforcer la prévention ont connu un démarrage sous forme de projet pilote et les résultats sont attendus en 2018.

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

Provinces	Nombre total des personnes sensibilisées sur le VIH	Nombre total des préservatifs distribués
Bas Uele	180317	156994
Equateur	65491	75401
Haut Katanga	260085	521982
Haut Lomami	198714	717267
Haut Uele	210129	169795
Ituri	390409	458616
Kasai Central	355662	853381
Kasai	128357	820159
Kasai Oriental	324667	1464385
Kinshasa	321358	1860575
Kongo Central	1440679	4544414
Kwango	249363	619815
Kwilu	385091	2239898
Lomami	965484	698829

Provinces	Nombre total des personnes sensibilisées sur le VIH	Nombre total des préservatifs distribués
Lualaba	31752	337438
Mai Ndombe	224034	427457
Maniema	762964	612503
Mongala	42771	27619
Nord Kivu	761337	1339498
Nord Ubangi	785193	257632
Sankuru	142373	173302
Sud Kivu	345230	3110675
Sud Ubangi	744432	291064
Tanganyika	269735	1254846
Tshopo	186516	2250281
Tshuapa	9720	8445
Total pays	9781863	25292271

Tableau 5 : Résultats obtenus dans le volet communication en 2017

Au total, **9 781 863** personnes ont été sensibilisées sur le VIH et les IST. Bien que **25 292 271** des préservatifs aient été distribués à travers le pays. Il est noté qu'en moyenne 3 préservatifs par personne sensibilisée par an ont été distribués dans le cadre de la prévention combinée. Il convient de signaler que l'absence d'un système cohérent de distribution des préservatifs constitue un des goulots majeurs dans ce domaine.

Si, on tient compte que 10% des Personnes sensibilisées devraient utiliser les préservatifs comme moyenne retenue dans les pays de la SADC, chaque personne sensibilisée ayant besoin des préservatifs aurait 26 préservatifs par An, le condamnant à utiliser 2 préservatifs par mois.

En ce qui concerne les provinces, le Kongo Central, le Kwilu, le Sud Kivu et la Tshopo ont distribué plus de 2 millions de préservatifs. La redynamisation des groupes de travail préservatifs au niveau de chaque DPS permettrait également d'assurer une bonne gestion de l'information et de distribution.

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

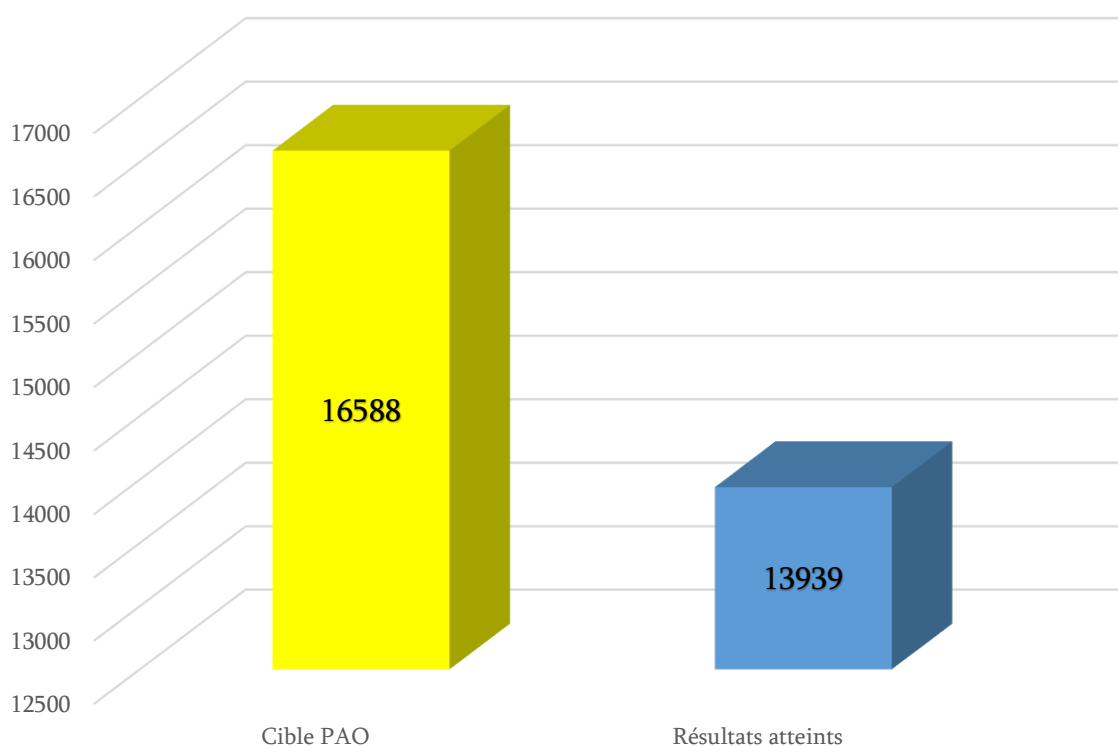
Eléments de politique et interventions clés

1. Assurer la prévention primaire chez les femmes en âge de procréer
 - Offrir le Conseil et dépistage du VIH aux femmes en âge de procréer ;
2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
 - Offrir le service complet de planning familial à toutes les femmes y compris les femmes séropositives au VIH
3. Prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants

- Offrir le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, à leurs partenaires masculins et à leurs familles ;
 - Offrir aux nouveaux nés des mères VIH+ la prophylaxie ARV selon le protocole national ainsi que des conseils sur son alimentation ;
 - Offrir un dépistage précoce du VIH à tous les enfants nés des mères VIH+ selon le protocole national.
4. Soins, traitement et soutien pour les femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles ;
- Offrir le traitement ARV à toutes les femmes enceintes VIH+, à leurs partenaires et à leurs familles si nécessaires selon le protocole national

Pour l'exercice 2017, l'offre de la PTME est intégrée dans 407 ZS toutes appliquant l'option B+.

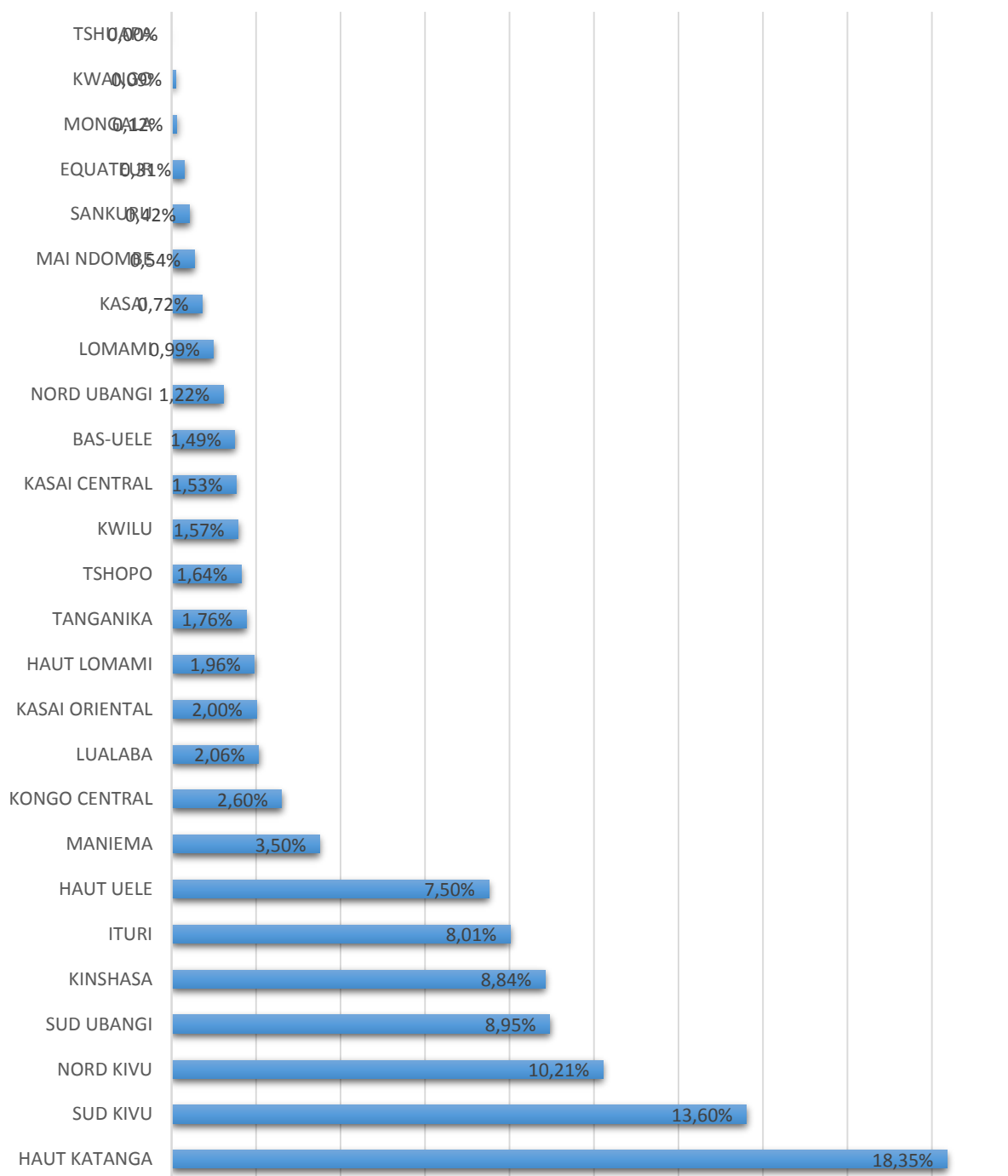
En effet, au cours de l'année 2017, le nombre des femmes enceintes séropositives attendues pour bénéficier d'un traitement antirétroviral dans le cadre de la PTME était de **16 598**. Le graphique ci-après renseigne les performances atteintes à la fin de l'année susmentionnée :



Graphique 6 : Résultats obtenus par cible PTME en 2017

Que sur les 16 588 femmes enceintes planifiées en 2017, 13 939 soit 84% ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission du VIH de mères à leurs enfants dans les 4 338 FOSA ayant intégré les services de la PTME. Comparée aux besoins en PTME estimés en 2017 (Spectrum V5.65), cette performance est à 53% (13 939/26 494) sur le plan national.

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

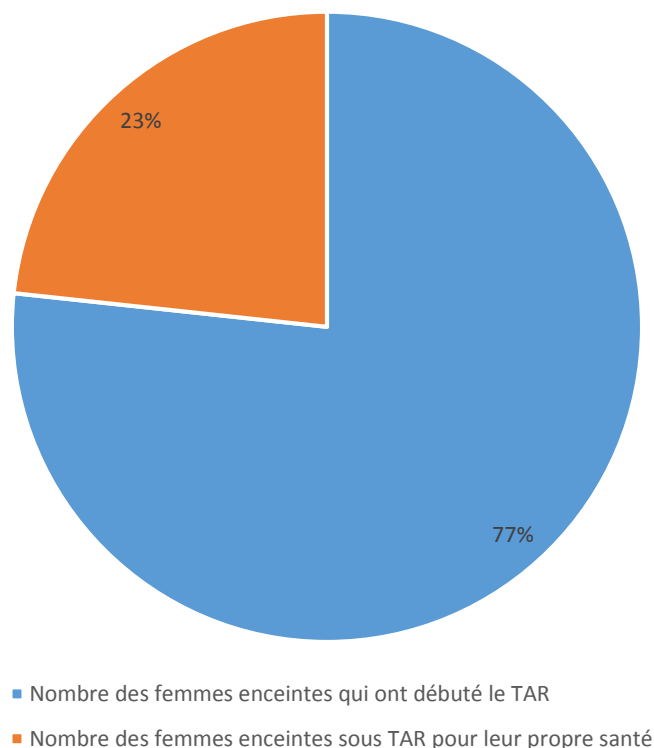


Graphique 7 : Contribution à la PTME des provinces au PAO 2017

Il ressort de ce graphique que neuf provinces notamment le Haut Katanga, le Sud Kivu, le Nord Kivu, le Sud Ubangi, la ville province de Kinshasa, l'Ituri et Haut Uélé, Maniema et Kongo central portent plus de **80 %** du poids des femmes enceintes mises sous ARV pour la PTME.

Le rapport sur les interventions PTME renseigne deux catégories des femmes qui sont suivies dans les services PTME. Celles dont le statut positif au VIH est connu quand elles arrivent aux CPN et celles diagnostiquées pour la première fois au cours de la grossesse ou l'accouchement ou allaitement en cours.

De façon schématisée, la situation des femmes ayant reçu les ARV pour la PTME en 2017 se présente comme suit par régime.



Graphique 8 : Proportion des femmes sous ARV en fonction du statut connu avant la grossesse en 2017

Sur 13 939 femmes enceintes qui ont été suivies dans le cadre de la PTME, **3 247 (23%)** bénéficie déjà de la thérapie antirétrovirale avant la grossesse en cours et **10 692 (77%)** sous thérapie antirétrovirale nouvellement débutée pendant la grossesse en cours.

