



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2013-2014

Place et intérêt des activités communautaires dans
la lutte contre le VIH/Sida dans la Zone de Santé
de Kisantu en RD Congo

Soutenu en septembre 2014

Dr Flory Mononi Angboli Agbada

Maître de stage :

Dr Roger Munganga Bahoma

Guidant universitaire :

Professeur Serge Briançon

REMERCIEMENTS

A Dieu soit la gloire pour la provision mise à notre disposition pour entreprendre ces études.

Marie-Thérèse, David-Emmanuel et Israël-Luc, voici le fruit de votre patience envers moi et de vos privations pour moi. Merci de tout cœur pour avoir toujours été là.

A tous les Mononi éparpillés à travers le monde, à tous ceux qui se reconnaissent miens et qui m'aiment, merci pour le soutien qui n'a jamais manqué.

José et Eugénie Mangalu : c'est bon de vous avoir dans la famille.

Léontine et Gilbert : je me souviendrais toujours de votre hospitalité.

Maman Josée : ton support m'a été précieux, merci.

Yves Ngoma et Papa Gaby : votre disponibilité et votre serviabilité m'ont marqué. Merci.

A tous ceux qui ont pris de leur temps précieux pour lire ce document et pour me conseiller, merci : Emery Mpwate, Dr Philippe Ngenda, Dr Justin Mandala, Dr Myriam Kalanzala et bien d'autres.

Merci au Professeur Serge Briançon : un réel privilège d'avoir eu comme Guidant universitaire le Directeur de l'Ecole de Santé Publique en personne.

Merci au Professeur François Alla pour sa disponibilité et ses conseils.

Merci à tout le corps enseignant de l'Ecole de Santé Publique de Nancy pour tant de connaissances transmises. Mais aussi à tout le personnel administratif pour le support. A vous tous, ma reconnaissance éternelle.

Dr Roger Munganga, Dr Jean-Bedel Minuku et Dr Aimé Nkutu, merci pour l'encadrement et la serviabilité.

Flory Mononi

abreviations	5
Introduction	6
1 – Contexte	7
1.1 – Généralités sur la RD Congo	7
1.2 – Organisation du système de santé en RD Congo	7
1.2.1 – Niveau central	7
1.2.2 – Niveau intermédiaire	7
1.2.3 – Niveau périphérique	7
1.2.4 – Les soins de santé primaires	7
1.3 – Prévalence du VIH/sida en RD Congo	8
1.4 – Description de la structure d'accueil pour le stage	8
1.5 – Projet VIH/Fonds Mondial	8
1.6 – Notre mission au cours du stage	11
1.7 – But de l'étude	12
2 – Méthodes	14
2.1 – Type d'étude	14
2.2 – Période d'étude	14
2.3 – Choix des indicateurs	14
2.4 – Collecte des données	16
2.4.1 – Données quantitatives	16
2.4.2 – Focus groups	16
2.4.2.1 – Préparation et déroulement des Focus Groups	16
2.4.2.2 – Choix de la population pour les Focus Groups	17
2.4.3 – Entretiens semi-directifs avec les informateurs clé	18
2.4.3.1 – Préparation et déroulement des entretiens semi-directifs	18
2.4.3.2 – Choix des informateurs clé pour les entretiens semi-directifs	19
2.5 – Traitement des données	19
2.5.1 – Traitement des données quantitatives	19
2.5.2 – Traitement des données de Focus Groups	19
2.5.3 – Traitement des données d'entretiens semi-directifs	19
2.6 – Notions d'éthique	20
3 – Résultats	21
3.1 – Performances du projet	21
3.1.1 – Performance dans la mise en œuvre des activités communautaires du projet	21
3.1.2 – Performance dans l'atteinte des indicateurs du volet médical du projet	22
3.2 – Performances comparées	23

3.2.1 –	Distribution des préservatifs	24
3.2.2 –	Conseil et Dépistage Volontaire	26
3.2.2.1 –	CDV dans la population générale	27
3.2.2.2 –	CDV chez les femmes enceintes	27
3.2.3 –	Traitement aux ARV des femmes enceintes séropositives	28
3.2.4 –	Prophylaxie post-exposition	29
3.2.5 –	Prophylaxie au Cotrimoxazole	29
3.2.6 –	Prise en charge des IST	31
3.2.7 –	Nombre de personnes éligibles sous TARV	33
4 –	Discussion	35
4.1 –	Réalisation de l'étude	35
4.2 –	Limitations de la méthodologie	35
4.3 –	Prise en compte des limitations de la méthodologie	36
4.4 –	Discussion sur les résultats obtenus	36
4.4.1 –	Performance du projet	36
4.4.2 –	Performances comparées	37
4.5 –	Conclusion et recommandations	38
4.5.1 –	Conclusion	38
4.5.2 –	Recommandations	38
	Bibliographie	II
	Annexe I	VI
	Guide d'entretien pour focus group	VI
	ANNEXE II	VII
	Guide d'entretien semi-directif	VII
	ANNEXE III	VIII
	Liste des indicateurs du volet médical du projet mis en œuvre par Horizon Santé dans la Zone de Santé de Kisantu en RD Congo	VIII
	ANNEXE IV	IX
	Cadre de performance	IX
	ANNEXE V	XII
	Activités liées à la mission du stage et calendrier prévisionnel	XII

ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
ASBL	Association Sans But Lucratif
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre De Santé
ECC/DOM	Direction Des Œuvres Médicales de l'Eglise du Christ au Congo
ECZ	Equipe Cadre de la Zone de Santé
FG	Focus Group
HS	Horizon Santé
IB	Initiative de Bamako
IC	Intervalle de Confiance
IMReD	Introduction, Méthodes, Résultats et Discussions
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OEV	Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNS	Politique Nationale de la Santé
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PR	Principal Réciendaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVV	Personne Vivant avec le VIH
RC	Relais Communautaire
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Santé Rurale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Sous Réciendaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TARV	Traitement aux Antirétroviraux
TBC	Tuberculose
UE	Unité d'Enseignement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	Visite à Domicile
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

Dans le cadre du stage de fin d'études de Masters en Santé Publique à l'Ecole de Santé Publique de Nancy, Université de Lorraine, nous avons eu le privilège d'effectuer notre stage au sein d'Horizon Santé, une ONG locale congolaise qui met en œuvre un projet de lutte contre le VIH/sida. Ce projet financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a une composante communautaire axé sur la mobilisation de la communauté pour une plus grande demande et une plus grande utilisation des services de prise en charge du VIH/sida.

Nous avons voulu savoir au cours de ce stage si une bonne mise en œuvre des activités du volet communautaire pouvait avoir un impact positif sur les indicateurs du volet médical, à savoir :

- Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH avancée qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral
- Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
- Nombre de préservatifs distribués
- Nombre des personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition
- Nombre des nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique
- Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales

Pour cela, nous avons analysé d'une part la performance du projet et d'autre part nous avons comparé les résultats obtenus par le projet dans la ZS de Kisantu avec les résultats obtenus par d'autres ZS qui ne mettaient pas en œuvre ce type de projet. Cela a été fait en mettant en œuvre une étude de type « Ici - Ailleurs ».

Nous sommes parvenus à la conclusion que, globalement, le niveau de ces indicateurs du volet médical du projet était statistiquement plus élevé dans la ZS de Kisantu où étaient mises en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH.

Quelques recommandations ont été faites à la fin de ce travail afin d'améliorer davantage les performances d'un pareil projet et d'en assurer la pérennisation. Il s'agit notamment d'augmenter le financement des activités de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine, promouvoir la notification des cas d'exposition accidentelle au VIH, intensifier la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant sur le plan communautaire, renforcer la sensibilisation sur les bénéfices du traitement aux Antirétroviraux et renforcer l'appropriation par la communauté.

1 - Contexte

1.1 - Généralités sur la RD Congo

La République Démocratique du Congo (RDC) se situe au cœur de l'Afrique et est le deuxième pays le plus grand avec une superficie de 2.345.000 km². Elle a une population estimée à plus de 74 millions d'habitants inégalement répartie sur le territoire. Selon l'Enquête 1-2-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain (1). Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km². Kinshasa, la capitale, a une très forte densité, avec 577 habitants au km². La RDC est subdivisée en onze provinces. Chaque province est divisée en districts, les districts sont à leur tour divisés en territoires.

1.2 - Organisation du système de santé en RD Congo

Le système sanitaire de la RD Congo a une structure pyramidale à trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le niveau central constitue le sommet et le niveau périphérique la base.

1.2.1 - Niveau central

Ce niveau est constitué du Cabinet du Ministre de la Santé et du Secrétariat Général. Le Secrétariat Général compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés et des Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, mais aussi de prestation de soins tertiaires. Le niveau central définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui-conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau intermédiaire.

1.2.2 - Niveau intermédiaire

Il assure le rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, des stratégies, des politiques émanant du niveau central sous forme d'instructions et de 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. Le pays compte encore 11 Inspections Provinciales de la Santé.

1.2.3 - Niveau périphérique

Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. Ce niveau est constitué par 515 ZS. Chaque ZS est subdivisée en 15 à 20 Aires de Santé. Il y a un Hôpital Général de Référence par ZS et un Centre de Santé par Aire de Santé. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

1.2.4 - Les soins de santé primaires

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001 met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé (2).

Selon une première définition officielle conjointement produite en [1978](#) par l'[Organisation](#)

[Mondiale de la Santé](#) (OMS) et l'UNICEF ([Fonds des Nations unies pour l'enfance](#)), les soins de santé primaires (SSP) sont une stratégie sanitaire fortement basée sur la [prévention](#) et la mise en œuvre via la [participation](#) communautaire des populations, pour améliorer et mobiliser au mieux les personnes et les moyens locaux disponibles, mais aussi pour favoriser la diffusion de connaissances et de comportements et attitudes de "prévention" au sein de la communauté, voire des communautés voisines, par essaimage(3). Les soins de santé primaires sont des soins de santé **essentiels, efficaces** et **accessibles**, c'est-à-dire à la portée de tout le monde (4).

1.3 - *Prévalence du VIH/sida en RD Congo*

Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/sida est généralisée en RDC. Selon le rapport annuel 2012 du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS), la prévalence du VIH est estimée à 2,57% dans la population générale et à 3,5% chez les femmes enceintes reçues en consultation prénatale(5).

Pour répondre efficacement à l'épidémie d'infection à VIH le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS) a défini à partir de l'année 2007 une stratégie qui consiste en l'intégration d'un paquet complet d'interventions de lutte contre le VIH/sida dans les structures des Zones de Santé éligibles.

1.4 - *Description de la structure d'accueil pour le stage*

Notre stage s'est déroulé au sein de la Coordination Provinciale d'Horizon Santé pour la province du Bas-Congo. Cette Coordination Provinciale est située dans la cité de Kisantu à 125 kilomètres au sud-ouest de la ville de Kinshasa, la capitale de la RDC. Ce stage a débuté au mois de novembre 2013 pour une durée de cinq mois. Horizon Santé est une association sans but lucratif (asbl) de développement des soins de santé primaires créée en 1994 par des experts nationaux et étrangers ainsi que des personnes morales. Elle fonctionne avec les organes statutaires de gestion suivants : l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration et le Comité Directeur.

Horizon Santé (HS) emploie 16 personnes (7 agents à temps plein et 9 volontaires) et a une Assemblée Générale constituée de 30 membres. Elle a déjà eu à mettre en œuvre des projets dans quatre des 11 provinces de la RDC. Actuellement, elle n'est active que dans la province du Bas-Congo.

HS applique la politique du Gouvernement dans toutes les zones d'intervention (le développement des ZS appuyées, le renforcement du leadership des Equipes Cadres des ZS (ECZ) et la collaboration intersectorielle avec un accent particulier sur la participation communautaire).

Dans tous les projets d'appui global exécutés, HS a apporté essentiellement son assistance (technique, matérielle et financière) dans le développement de toutes les composantes des soins de santé primaires.

1.5 - *Projet VIH/Fonds Mondial*

HS met en œuvre depuis juillet 2012 un projet de lutte contre le VIH/sida dans la Zone de Santé de Kisantu en République Démocratique du Congo. Dans la mise en œuvre de ce projet, HS est Sous-Récepteur (SR) de SANRU (Santé Rurale) qui en est le Principal Récepteur (PR). SANRU est une institution congolaise inscrite comme asbl. Son action dans le secteur de la santé remonte à 1981 sous-forme d'un projet à travers la Direction des Œuvres Médicales de l'Église du Christ au Congo (ECC/DOM) (6).

SANRU est Principal Réciendaire des subventions du Fonds Mondial depuis 2010 pour les projets paludisme et VIH. Ces deux projets sont mis en œuvre à travers 19 Sous Réciendaire dans 129 ZS pour le projet VIH et 229 ZS pour le projet Paludisme. Le budget global est de 193 millions de Dollars américains pour la période 2012–2014(7). Ce projet est financé par le Fonds Mondial dans le cadre de ses 7e et 8e séries de subvention. Le Fonds mondial est une institution financière internationale qui lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il a été créé en 2002 pour accroître considérablement les ressources réservées à la lutte contre les trois pandémies. Il encourage les partenariats entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés vivant avec les maladies. Ces partenariats sont considérés comme la solution la plus efficace pour lutter contre ces maladies infectieuses mortelles (8).

Le projet que le Fonds Mondial finance en RDC vise à contribuer à freiner la propagation de l'épidémie du VIH en RDC, et à atténuer son impact négatif sur les individus, les familles, les communautés, ainsi que le secteur productif au bout de cinq années de mise en œuvre. Le projet prévoit d'atteindre cet objectif global par l'intégration du paquet des services de prévention, soins et traitement du VIH/sida dans 196 ZS prioritaires en RDC pour ce qui est de la 8e série de subvention par le Fonds Mondial. Pour l'ensemble des ZS ciblées par ce financement, les objectifs spécifiques de ce projet sont :

- Offrir d'ici la fin du projet, des services de prévention permettant d'éviter 171.796 nouvelles infections
- Améliorer d'ici la fin du projet, la prise en charge médicale des 67.099 Personnes Vivant avec le VIH (PVV)
- Assurer d'ici la fin du projet, le soutien et la prise en charge socioéconomique des 28.757 personnes infectées et 55.165 Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV)
- Créer d'ici la fin du projet, un environnement favorable à la mise en œuvre et le suivi des activités de prévention, soins, traitement et soutien.

Ce projet comporte deux volets d'intervention:

- **Le volet communautaire.** Ce volet vise à créer la demande et à augmenter l'utilisation des services de prévention et de prise en charge dans le cadre du VIH et s'articule autour des domaines suivants: mobilisation sociale, offre de services de prévention contre le VIH, appui psychosocial aux PVV et aux personnes affectées. Les activités mises en œuvre dans ce volet sont les suivantes :
 - Offrir les services de prévention
 - o Produire et diffuser des émissions sur le VIH à la radio et la Télévision : HS devait signer des contrats avec des radios locale ainsi que l'unique chaine de télévision locale pour diffuser mensuellement huit émissions à la radio et quatre émissions à la télévision avec chaque fois un thème différent portant sur le VIH.
 - o Produire et diffuser des spots sur le VIH à la radio et la Télévision : les spots télé et radio en langues locales étaient produits par SANRU et HS avait la responsabilité de les diffuser à la radio et la télévision à raison de 24 spots mensuels à la radio et huit à la télévision.