S'agissant de la contribution des provinces à l'atteinte de cet indicateur, le tableau ci-dessous montre les efforts selon le statut VIH connu des femmes avant la grossesse :

Tableau 6 : Répartition des femmes enceintes par provinces ayant bénéficié la TAR PTME en 2017

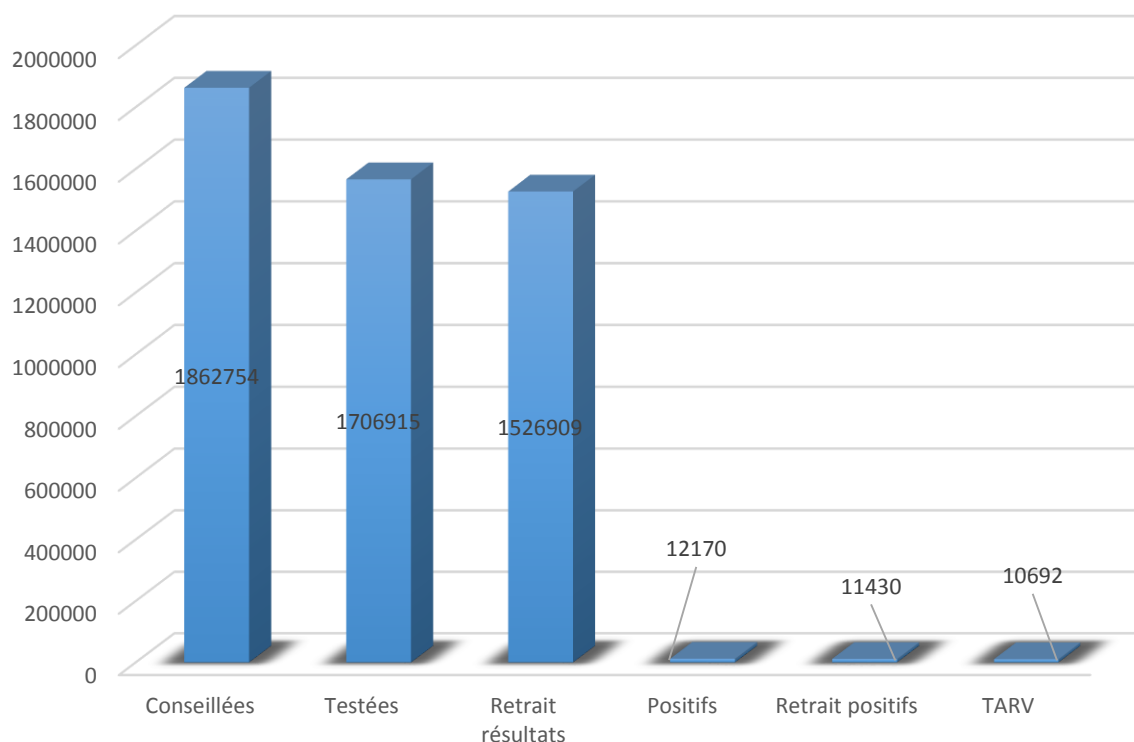
PROVINCES	Nombre de femmes enceintes VIH+ qui ont débuté le TARV	Nombre de femmes VIH+ déjà sous TARV (Avant la grossesse en cours)	TOTAL
BAS-UELE	187	21	208
EQUATEUR	35	8	43
HAUT KATANGA	2404	154	2558
HAUT LOMAMI	137	136	273
HAUT UELE	637	409	1046
ITURI	738	379	1117
KASAI	87	13	100
KASAI CENTRAL	166	47	213
KASAI ORIENTAL	258	21	279
KINSHASA	1100	132	1232
KONGO CENTRAL	291	72	363
KWANGO	13	0	13
KWILU	131	88	219
LOMAMI	98	40	138
LUALABA	267	20	287
MAI NDOMBE	52	23	75
MANIEMA	482	6	488
MONGALA	17	0	17
NORD KIVU	1186	237	1423
NORD UBANGI	152	18	170
TANGANIKI	188	58	246
TSHOPO	226	3	229
TSHUAPA	0	0	0
SANKURU	45	14	59
SUD KIVU	911	985	1896
SUD UBANGI	884	363	1247
TOTAL	10692	3247	13939

Il ressort de ce tableau que **27%** des femmes enceintes séropositives étaient déjà sous traitement ARV.

Dans 6 DPS (Haut Lomami, Haut Uélé , Ituri, Sud-Kivu, Kwilu et Mandombe) , le tiers des femmes enceintes rapportées étaient déjà sous TAR. La situation est préoccupante dans deux DPS à savoir le Sud Kivu (52%), le Haut Lomami (50%).

Cette situation montre que les femmes connaissant leur statut VIH + sont tombées enceintes et que bon nombre d'entre elles auraient des besoins non couverts en contraceptifs, par conséquent des efforts devraient être fournis pour la double protection. Cette situation peut retarder l'élimination de la transmission Mère Enfant du VIH.

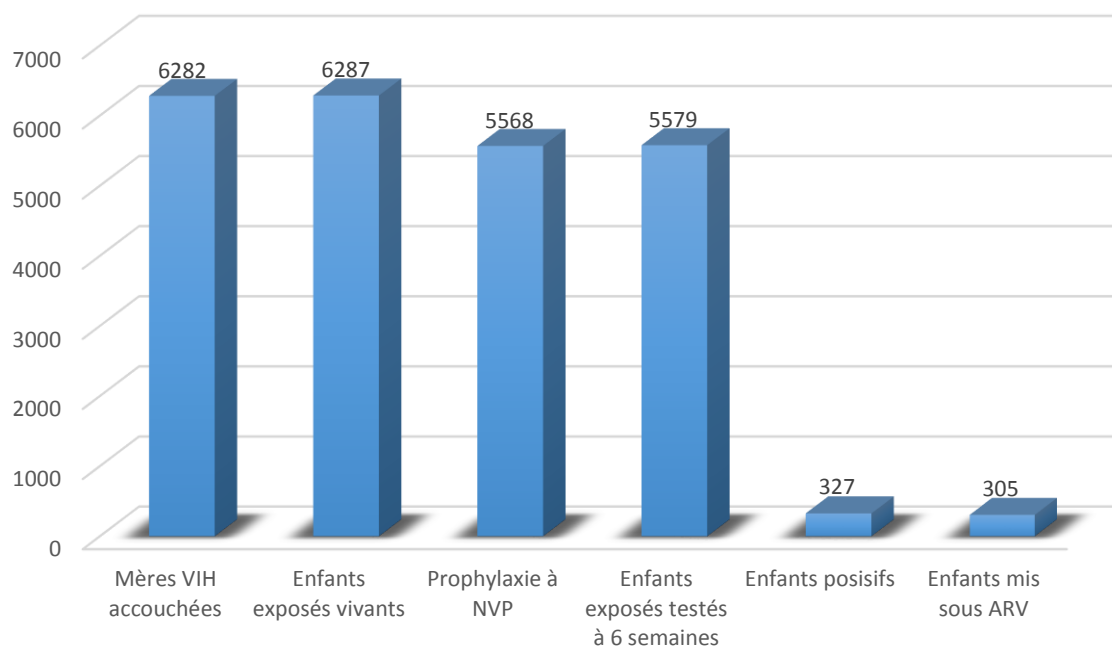
L'analyse de la cascade décrite ci-dessous a permis d'évaluer la rétention des femmes enceintes dans les différents services de soins allant du conseil / dépistage à la mise sous traitement. Le graphique ci-dessous illustre cette situation.



Graphique 9 : Cascade PTME Mère au cours de l'année 2017

Cette cascade montre que **1 862 754** femmes enceintes ont bénéficié du conseil pour le dépistage. Parmi elles, **1 706 915** ont accepté de passer un test de dépistage soit **92%** et **1 526 909** ont retiré leurs résultats de tests soit **90%**. Il sied de signaler que le taux de séropositivité s'élève à **1,0% (15134)** dont **12 170** femmes enceintes séropositives nouvellement diagnostiquées et **2394** femmes connues VIH+. Sur **12 170** femmes enceintes positives, **11 430** ont retiré leurs résultats soit **97%** (**11 430/12 170**) de retour spécifique et **94%** des femmes positives au VIH ont été mis sous ARV.

A propos des enfants exposés, leur situation est illustrée dans le graphique ci-après :



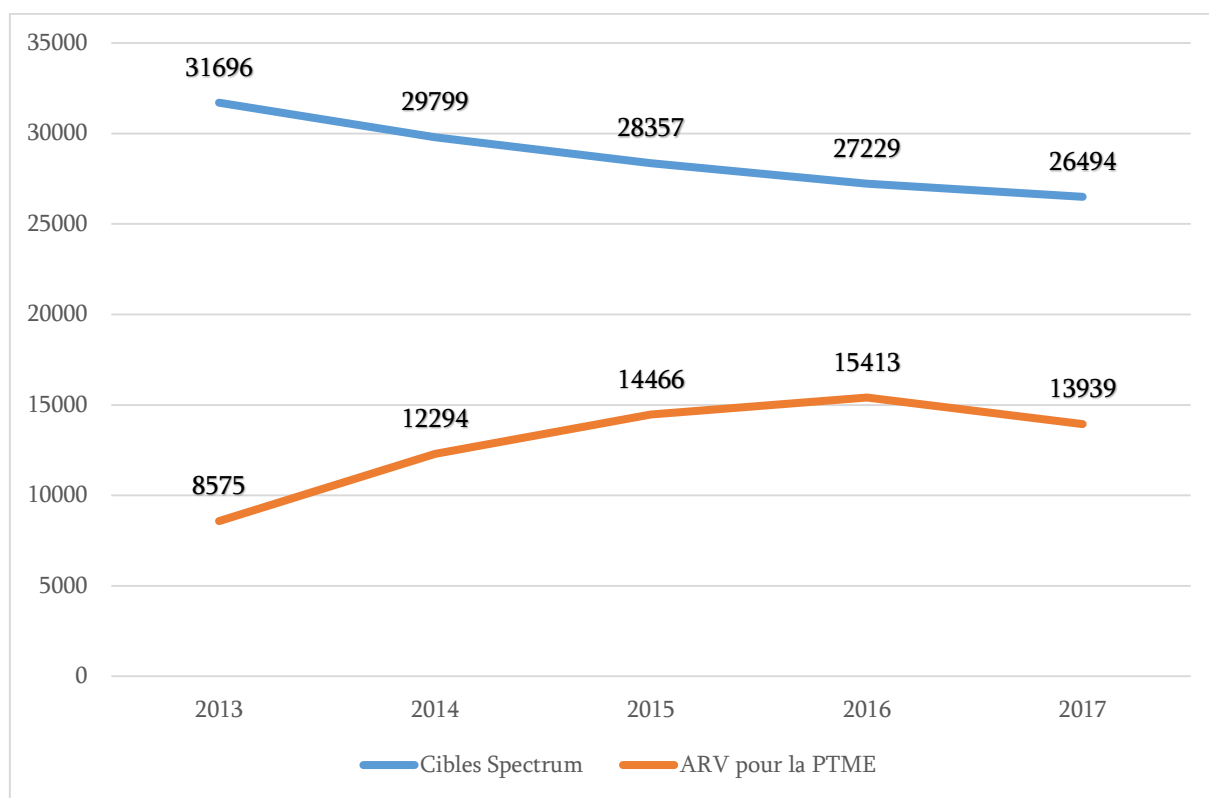
Graphique 10 : Cascade PTME enfant 2017

S'agissant des enfants exposés, nous constatons que 6 287 sont issus de 6 282 femmes enceintes VIH+ ayant accouché à la maternité. De ces enfants exposés 5 568 ont bénéficié de la prophylaxie à la Névirapine à la naissance soit 89%, à la 6^{ème} semaine 5 579 enfants ont bénéficié d'un dépistage précoce soit 89%. Sur ce nombre 327 sont positifs soit un taux de positivité à l'infection au VIH à 6% parmi lesquels 305 (93%) ont commencé les ARV. Dans l'ensemble :

- **719** enfants n'ont pas bénéficié de la prophylaxie à la Névirapine à la naissance ; cette situation s'explique par la rupture en Névirapine observée au cours de l'année 2017 ;
- **708** exposés n'ont pas bénéficié du diagnostic précoce avant le deuxième mois de leur vie. Ceci est dû aux ruptures en papiers buvards à la base de la déperdition d'un nombre important d'enfant exposés.
- Selon les estimations Spectrum v5.65, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines en 2017 est de **13,09%** et celui incluant la période d'allaitement à **22,02%**. Ce taux demeure encore supérieur aux objectifs fixés pour l'élimination de la transmission du Virus de la mère à l'enfant. Des efforts supplémentaires sont attendus pour infléchir la tendance de cette maladie.
- **22** enfants soit **7% (305/327)** n'ont pas bénéficié de la mise sous traitement aux ARV. Ceci soulève la problématique du rendu des résultats qui demeure encore un sérieux handicap dans la performance des laboratoires supra provinciaux pour lequel le pays se propose des solutions adéquate à travers la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle de la charge virale et l'EID.

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 des mères VIH+ devient impératif.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des performances du pays en matière de PTME de 2013 à 2017.



Graphique 11 : Evolution de la PTME en RDC de 2013-2017

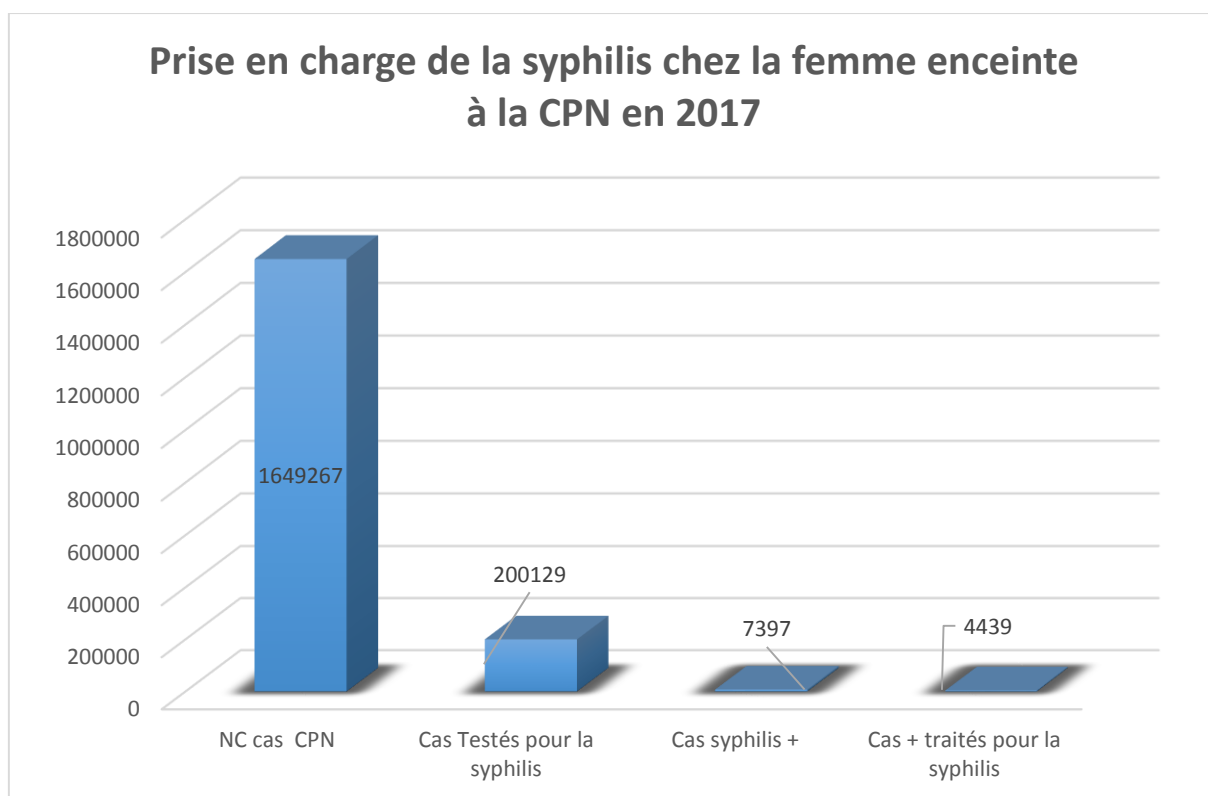
Il ressort de ce graphique que l'allure de la courbe est croissante sans couvrir tous les besoins tels qu'estimés par de 2013 à 2017. A l'exception de l'année 2017 durant laquelle une petite inflexion est notée. De manière générale, nous constatons une amélioration de la performance de 2013 à 2017 soit 27% à 53% (Spectrum V5.65),

Il se dégage une évolution progressive en ce qui concerne la PTME en RDC de 2013 à 2017. Cette performance peut s'expliquer par :

- L'extension de l'option B+ dans 63 nouvelles ZS ;
- L'opérationnalisation des sites PTME formés en fin 2016 au cours de l'exercice 2017 ;
- Le renforcement des activités communautaires différentes approches améliorant ainsi la rétention du couple mère-enfant dans le programme PTME ;
- Les financements mis à la disposition du pays pour l'appui aux activités PTME.

L'ÉLIMINATION DE LA SYPHILIS

En ce qui concerne la Syphilis, la RDC s'est engagée à son élimination d'ici 2030. Ainsi, au cours de l'exercice 2017, sur les 1649267 femmes reçues à la CPN dans les FOSA ayant intégré les activités de LCS seulement 12 % (200129) ont bénéficié du dépistage de la syphilis comme le montre le graphique 11.



Graphique 12 : Cascade de la syphilis de la femme enceinte à la CPN

Il ressort de ce graphique que le dépistage de la Syphilis reste faible. Sur les **1 649 287** femmes enceintes venues à la CPN, seules **200 129** ont bénéficié du dépistage de la syphilis soit **12%**. Parmi lesquelles **7 397 femmes** ont été diagnostiquées positives à la syphilis soit **3,69%** (**7 397/200 129**) et **4 439** ont bénéficié du traitement contre la syphilis soit **60%** (**4 439/7 397**). Ceci indique qu'il y a un risque persistant de syphilis congénitale. De manière générale, le faible dépistage et la faible mise sous traitement des cas positifs pourraient s'expliquer par

- La non systématisation du dépistage de la syphilis chez toute femme enceinte à la CPN par les prestataires ;
- La faible disponibilité des réactifs pour effectuer le dépistage de la syphilis ;
- La rupture des médicaments contre les IST notamment la Benzathine pénicilline ;
- La faible sensibilisation des prestataires et des communautaires sur les variables de suivi pour l'élimination de la syphilis.

D. CONSEIL ET DEPISTAGE

Politique et Interventions Clés

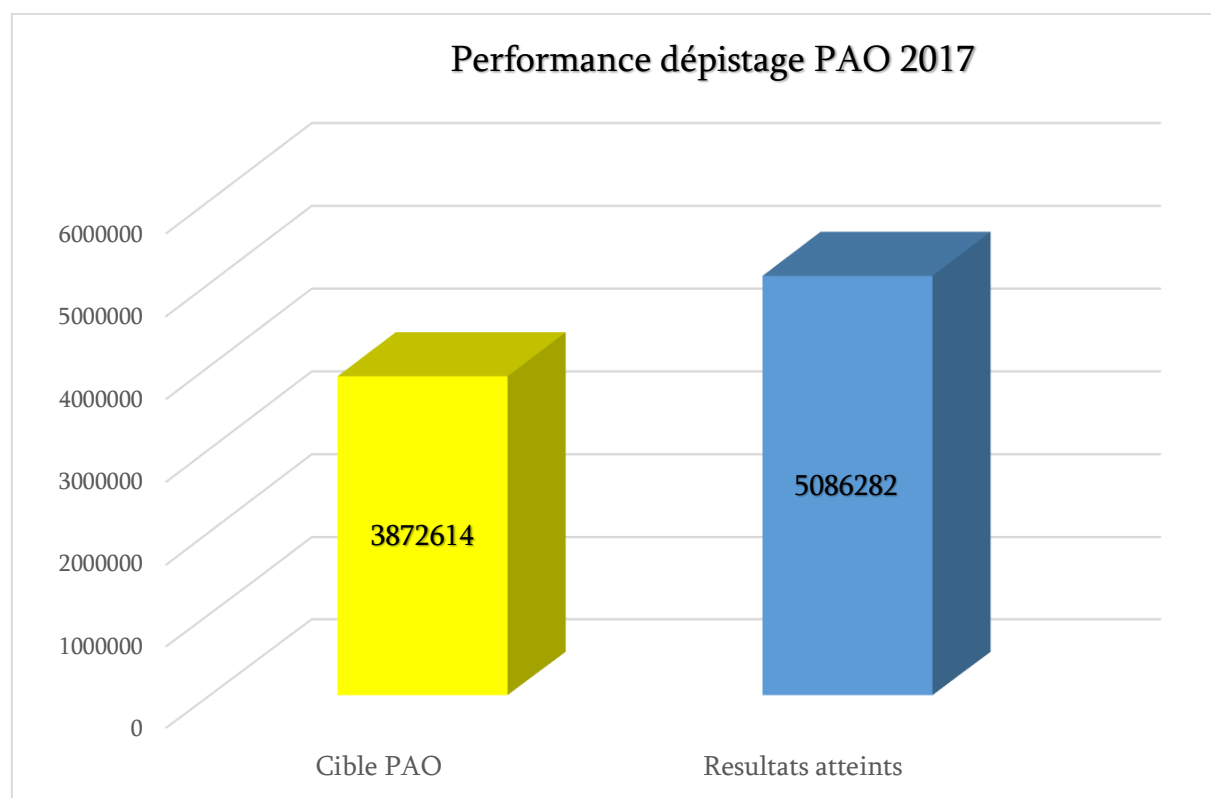
- Promotion de CDV/DCIP dans les FOSA et au niveau communautaire ;
- Offre de service de dépistage à toute la population en stratégie fixe et avancée ;
- Ciblage des populations les plus à risque ;
- Retesting avant la mise sous traitement.

- Utilisation d'un algorithme à trois tests en série pour le diagnostic
- Principes : Conseil, Consentement éclairé, confidentialité, Gratuité et diagnostic correct, liaison avec les services de prise en charge.

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

Résultats

Pour l'année 2017, au total **3 872 614** clients étaient ciblés pour être testés VIH à travers les différentes portes d'entrée PTME et CDV/DCIP. Le graphique ci-après montre le niveau de performance atteint.



VII. Graphique 14 : Résultats obtenus par cible CDV/DCIP en 2017

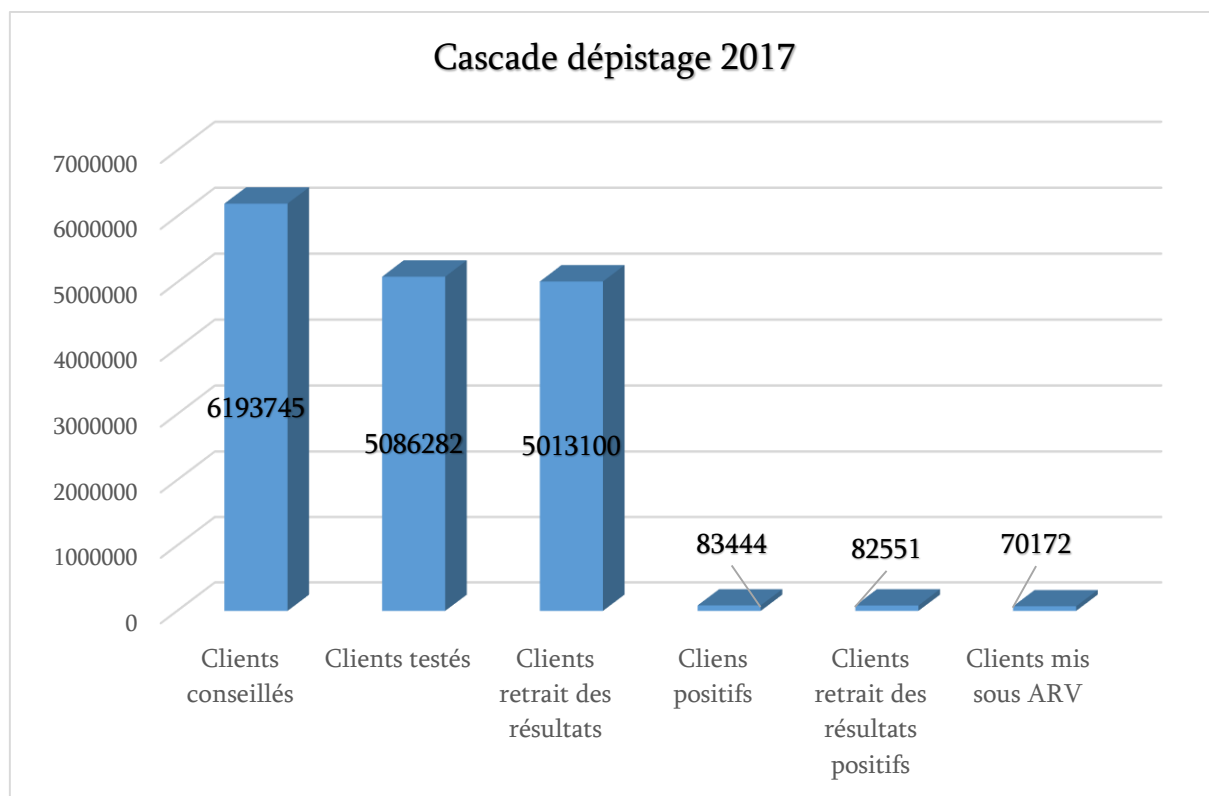
Il se dégage de ce graphique que sur les **3 872 614** clients attendus, **5 086 282** se sont fait dépistés soit **131%**.

Malgré cette performance réalisée en partie due à l'organisation des campagnes pendant le mois marquant la journée mondiale Sida 2017 et campagnes en faveur des populations clés et les adolescents et les jeunes le pays. Il se dégage cependant quelques difficultés dans la mise en œuvre du dépistage sur terrain. C'est entre autres :

- Les ruptures récurrentes en tests de dépistage surtout dans les FOSA ;

- Certaines nouvelles FOSA ayant intégré les activités de LCS n'ont pas été approvisionnées en tests de dépistage ;
- La faible coordination des approvisionnements en intrants de laboratoire.

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



Graphique 15 : Cascade de dépistage en 2017

Il ressort de l'analyse de cette cascade que sur les **6 193 745** clients conseillés, **5 086 282** ont bénéficié du testing soit **82,1%** parmi lesquels **5 013 100** ont retiré leurs résultats soit **98,5%**. Le taux de séropositivité à travers cette porte est de **1,6%**. Des **83 444** clients positifs, **82 551** ont retiré leurs résultats soit **98,9%**. Des **82 551** clients positifs ayant retiré les résultats, **70 172** ont commencé le traitement ARV soit **85%**.

Cette déperdition des PVVIH entre le dépistage et la mise sous ARV (**16%**) pourrait s'expliquer par :

- La mauvaise qualité du conseil pré thérapeutique réalisée par certains prestataires. D'où la nécessité de mise en place de comité thérapeutique de toutes les FOSA ayant intégré la prise en charge ;
- Le retard dans la mise en œuvre de l'effectivité de la délégation de tâches dans certaines zones de santé ;
- La non systématisation du « tester-traiter » dans les SDT.