- Organiser des Vidéo forums sur VIH/Sida : deux fois par mois, HS devait animer un vidéo forum avec le concours de l'Animateur Communautaire de la ZS. Un film sur le VIH était projeté sur écran géant dans un endroit public et cette projection était suivie par un débat avec l'assistance. Cela se faisait en général dans la soirée pour avoir la plus grande affluence possible et éviter au maximum la présence d'enfants. Ces réunions étaient en général suivies de la distribution des préservatifs et du dépistage volontaire du VIH sur le site où avait eu lieu le vidéo forum.
 - Organiser des séances de causerie éducative sur le VIH avec les populations à haut risque et avec les PVV : une réunion mensuelle avec les PVV et les populations à haut risque. Réunion animée par les Assistants Sociaux d'une part pour conscientiser les populations à risque et les amener à adopter des comportements à moindre et avec les PVV d'autre part pour les encourager à mener une vie positive et à persévérer dans la prise des médicaments (Cotrimoxazole et ARV).
 - Poser des affiches murales avec un message de sensibilisation sur le VIH : il était prévu d'écrire des messages sur le VIH sur le mur de trois structures communautaires à forte fréquentation (centres de santé ou maternités).
 - Eriger un panneau routier avec messages de sensibilisation sur le VIH : un panneau routier devait être érigé sur l'axe routier principal qui traverse la ZS.
 - Distribuer les préservatifs gratuitement et de manière ciblée : il était prévu d'organiser la distribution de 190.584 préservatifs en 2013.
 - Tenir des réunions avec les pairs éducateurs et les Relais Communautaires : une réunion mensuelle de revue pour partager les succès et les défis dans la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH et pour planifier le prochain mois.
- Assurer la prise en charge psychosociale des PVV et des personnes affectées par le VIH (PA)
- Organiser des Visites à Domicile aux PVV et OEV : chacun des 4 Assistants Sociaux devaient rendre visite à 10 PVV/OEV chaque mois.
 - Assurer la scolarisation des OEV : 20 OEV devaient être sélectionnés au début du projet pour être scolarisés. Le projet devait payer les fournitures et les frais scolaires pour les OEV.
 - Fournir des soins médicaux des OEV : les OEV scolarisés devaient être soignés en cas de problème de santé. Il était prévu de prendre en charge sept OEV malades par trimestre.
 - Former quatre Assistants Sociaux : les Assistants Sociaux devaient être formés sur la prise en charge psychosociale des OEV et des PVV et sur les techniques de communication pour le changement de comportement.
 - Payer la prime des Assistants sociaux pour les Visites à Domicile (VAD) : une prime mensuelle d'environ 7,5 Euros était prévue pour la motivation des Assistants Sociaux.
- **Le volet médical.** Ce volet vise à accroître l'offre de soins médicaux préventifs et curatifs et s'articule essentiellement autour de l'apport des soins médicaux et de traitement aux antirétroviraux pour les PVV qui sont éligibles. Les 15 indicateurs du volet médical qui

ont été définis pour mesurer la performance de ce projet sont listés à l'Annexe III du présent travail tandis les cibles à atteindre au bout de 30 mois de mise en œuvre sont dans le cadre de performance à l'Annexe IV.

Les personnes ciblées par ce projet sont :

1. Les PVV : en ce qui concerne l'accompagnement psychosocial, les activités génératrices de revenus et les causeries de groupes ;
2. Les OEV : ils sont bénéficiaires de l'assistance scolaire et l'accompagnement psychosocial par le projet ;
3. Les personnes à haut risque : camionneurs, homosexuels, professionnelles de sexe et hommes en uniforme. Cette catégorie est plus visée par les activités de sensibilisation ; notamment les sessions de vidéo-forum.

HS met en œuvre de projet comme SR pour une période de 30 mois allant de juillet 2012 à décembre 2014. En tant que SR, HS assure pour le PR la mise en œuvre du Programme dans la Zone de Santé de Kisantu. Cette mise en œuvre se fait selon le document intitulé « Description de la mise en œuvre du programme » figurant à l'annexe I de l'accord signé entre SANRU et HS. Tous deux ont défini un Cadre des performances qui fixe les principaux objectifs du programme, les indicateurs clés, les résultats attendus du SR, les cibles et les périodes de rapportage du Programme.

Pour assurer la mise en œuvre de ce projet, HS a mis en place une équipe de projet composée de :

- Un Chef de Projet ;
- Un Chargé de suivi et évaluation ;
- Une Assistante administrative et financière.

Cette équipe est basée au sein de la ZS de Kisantu et fait aussi office de Coordination Provinciale. Elle est responsable de l'exécution des activités du projet en conformité avec le plan de travail défini entre HS et SANRU.

1.6 - Notre mission au cours du stage

Nous avons débuté notre stage en novembre 2013 au sein de ce projet mis en œuvre depuis juillet 2012 et qui courrait jusque décembre 2014. Et nous y avons travaillé jusqu'au mois d'avril 2014. En tant que stagiaire, nous avons travaillé comme membre de l'équipe sous la supervision du Chef de Projet en exécutant des tâches spécifiques dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet et de notre mission lors de ce stage. Sous la supervision directe du Chef de Projet, nous étions chargé notamment de :

- Produire les rapports narratifs : ces rapports se présentent sous la forme d'un tableau Excel avec des données chiffrées qui se cumulent au fil des mois. Il est prévu une colonne pour commenter les résultats obtenus. Ce rapport est produit sous la supervision du Chargé de Suivi-Evaluation du projet.
- Participer à la mise en œuvre des activités à la ZS de Kisantu : cette participation est limitée aux activités ayant un lien direct avec l'objet du stage.
- Analyser les problèmes pouvant handicaper une bonne mise en œuvre du projet et proposer des mesures correctives

- Rédiger le rapport à la fin de chaque activité mise en œuvre : cela se faisait sous forme d'une discussion et d'une évaluation hebdomadaire de nos activités avec le Gestionnaire du projet.

L'ensemble de notre mission de stage ainsi que le calendrier y relatif sont repris à l'Annexe V du présent travail. Ces tâches nous ont permis d'avoir des informations de première main nécessaires pour l'accomplissement de notre mission telle que définie dans la convention de stage et recadrée dans le rapport de positionnement.

1.7 - But de l'étude

La stratégie nationale pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien vise à offrir des services de lutte contre le VIH comme un paquet complet et multisectoriel d'interventions (les interventions de prévention, traitement, soins et soutien) et de les intégrer dans les structures de soins d'une ZS afin de créer la complémentarité et la synergie des interventions. Cependant, l'analyse faite a montré que souvent seul l'aspect médical de la stratégie était mis en œuvre sans des activités et des initiatives communautaires de lutte contre le VIH(5). Et cela ne donnait pas des résultats satisfaisants.

De là, les concepteurs de ce projet ont émis comme hypothèse qu'une bonne mise en œuvre des activités du volet communautaire aurait un impact positif sur les indicateurs du volet médical du projet.

C'est cette hypothèse qui définit la stratégie de mise en œuvre de cette intervention de promotion de la santé. Elle consiste à donner une plus grande importance aux activités communautaires de lutte contre le VIH dans la mesure où les personnes sensibilisées sont supposées demander davantage les services offerts dans le volet médical. C'est ainsi qu'un des axes clé dans ce projet est la redynamisation de la fonctionnalité des organes de participation communautaire et de gestion pour le pilotage des interventions de lutte contre le VIH/SIDA au niveau de la ZS. Cette redynamisation passe par :

- La communication pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Le plaidoyer en faveur de la promotion des services VIH.
- La commémoration de la Journée Mondiale VIH/SIDA.
- La mobilisation communautaire pour l'utilisation des services VIH (médias, associations, églises, écoles, etc.).
- Le marketing social des interventions du programme.
- Le plaidoyer pour une plus grande allocation des fonds publics en tenant compte des priorités VIH.
- L'implication active des PVV comme acteurs dans les activités de communication, de mobilisation et de plaidoyer.

En mettant en œuvre ce projet avec cette approche, les résultats attendus dans la ZS de Kisantu étaient tels que définis dans le tableau suivant :

Tableau I : Suivi d'indicateurs de performance du volet médical du projet dans la ZS de Kisantu

Indicateur	Décem- bre 2013	Fin du projet
1 Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires	190 584	151 866
2 Nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	3 552	5 271
3 Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (file active)	9	17
4 Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition	19	9
5 Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales (file active)	978	1 147
6 Nombre de Nouveaux Cas d'IST traités selon l'approche syndromique	1 759	1 812
7 Proportion d'unités des dons de sang testées avec les quatre marqueurs	659/733	755/755
8 Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV (file active)	106	154
9 Pourcentage des formations sanitaires dispensant la TARV qui ont connu une rupture de stock d'au moins une molécule d'ARV pendant plus d'une semaine au cours de la période rapportée	0	0
10 Nombre d'adultes et d'enfants inscrits dans les services des soins VIH ayant bénéficié d'une évaluation sur la TBC au cours de leurs dernières visites	133	390
11 Nombre d'OEV scolarisés	20	20
12 Nombre et pourcentage des prestataires des structures sanitaires supervisés par trimestre	9/9	9/9
13 Nombre et pourcentage des structures sanitaires ayant soumis un rapport complet et dans le délai au Bureau Central de la Zone de Santé	100%	100%

Source : Cadre de performance du projet

Le but de l'étude que nous avons menée pendant notre stage au sein du projet mis en œuvre par HS visait à vérifier l'hypothèse décrite ci-haut en définissant la place et l'intérêt des activités communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida dans la ZS de Kisantu en RD Congo.

Pour mener cette étude, nous avons défini deux objectifs opérationnels qui étaient :

- Analyser le niveau de mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu
- Comparer le niveau des indicateurs du volet médical de la lutte contre le VIH entre la ZS de Kisantu et les ZS où aucune intervention similaire n'était mise en œuvre.

2 - Méthodes

Cette section détaille la méthodologie mise en œuvre pour collecter les données nécessaires à l'étude.

2.1 - *Type d'étude*

Ce travail a été conçu comme une étude de type « Ici/Ailleurs » comparant la ZS de Kisantu où sont mises en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH à des ZS où ces interventions ne sont pas mises en œuvre. Et nous avons comparé le niveau des indicateurs du volet médical de la lutte contre le VIH dans les deux contextes.

Pour faire cette analyse, nous avons considéré les données de la ZS de Kisantu pour l'année 2013 et nous les avons comparées avec les données de trois ZS contrôle pour la même période. Ces trois ZS ont été choisies de manière aléatoire sur une liste comprenant des ZS qui répondaient aux critères suivants :

- Ne pas bénéficier d'une intervention dans la lutte contre le VIH financée par le Fonds Mondial ou d'une intervention similaire
- Avoir le même profil que la ZS de Kisantu : ZS avec une petite partie urbaine et une large partie rurale.
- Avoir des données complètes sur les indicateurs étudiés pour l'année 2013

2.2 - *Période d'étude*

Cette étude a commencé en décembre 2013 avec la collecte et l'analyse des données quantitatives. Cette collecte et cette analyse se sont poursuivies jusqu'en avril 2014. Les entretiens semi-directifs avec les informateurs clé quant à eux ont commencé au mois de janvier 2014 et ont duré jusqu'à la fin du stage au mois d'avril 2014. Pour nous lancer dans ces entretiens, il était indiqué de mieux connaître le projet d'abord afin de pouvoir élaborer le guide d'entretien. Les Focus Groups (FG) ont démarré au mois de mars 2014 après que nous ayons commencé l'analyse des données quantitatives issues de la revue documentaire et que nous ayons commencé à observer les premières tendances dans l'évolution des indicateurs. Ce sont ces tendances qui nous ont guidé sur les questions dans l'élaboration du guide à utiliser pour les FG.

2.3 - *Choix des indicateurs*

Pour apprécier l'impact des activités du volet communautaire mises en œuvre dans ce projet de lutte contre le VIH à Kisantu, nous avons suivi les indicateurs du volet médical. Pour rappel, l'hypothèse de travail est qu'une bonne mise en œuvre des activités du volet communautaire devait avoir un impact sur les indicateurs du volet médical.

Lors de l'élaboration du projet, 15 indicateurs ont été retenus pour ce qui concerne le volet médical. Ils sont suivis mensuellement, trimestriellement et annuellement. La liste de ces indicateurs se trouve en Annexe III du présent document.

Dans le cadre du présent travail, nous avons sélectionné les sept indicateurs suivants sur la liste en question:

1. Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires
2. Nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats

3. Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant
4. Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition
5. Nombre d'adultes et d'enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales
6. Nombre de nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique
7. Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV

Ces sept indicateurs ont été sélectionnés sur base des raisons suivantes :

De un : nous avons considéré la liste des 10 indicateurs-clé du Fonds Mondial (Top ten indicators for routine Global Fund reporting) (9). Sur cette liste, nous retrouvons sept indicateurs liés aux activités de lutte contre le VIH/Sida. Et parmi ces sept indicateurs nous avons retenus quatre qui sont tous suivis dans ce projet de lutte contre le VIH mis en œuvre par HS en ce qui concerne le volet médical:

- Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH avancée qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral
- Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
- Nombre de préservatifs distribués

De deux : A cette première liste de quatre indicateurs, nous avons ajouté les trois indicateurs suivants :

- Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition
- Nombre de nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique
- Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales

Ces trois indicateurs ont été retenus parce qu'ils permettent de décrire un comportement positif de recherche de soins pour les deux premiers et d'adhérence au traitement pour le dernier.

Tous les sept indicateurs du volet médical du projet qui ont été retenus vont permettre d'indiquer dans quelle mesure la mise en œuvre des activités communautaires amène la population à avoir un meilleur accès aux services proposés dans le volet médical.

Afin de pouvoir vérifier notre hypothèse, nous avons analysé l'évolution de ces indicateurs depuis le début de la seconde phase du projet (juillet 2012) jusqu'au mois de mars 2014 pour la ZS de Kisantu.

Tous ces indicateurs sont analysés en compilant les données par trimestre sauf pour le traitement sous ARV et la prophylaxie au Cotrimoxazole. Pour ces deux indicateurs, les données sont analysées sur une base mensuelle car il s'agit des files actives et ne peuvent être additionnées trimestriellement.

Les indicateurs du volet médical sont normalement collectés dans la routine dans toutes les ZS en RDC en utilisant la même méthodologie, la même périodicité et le même canevas. Cette collecte fait partie du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) unique mis en œuvre dans l'ensemble des ZS de la RDC. Ce SNIS comporte un canevas unique avec l'ensemble des indicateurs sanitaires standardisés qui sont collectés, analysés et validés selon le même

processus sur l'ensemble de la pyramide sanitaire jusqu'à leur publication par le niveau central. C'est ce mécanisme qui garantit la comparabilité des indicateurs d'une ZS à une autre.

2.4 - Collecte des données

Les données utilisées pour cette étude proviennent de trois sources :

- Les données quantitatives sur les sept indicateurs sélectionnés.
- Les FG pour comprendre le pourquoi de différentes tendances observées dans l'évolution des indicateurs dans un sens ou dans un autre.
- Les entretiens semi-structurés pour comprendre le contexte dans lequel ce projet a été mis en œuvre et ces résultats ont été obtenus, les défis ainsi que les facteurs favorables.