Le tableau ci-dessous illustre les résultats obtenus en 2017 par porte d'entrée :

PROVINCES	CDV				DCIP				PTME			
	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivé	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivé	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivé
BAS-UELE	22060	12610	378	3,00%	28922	19183	1957	10,20%	34944	19298	208	1,10%
EQUATEUR	3743	2207	92	4,20%	30471	16424	497	3,00%	16097	10319	38	0,40%
HAUT KATANGA	20883	20813	1007	4,80%	184800	175122	7407	4,20%	145763	136573	2433	1,80%
HAUT LOMAMI	23410	18985	128	0,70%	95212	80364	1049	1,30%	65801	57739	139	0,20%
HAUT UELE	37042	17280	2201	12,70%	66012	35782	4986	13,90%	34102	24109	1225	5,10%
ITURI	51368	32451	1276	3,90%	114266	70981	3186	4,50%	101903	64035	1047	1,60%
KASAI	20187	16059	87	0,50%	51433	41725	406	1,00%	22106	18602	100	0,50%
KASAI CENTRAL	58622	44467	822	1,80%	122639	92758	938	1,00%	62284	53342	266	0,50%
KASAI ORIENTAL	108357	96021	965	1,00%	173649	131725	2923	2,20%	106235	84721	452	0,50%
KINSHASA	74065	69454	2042	2,90%	409394	388200	9586	2,50%	180310	172671	1331	0,80%
KONGO CENTRAL	293906	201906	1275	0,60%	209126	153955	2259	1,50%	121731	110232	368	0,30%
KWANGO	57032	49861	161	0,30%	107202	92905	243	0,30%	54015	51135	471	0,90%
KWILU	29989	28644	137	0,50%	154763	127964	677	0,50%	84518	68512	273	0,40%
LOMAMI	115676	111967	626	0,60%	135849	102823	708	0,70%	124161	73443	105	0,10%
LUALABA	4633	4481	508	11,30%	27726	26479	2126	8,00%	27123	24238	596	2,50%
MAI NDOMBE	44275	25732	81	0,30%	111105	87749	484	0,60%	30277	25721	50	0,20%
MANIEMA	189737	145277	1744	1,20%	202951	149966	1849	1,20%	106409	78352	488	0,60%
MONGALA	1269	1254	33	2,60%	4160	4134	130	3,10%	3251	3251	20	0,60%
NORD KIVU	162278	156003	3280	2,10%	212890	191437	3572	1,90%	208168	194358	1200	0,60%
NORD UBANGI	15084	12126	388	3,20%	16956	11392	337	3,00%	26363	23129	76	0,30%
TANGANICA	30409	25654	369	1,40%	108116	79375	1383	1,70%	60787	51445	50	0,10%
TSHOPO	15927	12033	260	2,20%	57894	45631	1473	3,20%	59766	49854	266	0,50%
TSHUAPA	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	280	70	0	0,00%

PROVINCES	CDV				DCIP				PTME			
	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivité	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivité	Conseillés	Testés	Positifs	Taux de séropositivité
SANKURU	25679	23391	207	0,90%	48277	40077	409	1,00%	24602	20062	66	0,30%
SUD KIVU	149850	135982	2055	1,50%	74876	63971	1747	2,70%	135892	125922	830	0,70%
SUD UBANGI	131451	99483	2751	2,80%	324558	281280	8216	2,90%	192363	165782	3036	1,80%
TOTAL	1686932	1364141	22873	1,70%	3073247	2511402	58548	2,30%	2029251	1706915	15134	1,00%

Tableau 7 : Répartition des résultats obtenus par province en CDV, DCIP et PTME en 2017

Ce tableau montre que la séropositivité moyenne du pays tourne autour de **1,7%** à travers les \$ trois portes à savoir le CDV, DCIP et la PTME.

Le DCIP a fourni 58548 positifs avec une séropositivité de 2,3% est la stratégie qui a permis de détecter le plus de PVVIH, suivi du CDV et la PTME vient en dernier lieu. L'amélioration du ciblage du DCIP pourrait davantage permettre de diagnostiquer le plus de PVVIH et prétendre ainsi à l'atteinte de l'objectif du deuxième 90.

Toujours concernant le DCIP, deux provinces ont un rendement proportionnel supérieur à 10%. Il s'agit du Bas Uélé (10,2%) et du Haut Uélé (13,9%). Il en est de même pour le CDV : le Haut Uélé (12,7%) et Le Lualaba (11,3%).

Ces évidences vont alimenter le dépistage ciblé au cours de l'exercice 2018.

E. PRISE EN CHARGE

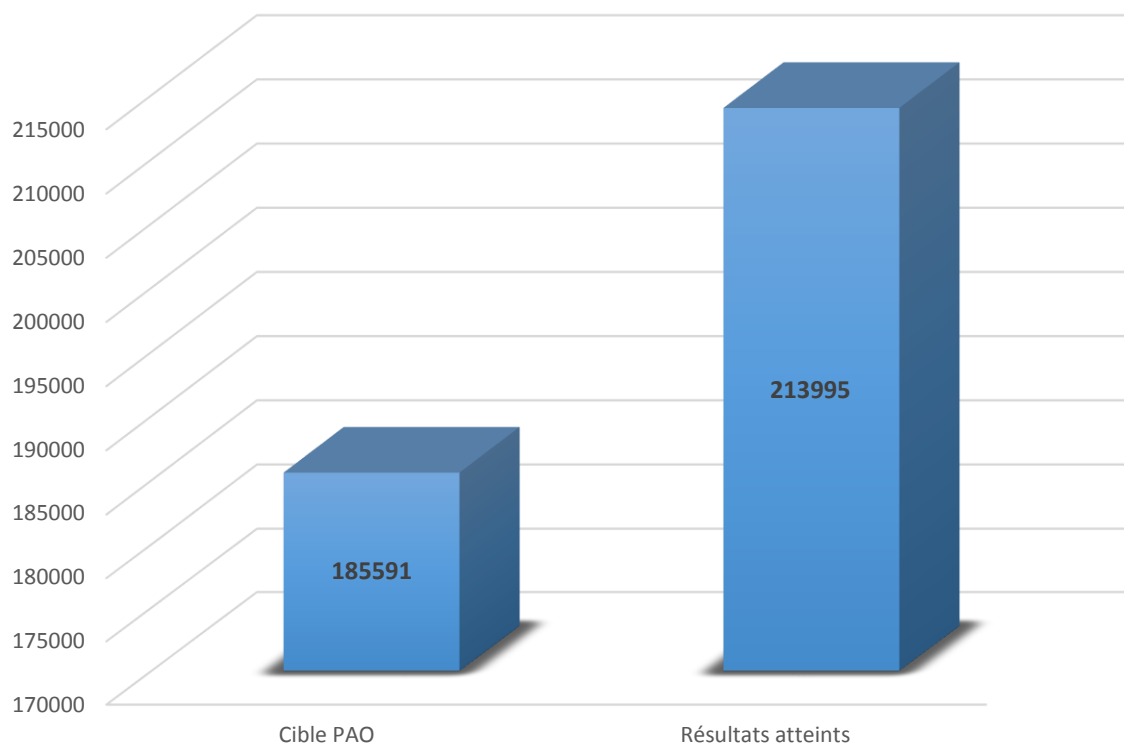
Politique et interventions clés

- Prise en charge des infections opportunistes du VIH dont la tuberculose selon le modèle guichet unique ;
- Mise sous cotrimoxazole de toute personne dépistée VIH+ dès que le diagnostic posé ;
- Mise sous ARV de toute personne dépistée VIH+ selon les directives nationales « tester-traiter » et les soins différenciés ;
- Mise sous INH pour toute PVVIH avec exclusion de la tuberculose active ;
- Suivi biologique et clinique régulier des PVVIH ;
- PEC médicale basée sur un traitement standardisé de toute PVVIH selon les directives de l'OMS ;
- Gratuité de traitement aux ARV
- Suivi des PVVIH en termes de la rétention et adhérence
- Mesure de la charge virale en rapport avec l'efficacité du traitement.
- Prise en charge des soins chroniques

Les activités de prise en charge au niveau pays sont intégrées dans **4 338** sites répartis dans 407 ZS. Elles consistent à la prise en charge des infections opportunistes, à la mise sous traitement aux ARV, la prise en charge nutritionnelle et psycho sociale des PVVIH.

Résultats

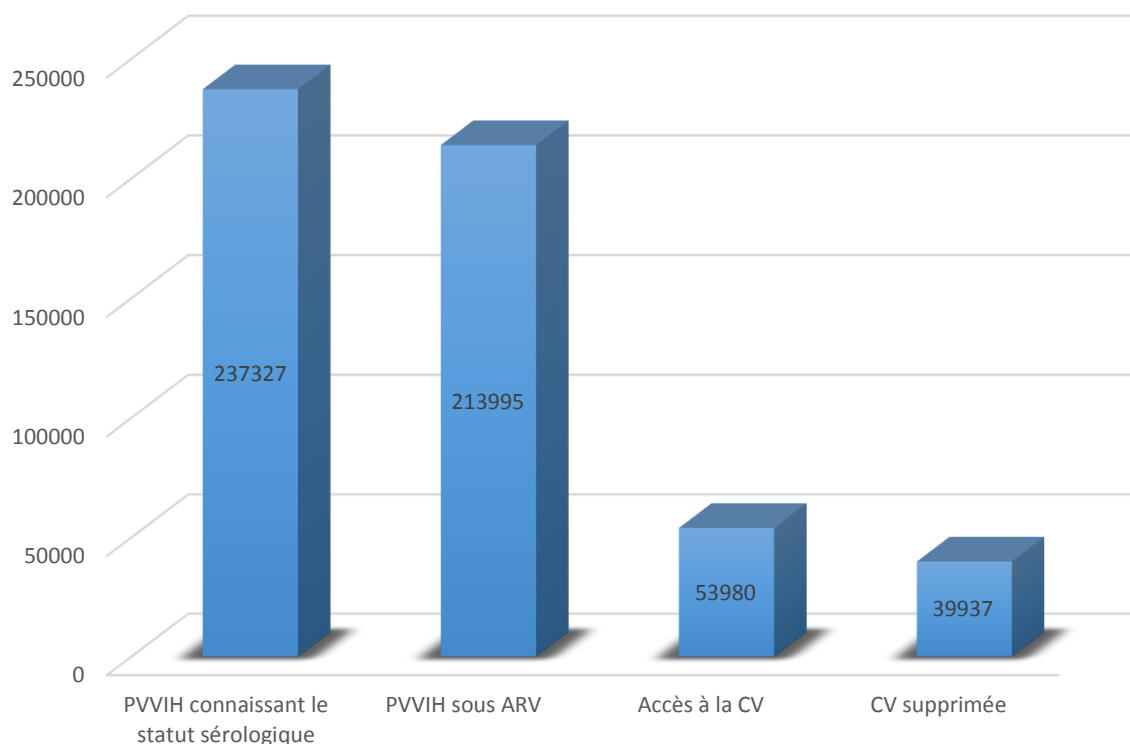
Pour l'année 2017, la cible PAO des patients sous TAR était fixée à **185 591** PVVIH. Le graphique ci-dessous montre la performance réalisée au cours de cette année.



Graphique 13 : Résultats obtenus par cible TAR PAO en 2017

Il se dégage de ce graphique que **213 995** PVVIH étaient sous ARV jusqu'en fin 2017 sur les **185 591** attendues, soit **115%** de la cible PAO.

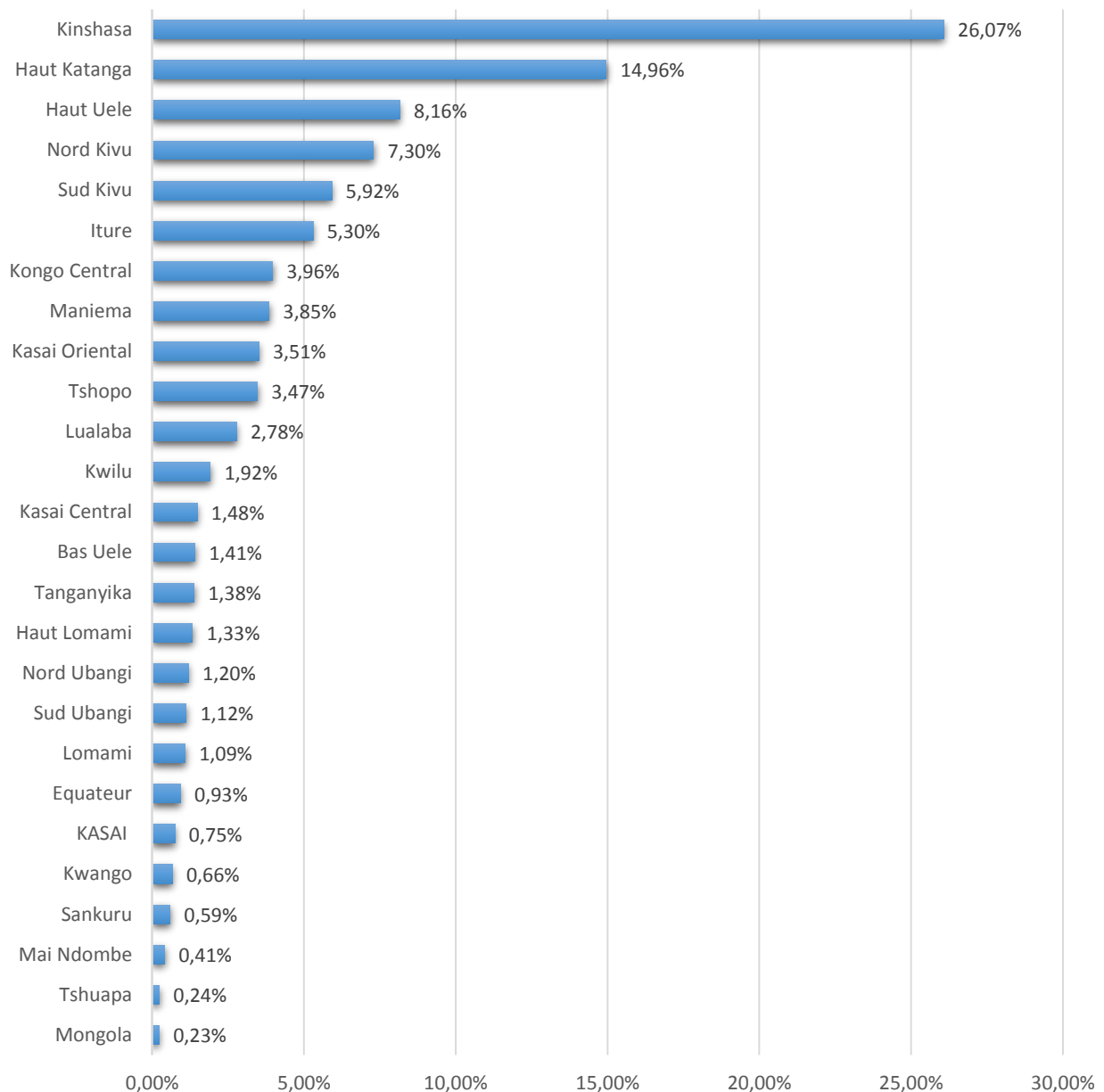
La cascade décrite ci-dessous a permis d'évaluer la situation des patients depuis l'enrôlement jusqu'à la suppression de la charge virale. Le graphique ci-dessous illustre clairement cette situation.