2.4.1 - Données quantitatives

Les données quantitatives collectées proviennent de la documentation du projet pour la période allant de juillet 2012 à décembre 2013 mais aussi des données compilées des ZS contrôle:

- Les rapports périodiques (mensuels, trimestriels et annuels) soumis à HS par la ZS de Kisantu par remplissage d'un canevas qui reprend la liste des indicateurs suivis par le PNLS mais aussi des indicateurs spécifiques liés au projet mis en œuvre par HS.
- Les rapports périodiques (mensuels, trimestriels et annuels) soumis par HS à SANRU. Les rapports mensuels sont des rapports statistiques dans lesquels sont repris les niveaux de tous les indicateurs suivis par le projet pour le mois en cours avec un minimum de narratif. Les rapports programmatiques trimestriels et annuels sont des rapports narratifs plus détaillés qui présentent des explications par rapport aux différentes variances constatées. Les rapports annuels synthétisent les rapports programmatiques, l'analyse des indicateurs, les leçons apprises, les difficultés et problèmes rencontrés ainsi que les recommandations formulées. Les rapports annuels comprennent une partie statistique et une partie narrative.
- Les rapports périodiques (mensuels, trimestriels et annuel) produits par les ZS contrôle.

2.4.2 - Focus Groups

2.4.2.1 - Préparation et déroulement des Focus Groups

Nous avons discuté ensemble comme équipe de projet pour définir la grille d'entretien et pour nous mettre d'accord sur les questions à retenir. Il a aussi fallu se mettre d'accord sur les catégories devant être sollicitées pour les FG ainsi que sur la taille de chaque groupe. Nous avons aussi eu à discuter pour nous mettre d'accord sur les aires de santé où ces FG devraient avoir lieu.

Dans le cadre de ce travail, nous avons eu recours dans chaque milieu à quatre groupes d'au moins huit personnes. A Kisantu, la taille des groupes a varié entre 10 et 12 personnes. A chaque groupe, nous avons administré le même guide d'entretien avec l'aide de deux personnes : une qui posait les questions et une autre qui prenait des notes. Toutes les deux observaient les réactions et autres expressions non verbales au sein du groupe. Ces FG duraient en général moins de deux heures.

Pour la ZS de Kisantu, les discussions se déroulaient en langue locale, le Kikongo. A cause de

cela, nous n'avions pas participé à la plupart des FG. Cela aurait obligé les animateurs à tout le temps traduire pour nous au risque de prendre beaucoup plus de temps dans les échanges mais aussi de casser chaque fois l'élan de la discussion. Mais aussi, nous avons évité d'influencer négativement les échanges par notre présence silencieuse qui aurait pu paraître gênante. Cependant, nous avons pris part aux discussions des infirmiers car on pouvait y parler et en Français et en Lingala (l'une des quatre langues nationales que nous parlons couramment). Mais en plus, devant un médecin, les infirmiers n'ont aucun problème pour s'exprimer.

Pour organiser ces FG, il a fallu une très bonne orientation des facilitateurs sur les techniques d'animation des FG et sur le guide d'entretien élaboré. Nous avons fait appel à des relais communautaires qui sont fréquemment utilisés pour ce genre de travail et qui vivent dans le milieu et y sont bien connus.

Après la série des FG, nous avons eu une session de débriefing aux cours desquels nous avons discuté de leurs notes et de leurs observations.

Là où c'était possible, nous avons aussi réalisé des enregistrements audio à l'aide des téléphones portables pour assurer la fidélité dans la transcription des données. Cet enregistrement se faisait après avoir sollicité et obtenu au préalable des participants leur consentement. Et selon notre promesse, ces enregistrements ont été détruits après la transcription des données. Les quatre groupes des focus groups étaient les suivants :

- un groupe de femmes en âge de procréer
- un groupe d'hommes adultes
- un groupe mixte de personnel soignant travaillant dans les centres de santé
- un groupe de Relais Communautaires, hommes et femmes.

Nous avons organisé les FG dans différents aires de santé de la ZS de Kisantu mais nous avons aussi choisi trois ZS aux caractéristiques similaires à la ZS de Kisantu avec comme différence essentiellement l'absence d'une intervention de lutte contre le sida. Ces trois ZS nous ont servi de contrôle.

Le même guide d'entretien utilisé dans la ZS avec intervention (ZS de Kisantu) et dans les ZS sans intervention. Il se trouve en Annexe I du présent travail. Il a été conçu sur la base des indicateurs retenus de manière à permettre d'avoir des données qualitatives afin de mieux analyser les données quantitatives obtenues par la revue documentaire.

2.4.2.2 - Choix de la population pour les Focus Groups

Par rapport aux indicateurs retenus, nous avons jugé que les quatre groupes étaient à même de nous donner les informations que nous recherchions afin de pouvoir comprendre les tendances des indicateurs retenus.

- Les femmes en âge de procréer et les hommes sexuellement actifs sont les cibles et les bénéficiaires directs du projet. Ce sont aussi eux qui sont les plus grands utilisateurs de services des soins.
- Le personnel infirmier est en contact journalier avec les bénéficiaires et était en mesure de nous donner des informations de première main sur les questions retenues dans le guide d'entretien pour le FG.
- Les Relais Communautaires : Un Relais Communautaire (RC) est une personne, homme ou femme volontaire, habitant le village ou la rue, choisie par les habitants de cette entité, et qui assure le pont entre les individus membres d'une famille et le service de santé. De ce fait, il accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer de façon durable aux objectifs de dé-

veloppement de son village/rue. Le RC est donc un volontaire désigné par la communauté. Il n'est pas membre de l'équipe de santé mais représente les intérêts de son village/rue ou communauté (11). Dans le cadre du projet mis en œuvre par HS, les RC sont utilisés comme Assistants Sociaux et sont donc en contact régulier avec la communauté. Ils avaient donc des informations de première main qui pouvaient être collectées lors des FG.

Les critères d'inclusion à l'étude : les personnes retenues pour participer aux FG étaient des adultes résidant dans la ZS de Kisantu depuis au moins trois ans. C'étaient donc des personnes qui habitaient Kisantu avant le démarrage de la seconde phase du projet mis en œuvre par HS. Étaient exclues toutes les personnes qui n'habitaient Kisantu depuis au moins trois ans et qui n'étaient pas dans la tranche d'âge des personnes sexuellement actives.

2.4.3 - Entretiens semi-directifs avec les informateurs clé

2.4.3.1 - Préparation et déroulement des entretiens semi-directifs

L'entretien avec un informateur clé a un pour but d'identifier les différents membres de la communauté qui sont particulièrement bien informés sur un sujet (que nous appelons «informateurs clés»), et leur poser des questions au sujet de leurs expériences de leur milieu de vie ou de travail (pour ce travail, il s'agit de leurs expériences par rapport à la communauté de Kisantu où ils vivent et le système de soins de santé au sein duquel ils travaillent). Ce sont en général des entretiens en face-à-face qui ciblent des personnes ayant une bonne connaissance des sujets en question (12).

Dans le souci de comprendre le contexte dans lequel le projet était mis en œuvre et afin de mieux comprendre la portée du projet et sa performance, nous avons discuté avec l'équipe du projet sur l'importance de conduire des entretiens avec des personnes identifiées comme informateurs clé.

Les questions principales que nous avons développées ont été discutées et validées par l'équipe du projet avant son utilisation. Le guide d'entretien semi-directif est à l'Annexe II.

Contrairement aux FG conduits par les RC, et comme tous les interlocuteurs pouvaient s'exprimer en Français, nous avons conduit personnellement tous ces entretiens en utilisant le guide d'entretien et en mettant en œuvre les techniques d'entretiens semi-directifs.

Un rendez-vous préalable était pris au téléphone en présentant l'objectif poursuivi par l'entretien sollicité. Lors de la rencontre, nous commençons par rappeler l'objet de l'entretien et nous nous présentions humblement comme un stagiaire venu apprendre des experts qui étaient nos interlocuteurs. Le guide d'entretien nous servait d'outil d'orientation pour nous empêcher de nous éparpiller mais nous donnait la latitude de nous écarter légèrement surtout lors des questions de relance et si notre interlocuteurs nous donnait des informations aussi intéressantes qu'inattendues. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, avaient lieu sur le lieu de service et se déroulaient aux heures de convenance de la personne avec qui nous avions entretien.

Ces entretiens ne ressemblaient pas à une interview de journaliste dont le but est de soutirer des informations à tout prix, de chercher l'inédit(13). Ils se passaient plutôt comme une discussion dans une ambiance conviviale. Ils se sont déroulés en plusieurs étapes durant toute la durée du stage et pouvaient être complétés par des discussions au téléphone. Ils étaient appuyés sur des données objectives tirées des rapports produits par le projet mis en œuvre. Et

au fil des discussions, il leur arrivait souvent de faire référence à des documents que nous demandions aussitôt et qui pour la plupart nous étaient remis à l'aide de notre clé USB ou alors nous demandions qu'un courriel nous soit envoyé pendant que nous poursuivions l'entretien. Nous prenions des notes manuscrites et la lecture ultérieure de ces notes suscitait parfois des questions d'éclaircissement que nous posions au téléphone ou lors d'entretiens ultérieurs.

2.4.3.2 - Choix des informateurs clé pour les entretiens semi-directifs

Nous avons ainsi eu à nous entretenir avec les informateurs clé ci-après :

- Les Médecins Chef de Zone des ZS retenues (soit quatre personnes)
- L'Animateur Communautaire de la ZS de Kisantu
- Le Superviseur des activités de lutte contre le VIH de la ZS de Kisantu
- La Responsable du centre de Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) de l'Hôpital Saint Luc de Kisantu
- Une des principales animatrices communautaires de la ZS de Kisantu
- Le Gestionnaire du Projet VIH au niveau de SANRU
- Le Gestionnaire du Projet VIH au niveau d'HS
- Le Chargé de Suivi-Evaluation du Projet VIH au niveau d'HS

2.5 - Traitement des données

2.5.1 - Traitement des données quantitatives

Les données quantitatives issues de la revue documentaire ont été traitées avec le logiciel Microsoft Office Excel 2007 en recourant à l'analyse descriptive, notamment avec l'analyse des proportions et l'analyse graphique. L'analyse statistique a été faite avec le concours d'un statisticien qui a utilisé le logiciel SPSS.

2.5.2 - Traitement des données de Focus Groups

L'analyse des données de FG s'est faite selon l'approche thématique(14) en utilisant logiciel Microsoft Office Word 2007 pour retranscrire les données des FG de manière la plus fidèle et la plus complète possible (verbatim). Le logiciel Microsoft Office Excel 2007 était ensuite utilisé pour créer des tableaux et répartir les données par catégories en utilisant la fonction « couper-coller »: on coupe les différentes parties de texte en les collant dans les catégories correspondant et en codant afin de pouvoir retrouver la partie coupée dans le texte d'origine ou alors en surlignant des parties du texte avec une couleur différente suivant l'idée représentée(15). Plus la fréquence d'un message était élevée plus sa force était grande et il constituait un indice de généralisation garantissant ainsi sa validité externe (représentativité et généralisation à l'ensemble de la population).

2.5.3 - Traitement des données d'entretiens semi-directifs

Les notes manuscrites ont été retranscrites avec Microsoft Office Word 2007 afin de pouvoir classer et repérer les catégories les plus fréquentes en faisant une analyse thématique et l'analyse du sens et enfin l'interprétation des résultats(16).

2.6 - *Notions d'éthique*

Le recrutement des participants pour les FG se faisait sur la base du volontariat avec la possibilité de ne pas répondre aux questions jugées embarrassantes, voire, la possibilité de quitter la discussion. Mais nous n'avons pas connu de cas pareils. L'anonymat dans la retranscription des réponses était garanti et rien ne permettait de remonter aux personnes qui avaient répondu aux questions. La synthèse de différents FG n'a pas repris les noms des personnes ayant pris part aux discussions.

3 - Résultats

Cette section présente les résultats obtenus en analysant l'ensemble des données quantitatives et qualitatives qui ont été recueillies.

Les données quantitatives proviennent des rapports mensuels, trimestriels et annuels validés pour chacune de quatre ZS retenues.

Pour les données qualitatives, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec toutes les 11 personnes ciblées (voir Point 2.4.3.2 du présent travail). Nous avons aussi organisé des FG qui ont réuni 168 personnes réparties comme suit :

Tableau II : Répartition des participants dans les Focus Groups par ZS

	Femmes	Hommes	Relais Communautaires	Infirmiers(es)
Kisantu	14	11	10	12
Moba	9	12	11	10
Nyemba	11	8	10	8
Kansimba	12	10	12	8

Les résultats de toutes les données collectées sont présentés selon les deux objectifs opérationnels de l'étude :

- Analyser le niveau de mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu
- Comparer le niveau des indicateurs entre la ZS de Kisantu et les ZS où aucune intervention similaire n'était mise en œuvre

3.1 - Performances du projet

Voici comment se présentaient les performances du projet mis en œuvre dans la ZS de Kisantu par rapport aux cibles fixées dans le cadre de performance approuvé entre HS et SANRU à la signature du contrat de collaboration.

3.1.1 - Performance dans la mise en œuvre des activités communautaires du projet

Le niveau des réalisations des activités communautaires dans la ZS de Kisantu à la fin de l'année 2013 se présentait comme suit :

Tableau III : Niveau de mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu en 2013

Activités	Prévues	Réalisées	Performance
Offrir les services de prévention			
1 Produire et diffuser des émissions sur le VIH à la radio	96	0	0,00%
2 Produire et diffuser des émissions sur le VIH à la Télévision	48	0	0,00%
3 Produire et diffuser des spots sur le VIH à la radio	288	52	18,06%
4 Produire et diffuser des spots sur le VIH à la Télévision	96	0	0,00%
5 Organiser des Vidéo forums sur VIH/Sida	24	6	25,00%
6 Organiser des séances de causerie éducative sur le VIH avec les PVV	12	15	125,00%

7	Poser des affiches murales avec message de sensibilisation sur le VIH	3	3	100,00%
8	Eriger des panneaux routiers avec messages de sensibilisation sur le VIH	1	1	100,00%
9	Distribuer les préservatifs gratuitement et de manière ciblée	190 584	285 018	149,55%
10	Tenir des réunions avec les pairs éducateurs et les relais communautaires	12	12	100,00%
Assurer la prise en charge psychosociale des PVV et des personnes affectées par le VIH (PA)				
11	Former 4 Assistants Sociaux supplémentaires	4	4	100,00%
12	Payer la prime des Assistants sociaux pour les VAD	4	4	100,00%
13	Organiser des Visites à domicile aux PVV et OEV	480	480	100,00%
14	Assurer les soins médicaux des OEV	24	3	12,50%
15	Assurer la scolarisation des OEV	20	20	100,00%

Source : Rapport programmatique annuel 2013 soumis à SANRU par Horizon Santé

Hormis la diffusion des 18% des spots sur le VIH prévus à la radio (52 sur 288), les autres activités liées à la radio et à la télévision n'ont pu être réalisées. De même, seul un quart des vidéo forums ont pu avoir lieu (6 sur 24). 3 OEV sur les 24 prévus ont été médicalement pris en charge par le projet.

Pour les Chefs du Projet au niveau de HS et de SANRU, cette situation est liée à une interruption dans le financement des activités par le Fonds Mondial. Le Fonds Mondial avait interrompu son financement en 2013 pendant 4 mois suite à des investigations liées à des soupçons de détournements de fonds par quelques SR. Pendant cette période, un financement minimal était octroyé pour maintenir les activités en cours.

Les autres activités ont une performance soit maximale, soit au-delà de la cible.

Pour le Chef du Projet de HS, l'excellente performance dans la distribution des préservatifs était liée à l'approvisionnement régulier de la ZS, à la motivation des capotiers par le paiement de la prime de performance, à une compilation complète des données prenant en compte la distribution communautaire et clinique dans les aires de santé, à une bonne organisation des sites de distribution communautaire des préservatifs avec le concours de différentes associations sélectionnées pour cette activité. La bonne organisation des sites est liée à la forte mobilisation de la communauté au travers des RC et des Assistants Sociaux qui étaient fortement impliqués dans la mise en œuvre des activités.

L'Animateur Communautaire de la ZS de Kisantu a reconnu le rôle important joué par les RC et les Assistants Sociaux dans l'obtention de ces résultats. Vu l'étendue de la ZS et le peu de moyens mis à sa disposition, ces résultats ne peuvent être obtenus sans l'implication ces personnes qui sont pour lui autant de relais sur le terrain du fait que non seulement elles mobilisent la communauté beaucoup mieux que s'il le faisait seul mais en plus elles aident dans le circuit de l'information de lui vers la communauté et vice-versa.

Une des Assistantes Sociales a dit ceci : « cette communauté est la nôtre. Les gens qui meurent sont nos mères, nos frères, nos sœurs et nos enfants. Nous devons les aider à lutter contre le VIH sinon tout le monde va mourir ici. Nous nous impliquons parce que nous nous sentons concernés au premier plan. »

3.1.2 - Performance dans l'atteinte des indicateurs du volet médical du projet

Le niveau d'atteinte des résultats prévus dans le cadre de performance en fin 2013 se présentait comme suit :

Tableau IV : Niveau d'indicateurs du volet médical du projet mis en œuvre dans la ZS de Kisantu en fin décembre 2013

Indicateurs	Cible en fin		
	Décembre 2013	Réalisation	Performance
1 Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires	190 584	285 018	149,55%
2 Nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	3 552	1 565	44,06%
3 Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (file active)	9	13	144,44%
4 Nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition	19	0	0,00%
5 Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales (file active)	978	129	13,19%
6 Nombre de nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique	1 759	2 101	119,44%
7 Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV (file active)	106	106	100,00%

Source : Rapport programmatique annuel 2013 soumis à SANRU par Horizon Santé

De manière générale, le projet présentait une bonne performance pour quatre des sept indicateurs retenus en atteignant voir dépassant largement les cibles attendues.

La performance était en-dessous de la moyenne en ce qui concerne le nombre des personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats et le nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole. Elle était nulle pour le nombre des personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition.

Le Chef de projet à HS et le Médecin Chef de Zone ont expliqué les bonnes performances comme le résultat d'une forte implication de la communauté au travers des RC dans les activités de sensibilisation et de suivi. Pour eux, la faible performance en CDV s'explique par la couverture géographique insuffisante : seuls 7 des 16 Aires de Santé de la ZS de Kisantu avaient un centre de CDV. Pour ce qui est de la prophylaxie au Cotrimoxazole, le Chef de Projet a signalé une sensibilisation insuffisante de la population sur le bénéfice de ce traitement.

Dans les FG, la faible couverture revient aussi comme raison pour expliquer ces contre-performances. Un homme adulte a déclaré : « C'est plus facile quand on n'a pas de grande distance à parcourir pour se faire dépister. La peur d'un résultat positif fait facilement rebrousser chemin quand on fait un long parcours. On cogite en route se demandant ce qu'on deviendra si le test est positif. Puis vient la peur et on rebrousse chemin. Mais si on vous propose le test sur place comme lors des vidéo forums, on accepte plus facilement. » Pour ce qui est de la prophylaxie au Cotrimoxazole, le personnel soignant invoquait plus le besoin d'intensifier la sensibilisation mais un RC a rapporté le feedback le plus commun reçu des PVV : « Ces médicaments que vous nous demandez de prendre tous les jours vont nous tuer si vous ne nous donnez pas à manger. »

3.2 - Performances comparées

Cette section analyse les données de la ZS de Kisantu et celles de ZS contrôle en comparant chaque fois le niveau atteint par les indicateurs du volet médical dans la ZS de Kisantu et dans les ZS contrôle. Les résultats obtenus sont présentés dans cette séquence :

- Données quantitatives : les résultats de la ZS de Kisantu sont présentés en premier lieu puis vient la comparaison avec les ZS contrôle pour l'année 2013. Toutes les données sont compilées sur une base trimestrielle sauf pour les files actives pour lesquelles les données sont mensuelles.

- Données qualitatives : la synthèse des résultats des entretiens semi-directifs et des FG est présentée et quelques citations issues des FG sont présentées par endroits.

Afin de pouvoir comparer les indicateurs entre la ZS de Kisantu et les ZS contrôle, les indicateurs sont présentés sous forme de ratio pour la distribution des préservatifs et sous forme de proportion pour les six autres indicateurs. Pour ces six indicateurs le test de Chi2 est appliqué à la comparaison entre la ZS de Kisantu et la ZS contrôle qui présente le niveau le plus élevé pour l'indicateur considéré afin d'apprécier si cette différence était statistiquement significative. L'Intervalle de Confiance (IC) a aussi été estimée pour toutes les proportions.

3.2.1 - Distribution des préservatifs

La distribution des préservatifs dans la mise en œuvre de ce projet se faisait essentiellement à deux niveaux:

- la distribution communautaire : lors des vidéos forums et lors des réunions avec les personnes à haut risque.
- la distribution clinique : lors des consultations pour le traitement des IST et lors de la communication d'un résultat positif du test sur le VIH dans les centres de CDV.

La distribution clinique était assurée par les infirmiers dans les centres de santé et par les conseillers dans les centres de CDV tandis que la distribution communautaire était assurée par les Relais Communautaires de juillet 2012 à août 2013. A partir de septembre 2013, la distribution communautaire était assurée par les capotiers. Les capotiers sont des membres de la communauté formés sur la distribution communautaire des préservatifs. Ils s'approvisionnaient en préservatifs au niveau du Bureau de la ZS et les distribuaient dans des sites de grande consommation (hôtels) ou de grande affluence (marchés publics, carrefours, gares routières, débits de boissons, etc.). Quatre capotiers formés étaient actifs dans la ZS de Kisantu et recevaient une prime mensuelle d'environ 15 Euros chacun.

Le graphique ci-dessous donne un aperçu de la distribution des préservatifs au fil du temps dans la ZS de Kisantu :

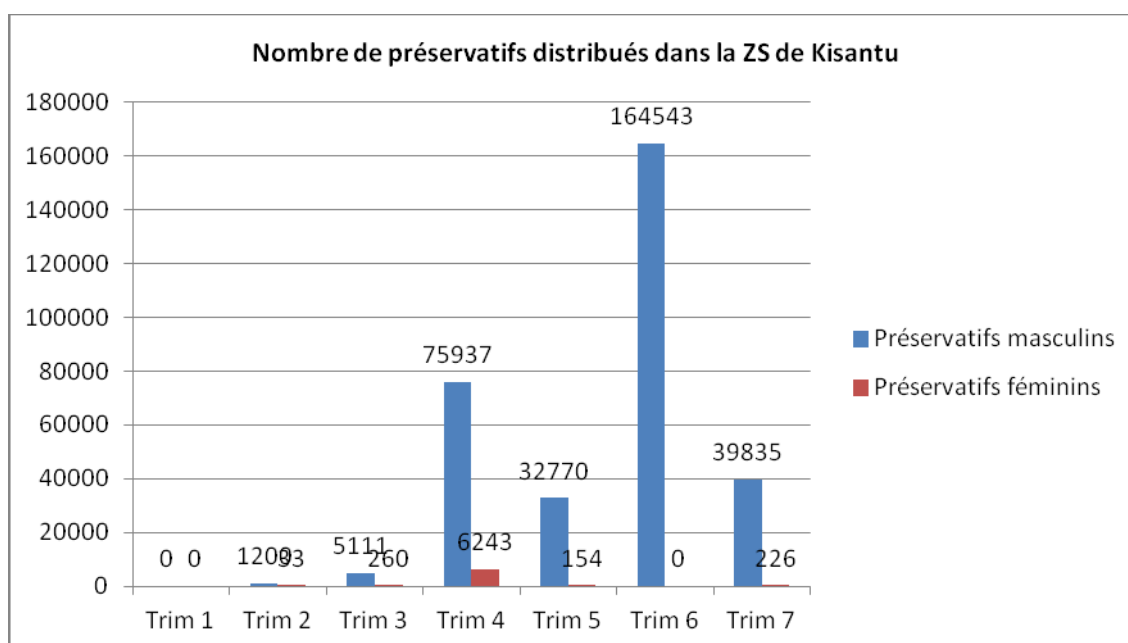


Fig. 1 : Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires dans la ZS de Kisantu

De manière générale, la tendance était à la hausse en ce qui concerne la distribution des préservatifs masculins malgré une baisse aux cinquième et septième trimestres. Le nombre de préservatifs féminins distribués était très faible et la distribution n'avait pas eu lieu au sixième trimestre.

Lors de l'entretien que nous avons eu avec lui, le Gestionnaire du Projet VIH de SANRU a déclaré qu'il était difficile d'estimer la quantité de préservatifs féminins à fournir à la ZS de Kisantu faute des données pré-existantes sur le niveau de leur utilisation.

Pendant les FG, il a été noté que les préservatifs étaient d'une part très demandés :

– Une femme RC : « Comme beaucoup d'habitants du quartier savent que je distribue les préservatifs, ils viennent souvent chez moi à la maison m'en demander ».

Mais d'autre part, l'utilisation des préservatifs féminins posait problème :

– une femme enceinte : « Nous n'utilisons pas les préservatifs féminins car l'initiative pour utiliser le préservatif vient des hommes et ceux-ci préfèrent le préservatif masculin. Et une femme qui propose un préservatif à son mari serait considérée comme une femme de mauvaise vie. »

– Un homme : « le préservatif féminin n'est pas pratique ; il est compliqué à porter et il fait beaucoup de bruit ».

Un autre RC a signalé que les femmes à qui on donnait des préservatifs féminins préféraient retirer le plus grand anneau et l'utiliser comme bracelet.

L'analyse thématique sur la faible utilisation du préservatif féminin donne les principales raisons suivantes présentées par ordre décroissant de fréquence :

- utilisation trop compliquée
- ignorance sur son existence
- faible disponibilité
- encouragement des femmes mariées à l'adultère
- diminution du plaisir sexuel

Les données quantitatives dans les quatre ZS comparées se présentent comme suit :

Tableau V : Nombre de préservatifs distribués dans les ZS et nombre moyen de préservatifs par personne par an

	Population ZS (2013)	Nombre total de personnes sexuellement actives (15 à 49 ans: 42,7% de la population générale)	Nombre total de préservatifs distribués	Nombre moyen de préservatifs par personne par an
Kisantu	168 156	71 803	285 018	3,97
Moba	224 487	95 856	309	0,00
Nyemba	291 253	124 365	6 404	0,05
Kansimba	128 775	54 987	437	0,01

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

Au cours de l'année 2013 (allant du 3^e au 6^e trimestre du projet), 278.361 préservatifs masculins ont été distribués contre 6.657 préservatifs féminins, soit un total de 285.018. La ZS de Kisantu avait une population de 168.156 habitants avec 71.803 personnes sexuellement actives en considérant que 42,7% de la population était sexuellement active (personnes âgées de 15 à 49 ans)(17). Cela donnait une moyenne de 3,97 préservatifs par personne sexuellement active dans la ZS de Kisantu.

Parmi les ZS contrôle, cette moyenne était la plus élevée dans la ZS de Nyemba avec 0,05 préservatif par personne sexuellement active.

Pour les Médecins Chefs de Zone des ZS contrôle, ces moyennes s'expliquent par l'absence de

distribution communautaire de préservatifs. Les préservatifs disponibles sont ceux qui sont distribués lors de la prescription pour prise en charge des IST. Et même là, les ruptures de stock sont courantes.

3.2.2 - Conseil et Dépistage Volontaire

Le graphique ci-dessous présente le nombre de personnes qui s'étaient fait dépister et qui avaient retiré les résultats. Ces personnes étaient dans les trois catégories suivantes :

- Les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans
- Les personnes de 14 ans ou plus
- Les femmes enceintes fréquentant les services des Consultations Périnatales (CPN).

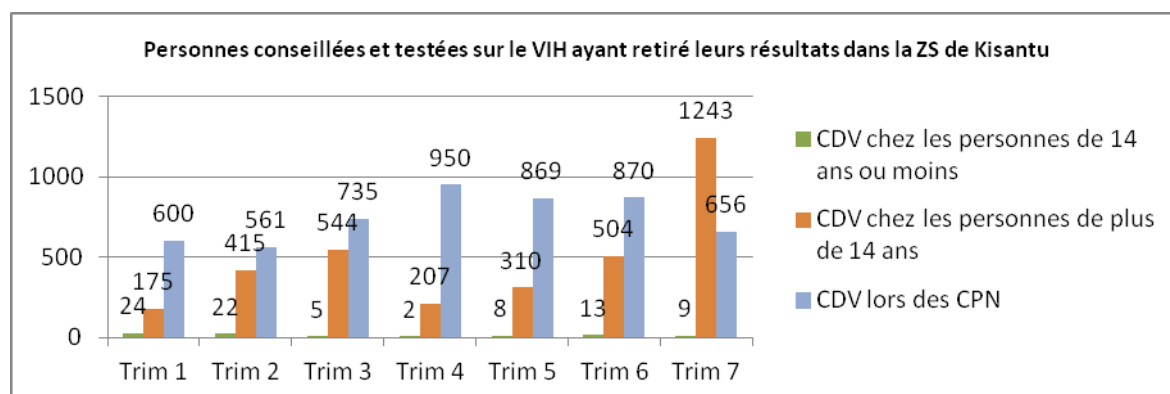


Fig. 2 : Nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats dans la ZS de Kisantu

Le nombre de personnes qui se font dépistées tend à augmenter de façon générale malgré une baisse au cinquième trimestre pour ce qui est du dépistage au cours des CPN. Le nombre des personnes de plus de 14 ans qui se font dépister a connu une baisse entre le troisième et le quatrième trimestre. De manière générale, la tendance est à la hausse.

Les enfants âgés de 14 ans ou moins étaient dépistés pour le VIH dans un contexte de maladie tandis que les adultes s'étaient pour la plupart faits dépistés spontanément.

Le Médecin Chef de Zone de Kisantu a rapporté ceci lors des entretiens : « La ZS de Kisantu a 16 aires de santé mais seulement sept d'entre elles ont un site de CDV. Pour couvrir le dépistage lors des CPN qui ont lieu une fois par mois dans toutes les 16 aires de santé, la ZS organise des CDV mobiles le jour de CPN. Mais Il n'est pas possible de couvrir tous les besoins en dépistage lors des CPN car les CDV mobiles ciblent seulement les centres de santé alors que les CPN se font et dans les centres de santé et dans les postes de santé pour les endroits qui sont trop éloignés des centres de santé ».

Les femmes ont dit dans leur FG que ce test n'était pas disponible partout où elles allaient pour les CPN mais que là où le test était disponible, beaucoup ne voulaient se faire tester de peur d'avoir un résultat positif.