Graphique 14 : Cascade TAR 2017

Il ressort de ce graphique que parmi les **237 327** PVVIH ayant connaissance de leur statut sérologique dans les structures de prise en charge, **213 995** sont sous TARV soit **90%**. Parmi eux, **53 980** ont pu avoir accès à la charge virale une année après le traitement soit **25%**. Sur les **53 980** ayant accès à la charge virale, **39 937** sont arrivées à la suppression de la charge virale soit **74%** à un seuil de moins de 1000 copies/ml.

En ce qui concerne l'effort de contribution des provinces, le graphique ci-dessous illustre clairement la contribution pondérale des malades de chaque province :



Graphique 15 : Proportion des malades par province en 2017

Il se dégage de ce graphique que dix provinces représentent plus de 80% de poids des malades sous TAR dans le pays. Il s'agit de : Kinshasa (26,07%), Haut Katanga (14,96%), Haut Uélé (8,16%), Nord Kivu (7,30%), Sud Kivu (5,92%), Ituri (5,30%), Kongo Central (3,96%), Maniema (3,85%), Kasai Oriental (3,51%) et Tshopo (3,47%).

Un concours de plusieurs facteurs justifie cette situation. C'est notamment l'importance du poids démographique des provinces, la densité de la population, la prévalence du VIH et des investissements mis à la disposition des dites provinces et la couverture globale du programme dans ces provinces.

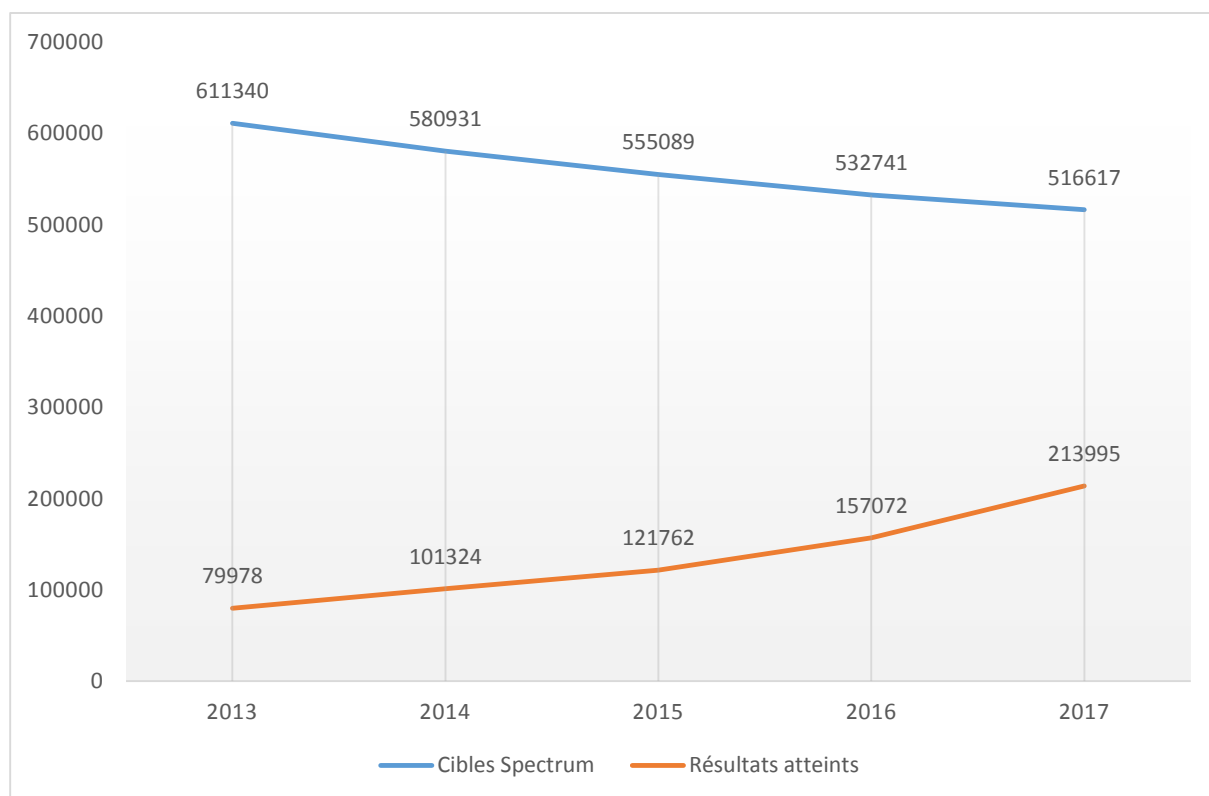
De façon générale, voici ci-dessous représentée la contribution détaillée de chaque province à l'atteinte du résultat obtenu en 2017 par sexe et âge :

PROVINCES	GARCON	FILLE	Total Enfants	HOMME	FEMME	Total Adultes	TOTAL GENERAL
BAS-UELE	80	75	155	774	2079	2853	3008
EQUATEUR	52	54	106	500	1386	1886	1992
HAUT KATANGA	1245	1299	2544	9110	20361	29471	32015
HAUT LOMAMI	100	96	196	982	1673	2655	2851
HAUT UELE	364	290	654	4510	12291	16801	17455
ITURI	146	212	358	3770	7204	10974	11332
KASAI	35	75	110	540	953	1493	1603
KASAI CENTRAL	104	98	202	897	2073	2970	3172
KASAI ORIENTAL	386	330	716	2651	4146	6797	7513
KINSHASA	2649	5291	7940	14188	33670	47858	55798
KONGO CENTRAL	175	172	347	2456	5675	8131	8478
KWANGO	24	15	39	513	863	1376	1415
KWILU	84	177	261	1505	2333	3838	4099
LOMAMI	55	59	114	399	1809	2208	2322
LUALABA	217	216	433	1674	3838	5512	5945
MAI NDOMBE	22	30	52	314	508	822	874
MANIEMA	125	220	345	2952	4944	7896	8241
MONGALA	3	10	13	164	318	482	495
NORD KIVU	458	718	1176	4633	9802	14435	15611
NORD UBANGI	42	54	96	352	2117	2469	2565
TANGANICA	81	93	174	777	1999	2776	2950
TSHOPO	184	199	383	2187	4847	7034	7417
TSHUAPA	5	5	10	181	320	501	511
SANKURU	26	26	52	439	771	1210	1262
SUD KIVU	411	457	868	3680	8117	11797	12665
SUD UBANGI	53	68	121	701	1584	2285	2406
TOTAL	7126	10339	17465	60849	135681	196530	213995

Tableau 8 : Proportion des malades par province en 2017

De l'analyse de ce tableau, il se dégage que **213 995** malades sont sous ARV en fin décembre 2017. De ces malades **17 465** sont des enfants soit **9%** et **196 630** adultes soit **91%**. Parmi les enfants **7126** sont de sexe masculin et **10 339** de sexe féminin et parmi les adultes **60 849** sont de sexe masculin et **135 681** de sexe féminin. Dans l'ensemble, la répartition des PVVIH sous ARV par sexe montre une prédominance de sexe féminin avec **68%** contre **32%** de sexe masculin.

Le graphique ci- dessous évalue les performances réalisées de 2013 à 2017.



Graphique 16 : Evolution des cohortes des malades sous ARV en RDC de 2013-2017

On remarque que l'allure de la courbe est croissante pour les résultats obtenus de 2013 à 2017 sans atteindre les cibles Spectrum annuelles. Cette performance en 2017 est à **41,4%** (**213 995/516 617**) tenant compte du nombre des PVVIH estimé.

L'opérationnalisation de la stratégie « tester-traiter » à partir décembre 2016 et le suivi des PVVIH au niveau des FOSA et dans la communauté seraient parmi les facteurs de succès.

On note une montée dans l'évolution des malades sous ARV de 2013 à 2017. Cette situation s'explique par :

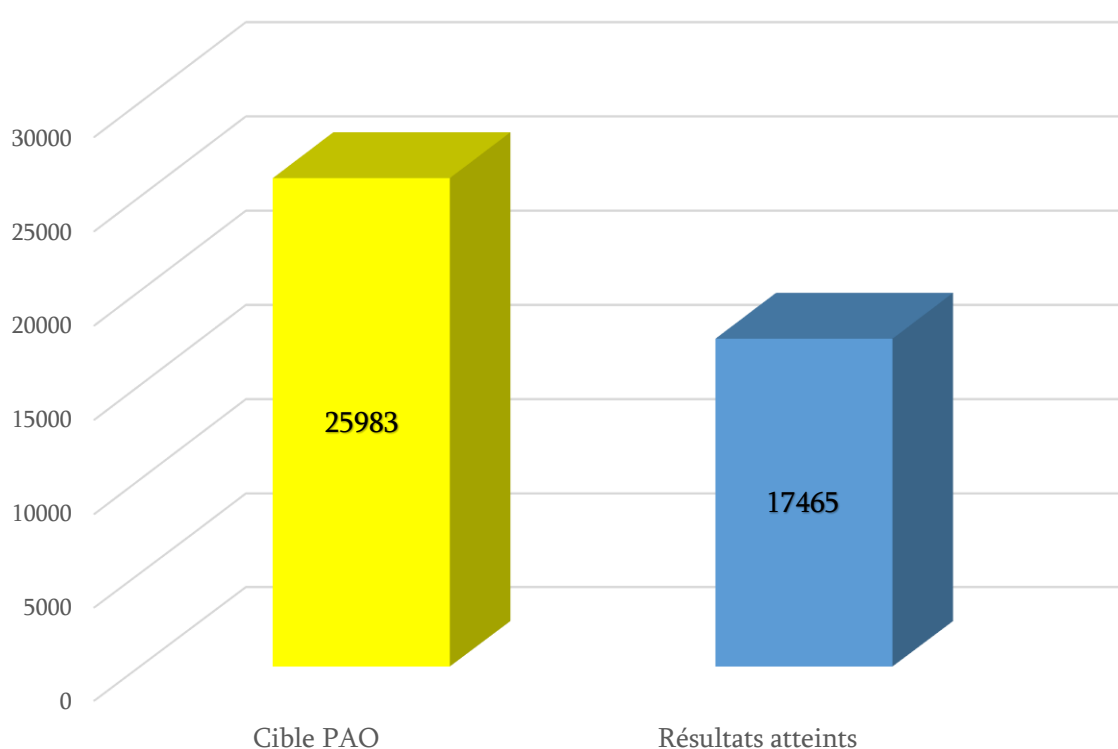
- L'amélioration de la couverture des structures offrant le paquet VIH
- L'augmentation de la couverture intra zone passant de 5 à 10 SDT dans chaque ZS ;
- La disponibilité des médicaments ARV ;
- L'application de la directive nationale de la stratégie testé-traiter
- L'extension de l'option B+ au niveau pays qui a permis de mettre les malades directement sous ARV.
- L'intensification de la dynamique communautaire dans la rétention des malades dans les FOSA
- L'amélioration du rapportage en termes de complétude.

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. La prise en charge consiste entre autre à la prise en charge des infections opportunistes, à la mise sous traitement aux ARV, la prise en charge nutritionnelle et psycho sociale des enfants VHI+ de 0 à 14 ans.

Résultats

Pour l'année 2017, la cible des enfants encore sous TAR était **25 983** PVVIH. Le graphique ci-dessous montre la performance réalisée au cours de cette année.



Graphique 17 ; Résultats obtenus par cible pédiatrique TAR PAO en 2017

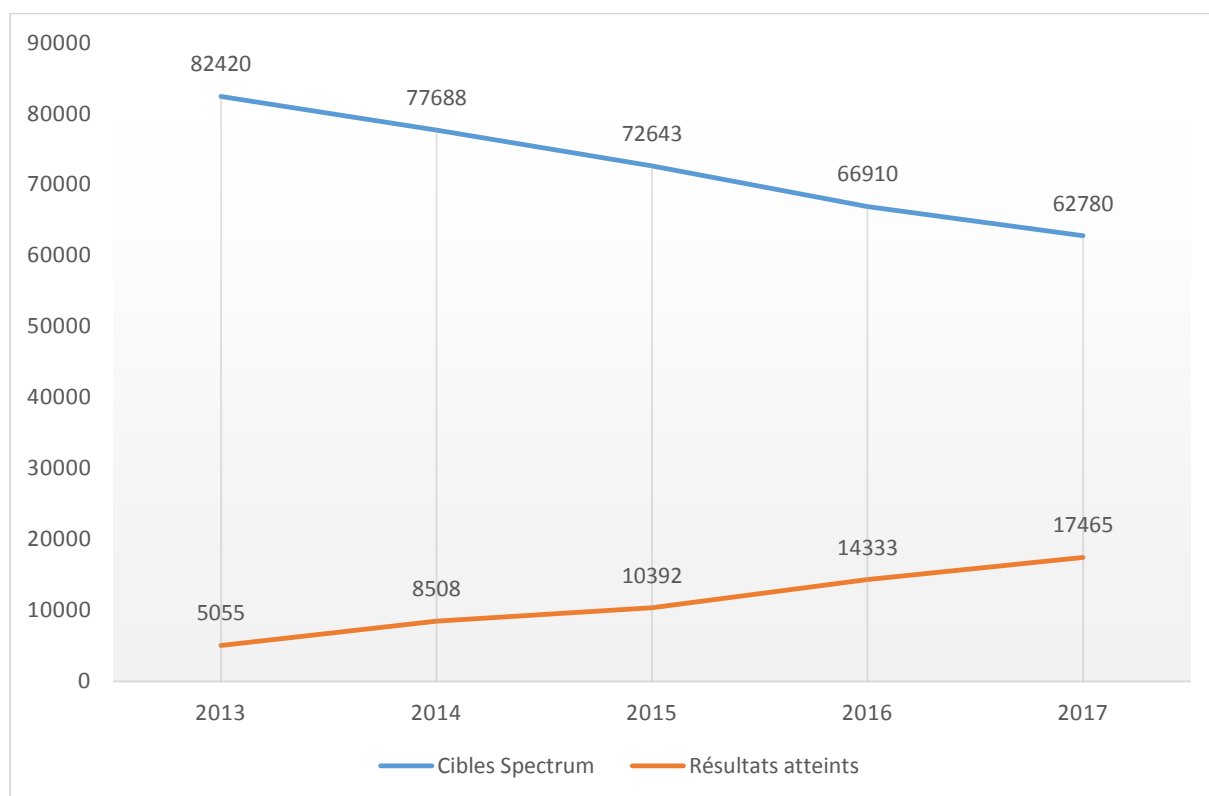
De l'analyse de ce graphique, il se dégage que **17 465** enfants VIH+ ont bénéficié du traitement ARV au cours de l'exercice 2017 sur les **25 983** attendues, soit **67%** de la cible PAO.