Lors des FG, plusieurs raisons ont été invoquées pour justifier le fait que la proportion des femmes enceintes qui se font dépistées n'était pas plus élevée. Les raisons les plus fréquemment invoquées selon un ordre décroissant d'importance étaient les suivantes :

- la peur d'un résultat positif (de loin la raison la plus fréquemment invoquée)
- le manque d'information sur la disponibilité du test
- la crainte d'une indiscretion de la part de personnel soignant
- la honte associée à un résultat positif du test
- la faible sensibilisation sur l'importance du test de VIH chez la femme enceinte.

3.2.2.1 - CDV dans la population générale

Selon la structure de la population en RD Congo, les personnes de 15 ans et plus représentaient 51,7% de la population générale(17). Les données de CDV dans les quatre ZS comparées se présentent comme suit :

Tableau VI : Proportion de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats par ZS – Population générale

	Population ZS (2013)	Nombre total de personnes de 15 ans et plus (51,7% de la population générale)	Nombre de personnes de plus de 14 ans conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	Proportion de personnes de plus de 14 ans conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	IC à 95%
Kisantu	168 156	86 937	1565	1,80%	[1,71-1,88]
Moba	224 487	116 060	264	0,23%	[0,20-0,26]
Nyemba	291 253	150 578	477	0,32%	[0,29-0,35]
Kansimba	128 775	66 577	41	0,06%	[0,047-0,073]

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

Les 1.565 personnes de plus de 14 ans qui avaient été dépistées pour le VIH dans les structures de CDV et qui avaient retiré les résultats représentaient 1,8% de cette tranche d'âge dans la ZS de Kisantu. Dans les ZS contrôle, la proportion la plus élevée est notée dans la ZS de Nyemba avec 0,32% des 150.578 personnes de plus de 14 ans qui se sont fait testées et ont retiré les résultats. Le test de Chi2 a montré que la différence entre ces proportions était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu (p=0,0000).

Le niveau de performance dans les ZS contrôle s'explique principalement par :

- une faible couverture géographique en structures de CDV et à de fréquentes ruptures de stock en tests (données des entretiens avec les MCZ)
- une faible sensibilisation et l'ignorance de la localisation des sites de CDV (Données FG).

3.2.2.2 - CDV chez les femmes enceintes

De juillet 2012 à mars 2014, 11.207 femmes enceintes avaient été reçues à la CPN dans la ZS de Kisantu sur les 16.268 femmes enceintes attendues pour la même période. Les 5.976 femmes enceintes qui avaient retiré leurs résultats constituaient donc 36,73% des femmes enceintes qui connaissaient leur sérologie dans cette ZS. Ce taux était à 47,01% si on considère seulement l'année 2013, 3.424 femmes enceintes ayant retiré leurs résultats sur 7.283 femmes enceintes attendues à la CPN pendant cette période.

Les données quantitatives comparées dans les quatre ZS se présentent comme suit :

Tableau VII : Proportion de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats par ZS – Femmes enceintes

	Population ZS (2013)	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	Nombre de femmes enceintes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	Proportion des femmes enceintes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats	IC à 95%
Kisantu	168 156	6 726	3 424	50,91%	[50,67-51,15]
Moba	224 487	8 979	0	0,00%	
Nyemba	291 253	11 650	25	0,21%	[0,19-0,23]
Kansimba	128 775	5 151	0	0,00%	

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

En 2013, dans la ZS de Kisantu 50,91% des 6.726 femmes enceintes attendues ont été testées pour le VIH et ont retiré les résultats. Cette proportion est de 0,21% pour les 11.650 femmes enceintes attendues dans la ZS de Nyemba. Le test de Chi2 a montré que la différence entre ces proportions était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu ($p=0,0000$).

Dans les FG, les infirmiers des ZS contrôle ont invoqué essentiellement un manque de formation et d'équipements. Là où l'équipement existait, les ruptures de stock étaient chroniques. Dans le groupe des femmes, la plupart ne savaient pas qu'il fallait se faire dépister pendant la grossesse car personne ne leur en avait parlé.

3.2.3 - Traitement aux ARV des femmes enceintes séropositives

De juillet 2012 à mars 2014, 11.207 femmes ont été reçues aux CPN dans la ZS de Kisantu sur 16.268 femmes enceintes attendues. Parmi les femmes ayant fréquenté les CPN dans cette ZS, 5.976 ont fait le test de dépistage au VIH et ont retiré les résultats. Et sur toutes celles qui ont retiré les résultats, 13 étaient séropositives. Les données dans les quatre ZS comparées se présentent comme suit :

Tableau VIII : Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV

	Population ZS (2013)	Nombre de femmes enceintes attendues à la CPN	Nombre de cas de femmes enceintes séropositives attendues à la CPN (Prévalence = 3,5%)	Nombre de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	IC à 95%
Kisantu	168 156	6 726	235	13	5,52%	[2,60-8,44]
Moba	224 487	8 979	314	0	0,00%	
Nyemba	291 253	11 650	408	2	0,49%	[-0,18-1,17]
Kansimba	128 775	5 151	180	0	0,00%	

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

En tenant compte de la prévalence de VIH de 3,5% chez les femmes enceintes(5), on s'attendait à avoir 235 femmes enceintes séropositives à mettre sous ARV dans la ZS de Kisantu en 2013 mais on en a eu que 13. Sur une file active de 13 femmes, 10 ont reçu une monothérapie à la Nivérapine à la maternité tandis que trois ont reçu un TARV classique. Dans la ZS de Nyemba deux femmes enceintes ont reçu le TARV classique sur les 408 attendues et aucune femme enceinte n'a été mise sous ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant dans les ZS de Moba et de Kansimba.

Le test de Chi2 a montré que la différence entre ces proportions était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu ($p=0,0001$).

Lors des FG, les principales raisons invoquées dans les ZS contrôle pour expliquer la situation étaient :

- pour le personnel : le manque de formation et de médicaments
- pour les bénéficiaires : le manque d'information.

Les femmes étaient particulièrement peu informées et ne savaient pas qu'il y avait moyen de protéger l'enfant du VIH au cours de la grossesse ou lors de l'allaitement si la maman est séropositive.

3.2.4 - Prophylaxie post-exposition

Aucun cas de prophylaxie post-exposition (PPE) n'a été répertorié pendant cette période dans la ZS de Kisantu. Il en est de même dans les ZS contrôle.

Dans tous les FG, le viol a été cité comme principale source de contamination accidentelle au VIH. Les raisons qui reviennent le plus souvent lors des FG pour expliquer la non-utilisation des services de PPE sont les suivantes :

- la honte pour la victime du viol
- l'ignorance sur l'action à prendre en cas de viol
- la volonté de régler le problème à l'amiable entre les deux familles
- la peur pour la victime d'être discriminée

Quant à l'action à prendre en cas de viol, trois actions reviennent le plus souvent

- porter plainte à la police ou devant les instances judiciaires
- faire soigner la victime
- apporter un soutien moral à la victime.

Mais en général, on propose d'abord de porter plainte ou d'apporter le soutien moral puis seulement après il est question d'amener la victime pour des soins médicaux.

Et pour expliquer ce qui se passe dans les suites d'un viol, une femme a résumé la situation de cette manière : « Une femme aura toujours honte de dire qu'elle a été violée. Quand c'est une jeune fille, elle pourra à la rigueur le dire à ses parents qui vont alors privilégier l'arrangement à l'amiable avec la famille du violeur pour protéger l'honneur de leur fille. Dans tous les cas, le recours à la justice ou à la police n'apporte aucune solution mais est au contraire source de tracasseries sans fin et pour la plaignante et pour l'accusé ; les deux services étant plus intéressés par le bénéfice financier à tirer de pareilles situations plutôt que par le soutien à apporter à la victime. Autant donc, soit régler à l'amiable, soit se taire ».

Les RC à Kisantu reconnaissent qu'ils ne sensibilisaient pas assez sur cela à cause de cette barrière culturelle.

Pour le Chargé de Suivi-Evaluation de HS, il a noté que les rares cas rapportés l'ont été au-delà de 72 heures ; délai au-delà duquel la PPE n'est plus efficace. La raison majeure était que les services judiciaires et la police donnaient priorité à l'enquête et à la procédure plutôt qu'aux soins médicaux et psychologiques à apporter à la victime.

Dans les ZS contrôle, les infirmiers ont dit lors des FG qu'ils n'étaient pas formés sur la PPE et que dans tous les cas ils n'avaient pas de kits PPE pour prendre en charge les cas.

3.2.5 - Prophylaxie au Cotrimoxazole

Selon le protocole national de prise en charge de l'infection à VIH, tout patient dépisté positif au VIH est aussitôt mis sous prophylaxie au Cotrimoxazole pour une durée indéterminée. Cette prophylaxie se poursuit même quand la personne est mise ensuite sous ARV.

Le graphique suivant donne la situation de la prophylaxie au Cotrimoxazole parmi les PVV dans la ZS de Kisantu entre juillet 2012 et décembre 2013. Il s'agit ici de la file active.

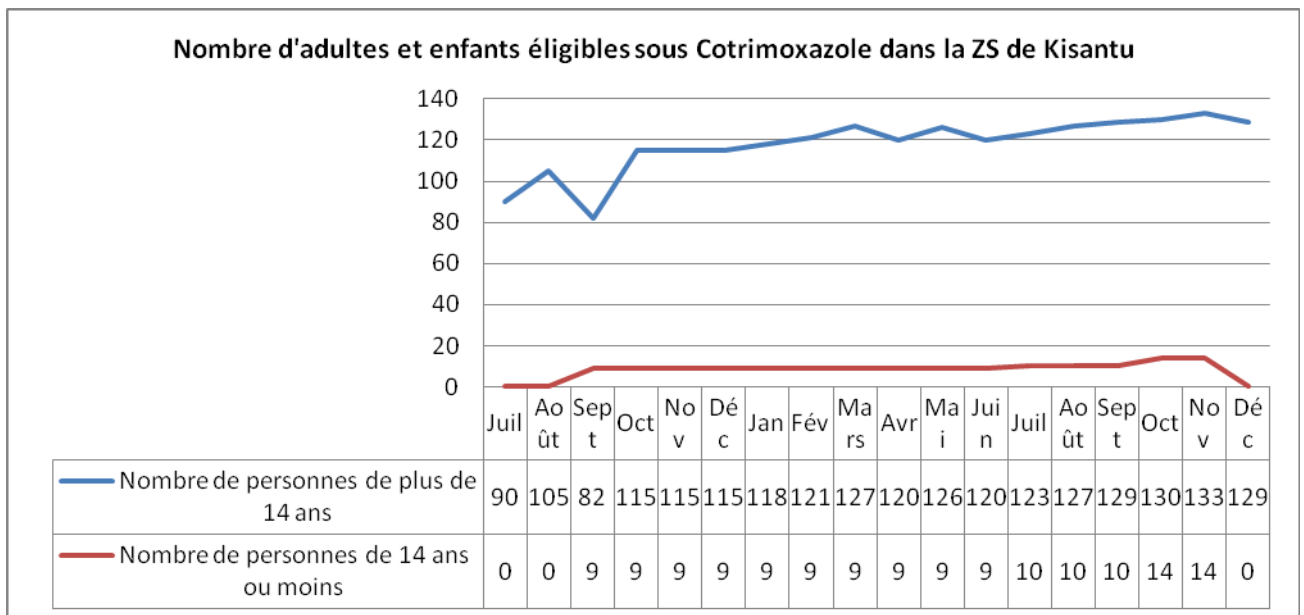


Fig. 3 : Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales dans la ZS de Kisantu

Le nombre de personnes séropositives sous prophylaxie au Cotrimoxazole croissait de manière continue. On remarquait cependant :

- Chez les personnes de plus de 14 ans : une baisse en 2012 au mois de septembre.
- Chez les personnes de 14 ans ou moins : personne n'était sous Cotrimoxazole en décembre 2013

Toutes les personnes séropositives devant être mises sous prophylaxie, les 129 PVV effectivement sous prophylaxie au Cotrimoxazole en décembre 2013 dans la ZS de Kisantu représentaient 2,98% des cas attendus.

Pour le Médecin Chef de la ZS de Kisantu, la baisse de septembre 2012 était liée à une rupture de stock tandis que le résultat de décembre 2013 était lié à une sous-notification.

Lors des FG, les RC ont stigmatisé le fait que les PVV en bon état physique ne voulaient pas prendre le Cotrimoxazole. Non seulement ils ne voulaient pas que leur entourage ait des soupçons sur leur sérologie en les voyant prendre des médicaments tous les jours sans être malades mais aussi ils estimaient qu'ils ne pouvaient pas prendre quotidiennement des médicaments sans un apport nutritionnel suffisant. Ils craignaient que prendre les médicaments sans une bonne alimentation n'aggrave leur état de santé. Cette alimentation insuffisante était la raison la plus invoquée lors de FG pour expliquer le faible taux de PVV sous Cotrimoxazole. Les autres raisons étaient :

- La crainte des effets secondaires associés à la prise prolongée des médicaments
- Le manque de moyen de transport lors que le centre de traitement est trop éloigné du domicile
- La lassitude d'un traitement qui ne s'arrête jamais.

Les PVV sous ARV avaient eux moins de mal à prendre le Cotrimoxazole selon les RC qui ont pris part aux FG.

La situation des files actives des PVV sous prophylaxie au Cotrimoxazole dans les quatre ZS comparées se présente comme suit :

Tableau IX : Proportion de personnes séropositives sous Cotrimoxazole par ZS

Population ZS (2013)	Nombre attendu des personnes séropositives (Prévalence VIH = 2,57%)	Nombre des personnes séropositives sous Cotri en décembre 2013	Proportion des personnes séropositives sous Cotri en décembre 2013	IC à 95%
Kisantu	168 156	4 322	2,98%	[2,47–3,49]
Moba	224 487	5 769	0,47%	[0,29–0,65]
Nyemba	291 253	7 485	0,43%	[0,28–0,58]
Kansimba	128 775	3 310	0,42%	[0,20–0,64]

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

En décembre 2013, la file active des PVV sous prophylaxie au Cotrimoxazole dans la ZS de Kisantu comprenait 129 personnes représentant 2,98% des cas attendus. La proportion des personnes séropositives sous Cotrimoxazole en décembre 2013 dans les ZS contrôle sont proches tout en étant la plus élevée dans la ZS de Moba avec 0,47% des 5.769 PVV attendues mises sous prophylaxie au Cotrimoxazole.

Le test de Chi2 a montré que la différence entre ces proportions était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu ($p=0,0000$).

Lors des entretiens, pour expliquer cette situation, les Médecins Chefs de Zone des ZS contrôle ont parlé de ruptures de stock chroniques mais aussi d'un manque de formation des médecins dans la prise en charge des PVV et du manque de suivi hors de l'hôpital de ces PVV.

Dans les FG, deux thèmes dominant dans les quatre groupes : la faible sensibilisation sur l'importance de la prophylaxie au Cotrimoxazole mais surtout le risque d'effets secondaires aggravés par une alimentation insuffisante.

3.2.6 - Prise en charge des IST

La prise en charge syndromique des IST se fonde sur l'identification d'ensembles cohérents de symptômes et de signes facilement reconnaissables (syndromes) et l'administration d'un traitement qui permet de combattre la majorité des organismes causant chacun des syndromes(18).