Ce résultat s'explique par :

- La disponibilité des médicaments ARV ;
- L'intégration de la prise en charge dans 63 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 ;

- L'approche centrée sur la famille et l'utilisation des différentes portes d'entrée potentielles dans le recrutement des enfants ;
- La déléation des taches
- La vulgarisation des directives sur la divulgation du statut sérologique
- La sortie de la clandestinité des enfants vue à travers les théâtres, les chansons et Média
- L'amélioration de la réalisation de l'EID.

En dépit de tous les problèmes rencontrés dans la prise en charge pédiatrique en RDC, on note une légère amélioration comme le montre le graphique sur l'évolution des enfants sous ARV de 2013 à 2017 ci-dessous :



Graphique 18 : Evolution de la prise en charge pédiatrique aux ARV en RDC de 2013-2017

VIII. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS CLÉS.

VIII.1. Interventions clés

Pour atteindre les objectifs 90 – 90 – 90 d'ici 2020 pour le contrôle de l'épidémie et éliminer le VIH/Sida comme problème de santé publique d'ici 2030, des interventions de qualité doivent être mises en œuvre en faveur de ce groupe qui constitue le moteur de l'épidémie.

Jusqu'en fin 2017, les interventions offertes ont consisté en :

- Interventions comportementales ;
- Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Conseil et dépistage du VIH en stratégie fixe ou mobile ;
- Distribution des préservatifs et lubrifiants aqueux ;

- Soins, traitement et soutien ;
- Planning familial pour les professionnelles de sexe ;
- Prise en charge médicale des key pop survivants des violences sexuelles.

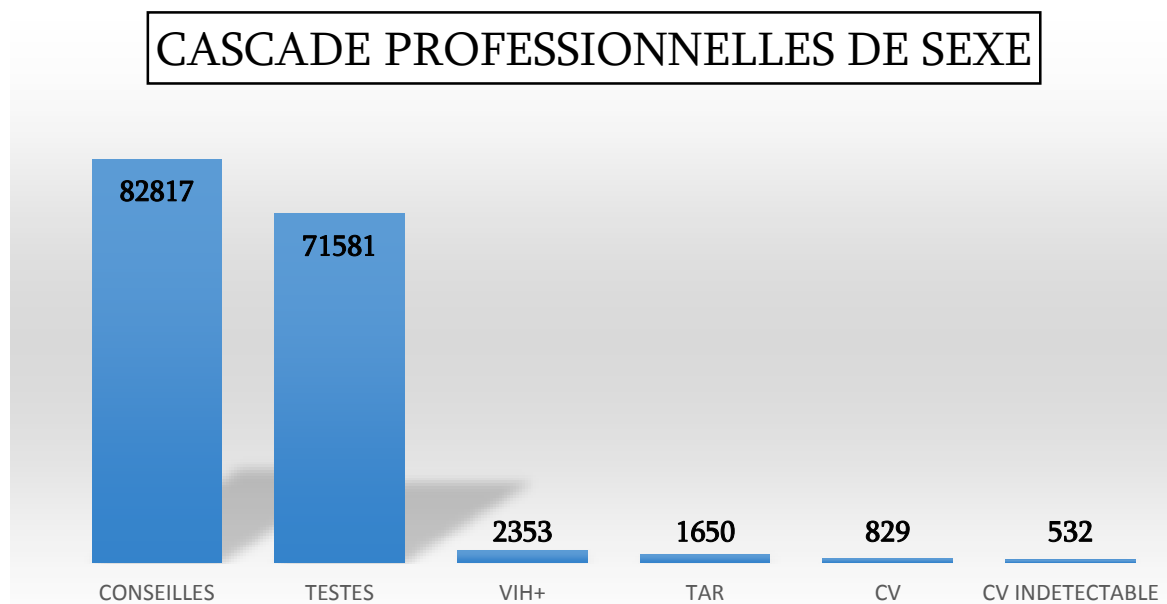
VIII.2 Evolution de la couverture pour les populations clés

La couverture géographique des services pour les populations clés est restée la même au cours de deux dernières années. Par contre le nombre des populations clés par cibles des populations clés a augmenté au cours de ces deux dernières années. Ainsi, le nombre des populations clés conseillées est passé de 93250 en 2016 à 135406 en 2017 (PS, HSH, UDI et TG), soit une augmentation de 45 %. Il en est de même pour le nombre des populations clés mises sous TAR qui est passé de 512 en 2016 à 1650 en 2017 pour les PS, de 406 en 2016 à 741 en 2017 pour les HSH. Le nombre des UDI VIH+ mis sous TAR est resté le même 28 en 2016 et 2017. La prise en charge de populations clés se fait dans les FOSEA spécialisées.

Ci-dessous les principaux résultats obtenus par type des populations clés en 2017 :

VIII.3 Résultats en rapport avec les services offerts aux Key pop

VIII.3.1 Prise en charge des Professionnelles de sexe en 2017

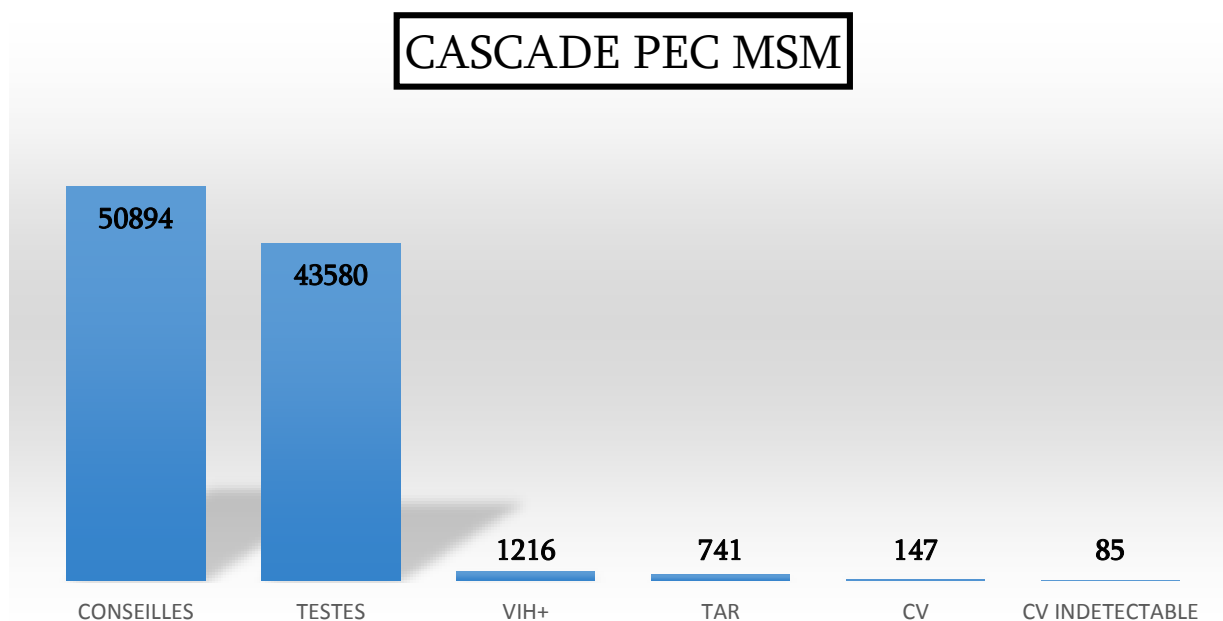


Graphique 19 : Cascade Professionnelles de sexe

- Il ressort de ce graphique que 71581 professionnelles du sexe ont été testées au VIH sur les 82817 conseillers soit 86,43 %. Sur les 71581 PS testés, 2353 étaient VIH+ soit 3,28 % de positivité. De l'ensemble des PS VIH+, 1650 ont été mises sous TAR

soit 70,12 %. De l'ensemble de PS VIH+ mises sous TAR, 829 ont eu accès à la charge virale soit 50,24 %. Ceux qui ont eu une charge virale indétectable représente 64,17 % soit 532 cas.

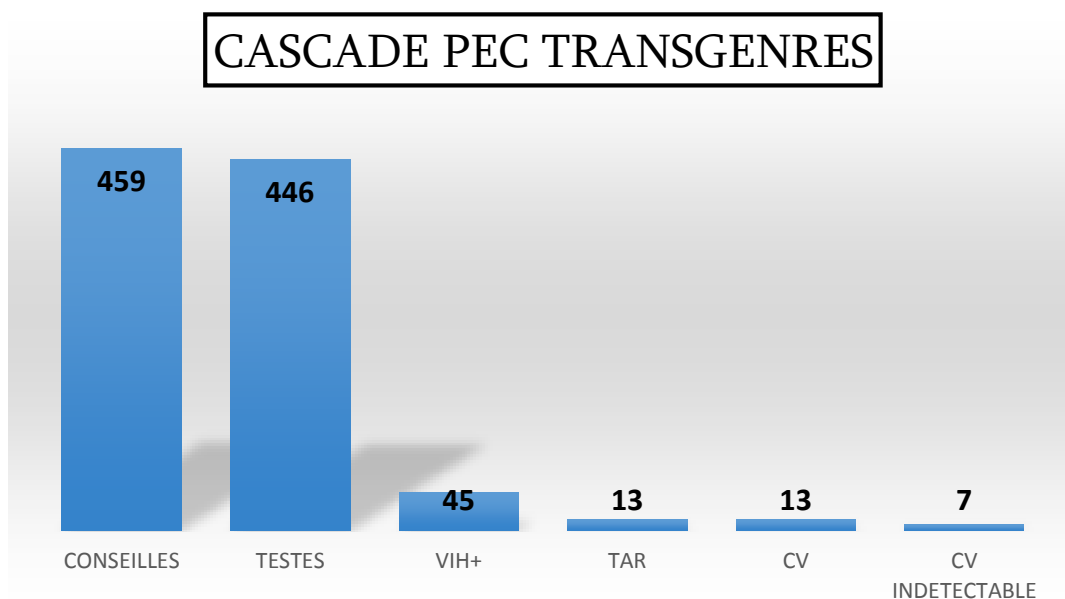
VIII.3.2 Prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en 2017



Graphique 20 : Cascade PEC MSM

- Sur les 50894 HSH conseillés, 43580 ont été testés au VIH, soit 85,62 % du taux d'acceptation.
- Sur les 43580 HSH testés, 1216 étaient VIH+, soit un taux de séropositivité de 2,8%.
- 741 HSH sur les 1216 testés VIH+ ont été mis sous TAR, soit 60,9 % de l'ensemble.
- 147 HSH sur les 741 mis sous TAR ont bénéficié de la charge virale, soit un taux d'accès à la charge virale de 20 %.
- Sur les 147 HSH ayant bénéficié du test de charge virale, 85 ont eu une charge virale indétectable, soit un taux d'efficacité du traitement de l'ordre de 58 %.

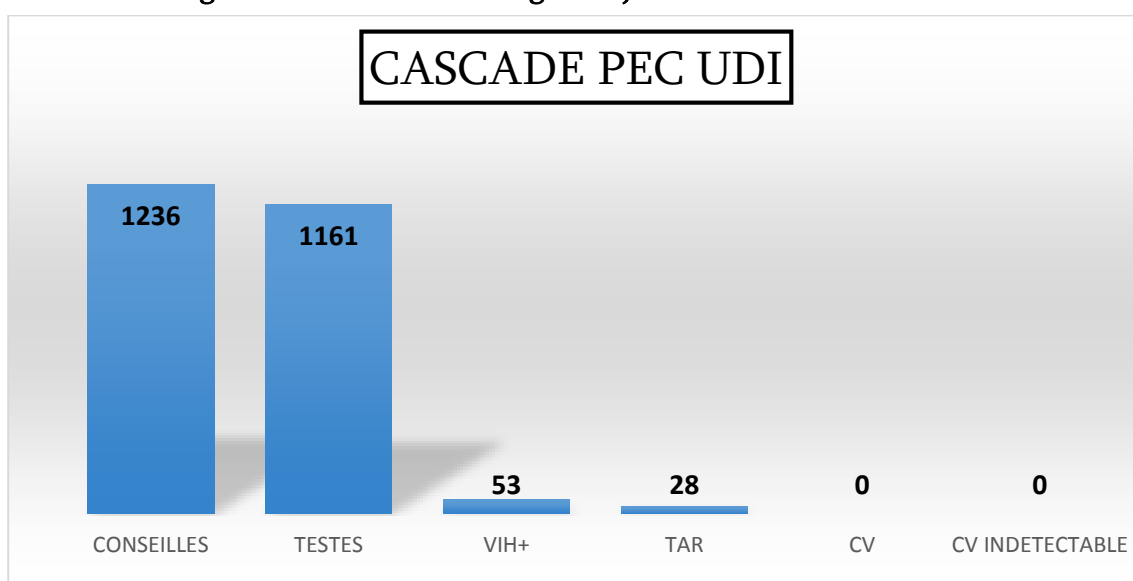
VIII.3.3 Prise en charge des transgenres en 2017



Graphique 21 : Cascade PEC Transgenres

- Sur les 459 transgenres conseillés, 446 ont été testés au VIH, soit un taux d'acceptation du dépistage de 97,16 %.
- Sur les 446 TG testés, 45 étaient VIH+, soit un taux de séropositivité de 10 %.
- 13 TG seulement sur les 45 VIH+ ont été mises sous TAR, ce qui représente 29 %.
- Toutes les 13 TG mises sous TAR ont bénéficié du test de charge virale, mais 7 seulement ont eu une charge virale indétectable, ce qui représenté un taux d'efficacité de traitement de l'ordre de 54 %.

VIII.3.4 Prise en charge des utilisateurs de drogues injectables en 2017



- Sur les 1236 UDI conseillés, 1161 ont été testés au VIH, soit un taux d'acceptation 94 %.

- Sur les 1161 UDI testés, 53 étaient VIH+, soit une séropositivité de 4,6 %.
- 28 UDI VIH+ ont été mis sous TAR, soit 53 % sur l'ensemble.
- Aucun UDI n'a bénéficié du test de charge virale.

Commentaires

- Le taux d'acceptabilité du dépistage varie de 85 % à 97 % selon la catégorie des populations clés ;
- Le recours aux pairs éducateurs est une stratégie pour atteindre les populations clés
- L'identification des Key pop par catégorie devra être amélioré par les prestataires ;
- Le Résultat sur la cartographie et l'estimation de la taille reste toujours attendu pour améliorer le ciblage et les interventions de Key pop.
- Les stratégies de dépistage (fixe et mobile) adaptées aux populations clés ;
- Initiation rapide du TAR « test and start » (le même jour ou le plus tôt possible) demeure un défi majeur dans le groupe de Key pop ;
- La délégation des tâches améliore l'initiation du traitement ;
- L'existence des groupes d'auto-support pour améliorer la rétention et l'adhérence ;
- L'exploitation des résultats de la charge virale permet l'évaluation de l'efficacité de traitement comme pour les autres cibles.

VIII.4 Contraintes dans la PEC des Key pop

- Absence de la cartographie des points chauds couverts par les sites d'interventions ;
- Insuffisance du nombre de pairs éducateurs ;
- La motivation différente en fonction des partenaires ;
- Stigmatisation, discrimination dans la communauté ;
- Situation sécuritaire précaire pour les activités mobiles du fait que la loi est muette ;
- Rupture fréquente des stocks des préservatifs et lubrifiants ;
- Recours limité aux nouvelles stratégies de dépistage ciblé (EPOA, index testing, DOR) ;
- Opportunités de dépistage manquées (PC sensibilisées vs. PC testées) ;
- Déperdition élevée de KP VIH+ avant la mise sous TAR ;
- Auto-stigmatisation ;
- Faiblesse de prise en charge des IO et des effets secondaires des ARV ;
- Faible taux de charge virale indétectable (autour de 50 %) ;
- Long délai de retour des résultats de la charge virale (jusqu'à 6 mois).

IX. INFORMATIONS STRATEGIQUES

IX.1.1. Surveillance

Plusieurs études ont été menées pour actualiser le niveau de connaissance de l'épidémie du VIH en RDC avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Il s'agit notamment de:

- Première enquête de séro surveillance basée sur les données de routine 2017 : enquête qui permet de faire le suivi des tendances de l'épidémie à VIH auprès des femmes enceintes de 15-49 ans dans les sites CPN de la RDC. La collecte des échantillons a été réalisée dans 62 sites sentinelles, les étapes d'analyse et d'élaboration du rapport ont été déjà réalisées. Le rapport vient d'être publié.
- Enquête sur les populations clés : cette enquête a été organisée pour la dresser de la cartographie des populations clés (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, professionnels de sexe et utilisateurs des drogues injectables) ainsi que l'estimation de la taille de ces populations. La deuxième phase concernant 19 villes a été déjà réalisée et le rapport est en cours d'élaboration. La phase d'enquête de l'estimation de taille de Kinshasa sera refaite en 2018 du fait d'un complément sur la méthodologie.
- La décentralisation des estimations et projection des cibles par Spectrum : à travers la mise en place des équipes provinciales pour les estimations et les projections des cibles à l'aide du logiciel Spectrum. Il est prévu de former les cadres provinciaux en six pools. Les Pools de Lubumbashi, de Kisangani, de Kananga, Gemena, Bandundu et Kinshasa ont été formés. Au total, 4 cadres du BPC/ PNLs, du PNMLS et de la Division provinciale de la santé par province ont été formés.

IX.1.2. Recherche

Au cours de l'année 2017, la division de recherche a organisé la journée scientifique sur le VIH sous le haut patronage de son Excellence Le Ministre de Santé Publique de la RDC. C'est un cadre qui réunit le PNLs et le monde scientifique pour échanger les expériences et partager les informations innovantes pour améliorer la lutte contre le sida en RDC.

Les thèmes suivants ont été partagé :

- Quelques progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST en 2017 (Cas de la RDC) ;
- Restitution de la première session du Diplôme Interuniversitaire VIH-TB-Hépatites virales et Autres Comorbidités organisée en RDC ;
- Restitution sur la participation de la RDC à la Conférence Internationale sur le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles en Afrique (ICASA) ;
- Situation des laboratoires de la CV et EID en 2017 cas de la RDC.

IX.1.2. Autres activités

La gestion des données VIH en RDC est également facilitée par l'utilisation des logiciels de transmission et de gestion individuelle des malades. C'est dans ce cadre que fonctionne le DHIS2 qui est une plateforme de rapportage électronique sur Internet qui permet la collecte,

le traitement et la diffusion des données sous forme agrégée et le Tier.Net qui interconnecte trois registres utilisés au niveau de chaque FOSA pour le suivi longitudinal des malades.

a. Situation actuelle du DHIS2

La plateforme DHIS2 a été adoptée en RDC comme l'unique logiciel de collecte, de traitement et de diffusion des données sous forme agrégée. C'est ainsi que le PNLS a développé dans cette plateforme un module spécifique VIH.

En 2017, le module VIH du DHIS2 est implémenté dans toutes les 26 DPS et ZS ayant intégré le paquet VIH. Sa complétude en 2017 était de 31,4%. Cette situation pourrait s'expliquer par :

- Le manque de suivi du logiciel par le niveau central et intermédiaire du fait que les cadres ne sont pas encore formés ;
- La cartographie des FOSA paramétrée dans le logiciel non encore stabilisée ;
- L'approvisionnement en crédits pour la fonctionnalité de VSAT installés dans les BCZS ;
- La motivation des Data managers dédiés à l'encodage des données.

Face à cette situation un plan de travail a été élaboré entre la DSNIS et le PNLS pour corriger toutes les distorsions qui empêcheraient la bonne fonctionnalité du module VIH dans le DHIS2

b. TIER.NET

En 2017, le logiciel TIER.NET a passé à sa première phase d'extension après sa phase pilote à Kinshasa. Dans son extension dans le cadre de la mise en œuvre, ; Tier.Net a une approche zonale et son opérationnalisation repose sur les Data permanents des sites pour les FOSA à gros volume et Data mobile au niveau des ZS. Ce dernier a la charge de l'encodage des données des sites de faible volume dans sa ZS.

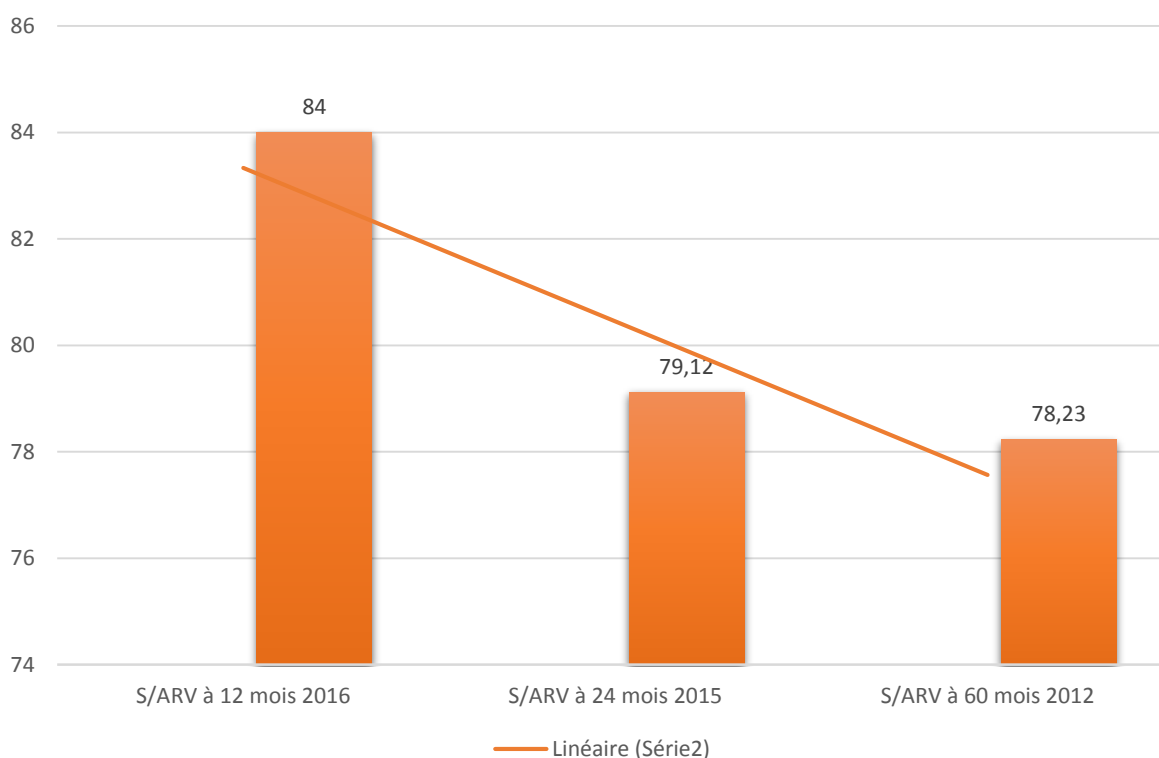
Au total huit DPS ont intégré le Tier.Net pour un total de 111 ZS. C'est notamment les DPS : Kinshasa (35ZS), Kongo Central (9ZS), Maniema (9ZS), Nord Kivu (13ZS), Sud Kivu (12ZS), Kasai Oriental (9ZS), Tshopo (6ZS) et le Haut Katanga (35ZS).

Pour l'année 2017, un décompte de **103 798** patients ont été enregistrés VIH et TB dans le logiciel Tier.net Pour l'année 2018, le pays va implémentée la version 1.12. Beta qui intègre la PTME.

Ci bas, le décompte patient par province, tranche d'âge, et sexe enregistré dans Tier.Net

Sexe	Tranche d'âge	FM							PEPFAR		Grand Total
		KASAI ORIENTAL	KINSHASA	KONGO CENTRAL	MANIEMA	NORD KIVU	SUD KIVU	TSHOPO	HAUT-KAT..	KINSHASA	
Masculin	< 1 ans	5	15	15		23	12	4	51	191	316
	1-4 ans	22	88	23	4	58	24	19	361	638	1,237
	5-9 ans	28	80	21	4	79	23	14	556	698	1,503
	10-14 ans	44	107	32	1	88	21	5	454	581	1,333
	15-19 ans	35	73	34	2	59	31	6	296	595	1,131
	20-24 ans	23	76	34	1	55	35	6	210	703	1,143
	25-49 ans	529	1,331	672	32	819	347	236	5,485	6,762	16,213
	50 ans	344	766	488	8	307	134	102	2,284	3,094	7,527
Feminin	< 1 ans	9	25	24	1	20	32	7	91	252	461
	1-4 ans	20	74	29	2	53	35	21	491	670	1,395
	5-9 ans	19	92	28	1	66	29	18	573	699	1,525
	10-14 ans	27	114	36	1	67	16	12	436	646	1,355
	15-19 ans	46	112	60	2	141	53	24	557	2,707	3,702
	20-24 ans	51	181	102	3	305	163	61	1,404	5,019	7,289
	25-49 ans	1,087	3,049	1,704	37	2,080	729	551	14,316	24,448	48,001
	50 ans	296	1,111	668	2	449	194	107	2,971	3,869	9,667
Grand Total		2,585	7,294	3,970	101	4,669	1,878	1,193	30,536	51,572	103,798

L'utilisation du logiciel Tier.Net au niveau des structures sanitaires a permis de faire l'analyse des cohortes et de calculer la rétention des malades à 12mois, 24 mois et 60 mois. Comme le montre le graphique 32.



Graphique 22 : Rétention des PVV sous ARV (12, 24 et 60 mois)

Après analyse de la cohorte, il ressort que 84% des malades suivis dans les formations Sanitaires utilisant Tier.Net sont retenus jusqu'à 12 mois dans le programme des soins, 79

% à 24 mois et 78 % à 60 mois. Cette situation peut s'expliquer par l'intégration de Plusieurs approches communautaires (AMM) au niveau des sites ainsi que la mise en place de plusieurs activités à caractères communautaires comme les VAD des pairs éducateurs, les réunions GAS communautaires...)