Alors que le diagnostic clinique et le diagnostic étiologique ne visent à identifier qu'un seul agent causal, le diagnostic syndromique permet de traiter immédiatement le patient pour tous les agents causals les plus importants. Ce qui est très important en raison de la fréquence des infections mixtes.

Cela signifie que si les médicaments nécessaires sont disponibles et abordables, le traitement syndromique peut rapidement rendre les patients non contagieux(18).

Le graphique suivant donne la situation de nouveaux cas d'IST pris en charge selon l'approche syndromique dans la ZS de Kisantu entre juillet 2012 et décembre 2013.

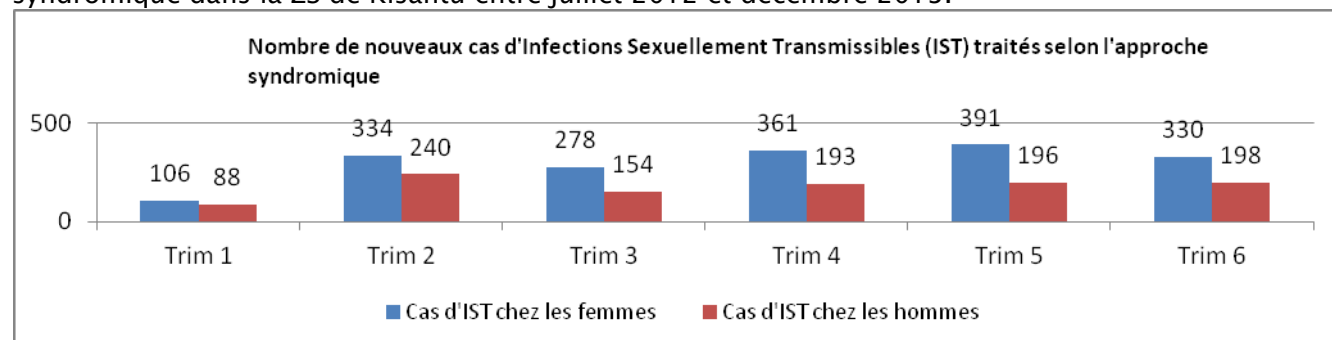


Fig. 4 : Nombre de nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique dans la ZS de Kisantu

Le nombre de nouveaux cas pris en charge est de manière consistante plus grand chez les femmes que chez les hommes. Ce nombre est en baisse dans les deux sexes au troisième trimestre puis de nouveau au sixième trimestre chez les femmes seulement.

Pour expliquer ce nombre plus élevé des femmes souffrant d'IST par rapport aux hommes, les explications qui revenaient le plus souvent dans les FG sont par ordre décroissant de fréquence étaient:

- la plus grande vulnérabilité biologique des femmes de par la configuration de leurs organes génitaux.
- les hommes avaient honte de consulter en cas d'IST et recourraient plus à l'automédication.
- Les hommes mariés ont plus de rapports sexuels extraconjugaux que leurs conjoints et infectent ainsi un plus grand nombre de femmes lorsqu'ils souffrent d'une IST.

La situation se présentait comme suit pour les quatre ZS comparées :

Tableau X : Proportion de Nouveaux Cas d'IST pris en charge selon l'approche syndromique en 2013 par ZS

	Population ZS (2013)	Nombre total de personnes sexuellement actives (15 à 49 ans: 42,7% de la population générale)	Nombre attendu de Nouveaux Cas d'IST (incidence = 10%)	Nombre de Nouveaux Cas d'IST pris en charge en 2013	Proportion de Nouveaux Cas d'IST pris en charge en 2013	IC à 95%
Kisantu	168 156	71 803	7 180	2101	29,26%	[28,21–30,31]
Moba	224 487	95 856	9 586	454	4,74%	[4,32–5,16]
Nyemba	291 253	124 365	12 437	818	6,58%	[6,14–7,02]
Kansimba	128 775	54 987	5 499	205	3,73%	[3,23–4,23]

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

L'incidence des IST est de 10% dans la population de 15 à 49 ans considérée comme la tranche sexuellement active. Cette tranche d'âge représentait 42,7% de la population totale en RDC(17). En 2013, 2.101 cas d'IST ont été pris en charge selon l'approche syndromique dans la ZS de Kisantu. Cela représentait 29,26% des de 7.180 Nouveaux Cas d'IST attendus.

La ZS de Nyemba a la proportion la plus élevée de Nouveaux Cas d'IST pris en charge en 2013 avec 6,58% des 12.437 Nouveaux Cas d'IST attendus alors que la ZS de Kansimba a la proportion la plus faible avec 3,73%.

Le test de Chi2 a montré que la différence entre les proportions dans la ZS de Kisantu et dans la ZS de Nyemba était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu ($p=0,0000$).

Lors des entretiens, pour expliquer cette situation, les Médecins Chefs de Zone des ZS contrôle ont parlé de ruptures de stock chroniques en intrants de prise en charge des IST mais aussi un manque de formation des médecins sur l'approche syndromique dans la prise en charge des IST. Les RC de ces ZS ont signalé lors des FG que la population n'était pas assez sensibilisée sur l'approche syndromique et que les hommes recourraient plus à l'automédication en cas d'IST.

3.2.7 - Nombre de personnes éligibles sous TARV

Selon le protocole national de prise en charge des PVV, les personnes éligibles pour une TARV sont celles qui ont un taux de CD4 inférieur à 350 ou qui ont un taux de CD4 inférieur à 500 mais qui présentent en même temps une infection opportuniste. Pour ce qui est de la ZS de Kisantu, la file active des personnes séropositives sous TARV se présentait comme suit :

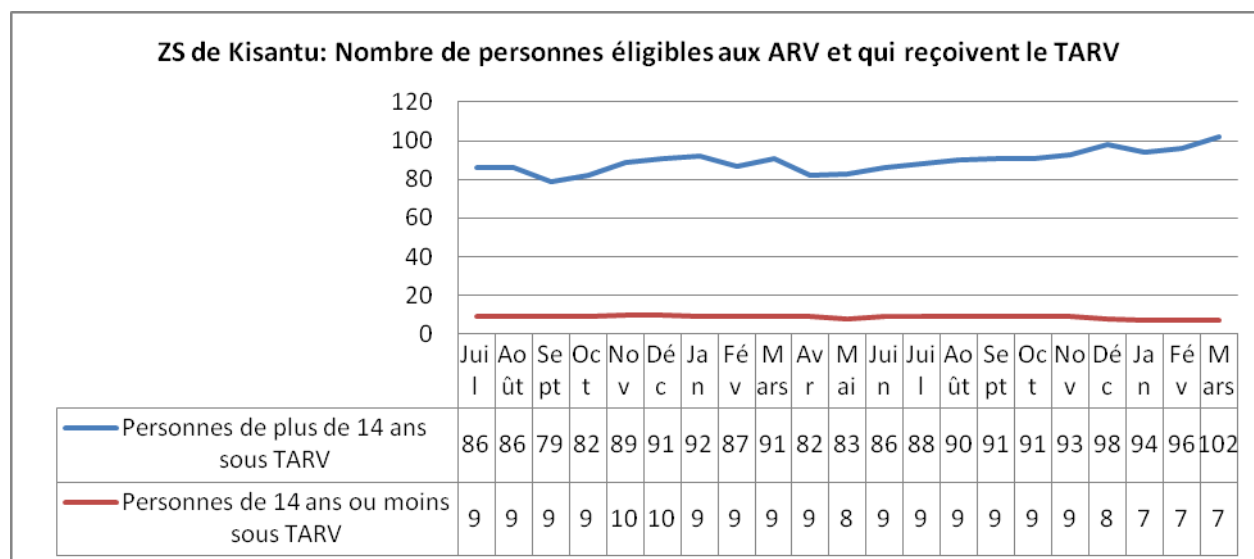


Fig. 5 : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV dans la ZS de Kisantu

Chez les personnes séropositives âgées de plus de 14 ans, le nombre de personnes mises sous TARV est en hausse constante. On note cependant une baisse en septembre 2012 et en février 2013. En décembre 2013, la ZS de Kisantu comptait 106 personnes sous TARV dont 8 enfants de 14 ans ou moins.

Pour les quatre ZS comparées, la situation des files actives se présentait comme suit :

Tableau XI : Proportion de PVV sous ARV en décembre 2013 par ZS

ZS (2013)	Population des personnes séropositives (Prévalence VIH = 2,57%)	Nombre attendu des personnes séropositives sous ARV en décembre 2013 (15%)	Nombre des personnes séropositives sous ARV en décembre 2013	Proportion des personnes séropositives sous ARV en décembre 2013	IC à 95%
Kisantu	168 156	4 322	648	16,35%	[13,50–19,20]
Moba	224 487	5 769	865	5,43%	[3,92–6,94]
Nyemba	291 253	7 485	1 123	1,07%	[0,47–1,67]
Kansimba	128 775	3 310	496	2,01%	[0,77–3,25]

Source : Rapports mensuels des ZS Kisantu, Moba, Nyemba et Kansimba (Janvier – Décembre 2013)

En considérant une prévalence nationale moyenne de 2,57% pour une population de la ZS de Kisantu qui était de 168.156 habitants, c'est donc 16,35% des personnes séropositives attendues qui sont sous TARV étant donné qu'on estimait que seules 15% des personnes séropositives étaient éligibles pour le TARV.

Parmi les ZS contrôle, la ZS de Moba a la proportion la plus élevée de PVV éligibles mises sous ARV en fin 2013 avec 5,43% alors que la ZS de Nyemba a la proportion la plus faible avec 1,07%. Le test de Chi2 a montré que la différence entre ces proportions entre la ZS de Kisantu et la ZS de Moba était statistiquement significative, la proportion étant plus élevée à Kisantu ($p=0,0000$).

Ici aussi, lors des entretiens, pour expliquer cette situation, les Médecins Chefs de Zone des ZS contrôle ont parlé de ruptures de stock chroniques en ARV mais aussi un manque de formation des médecins sur l'administration des ARV.

Les thèmes les plus fréquents dans les FG sont les suivants et sont autant de raisons invoquées pour expliquer la situation des ZS contrôle:

- La longue distance à parcourir pour aller chercher les médicaments
- L'alimentation insuffisante qui aggrave les effets des médicaments
- Les ruptures de stock qui découragent les PVV
- La sensibilisation insuffisante de la population sur l'importance des ARV.

3.2.8 -

4 - Discussion

4.1 - *Réalisation de l'étude*

Cette étude s'est déroulée de décembre 2013 à avril 2014 et les données ont été collectées en combinant la compilation des rapports mensuels, trimestriels et annuels des quatre ZS, les entretiens semi-directifs et les FG. En conduisant cette étude, le but était de tenter de démontrer la place et l'intérêt des activités communautaires dans la lutte contre le VIH/Sida dans la Zone de Santé de Kisantu en RD Congo. Pour y arriver, nous avons défini des objectifs opérationnels qui étaient :

- Analyser le niveau de mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu
- Comparer le niveau des indicateurs entre la ZS de Kisantu et les ZS où aucune intervention similaire n'était mise en œuvre

Nous avons conduit ce travail comme une étude « Ici - Ailleurs » en comparant les résultats obtenus à Kisantu où étaient mises en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH aux résultats obtenus pendant la même période (année 2013) dans trois ZS comparables à Kisantu mais qui n'avaient pas ces activités communautaires de lutte contre le VIH.

4.2 - *Limitations de la méthodologie*

1. En dépit d'un SNIS bien structuré, la faible disponibilité des données est un sérieux problème en RDC du fait d'une faible promptitude et d'une faible complétude lorsqu'une ZS ne reçoit pas un appui financier ou technique en plus de ceux du Ministère de la Santé. Il est fréquent que des ZS soumettent des rapports avec des données manquantes au niveau supérieur. Les réunions de validation ne sont pas régulières au niveau de ces ZS sans financement extérieur faute de moyens financiers pour réunir mensuellement tout le personnel impliqué dans la collecte et la validation des données. Ce qui a fait que, bien que les données fussent disponibles pour la ZS de Kisantu pour toute la durée de la mise en œuvre du projet, soit de juillet 2012 à avril 2014, seules les données pour l'année 2013 ont été utilisées pour la comparaison. Les données de l'année 2012 étaient trop éparpillées pour les ZS contrôle et les données de l'année 2014 pour ces ZS étaient encore en cours de validation. Nous aurions en plus voulu sélectionner un nombre plus grand de ZS contrôle mais plusieurs autres ZS contrôle tirées de manière aléatoire n'avaient pas de données complètes pour l'année 2013 et nous n'avions finalement retenu que trois ZS qui présentaient des données complètes pour 2013.
2. Les ZS bénéficiant d'un financement extérieur ont tendance à recevoir un nombre plus grand de supervision et de formation de la part des responsables du Ministère de la Santé au niveau national car les projets ont un budget qui leur permet de financer ces activités. Ces ZS bénéficient aussi d'un suivi rapproché de la part des bailleurs qui tiennent à ce

que ces ZS produisent les résultats attendus. Cela permet à ces ZS d'avoir des performances meilleures par rapport aux ZS sans appui extérieur.

3. La prévalence du VIH dans chaque ZS n'est généralement pas connue car les ZS n'ont ni la possibilité ni le mandat pour estimer la prévalence du VIH en leur sein. Seules quelques ZS sont sélectionnées pour abriter des sites sentinelles à partir desquels la mesure de la séroprévalence se fait. Ces données sont alors compilées et analysées pour donner la tendance pour l'ensemble du pays. L'un des biais potentiels dans ce genre d'étude est lié au changement de statut de la population au cours de l'étude. La population peut migrer de la ZS d'intervention vers une des ZS contrôle et vice-versa. Cela peut potentiellement affecter au cours du temps la séroprévalence d'une zone si cette migration est massive et les échanges importants.
4. La mise en œuvre d'autres programmes de santé publique dans les ZS ciblées peut avoir influencé les indicateurs à l'étude. La ZS de Kisantu avait, par exemple, reçu un lot important de préservatifs destinés aux activités du programme de santé de la reproduction lors du dernier trimestre 2013. Ces préservatifs ont été comptabilisés par la ZS avec ceux distribués par le projet à l'étude.

4.3 - *Prise en compte des limitations de la méthodologie*

Pour nous rassurer par rapport à la validité et à la comparabilité des données, nous avons consulté la base des données nationale au niveau de PNLS. Les données pour 2013 étant conformes aux données validées au niveau national, nous avons retenu cette période pour faire les analyses.

Comme la prévalence du VIH est restée stable en RDC ces dernières années, nous avons considéré qu'elle était aussi stable pour la plupart des ZS et nous avons pris la moyenne nationale pour faire des estimations dans toutes les ZS.

Les ZS contrôle sont toutes très éloignées géographiquement de Kisantu et cela ne permet pas à une partie significative de la population de migrer de Kisantu vers ces ZS et vice-versa au point d'affecter les échantillons.

Enfin, la distribution des préservatifs du programme de la santé de la production était ponctuelle dans la ZS et la très grande majorité des préservatifs y distribués provenaient bien du projet à l'étude.

4.4 - *Discussion sur les résultats obtenus*

En comparant les résultats obtenus, les observations suivantes peuvent être émises :

4.4.1 - *Performance du projet*

Dans l'ensemble, la plupart des cibles du projet sont atteintes pour la période concernée quand on compare les résultats obtenus tant au niveau des activités qu'au niveau des indicateurs du volet médical avec ce qui était prévu dans le cadre de performance.

Les différents informateurs clé reviennent sur le rôle joué par les Assistants Sociaux, les capotiers et les Relais Communautaires dans l'obtention de ces bons résultats.

Pour faire face à la faible performance du projet pour ce qui est du CDV (y compris pour les femmes enceintes) et de la PPE, SANRU a apporté un financement supplémentaire à Horizon

Santé afin de mettre en place et de former une équipe de Médiateurs Communautaires dont le rôle devait être d'approfondir la sensibilisation chez les femmes afin d'amener un plus grand nombre à consulter dès les premiers signes de grossesse et en cas d'accidents pouvant exposer au risque de contamination par le VIH (notamment en cas de viol). Cette activité n'a pas été rapportée dans ce travail car étant mise en place alors que nous terminions notre stage. Mais elle ne fait que souligner davantage l'importance des activités communautaires dans la lutte contre le VIH.

4.4.2 - Performances comparées

Pour comparer les résultats obtenus dans la ZS de Kisantu et ceux obtenus dans les ZS contrôle, un test de Chi2 a été effectué pour tous les indicateurs retenus sauf un : Nombre moyen de préservatifs par personne par an. Les résultats du test statistique ont montré que la différence était toujours statistiquement significative, la ZS de Kisantu ayant un niveau supérieur pour tous les indicateurs comparés sauf pour la PPE. Les résultats des entretiens semi-directifs et des FG semblent montrer le rôle joué par la mise en œuvre des activités communautaires dans la ZS de Kisantu dans l'obtention de ces résultats.

Le Médecin Chef de Zone de Kisantu a attribué la bonne performance dans la distribution des préservatifs à la motivation des capotiers par la prime de performance, ce qui a permis une compilation de toutes les données prenant en compte la distribution communautaire et clinique dans les aires de santé, l'organisation des sites de distribution communautaire des préservatifs en passant par les différentes associations sélectionnées pour cette activité. Chaque fois que les vidéo forums avaient lieu, un grand nombre de personnes se faisaient dépistées sur-le-champ et le taux de fréquentation des centres de CDV augmentait dans les jours qui suivaient. Chaque fois que l'équipe de la ZS descendait sur terrain pour sensibiliser sur l'importance de la CPN, un plus grand nombre de femmes enceintes se présentaient et se faisaient dépister.

Toutes les personnes sous ARV et qui avaient accepté de déclarer leur statut sérologique étaient répertoriées et avaient chacune un RC qui les visitaient à domicile. Ces PVV participaient aussi aux causeries éducatives mensuelles où elles se motivaient mutuellement.

Certaines PVV prenaient la parole lors des vidéo forums pour encourager la communauté à adopter des comportements pouvant les aider à éviter la contamination par le VIH et à se faire dépister.

Les RC et les Assistants Sociaux étaient fortement impliqués et sensibilisaient la communauté dans les réunions publiques mais aussi dans les contacts de tous les jours avec les membres de la communauté dont ils partageaient le voisinage.

De plus, il y avait une bonne collaboration entre les RC et les centres de santé dont ils dépendent et entre les Assistants Sociaux et la ZS. La tenue des réunions régulières entre ces membres de la communauté et les structures de la ZS permettait une bonne circulation de l'information dans les deux sens et le développement et la mise en œuvre des stratégies communes.

Ces résultats sont conformes à ce qu'on obtient quand on applique les recommandations de l'ONUSIDA en impliquant la communauté dans la lutte contre le VIH : « Une telle approche permet d'augmenter l'utilisation des services essentiels et de réduire les coûts de transaction pour l'individu, la famille et l'ensemble du programme sur le sida. La participation des communautés est essentielle pour la sensibilisation, pour créer une demande et pour garantir que des comptes sont rendus par rapport aux résultats(19, 20) ».

De même, après avoir évalué la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans le cadre de la PTME, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la Mauritanie recommande ce qui suit : « La sensibilisation de la communauté et le plaidoyer pour l'utilisation de la PTME sont importants car ils diminuent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, corrigent les mauvaises pratiques et facilitent la tâche des conseillers. Les femmes enceintes se présentent en consultation ou en maternité avec un bon bagage d'information et ne se sentent pas surprises par le test VIH. Tous les canaux et acteurs doivent être utilisés pour passer le message de la PTME : les médias audiovisuels, la presse, les affiches, les travailleurs sociaux, les leaders communautaires et religieux, les spécialistes de l'IEC(21) ».

4.5 - Conclusion et recommandations

4.5.1 - Conclusion

En considérant que les indicateurs dans toutes les quatre ZS ont été collectés, analysés et validés par le PNLS avec le même canevas et suivant la même méthodologie, en considérant que la prévalence du VIH est restée stable dans le pays et qu'elle est d'un niveau comparable dans les ZS retenues pendant la période concernée par l'étude et en considérant l'absence de migration significative de la population d'une ZS vers une autre, nous pouvons conclure que ces résultats sont pertinents pour juger d'une différence dans le temps et l'espace sur la prévention du VIH liée à la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH au niveau de la ZS de Kisantu.

4.5.2 - Recommandations

Sur base des résultats obtenus par la mise en œuvre de ce projet dans la ZS de Kisantu, nous pouvons recommander ce qui suit :

1. Augmenter le financement des activités de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu car si le niveau de performance interne du projet est globalement bon quand on le mesure par rapport au cadre de performance du projet, l'impact du projet au niveau de l'ensemble de la ZS est encore faible ;
2. Pour ce qui est de la sous-notification des cas d'exposition accidentelle au VIH par le viol, créer un cadre de collaboration entre les structures sanitaires d'une part et d'autre part les services de la police et les auxiliaires des services judiciaires en impliquant notamment les associations de défense des droits de l'homme. L'idée est que ces services réfèrent d'abord tout cas de viol au centre de santé pour les soins aussitôt que la notification leur est faite. Et pendant ce temps, les procédures policières et juridiques suivent leur cours normal.
3. Intensifier la PTME communautaire pour amener plus de femmes enceintes à se faire dépister et bénéficier d'une prise en charge correcte.
4. Organiser les séances de sensibilisation axées sur le bénéfice du traitement pendant les vidéo forum et causeries éducatives

5. Renforcer l'appropriation par la communauté pour maintenir le bénéfice de l'intervention au-delà de la fin du projet qui est prévue en décembre 2014.

Index des tables

#	Titre	Page
Tableau I	Suivi d'indicateurs de performance du volet médical du projet dans la ZS de Kisantu	12
Tableau II	Répartition des participants dans les Focus Groups par ZS	21
Tableau III	Niveau de mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu en 2013	21
Tableau IV	Niveau d'indicateurs du volet médical du projet mis en œuvre dans la ZS de Kisantu en fin décembre 2013	23
Tableau V	Nombre de préservatifs distribués dans les ZS et nombre moyen de préservatifs par personne par an	25
Tableau VI	Proportion de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats par ZS – Population générale	27
Tableau VII	Proportion de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats par ZS – Femmes enceintes	27
Tableau VIII	Tableau VI : Proportion de femmes enceintes séropositives mises sous ARV	28
Tableau IX	Proportion de personnes séropositives sous Cotrimoxazole par ZS	31
Tableau X	Proportion de Nouveaux Cas d'IST pris en charge selon l'approche syndromique en 2013 par ZS	32
Tableau XI	Proportion de PVV sous ARV en décembre 2013 par ZS	33

Index des illustrations

#	Titre	Page
Figure 1	Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires dans la ZS de Kisantu	24
Figure 2	Nombre de personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats dans la ZS de Kisantu	26
Figure 3	Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales dans la ZS de Kisantu	30
Figure 4	Nombre de nouveaux cas d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) traités selon l'approche syndromique	31
Figure 5	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux ARV et qui reçoivent le TARV dans la ZS de Kisantu	33

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé de la RD Congo. Plan national de Développement Sanitaire PNDS 2011–2015 [Internet]. [consulté 25 février 2014]. Disponible sur: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Democratic%20Republic%20of%20Congo/pnds_2011-2015.pdf
2. Ministère de la Santé RD Congo. Rapport narratif : Profil pharmaceutique de la République Démocratique du Congo 2011 [Internet]. [consulté 20 mai 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/medicines/areas/coordination/drc_pharmaceutical_profile.pdf
3. http://fr.wikipedia.org/wiki/Soins_de_sant%C3%A9_primaires, accédé le 26 avril 2014.
4. Pharmaciens Sans Frontières. Généralités sur Santé et Maladies Soins de Santé Primaires (SSP) Initiative de Bamako (IB) [Internet]. [consulté 26 avril 2014]. Disponible sur: http://psfci.acted.org/images/PSF_dossiers_pdf/guides_techniques/module1-generalite-ssp.pdf
5. PNMLS RDC. Rapport d'activité sur la riposte au VIH/sida EN RD Congo 2012 [Internet]. [consulté 18 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CD_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CD_Narrative_Report[1].pdf)
6. http://en.wikipedia.org/wiki/IMA_World_Health, accédé le 27 avril 2014
7. http://www.sanru.cd/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=290, accédé le 22 avril 2014.
8. <http://www.theglobalfund.org/fr/about/>, accédé le 22 avril 2014
9. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Top ten indicators for routine Global Fund reporting [Internet]. [consulté le 22 février 2014]. Disponible sur: http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring_evaluation/ME_TopTenIndicators_Card_en/
10. http://fr.wikipedia.org/wiki/Revue_de_la_litt%C3%A9rature, accédé le 26 avril 2014.
11. SANRU. Manuel des procédures du Relais Communautaire, Cellule d'animation communautaire et comité de développement de l'Aire de Santé [Internet]. [consulté 15 mai 2014]. Disponible sur: <http://sanru.org/projects/Community%20Relay%20Procedures%20Manual.doc>
12. Sherry ST, Marlow A. Getting the Lay of the Land On Health: A Guide for Using Interviews to Gather Information (Key Informant Interviews) [Internet]. [consulté 13 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.accessproject.org/downloads/final%20document.pdf>
13. Lefèvre N. L'entretien comme méthode de recherche [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
14. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Revue Recherches Qualitatives [en ligne]. 2009, Vol. 28(1), [consulté le 13 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.recherche-qualita-tive.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/baribeau\(28\)1.pdf](http://www.recherche-qualita-tive.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/baribeau(28)1.pdf)

15. Touboul P. Recherche qualitative: La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. [consulté 03 mars 2014]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
16. Kivits J, Guignard L. Préparer et conduire un entretien semi-directif [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: <http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf>
17. UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.unicef.org/drcongo/french/MICS_RDC_2010.pdf
18. Organisation Mondiale de la Santé. Modules de formation pour la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles. Guide du formateur [Internet]. [consulté 08 mai 2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242593402_guideduformateur_fre.pdf?ua=1
19. ONUSIDA, OMS, Sidaction. Elargir l'accès au traitement du VIH avec les organisations à assise communautaire [Internet]. [consulté 20 mai 2014]. Disponible sur: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1102-expandaccesstohivtreatm_fr.pdf
20. ONUSIDA. Investir pour des résultats au bénéfice des individus [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/JC2359_investing-for-results_fr.pdf
21. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Mauritanie. Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, PTME, Politique et Recommandations [Internet]. [consulté 20 mai 2014]. Disponible sur: http://www.africanchildforum.org/clr/policy%20per%20country/mauritania/mauritania_pmtct_fr.pdf
22. Organisation Mondiale de la Santé. Modules de formation pour la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles. Module 2 [Internet]. [consulté 08 mai 2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242593402_module2_fre.pdf?ua=1
23. Schneider H, Hlophé H, van Rensburg D. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy and Planning Journal* [en ligne]. [consulté 24 mai 2014]. Disponible sur: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/3/179.full.pdf>
24. Andreani JC, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : Etat de l'art en marketing. [Internet]. [consulté 21 février 2014]. Disponible sur: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf
25. Bayne L. BC Health Research Strategy: Key Informant Interviews: Report of Findings; Novembre 2012 [Internet]. [consulté le 22 février 2014]. Disponible sur: http://healthresearchstrategy.files.wordpress.com/2013/04/bchrs-report-on-key-informant-interviews-nov-2012_final.pdf

26. Ministère des Affaires Etrangères Danemark. Phase 2 de l'appui danois à la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso 2007–2012 [Internet]. [consulté 20 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/BFA/00048779/Document%20de%20Programme%20BF%20Version%20draft%20finale.doc>
27. Prairie Research Associates. Groupes de discussion [Internet]. [consulté 21 février 2014]. Disponible sur: http://www.pra.ca/resources/pages/files/technotes/focusgroup_f.pdf
28. Center for History and New Media. Guide rapide pour débuter [Internet]. [consulté 22 mai 2014]. Disponible sur: http://zotero.org/support/quick_start_guide
29. University of Illinois Extension Service–Office of Program Planning and Assessment. Using Key Informant Interviews [Internet]. [consulté 22 février 2014]. Disponible sur: http://ppa.aces.uiuc.edu/pdf_files/Informant1.PDF
30. ACORD. Intégration du VIH/SIDA par une approche communautaire basée sur les droits ETUDE DE CAS D'ACORD TANZANIE [Internet]. [consulté 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.acordinternational.org/silo/files/intgration-du-vihsida-par-une-approche-communautaire-base-sur-les-droit.pdf>
31. Kanchanaraksa S. Cohort Studies [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: <http://ocw.jhsph.edu/courses/fundepiii/PDFs/Lecture13.pdf>
32. The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Grant Rating Methodology – LFA Training, November 2010 [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.theglobalfund.org/documents/lfa/LFA_GrantRatingMethodology_Presentation_en/
33. The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Community Perspectives on Systems Effects of HIV/AIDS Funding in South Africa [Internet]. [consulté 24 mai 2014]. Disponible sur: http://theglobalfund.org/documents/library/Library_IEEVLCommunityPerspectivesOnSEHIVFundingSA_Report_en/
34. The Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Monitoring and Evaluation Toolkit HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening ME_monitoringEvaluation_Toolkit_en.pdf [Internet]. [consulté le 17 février 2014]. Disponible sur: http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring_evaluation/ME_MonitoringEvaluation_Toolkit_en/
35. OMS. Prophylaxie Post-Exposition pour prévenir l'infection à VIH : Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines_fr.pdf
36. Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (ROCARE). Extraits de Guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.rocare.org/PetitesSubventions_GuideRechercheQuali.pdf

37. Slocum N. Méthodes participatives, Un guide pour l'utilisateur [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://www.kbs-frb.be/uploadedfiles/kbs-frb/files/fr/pub_1600_outil_8_focusgroupe.pdf
38. Alliance Côte d'Ivoire et Care. Rapport fin de projet Fonds Mondial Round 2 Phase 2-1 [Internet]. [consulté 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.alliancecotedivoire.org/Media/Default/Document/Rapport%20fin%20de%20projet%20Fonds%20Mondial%20Round%20%20Phase%20-1.pdf>
39. Fondation Mérieux, Association des Jeunes du Département de Léo. Le rapport final du projet d'appui communautaire pour la lutte contre le sida chez les jeunes filles de la commune de Leo [Internet]. [consulté 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.fondation-merieux.org/documents/grants/2008/rapport-association-des-jeunes-departement-leo-mars-2008.pdf>
40. Le Focus Group [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_fcg_res_fr.pdf
41. UCLA Center for Health Policy Research. Section 4: Key Informant Interviews [Internet]. [consulté 25 mai 2014]. Disponible sur: http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/Documents/tw_cba23.pdf

ANNEXE I

Guide d'entretien pour focus group

Bonjour ! Je m'appelle _____ et je travaille comme animateur communautaire au sein de notre communauté. Par rapport aux activités de lutte contre le VIH/sida au sein de notre Zone de Santé, vous avez été contactés pour prendre part à ce groupe de discussion. Nous pensons que votre opinion est très importante pour nous aider à comprendre dans quelle mesure ce projet de lutte contre le VIH/Sida mis en œuvre par Horizon Santé dans la ZS de Kisantu produit des résultats dans notre communauté.

Nous pensons que cette discussion prendra moins de deux heures et nous vous encourageons à vous exprimer activement et librement.

Avec votre permission, nous allons enregistrer cette discussion. Mais nous vous assurons que cet enregistrement sera détruit quand nous allons finir de prendre des notes. Et en prenant ces notes, nous ne ferons référence à aucun de vos noms.

1. Pourquoi avons-nous plus de femmes que d'hommes qui se font soignées pour les IST ?
2. Beaucoup de préservatifs sont distribués mais pensez-vous que les gens les utilisent vraiment ? Si oui, qu'est-ce qui prouve que les gens les utilisent ?
3. Quel est votre avis sur le préservatif féminin ?
4. Quel sera votre comportement lorsqu'une femme est violée ?
5. Pourquoi beaucoup de cas de femmes violées ne sont pas notifiés afin de leur permettre d'accéder au traitement ?
6. Quelles sont les occasions où les gens peuvent se contaminer accidentellement ?
7. Quels sont les problèmes les femmes enceintes ont-elles pour aller aux CPN ?
8. Pourquoi beaucoup de femmes enceintes ne se font pas tester pour le VIH ?
9. Que doit faire une femme enceinte quand elle est testée positive au VIH ?
10. Quels sont les problèmes que rencontrent les PVV dans la prise quotidienne des ARV et du Cotrimoxazole ?

ANNEXE II

Guide d'entretien semi-directif

Bonjour ! Je m'appelle Flory Mononi, je suis médecin et je travaille comme stagiaire au sein d'Horizon Santé dans le cadre de mes études de Masters en Santé Publique.

J'ai sollicité cet entretien pour discuter avec vous des aspects liés à la mise en œuvre du projet de lutte contre le VIH/Sida mis en œuvre par Horizon Santé dans la ZS de Kisantu depuis juillet 2012.

Je voudrais avoir vos impressions par rapport :

- A la pertinence des activités proposées dans le cadre de ce projet
- Aux résultats que le projet est parvenu

Je voudrais aussi avoir vos suggestions pour permettre au projet d'avoir de meilleurs résultats

Voici les questions pour lesquelles je voudrais avoir des réponses de votre part :

1. Quelles sont vos principales responsabilités en tant que ?
2. Depuis combien d'années occupez-vous ces fonctions ?
3. Quels rapports avez-vous avec la mise en œuvre du projet de lutte contre le VIH/Sida qu'Horizon Santé met en œuvre dans la ZS à Kisantu ?
4. De manière générale, que pensez-vous de la planification et de la mise en œuvre de ce projet ?
5. Quels sont les résultats que vous pouvez imputer à ce projet ?
6. Comment pensez-vous que la mise en œuvre des activités communautaires a eu un impact sur les résultats imputables au projet ?
7. Que pouvez-vous recommander pour améliorer la planification et la mise en œuvre de ce projet ?
8. Quelles sont les autres informations que vous pouvez nous donner pour nous aider à mieux comprendre le contexte dans lequel ce projet est mis en œuvre ?

ANNEXE III

Liste des indicateurs du volet médical du projet mis en œuvre par Horizon Santé dans la Zone de Santé de Kisantu en RD Congo

1. Nombre de préservatifs distribués gratuitement aux bénéficiaires
2. Nombre des personnes conseillées et testées sur le VIH ayant retiré leurs résultats
3. Retrait de résultat Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) et Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).
4. Nombre des femmes enceintes séropositives ayant reçu le Traitement aux Antirétroviraux (TARV) pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant
5. Nombre des personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition
6. Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales
7. Nombre des nouveaux cas d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) traités selon l'approche syndromique
8. Proportion d'unités des dons de sang testées avec les quatre marqueurs
9. Nombre d'adultes et d'enfants éligibles aux antirétroviraux (ARV) et qui reçoivent le traitement aux ARV (TARV)
10. Pourcentage des formations sanitaires dispensant la TARV qui ont connu une rupture de stock d'au moins une molécule d'ARV pendant plus d'une semaine au cours de la période rapportée
11. Nombre d'adultes et d'enfants inscrits dans les services des soins VIH ayant bénéficié d'une évaluation sur la TBC au cours de leurs dernières visites
12. Nombre d'OEV scolarisés
13. Nombre d'OEV pris en charge médicalement
14. Nombre et pourcentage des prestataires des structures sanitaires supervisés par trimestre
15. Nombre et pourcentage des structures sanitaires ayant soumis un rapport complet et dans le délai au Bureau Central de la Zone de Santé

ANNEXE IV
CADRE DE PERFORMANCE

**Tool for the development of a Single Stream of Funding (SSF)
consolidated performance framework Year 1, 2 and 3:
Indicators, Targets and Periods Covered**

Program Details

Country:	Democratic Republic of Congo
Disease:	HIV
Grant number:	ZAR-H-SANRU - HORIZON SANTE-SSF/08
Sub Recipient:	HORIZON SANTE

		Year 1	Year 2		Year 3	
		P1	P2	P3	P4	P5
1	Number of condoms distributed free of charge to the end users	28 907	96 376	190 584	75 933	151 866
2	Number of people tested and counseled for HIV and who received results	1 786	1 777	3 552	2 635	5 271
3	Percentage of HIV-positive pregnant women who received antiretrovirals to reduce the risk of mother-to-child transmission	3	5	9	9	17
4	Number of persons provided with post exposure prophylaxis	9	9	19	3	9
5	Number and percentage of adults and children enrolled in HIV care and eligible for co-trimoxazole prophylaxis currently receiving co-trimoxazole prophylaxis	300	489	978	573	1 147
6	Number of new STI cases treated (with syndromic approach)	854	880	1 759	906	1 812
7	Percentage of donated blood units screened for HIV in a quality-assured manner	285/356	330/366	659/733	378/378	755/755

8	Number and percentage of eligible adults and children currently receiving antiretroviral therapy	166	178	106	130	154
9	Percentage of health facilities dispensing antiretroviral therapy that have experienced a stock-out of at least one required antiretroviral drug in the last 12 months	0	0	0	0	0
10	Number and percentage of adults and children enrolled in HIV care who had TB status assessed and recorded during their last visit among all adults and children enrolled in HIV care in the reporting period	20	66	133	194	390
11	Number of OVC attending school	20		20		20
12	Number and % of Health Care providers supervised per quarter (health center level)	5/9	9/9	9/9	9/9	9/9
13	Percent of Health Centers submitting complete and timely monthly reports to the Health Zone level	100%	100%	100%	100%	100%

ANNEXE V

ACTIVITES LIEES A LA MISSION DU STAGE ET CALENDRIER PREVISIONNEL

	Activités/Tâches	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22
0	Orientation au siège de Horizon Santé																						
1	Analyser la situation sur terrain																						
1.1	Recueillir les informations auprès des bénéficiaires																						
1.2	Faire la revue des indicateurs du projet																						
1.3	Evaluer la performance du projet																						
1.4	Analyser le niveau de la mise en œuvre des activités																						
1.5	Faire la liste des problèmes identifiés																						
2	Elaborer le plan d'action																						
2.1	Elaborer une réponse aux problèmes identifiés																						
2.2	Définir une stratégie pour exécuter les activités planifiées en réponse aux problèmes identifiés																						
3	Participer aux activités planifiées par le projet																						
3.1	Accompagner les volontaires lors des visites à domicile																						
3.2	Assister aux causeries éducatives planifiées pour les bénéficiaires																						
3.3	Assister aux réunions des Assistants Sociaux																						
3.4	Participer aux vidéo-forums																						

4	Produire les rapports narratifs mensuels et trimestriels																										
4.1	Assister le Chargé de Suivi-Evaluation dans la compilation et l'analyse des données provenant des formations sanitaires																										
4.2	Expliquer les variances les plus significatives																										
4.3	Soumettre le rapport mensuel au Principal Réceptiendaire (SANRU)																										
4.4	Soumettre le rapport trimestriel au Principal Réceptiendaire (SANRU)																										

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RESUME

Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme finance en RD du Congo un projet de lutte contre le VIH qui vise à contribuer à freiner la propagation de l'épidémie du VIH en RDC, et à atténuer son impact négatif sur les individus, les familles, les communautés, ainsi que le secteur productif après cinq années de mise en œuvre. L'atteinte de cet objectif global passe par l'intégration du paquet des services de prévention, soins et traitement du VIH/sida dans 196 Zones de Santé prioritaires.

Ce projet est mis en œuvre par l'ONG Horizon Santé dans la Zone de Santé de Kisantu depuis juillet 2012 pour 30 mois.

Ce projet a un volet médical et un volet communautaire. Les activités de ce dernier volet sont:

- produire et diffuser des émissions et des spots sur le VIH à la radio et la télévision
- organiser des Vidéo forums sur le VIH, organiser des séances de causerie éducative sur le VIH avec les populations à haut risque et avec les PVV, poser des affiches murales et ériger des panneaux routiers avec message de sensibilisation sur le VIH, distribuer les préservatifs gratuitement et de manière ciblée
- Organiser des visites à domicile aux PVV et OEV
- Assurer la scolarisation et les soins médicaux des OEV
- Former quatre Assistants Sociaux supplémentaires et payer leurs primes.

Ce travail présente les résultats de l'étude menée pour vérifier l'hypothèse selon laquelle une bonne mise en œuvre des activités communautaires du projet de lutte contre le VIH mis en œuvre dans la ZS de Kisantu aurait un impact positif sur les indicateurs du volet médical de ce projet.

Une étude de type « Ici - Ailleurs » a été mise en place pour vérifier cette hypothèse en mesurant les indicateurs suivants dans la ZS de Kisantu et dans trois ZS contrôle :

- Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH avancée qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral
- Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant
- Nombre de préservatifs distribués
- Nombre des personnes qui ont bénéficié d'une prophylaxie post exposition
- Nombre de nouveaux cas d'IST traités selon l'approche syndromique
- Nombre d'adultes et enfants éligibles qui reçoivent la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les normes nationales

Des données quantitatives issues des rapports périodiques de ces 4 ZS en 2013 ont été collectées, des entretiens semi-directifs et des focus groups ont été organisés pour analyser la performance du projet et comparer les résultats obtenus à Kisantu et dans les ZS contrôle.

Les résultats obtenus à Kisantu montrent que dans l'ensemble le projet avait une bonne performance pour la mise en œuvre des activités planifiées sauf pour les émissions radio et

télévisées, les vidéo forums et la prise en charge médicale des OEV. La performance dans l'atteinte des cibles pour les indicateurs était aussi bonne sauf pour le CDV, la prophylaxie au Cotrimoxazole et la prophylaxie post exposition.

La comparaison entre Kisantu et les ZS contrôle montrait que le niveau de indicateurs était statistiquement plus élevé à Kisantu sauf pour la Prophylaxie Post-Exposition où les résultats étaient les mêmes partout.

L'analyse semble suggérer que le niveau atteint dans à Kisantu pouvait être attribué à la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre le VIH pour autant que les indicateurs soient comparables d'une ZS à une autre et non biaisés et que la prévalence soit stable et comparable entre les quatre ZS.

Quelques recommandations ont été faites à la fin de ce travail afin d'améliorer davantage les performances d'un pareil projet et d'en assurer la pérennisation : augmenter le financement des activités de lutte contre le VIH dans la ZS de Kisantu, améliorer la collaboration entre les structures sanitaires d'une part et d'autre part les services de la police et les auxiliaires des services judiciaires, renforcer la mobilisation et l'implication de la communauté.

MOTS CLEFS : FONDS MONDIAL, KISANTU, ACTIVITES COMMUNAUTAIRES, ETUDE « ICI – AILLEURS », PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

ABSTRACT

The Global Fund is financing a project to fight against HIV in the DR Congo. The aim of the project is to contribute to the reduction of the spread of the HIV epidemic in the DRC, and to mitigate its negative impact on individuals, families, communities and the productive sector after five years of implementation. Achieving this objective requires integration of HIV / AIDS prevention, care and treatment within 196 priority Health Zones.

This project is implemented by the NGO Horizon Health in Kisantu Health Zone since July 2012 for 30 months.

This project has two components: medical and community. The activities of the latter component are:

- Produce and broadcast programs and commercials on HIV Radio and Television
- Organize Video forums on HIV, organize educational sessions on HIV with high-risk populations and PLHIV, draw wall posters and erect road billboards with messages for awareness on HIV, distribute free condoms to targeted people
- Conduct home visits to PLWHA and OVC
- Provide education and medical care for OVC
- Train four additional Social Workers and pay their premiums.

This abstract presents the study conducted to test the hypothesis that a proper implementation of HIV community activities would have a positive impact on the indicators of the medical component of the project implemented within Kisantu Health Zone.

A "Here-Elsewhere" study was set up to verify this hypothesis by measuring the following indicators in the Kisantu ZS and in three control HZ:

- Number of adults and children with advanced HIV infection currently receiving antiretroviral

therapy

- Number of women and men aged 15–49 who received an HIV test in the last 12 months and who know their results
- Number of HIV–positive pregnant women who received antiretrovirals to reduce the risk of mother to child transmission
- Number of condoms distributed
- Number of people who have received post–exposure prophylaxis
- Number of new STI cases treated according to the syndromic approach
- Number of eligible adults and children receiving Cotrimoxazole prophylaxis according to national standards.

Quantitative data from periodic reports of these 4 HZ were collected in 2013, semi–structured interviews and focus groups were conducted to analyze the performance of the project and to compare the results obtained in Kisantu HZ and the 3 control HZ.

The results show that overall performance in the project implementation was a good for all planned activities except for radio and television programs, video forums, video and medical care for OVC. Project performance in achieving the target indicators was also good except for VCT, prophylaxis with Cotrimoxazole and post–exposure prophylaxis.

The comparison between Kisantu HZ and control HZ Showed that the level of indicators was statistically higher in Kisantu except for Post–Exposure Prophylaxis where the results were the same everywhere.

The analysis seems to suggest that the level reached in Kisantu could be attributed to the implementation of Community activities to respond to HIV as far as indicators are comparable from one to another HZ and unbiased and that the prevalence also stable and comparable between the four HZ.

Some recommendations were made at the end of this work to further improve the performance of such a project and to ensure sustainability: increase funding for activities to respond to HIV infection in Kisantu Health Zone, improve collaboration between health facilities on the one hand and on the other hand between the police and auxiliary court services, strengthen the mobilization and community involvement.

KEYWORDS: THE GLOBAL FUNDS, KISANTU, COMMUNITY ACTIVITIES, “HERE AND ELSEWHERE” STUDY, POST–EXPOSURE PROPHYLAXIS, PMTCT.

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Horizon Santé, asbl

Adresse : 87 Avenue Kasa Vubu

Commune de Ngiri Ngiri

Kinshasa – RD Congo