X. AUTRES GRANDES REALISATIONS DE L'EXERCICE 2017

X.1. Amélioration de la coordination et de la couverture des services

- ✓ Respect contractuel de la rationalisation des interventions VIH en RDC
- ✓ Extension de la couverture intra zonale des activités de lutte contre le VIH/Sida et IST passant de 5 à 10 FOSA/ZS.
- ✓ Elaboration du plan d'urgence de traitement du VIH ;
- ✓ Elaboration PMA pour les populations clés ;
- ✓ Elaboration du plan de boostage des interventions de LCS/Maniema ;
- ✓ Production du plan d'accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant.
- ✓ Participation visible de la RDC à la conférence d'ICASA
- ✓ Ouverture des 10 nouveaux BPC des 10 provinces (Kwango, Haut lomami, Lomami, Haut Uélé, Bas –Uélé, Tanganyika, Lualaba, Maitombe, Kasai et Sud –Ubangi)

X.2. Organisation des réunions techniques

- ✓ L'organisation des réunions de concertation avec les partenaires ;
- ✓ L'organisation des réunions des différents groupes de travail (GAS, M&E, Taskforce surveillance et laboratoire) ;
- ✓ L'organisation des revues semestrielles en province et de la revue annuelle au niveau national ;

X.3. Renforcement de capacités institutionnelles

- ✓ La mise en œuvre du tutorat clinique et communautaire dans les DPS : qui a commencé par la formation des tuteurs centraux (42 tuteurs nationaux), suivi de celle du niveau intermédiaires (420 tuteurs provinciaux) dans 21 DPS. Au total 520 prestataires ont été accompagnés dans les six domaines prioritaires du tutorat (prise en charge, PTME, dépistage, laboratoire, gestion des médicaments et le volet communautaires) et 70 FOSA visitées dans 21 DPS ;
- ✓ Le lancement du projet AJF en juin par les ministres de la Santé, de l'éducation et du genre.
- ✓ La dotation de 30 jeeps, 26 motos et d'un bus pour renforcer les suivie des activités sur terrain et mobilités des agents de la Direction.
- ✓ Dotation des mobiliers à la direction et au 9 BPC appuyés par SANRU/FM qui ont permis d'améliorer le cadre de travail ;
- ✓ Le renforcement des capacités des cadres du niveau intermédiaires 48, des membres des ECZS 24 et des Data 123 dans 8DPS sur le logiciel Tier.Net ;
- ✓ L'accompagnement du programme par une mission de Haut niveau dans l'élaboration des documents normatifs à l'occurrence les plans opérationnels d'offre des services différenciés en République Démocratique du Congo ;

X.4 Sécurisation des financements de lutte contre le VIH

- ✓ L'écriture de la nouvelle demande de financement combiné VIH/TB 2018-2020 avec le FM (MNF II) ;
- ✓ La participation de la direction à l'écriture du COP 18 avec le PEPFAR ;

- ✓ L'annonce des contributions des agences des nations unies dans la lutte contre le VIH (plan biennal de l'OMS, le plan de travail roulant de l'Unicef, de l'ONUSIDA) ;
- ✓ Le fonds de contrepartie du Gouvernement.

XI. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERES

Cette plage a abordé la gestion des courriers, ressources humaines, matériels et finances au cours de l'exercice 2017.

1. Gestion des courriers

Cette gestion a fait référence au mouvement des correspondances en version papier reçues et expédiées par la direction du PNLS au courant de l'année 2017.

N°	Origine	Reçus	Expédition
1.	Ministère de la Santé Publique	28	23
2.	Secrétariat Général à la Santé Publique	128	96
3.	Partenaires	92	72
4.	Ordres de Mission	60	0
5.	Commission d'affectation	22	0
6.	Notification	22	0
7.	Recommandation de soins	2	0
8.	Invitation	76	0
9.	Congé	1	18
10.	Autres	42	22
TOTAL		473	231

Tableau 9 : Lettre reçues et expédiées par le PNLS en 2017

Commentaires :

Au total, 704 lettres ont été enregistrées au secrétariat de la Direction du PNLS dont 473 lettres reçues soit 67% et 231 expédiées (33%). Il est à noter que 55% de l'ensemble des correspondances provient du Secrétariat Général à la santé et des partenaires techniques et financiers. La direction du PNLS reçoit également plusieurs demandes de partenariat venant des ONG, ASBL, OAC et les fournisseurs des services divers dans l'optique de pouvoir obtenir d'elle de financement ou le contrat de service.

2. Gestion des ressources humaines

Ce chapitre a abordé les effectifs du personnel à la direction et dans les BPC du PNLS et leur rémunération.

2.1 Effectif du personnel de PNLS.

Ce paragraphe reprend les effectifs par catégories professionnelles retenues par l'organigramme du PNLS. Au total, 7 catégories professionnelles sont retenues : Médecins, Administrateurs gestionnaires, les Biologistes, les Techniciens de Laboratoires, les autres administratifs et les pharmaciens.

Ci-dessous la répartition des effectifs par catégorie professionnelles au 31 décembre 2017.

Effectif	Direct°	DAF	S&E	Surv	Labo	PTME	PEC	Comm	Phar	IST	Rec	TOT
Médecin	2	0	4	1	2	3	4	0	0	6	2	24
AG	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	4
Biologiste	0	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	9
Tech Labo	0	0	0	0	7	0	0	0	0	10	0	15
Infirmière	0	0	0	0	3	0	0	0	0	8	0	11
Administratif	0	21	2	1	8	1	0	4	0	15	0	51
Pharmacien	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	3
TOTAL												121

Tableau 10 : Effectifs du personnel à la Direction du PNLS

Commentaires :

Au total, 121 cadres ont animé la Direction du PNLS au cours de l'exercice 2017. Il est à noter que les administratifs occupent le premier rang en terme du nombre 51 (42%) suivi des médecins 24 (20%).

Au cours de l'année 2017, 24 BPC ont été reconnus administrativement à l'exception des DPS Mongala et Tshuapa pour lesquelles la Direction du PNLS a collaboré directement avec leurs CD respectifs. Ci-dessous les effectifs du personnel pour les BPS opérationnels :

Effectif	Kinshasa	Kongo Central	Kwilu	Kasai oriental	Kasai	Kndu	Nord Kivu	Equateur	Tshopo	Haut Katanga	Mai Ndombe	Ituri	Beni	Tanganyika	Sud Kivu	Sankuru	Haut Katanga	Bas Uele	Kapinda	Sud Ubani	Lualaba	Kasai Cental	Haut Uele	Kwango	Nord Ubangi	Sous total
Médecin	3	3	3	3	2	3	3	2	3	5	3	3	2	2	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	75
AG	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
Biologiste	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Tech Labo	0	1	1	1	1	1	1	1	2	4	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
Infirmière	1	1	1	1	2	1	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	18
Administratif	7	1	4	4	4	5	4	4	6	7	4	4	2	1	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	94
Pharmacien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	12	7	10	10	10	11	9	9	19	21	9	9	5	4	8	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	242

Tableau 11 : Effectifs du personnel dans les 24 BPC du PNLIS

Commentaires

Au total 242 agents ont été enregistrés dans les 24 PBC opérationnels en 2017 parmi lesquels 75 médecins, 25 administrateurs gestionnaires, 6 biologistes ; 26 techniciens de laboratoires et 18 infirmiers, 94 administratifs et aucun pharmacien.

En terme de gros effectif, le Haut Katanga vient en tête avec 21 agents suivi de la Tshopo a

2.2 Rémunération du Personnel PNLS

Cette plage a assorti le personnel du PNLS touchant soit le salaire de l'Etat soit la prime de l'Etat soit encore la prime des partenaires. Ci-dessous la répartition des agents bénéficiaires de cette motivation au niveau de la Direction du PNLS et des BPC du PNLS.

N°	Libellé	Effectif		Total Effectif
		Oui	Non	
1	Salaire de l'Etat	78	43	121
2	Prime de l'Etat	101	20	121
3	Prime des partenaires	80	41	121

Tableau 12 : Rémunération du personnel de la Direction du PNLS

Commentaires :

- Environ 84% des agents bénéficient de la prime de risque de l'Etat ;
- 43 (36%) agents ne touchent pas le salaire de l'Etat ;
- 20 (17%) agents ne bénéficient pas de la prime de l'Etat ;
- 41 (34%) agents ne touchent pas la prime des partenaires ;

N°	Libellé	Effectif		Total Effectif
		Oui	Non	
1	Salaire de l'Etat	145	97	242
2	Prime de l'Etat	205	37	242
3	Prime des partenaires	198	44	242

Tableau 13 : Rémunération du personnel de BPCé

Commentaires :

- Environ 85% du personnel bénéficient de la prime de l'Etat ;
- 97 (40%) agents des BPC ne touchent pas le salaire de l'Etat ;
- 37 (15%) agents des BPC ne bénéficient pas de la prime de l'Etat ;
- 44 (18%) agents ne touchent pas la prime des partenaires.
-

3. Financement de lutte contre le VIH

La lutte contre le VIH/Sida et les IST en RDC bénéficie deux principaux bailleurs à savoir le FM et PEPFAR auquel j'ajoute le financement mobilisé par le système des nations unies sans oublier le font de contrepartie du Gouvernement.

Point ne besoin de rappeler qu'environ 65% de ce financement est alloué au GAS. Cette plage est consacrée principalement au fonds de lutte contre le VIH/Sida et les IST ayant transité par le compte bancaire du PNLS. Etant donné la faible remontée

de fonds gérés par nos BPC, seule la situation financière de la Direction du PNLS est présentée dans ce rapport. Ci-dessous l'économie de sa présentation :

SOURCES DE FINANCEMENT	PERIODE	SOLDE 2016 EN USD	PREVISION 2017 EN USD	REALISATION 2017 EN USD	SOLDE 2017 EN USD	OBSERVATION
CAG/ FM	Janvier à Décembre 2017	82 930,81	2 034 357,57	2 008 070,92	109 217,46	Activités partiellement réalisées.
UNICEF	Janvier à Décembre 2017	24,89	72 729,00	67 364,36	5 389,53	Activités partiellement réalisées.
GOUVERNEMENT EN USD	Janvier à Décembre 2017	226,12	-	226,12	0	Relevé bancaire non disponible faute d'approvisionnement du compte
TOTAL GENERAL	Janvier à Décembre 2017	83 181,82		2 075 661,40	114 606,99	Ce solde a permis la poursuite des activités en début de l'année 2018

Tableau 14 : Situation financière de la Direction du PNLS en 2017

Commentaires :

Au cours de l'exercice 2017, **2 075 661,40\$** ont transité par le compte de la direction du PNLS. Sur ce fonds, **1 961 054,41\$** ont été affectés aux activités pendant la période soit un taux d'absorption de **94%**. Deux sources ont permis de mobiliser ce financement : la CAG/FM et l'Unicef.

XII. DIFFICULTES RENCONTREES

- Le non-respect du chronogramme de l'assistance technique et des enquêtes ont retardé la mise en œuvre des plusieurs activités ;
- La lourdeur des procédures administratives dans le décaissement des fonds par la CAG et le GIZ/FM ;
- Le retard dans la transmission de certains justificatifs avec parfois un retentissement sur le décaissement de fonds ;
- La cartographie des interventions fluctuante avec un retentissement sur la fiabilité des données VIH ;
- Absence d'un système d'alerte pour anticiper la pré-rupture dans la gestion des ARV et autres intrants de lutte contre le VIH ;
- Absence des normes et directives sur les activités communautaires ;
- La non fonctionnalité de certains BPC entravant le suivi des activités de lutte contre le VIH dans certaines provinces

XIII. GRANDS DÉFIS ET POINTS D'ATTENTION

La mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST au cours de l'exercice 2017 a connu quelques problèmes dont certains constituent les défis prioritaires pour le programme. C'est notamment :

- La réponse stratifiée en fonction de l'épidémie ;
- La prévention combinée : Prep, Préservatif, autotest ;
- Le dépistage ciblé des groupes à haut risque ;
- La décentralisation des soins avec une plus grande implication de la communauté ;
- L'organisation des soins différenciés ;
- L'amélioration du suivi biologique ;
- L'optimisation de suivi des patients ;
- La production de l'information stratégique de qualité.
- La disponibilité des intrants et leur gestion efficace.

XIV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les progrès accomplis par la RDC ces dernières années sont très encourageants.

Au cours du seul exercice de 2017, près de 84 000 PVVIH dépistées, plus de **70 000** nouvelles inclusions, près de 14 000 femmes enceintes sous traitement et une file active de plus de **213 000** malades sous traitements. Ces performances sont la combinaison d'un arsenal des stratégies novatrices. C'est entre notamment : la rationalisation des interventions de lutte contre le VIH, la priorisation des interventions de lutte contre le VIH dans les DPS, l'application de la stratégie tester et traiter, l'augmentation de la couverture géographique et de la couverture intra zone, l'application de la délégations de tâches, l'approvisionnement régulier des FOSA en ARV, tests et autres intrants, le réseautage des laboratoires autour la charge virale et le diagnostic précoce, l'accompagnement des ZS et des FOSA, la digitalisation de l'information stratégique et la sécurisation des financements des différents partenaires pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST. Certes quelques difficultés ont émaillé la mise en œuvre des activités sur terrain sans pour autant décourager les convictions pays vers l'élimination du VIH d'ici 2030 comme problème de santé publique avec une transition vers le contrôle de l'épidémie d'ici 2020.

Pour faire face à ces grands challenges, la RDC via le PNLs envisage :

- L'augmentation de la couverture de service VIH à travers toutes 516 ZS d'ici 2021 tout en maintenant l'existant à travers la sécurisation et la mobilisation d'autres financements ainsi que le réseautage des interventions ;
- La connaissance du statut sérologique à 481 011 PVVIH d'ici fin 2021 à travers le dépistage ciblé des clients dans une approche de priorisations des interventions de lutte contre le VIH/Sida et les IST ;
- Le maintien sous la file active de 456 961 PVVIH suivies jusqu'en fin 2021 à travers les soins centrés sur les patients ;

- La suppression de la CV à 441 265 PVVIH sous ARV en fin 2021 par l'ouverture de nouveaux pools de LPRS, l'optimisation de Gene-xpert et l'utilisation de points of care ;
- La disponibilité des ARV et autres intrants VIH/IST de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- L'amélioration de la qualité des données par le maintien et l'extension du Tier.Net et de la plate-forme DHIS2 ainsi que la création de l'entrepôt des données ;
- Le renforcement de la coordination des interventions à tous les niveaux ;
- La prise en compte des aspects genre et droits humains à travers la promotion de la lutte contre la stigmatisation et discrimination, les violences sexuelles et la promotion aux soins des populations vulnérables et clés ;
- L'amélioration de la qualité de suivi des activités de lutte contre le VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaires.