



LECONS APPRISES DU PROCESSUS DE RATIONALISATION DU PARTENARIAT DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN RDC



FIGURE 1. PRISE DE VUE DES EXPERTS DU PNLS, DU FONDS MONDIAL, DU PEPFAR ET DE L'OMS À L'ISSUE DE LA RÉUNION D'ACCORD SUR LA RATIONALISATION DE LA CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS VIH, PNLS 16/07/2015

16/06/2015

Par Casimir Manzengo (OMS), Franck Fwamba (PNLS), Théodore Assani (PNLS), Lolem Ngong (PEPFAR), Nicolas Farcy (FM)

Dans le cadre de la gestion du partenariat dans les interventions de lutte contre le VIH/Sida en RDC, le PNLS a entrepris un processus de rationalisation visant à orienter les partenaires en vue de minimiser les gaspillages des ressources dus à la coprésence de plusieurs d'entre eux dans les mêmes sites et dans les mêmes Zones de Santé (ZS). Ce processus se passe à trois étapes : localisation dans un site d'ici fin 2015, zonalisation d'ici 2016 et enfin la provincialisation en fin 2018.

LECONS APPRISSES DU PROCESSUS DE RATIONALISATION DU PARTENARIAT DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN RDC

PAR CASIMIR MANZENGO (OMS), FRANCK FWAMBA (PNLS),
THEODORE ASSANI (PNLS), LOLEM NGONG (PEPFAR), NICOLAS
FARCY (FM)

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	2
INTRODUCTION	4
MISE EN ŒUVRE DE LA BONNE PRATIQUE (METHODOLOGIE)	6
PHASE DE LA CONCEPTION.....	6
PHASE DES ECHANGES ET DISCUSSIONS.....	7
PHASE DE MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE	7
PHASE DE CONSOLIDATION	7
PROGRES ET RESULTATS	8
CRITERES D'APPUI A LA ZS.....	8
DEFINITION DU PAQUET	8
CARTOGRAPHIE RATIONALISEE A PARTIR DE CELLE DE DEPART	10
SITUATION DES CIBLES PAR ZS ET PAR DPS.....	13
LECONS APPRISSES	13
LEADERSHIP DU PNLS.....	13
SOUTIEN DES PARTENAIRES	14
PLATE-FORME DES DISCUSSIONS.....	14
ANTICIPATION DES PROBLEMES DE MISE EN ŒUVRE	14
CONCLUSION	14
ANNEXES	15

LISTE DES ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
CDR	Centre de Distribution Régionale des médicaments
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
COP	Country Operational Plan
CPN	Consultation PréNatale
CS	Centre de Santé
CSDT	Centre de Santé de Diagnostic et Traitement de la Tuberculose
CSR	Centre de Santé de Référence
DFID	Department for International Development
DPS	Division Provinciale de la Santé
ETME	Elimination de la transmission de la mère à l'enfant
FM	Fonds Mondial
HGR	Hôpital Général de Référence
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSM	Man who have sex with Man
OHTA	Optimizing Access and Treatment of HIV for pregnant women living with HIV/AIDS
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Point Focal
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PR	Réципиентаire Principal
PROVIC	Programme de VIH intégré au Congo
PS	Professionnelles de sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaires Techniques et Financiers

PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVV	Personne Vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Soins de Santé Primaires en milieu Rural
SIDA	Syndrôme d'ImmunoDéficiency Acquis
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SR	Sous-Réceptaires
TAR	Traitement AntiRetroviral
TDR	Termes De Référence
TME	Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIH/TUB	Co-infection VIH Tuberculose
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

Dans le cadre de renforcement de la coordination des interventions de lutte contre le VIH/Sida, le PNLIS a mis en place en 2014, avec l'appui de l'OMS et sur un financement de PEPFAR, un cadre de concertation avec tous les partenaires Techniques et Financiers en vue d'échanger régulièrement et de discuter de tous les problèmes qui se posent dans la bonne marche des activités. Ces réunions s'inscrivent dans le mandat du PNLIS en accord avec l'Ordonnance-Loi du Président de la République du 18/03/2011(1) fixant le Cadre Institutionnel de la lutte contre le Sida en RDC. Cette dernière prévoit que le PNLIS puisse jouer le rôle de secrétariat exécutif du comité sectoriel de lutte contre le Sida au sein du secteur de la santé en renforçant la coordination des activités de lutte contre le Sida ainsi que le suivi et évaluation des interventions dans le secteur.

Au cours de la première réunion tenue en date du 2 octobre 2014 au PNLIS(2), les participants avaient relevé les difficultés de coordination due à la coprésence de deux ou plusieurs partenaires dans certaines formations sanitaires et dans certaines Zones de Santé (ZS) entraînant ainsi une duplication des interventions, un encombrement du système de reportage et des problèmes de gestion des intrants avec des gaspillages énormes.

La situation des partenaires d'appui à la lutte contre le VIH/Sida se présentait de la manière suivante :

- 239 ZS avec appui du Fonds Mondial, dont 178 où le FM était seul
- 95 ZS avec appui du PEPFAR dont 61 ZS de coprésence avec le FM. Ceci concerne principalement trois provinces ciblées par PEPFAR, à savoir Kinshasa, Katanga et Province Orientale
- 56 ZS avec appui DFID dont 25 ZS de coprésence avec le FM
- 12 ZS avec appui d'OXFAM

De ce qui précède, il est ressorti au cours de la deuxième réunion des PTF tenue le 12 Février 2015 que la rationalisation pourrait déjà permettre de couvrir 445 ZS dont 354 avec le FM, en considérant l'extension à 111 nouvelles ZS avec la Note Conceptuelle Unique, et 95 ZS avec PEPFAR(3). Et, si DFID appuyait 25 ZS et OXFAM 12, cela approcherait déjà la couverture à un nombre proche de l'ensemble de 516 ZS.

Au cours de différentes réunions et des réunions informelles bilatérales avec chaque partenaire d'appui, il y a eu plusieurs discussions pour savoir si la coprésence équivalait à une duplication ou à une complémentarité. S'il s'agit d'une duplication, alors la rationalisation pouvait se justifier ; mais dans le cas contraire, cela contribue à améliorer la lutte contre le VIH/Sida dans la ZS.

Lesdites discussions ont permis aussi de fouiller les raisons qui expliqueraient la coprésence. Pour ce faire, les parties prenantes ont creusé dans l'histoire de la gestion des subventions du Fonds Mondial pour trouver l'explication ou du moins une bonne partie.

En effet, le pays a connu un gel de financement du Fonds Mondial(4) pour les séries 7 et 8 en 2011 suite aux malversations financières découvertes par le Bureau de l'Inspection Générale du Fonds Mondial(5) dans la gestion des subventions à tous les niveaux. Ce qui a conduit à une sorte d'hibernation des interventions dans les ZS pendant au moins une douzaine de mois. En cette période, PEPFAR est arrivé avec le plan opérationnel pays (COP 11) qui comprenait un volet d'accélération de la PTME(6). Cette intervention salvatrice a soulagé les ZS et les structures qui avaient abandonné les activités de lutte contre le VIH/Sida par manque d'intrants et des médicaments. Ces ZS figuraient parmi les ZS prioritaires pour les interventions de lutte contre le VIH/Sida identifiées par le PNLS dans sa cartographie.

Après le dégel de la subvention du FM, les bénéficiaires principaux (PR) et les sous-bénéficiaires (SR) sont revenus dans les structures et ZS qui avaient déjà bénéficié des investissements divers du PEPFAR pour poursuivre les activités suspendues. Ils ne pouvaient pas partir dans d'autres ZS car elles allaient quitter les ZS prioritaires avec des cibles importantes et dans lesquelles ils avaient déjà investi.

Alors, la première solution immédiate était d'harmoniser les interventions pour éviter la duplication, le modèle le plus simple étant de laisser PEPFAR poursuivre les activités de PTME et que le FM se concentre dans la prise en charge aux ARV dans les ZS de coprésence.

Dans la suite, cette coprésence devenait difficile à gérer car d'une part, le FM avait une approche de paquet de tous les services avec les intrants nécessaires, et d'autre part, la PTME commençait aussi à requérir la mise sous traitement aux ARV d'un grand nombre des femmes, soit environ 40% des femmes séropositives dans l'option A et 100% dans l'option B+, ce qui a poussé PEPFAR à acheter des ARV à partir du COP 12. Enfin, cette situation de coprésence contentait les ZS qui avaient par conséquent deux partenaires avec les différents avantages pécuniaires en termes d'appui aux supervisions, frais de tenue des réunions et autres.

Au cours de la revue de l'option B+ tenue à Lubumbashi du 14 au 19 Avril 2014(7), cette question est revenue à la surface car la situation de coprésence avait été relevée comme un point fort et un point faible en même temps. En effet, le démarrage de l'option B+ avec le projet OHTA de l'UNICEF financé par les fonds Suédois, a connu un retard d'approvisionnement en intrants d'environ un trimestre. Et les autres partenaires, dont les partenaires d'implémentation de PEPFAR et les sous-bénéficiaires du Fonds Mondial ont mis à disposition les intrants et les ARV nécessaires pour couvrir une période d'au moins six mois du projet dans les ZS ciblées dans l'expérience pilote. Par la suite, la coprésence de ces différents intervenants dans les ZS et les structures a atteint ses limites en termes de coordination des approvisionnements avec des circuits différents, du système d'information avec des outils multiples et des appuis techniques des partenaires en général.

Par la suite, la mission de certification couplée à la cartographie réalisée en 2013(8) a permis d'identifier clairement les ZS et les structures concernées par la coprésence et elle a permis d'engager des réflexions sur les approches à utiliser pour renforcer la coordination et le leadership de la partie nationale dans la lutte contre le VIH/Sida. C'est l'une des raisons qui a

poussé les partenaires à trouver un cadre de concertation qui a été mis en place par le PNLS avec l'appui de l'OMS et le financement de PEPFAR.

Le présent travail voudrait présenter le processus de rationalisation des interventions VIH en RDC, les contraintes et les progrès accomplis.

MISE EN ŒUVRE DE LA BONNE PRATIQUE (METHODOLOGIE)

Le PNLS a recouru à la rationalisation pour corriger cette coprésence. Selon le dictionnaire Larousse, la rationalisation est un ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre d'un régime parlementaire pour assurer la stabilité et l'efficacité gouvernementales. Et au sens large, une rationalisation consiste à réorganiser un objet en faisant usage de la raison avec en perspective l'utilité(9). De ce qui précède, la définition suivante a été donnée au présent processus. Il s'agit d'un processus d'orientation efficiente des partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH/Sida afin d'optimiser les ressources disponibles. Il est synonyme à la **régularisation**¹, **l'optimisation**², **la taylorisation**³, **le productivisme**⁴ et à **la normalisation**⁵, chacun des mots ayant une signification particulière qui concourt à renforcer le processus initié par le PNLS. Il n'est pas à confondre avec une simple cartographie ou une photographie des interventions, mais plutôt il doit être considéré comme tout un processus dans lequel le résultat attendu ainsi que les moyens pour y parvenir comptent pour une bonne réussite.

Les objectifs de la rationalisation sont les suivants :

- ✓ Accroître l'efficacité des interventions de lutte contre le VIH/Sida notamment par un regroupement géographique
- ✓ Minimiser la duplication des efforts
- ✓ Renforcer la partie nationale dans la coordination des interventions des partenaires

Les principales activités menées dans ce processus se regroupent en quatre phases: phase de conception, phase des échanges et discussions, phase de mise en œuvre, phase de consolidation.

PHASE DE LA CONCEPTION

Après avoir fait les différents constats, le PNLS s'est appliqué à préparer les éléments de discussions avec les partenaires sur cette question. Il s'agit des activités suivantes :

- ✓ Elaboration de la cartographie des intervenants et des interventions
- ✓ Détermination des cibles par ZS et des patients actuellement couverts
- ✓ Définition des critères d'appui des ZS et de la notion du paquet d'interventions

¹ C'est une mise en conformité d'un acte juridique ou d'un acte de procédure

² C'est un ensemble des mesures visant d'améliorer les performances

³ C'est une organisation du travail au moyen d'une analyse détaillée des modes et techniques de production et partage de celle-ci entre ouvriers spécialisés

⁴ C'est un système d'organisation de la vie économique dans lequel la production est donnée comme objectif premier. Il ne doit pas être confondu avec la recherche de la productivité

⁵ C'est un processus permettant d'élaborer une norme à partir des usages et des meilleures pratiques.

PHASE DES ECHANGES ET DISCUSSIONS

A partir des données listées ci-haut, le PNL5 a initié une série des concertations avec les partenaires. Les activités suivantes ont été menées:

- ✓ Tenue des réunions de concertation isolées avec les partenaires clés
- ✓ Tenue des réunions de concertation des PTF
- ✓ Proposition de relocalisation des PTF en fonction des cibles susceptibles à couvrir

PHASE DE MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A la suite de ces concertations, les partenaires ont compris le bien-fondé de la rationalisation et se sont engagés dans le processus. Le PNL5 a garanti le principe de progressivité et de flexibilité dans la mise en œuvre de la rationalisation. La rationalisation devra se faire en trois étapes(10) essentiellement : **localisation du partenaire seul dans un site d'ici fin 2015 (1), zonalisation d'ici fin 2016 (2) et provincialisation ou régionalisation d'ici fin 2018 (3).**

La première étape voudrait qu'il n'y ait qu'un seul partenaire dans une structure, la deuxième correspond à un seul partenaire dans une ZS et la troisième, à un seul partenaire dans une Province, ou mieux dans une DPS, avec l'étape de la **clustérisation** comme une alternative non obligatoire. Les activités suivantes ont fait l'objet de cette phase :

- ✓ Proposition d'un plan de repositionnement
- ✓ Identification des ZS qui doivent faire l'objet de l'appui du Fonds Mondial. Il s'agit de 239 ZS du Round 7&8 et les 111 nouvelles ZS
- ✓ Accompagnement du processus de priorisation des ZS à appuyées dans le plan opérationnel pays du PEPFAR pour l'année 2015. Ce qui lui a permis de réduire le nombre des ZS de 95 à 60 et de catégoriser les ZS en trois : 17 ZS de mise à l'échelle, 24 ZS de maintenance et 19 ZS de transition. Cet exercice a permis à PEPFAR de faire des économies de près de 3 millions USD dans le COP 15(6).
- ✓ Elaboration de la cartographie souhaitée en fonction des discussions et des analyses des uns et des autres.

PHASE DE CONSOLIDATION

Tous les efforts actuels doivent être poursuivis et consolidés pour parvenir à une rationalisation durable. Le PNL5 devra identifier quelques problèmes qui pourraient survenir dans la mise en œuvre et anticiper les solutions. Il y a notamment les problèmes de rupture de stock des ARV dus au retard des partenaires dans l'approvisionnement, de rapportage des données, de coordination des interventions dans les Provinces et celui du financement de la lutte par les ressources domestiques. Ces problèmes ont aussi été relevés dans le cadre de l'index de durabilité des interventions VIH(6) utilisé par PEPFAR dans le processus d'élaboration du COP 15. C'est pourquoi les activités suivantes sont prévues :

- ✓ Elaboration d'un plan de transition de certaines ZS d'un partenaire vers un autre
- ✓ Quantification du stock d'ARV et intrants disponibles et préparation d'un stock tampon d'ARV dans toutes les Provinces
- ✓ Renforcement du SNAME et de son circuit d'approvisionnement
- ✓ Renforcement du système national d'information en utilisant les mêmes outils et le même circuit de transmission des données

- ✓ Renforcement des capacités de coordination des interventions de lutte contre le VIH/Sida autour des Bureaux Provinciaux du PNLs. Dans le souci de garantir la qualité des animateurs, il est souhaitable de les recruter selon un processus compétitif avec la participation de tous les partenaires.
- ✓ Plaidoyer pour augmenter la contribution du Gouvernement dans la lutte contre le VIH/Sida tant au niveau national qu'au niveau provincial.
- ✓ Préparation à la mise en place d'un système de suivi des critères d'élimination du VIH

PROGRES ET RESULTATS

Au cours du processus de rationalisation jusqu'à son terme, des progrès considérables ont été réalisés. Il s'agit notamment de la définition des critères d'appui à la ZS, la composition du paquet de services, la cartographie rationalisée à partir de celle de départ et enfin la situation des cibles par ZS. Le présent chapitre va passer en revue les différents progrès cités ici-haut.

CRITERES D'APPUI A LA ZS

De ses concertations avec les partenaires, le PNLs a commencé par définir les critères qu'un partenaire devra réunir pour considérer qu'elle apporte un appui à une ZS. Ces critères sont les suivants :

- ✓ Appuyer seul une ZS ou plus
- ✓ Offrir l'ensemble du paquet complet prévention, soins et traitement VIH dans une ZS (notion verticale de la couverture)
- ✓ Couvrir au moins 90 % des cibles dans une ZS (notion horizontale de la couverture),
- ✓ Durée d'intervention d'au moins 3 à 5 ans,
- ✓ Avoir une bonne concentration géographique dans le rayon (clustérisation)

DEFINITION DU PAQUET

C'est un jalon important dans le processus dans le sens qu'un partenaire devra couvrir au moins ce paquet de services pour qu'une ZS lui soit attribuée pour appui. La démarche pour définir le paquet de soin est partie du cadre d'investissement(11) développé lors de la revue de performance du programme VIH en RDC, puis des priorités retenues dans le PSN(12). Elle a aussi tenu compte de l'élan actuel vers l'option globale de « Test and treat » dans laquelle le traitement constitue lui-même la meilleure option de prévention(13) et des efforts visant l'extension rapide de l'offre des services avec l'objectif 90-90-90 en vue de l'élimination du VIH d'ici 2030(14).

A titre de rappel, le cadre d'investissementⁱ avait retenu trois interventions prioritaires principales sur la base de la tangibilité du bénéfice à tirer, des gaps programmatiques, de la disponibilité potentielle du financement et de l'engagement du Gouvernement et de la Communauté Internationale. Il s'agit de la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant(1), du traitement par les ARV, les soins et le soutien aux PVV(2) et de la prévention ciblant les populations clés les plus exposées au risque d'infection VIH, les populations dites passerelles et la promotion des préservatifs(3). Ces priorités ont été retenues comme telles dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida(12).

Partant de cela, le PNLS a défini simplement deux dimensions pour définir le paquet :

- ✓ La dimension verticale qui prend en compte les aspects de dépistage et de traitement parmi les interventions. Il suffit donc d'être à mesure de dépister et de traiter pour couvrir le paquet minimum de lutte contre le VIH. Cette façon de voir permet de donner de l'espace à d'autres intervenants qui ont des interventions isolées qui complètent le paquet minimum. Il s'agit notamment de la distribution des préservatifs, des activités de sensibilisation, des activités communautaires et autres qui viennent en complément au minimum décrit ci-haut
- ✓ La dimension horizontale qui vise la couverture de 90% de la cible attendue en termes des bénéficiaires. Cette dimension permet de casser l'ancienne vision qui définissait une ZS ayant intégré les interventions de lutte contre le VIH comme celle qui a au moins cinq formations sanitaires qui offrent les activités de prévention et deux qui offrent les activités de prise en charge.

De cette manière, le niveau des performances au niveau des provinces et des ZS peut se représenter par le graphique ci-dessous en « oignon » qui capte les deux dimensions. L'oignon comprend cinq couches qui symbolisent de l'extérieur à l'intérieur les indicateurs suivants: nombre des PVV attendues, nombre et pourcentage des PVV dépistées, nombre et pourcentage des PVV mises sous ARV, nombre et du pourcentage des PVV retenus à 12 mois et enfin nombre et pourcentage des PVV parvenues à la suppression virale à 12 mois de traitement aux ARV. Les trois premiers indicateurs font l'objet d'analyse à l'initiation, mais au moment de l'évaluation après un an de traitement aux ARV, les deux derniers sont ajoutés sur la liste des indicateurs à analyser. L'ensemble de ce cascade d'indicateurs est présenté sous-forme de l'oignon ci-contre(15) :

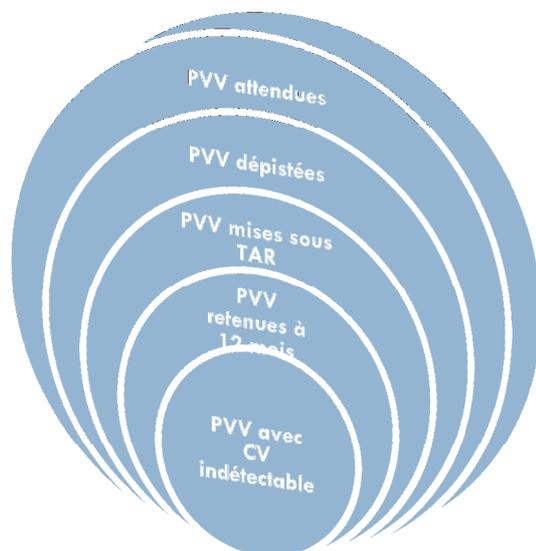


FIGURE 2. CASCADE DE SUIVI DE PERFORMANCE D'UNE ZS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

CARTOGRAPHIE RATIONALISEE A PARTIR DE CELLE DE DEPART

La carte suivante donne la situation de la coprésence en 2014.

CARTOGRAPHIE, FM, PEPFAR ET LA CO-PRESENCE EN 2014

Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA

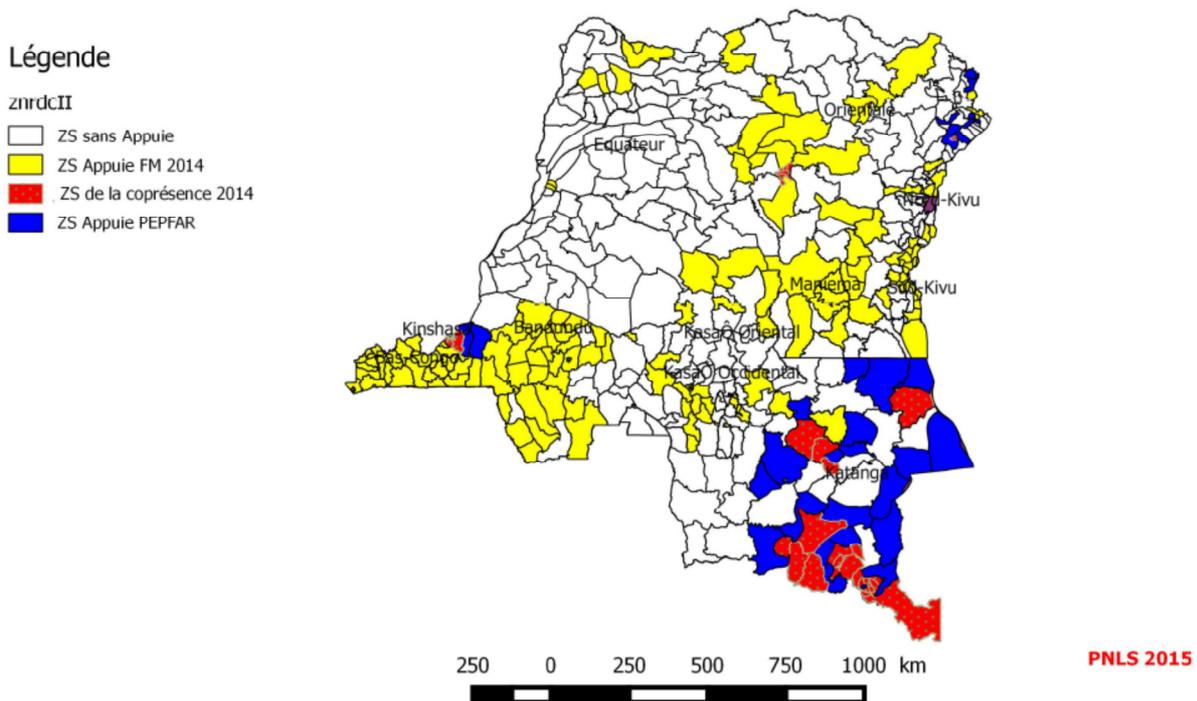


FIGURE 3. CARTOGRAPHIE DE DÉPART EN 2014

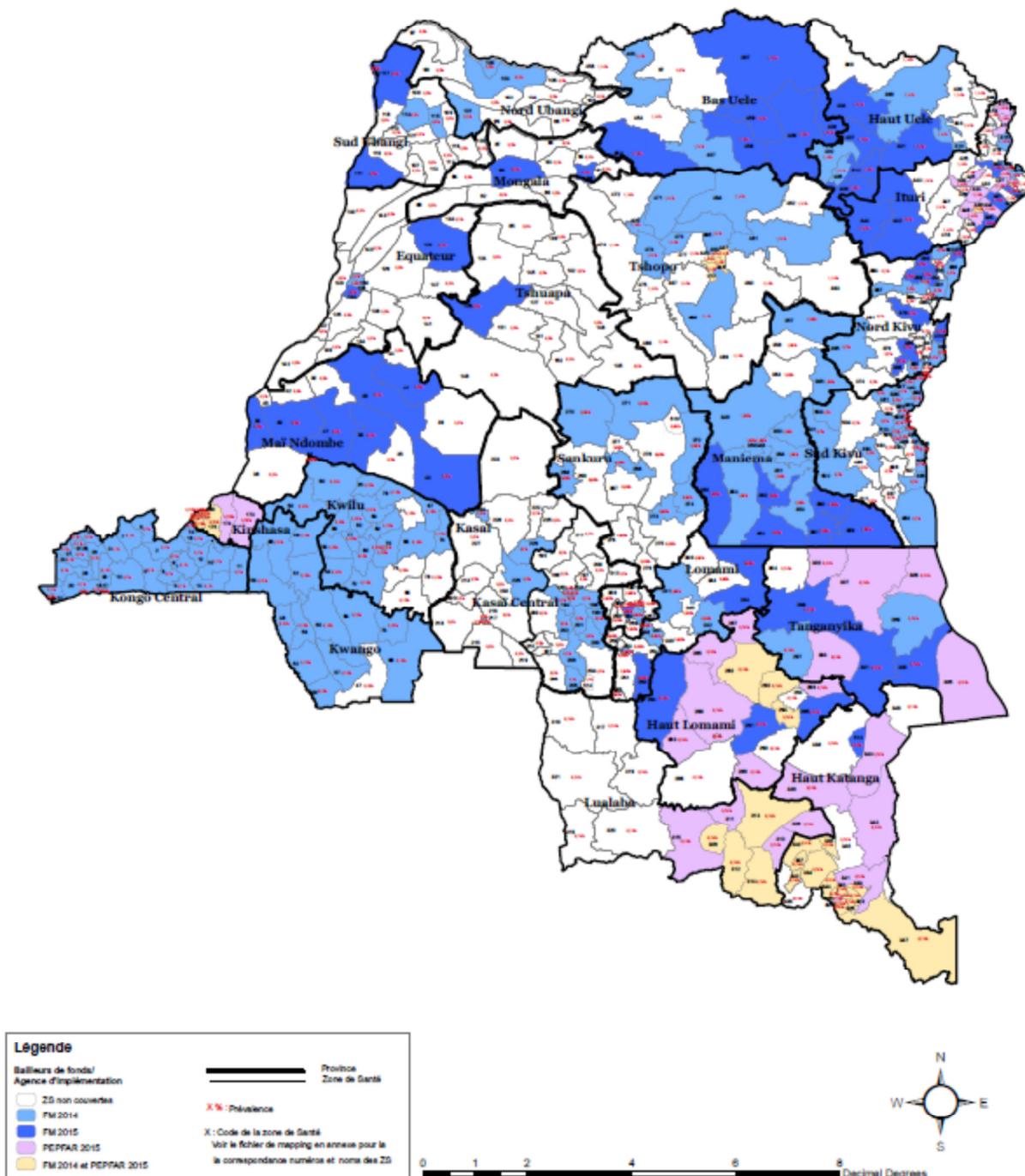
En fait, la coprésence concernait particulièrement trois provinces qui comprennent environ les 51% des PVV du pays selon les projections SPECTRUM 2015. Il s'agit de Kinshasa, du Katanga et de la Province Orientale. Dans ces provinces, il y a respectivement 35 ZS, 68 ZS et 83 ZS, ce qui fait au total 186 ZS. Dans ces provinces, PEPFAR appuyait 95 ZS dont 61 ZS de coprésence. En dehors de ces ZS de coprésence, le FM en appuyait 178 ZS, ce qui fait au total 273 ZS (178+34+61) appuyées par les deux partenaires mis ensemble.

Par ailleurs, pour l'ensemble du pays, le FM rapportait avoir pris en charge 92000 PVV dans les 239 ZS et PEPFAR en rapportait 40000 PVV, ce qui logiquement devrait faire un total de 132000 PVV, alors qu'en réalité le PNLS rapporte 101 000 PVV(16). Ceci est dû encore une fois à la complexité de la gestion de la coprésence avec des erreurs de double-comptage dans le rapportage.

Le processus de rationalisation a permis de dégager 350 ZS devant être appuyées dans le cadre de la note conceptuelle unique du FM et 60 ZS autres, dans le cadre du COP 15 du PEPFAR, ce qui fait au total 410 ZS avec les deux appuis(10).

La première carte concerne le FM et la deuxième, le PEPFAR.

République Démocratique du Congo Situation 2015 avant rationalisation



LECONS APPRISSES DU PROCESSUS DE RATIONALISATION DU PARTENARIAT DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN RDC

Le FM cible géographiquement 354 ZS avec une cible importante des malades et une certaine tendance au regroupement dans toutes les Provinces du pays. Le nombre des malades à mettre sous traitement aux ARV est de 142000 en fin 2016, dont 28000 nouvelles inclusions, et de 164000 PVV en fin 2017, dont 22000 nouvelles inclusions(17).

CARTOGRAPHIE PEPFAR PROPOSITION PEPFAR EN 2015

Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA

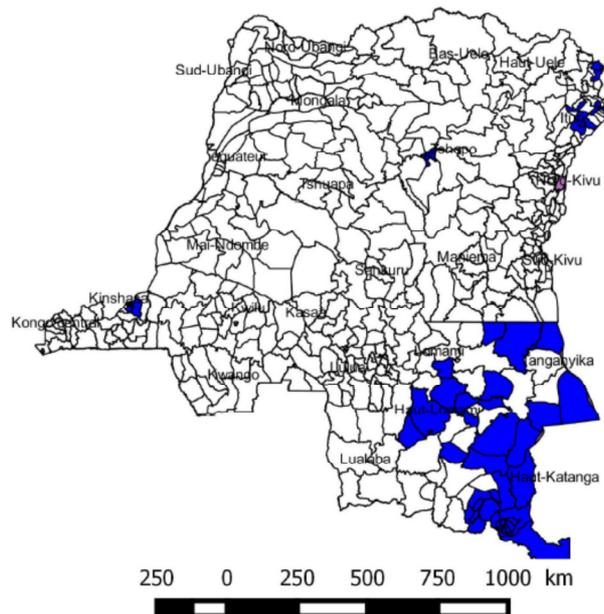
Légende

znrdcII

□ ZS sans appuie PEPFAR 2015

■ ZS appuie PEPFAR 2015

TOTAL DPS : 4
TOTAL ZS : 70



Le PEPFAR cible géographiquement 60 ZS avec une cible importante des malades et une certaine tendance au regroupement dans trois Provinces du pays. Le nombre des malades visés est de 42890 PVV en fin 2016, dont 14487 nouvelles inclusions, et de 77872 PVV en fin 2017, dont 20695 nouvelles inclusions. ⁱⁱ

SITUATION DES CIBLES PAR ZS ET PAR DPS

Le PNLS a fait un travail énorme de faire une cartographie des malades PVV attendues par ZS, celles qui sont déjà sous ARV et le gap éventuel. Ici, seule la présentation par Division Provinciale de la Santé (DPS) sera présentée dans le tableau suivant.

TABLEAU 1. NOMBRE DES PVV ATTENDUES ET DES FEMMES ENCEINTES VIH+ ATTENDUES PAR PROVINCE, SOURCE: SPECTRUM 2015

	BDD	BCO	EQT	KOC	KOR	KAT	KIN	MA N	NKV	POR	SKV	TOT
NB PVV ATTENDUES FIN 2014	291 63	115 89	400 84	212 52	736 34	886 72	628 49	466 75	408 18	1183 99	190 97	5522 32
NB PVV SOUS ARV FIN 2014	317 2	508 5	309 1	247 5	497 7	197 02	353 76	253 2	697 8	1129 3	664 3	1013 24
COUVERTURE	11%	44%	8%	12%	7%	22%	56%	5%	17%	10%	35%	18%
NB FE ENC VIH+ FIN 2014	139 4	570	188 8	159 5	470 6	603 5	261 3	296 6	225 0	5951	112 1	3108 9
NB FE ENC VIH+ SOUS ARV FIN 2014	195	525	164	231	339	307 1	355 3	216 295	1	1341	419	1229 4
COUVERTURE	14%	92%	9%	14%	7%	51%	136 %	10%	96%	23%	37%	40%

Au total, les 516 ZS regroupées en 11 anciennes DPS ont 552232 PVV attendues parmi lesquelles 101324 PVV sont déjà mises sous traitement aux ARV en fin 2014.

De même, il y avait 31089 femmes enceintes VIH+ attendues, parmi lesquelles 12294 ont reçu les ARV pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant en fin 2014.

LECONS APPRISES

LEADERSHIP DU PNLS

Au cours de ce processus de rationalisation, le PNLS a joué un rôle important depuis l'identification du problème jusqu'aux résultats réalisés à ce jour. Parmi les points à relever, il y a :

- ✓ Le suivi des activités sur le terrain et l'analyse des données périodiques a permis d'identifier le problème et déclencher la réflexion sur la rationalisation de la cartographie des interventions
- ✓ La définition claire de la vision et de l'option à prendre par le PNLS a permis une bonne compréhension du processus et l'adhésion des partenaires
- ✓ La préparation des données sur les cibles des PVV attendues dans chaque ZS et le nombre des PVV mises sous traitement aux ARV a été un grand effort qui a convaincu les partenaires et qui a permis de bien orienter les partenaires dans l'affectation des ZS à appuyer
- ✓ La définition du paquet de services de lutte contre le VIH dans sa dimension verticale et horizontale a été un élément important dans la définition de la vision

- ✓ La mise sur table du fonds de contrepartie gouvernementale a permis aussi de renforcer les capacités de négociation du Ministère de la Santé dans ce processus

SOUTIEN DES PARTENAIRES

Sans l'implication de principaux partenaires, le processus aurait connu plusieurs difficultés. Celle-ci s'est manifestée notamment par :

- ✓ La volonté de soutenir les efforts de la partie gouvernementale par les partenaires a facilité leur adhésion
- ✓ L'ouverture des partenaires principaux qui ont exposé clairement leurs craintes et attentes dans ce processus et explorer ensemble les pistes des solutions avec le PNLS

PLATE-FORME DES DISCUSSIONS

Le PNLS a mis en place un cadre de concertation avec les partenaires pour discuter de cette question de coprésence. Il y a notamment :

- ✓ La tenue des réunions de coordination des partenaires autour du PNLS a constitué une bonne plate-forme des discussions qui ont permis d'aboutir à la matérialisation de la vision
- ✓ La tenue des réunions bilatérales avec certains partenaires clés de la lutte contre le VIH/Sida, à savoir le Fonds Mondial et le PEPFAR

ANTICIPATION DES PROBLEMES DE MISE EN ŒUVRE

Le PNLS et les principaux partenaires ont anticipé les difficultés de mise en œuvre possible et a essayé d'identifier les voies et moyens pour les contourner. Il faut notamment citer :

- ✓ L'organisation des ateliers sur la transition dans chaque DPS afin de rapprocher le centre de décision des bénéficiaires et des agents de mise en œuvre. Les ZS concernées directement seront invitées à ces ateliers. Ceci va faciliter l'implication de la base dans cette nouvelle vision
- ✓ Les ZS vont présenter les cibles par intervention menée, les besoins en intrants par rapport à ceux qui sont disponibles, la gestion des ressources des partenaires et anticiper les difficultés éventuelles de la rationalisation
- ✓ Un de grands problèmes pressentis c'est la rupture de stock dans cette transition. Il sera donc indispensable de prévoir un stock tampon dans les DPS concernées dans la phase de transition. Les CDR auront donc un rôle important au cours de ladite phase.

CONCLUSION

La gestion du partenariat dans les interventions de lutte contre le VIH/Sida est un grand défi dans la plupart des pays en développement surtout lorsque le financement est extravertie. Le Ministère de la Santé en RDC a fait face à cette situation qui occasionne d'énormes problèmes de gaspillage des ressources et de coordination. Pour y faire face, le PNLS a entrepris le processus de rationalisation de la cartographie qui a abouti, du moins sur papier, au terme de neuf mois de négociation avec la complicité de tous les partenaires.

La rationalisation vise à orienter les partenaires en vue de minimiser les gaspillages des ressources dus à la coprésence de plusieurs d'entre eux dans les mêmes sites et dans les mêmes Zones de Santé (ZS). Ce processus se passe à trois étapes : localisation dans un site d'ici fin 2015,

zonalisation d'ici 2016 et enfin la provincialisation en fin 2018. Des dispositions importantes sont prises pour gérer la transition en douceur, il s'agit de la préparation des plans de transition dans les DPS en impliquant les ZS concernées et la mise en place d'un stock tampon pour gérer les éventuelles ruptures de stock. Enfin, un accord entre le PNLS et les principaux partenaires a été signé pour sanctionner la redistribution des ZS aux partenaires d'appui.

Ce processus a permis de tirer plusieurs leçons allant du leadership du PNLS qui en a été le moteur, le soutien des partenaires qui ont adhéré à la vision du PNLS, la mise en place d'un cadre de concertation des partenaires autour du PNLS et enfin l'anticipation des problèmes de mise en œuvre.

ANNEXES

Synthèse des travaux de rationalisation Fonds Mondial – PEPFAR par zone de santé et selon les 26 Provinces - 15 et 16 juillet 2015

Au terme des travaux de concertation engagés par le Fonds Mondial, le PEPFAR et le PNLS sur la rationalisation des interventions de ces deux Bailleurs dans la lutte contre le VIH en RDC, les décisions stratégiques suivantes ont été convenues concernant la répartition de la couverture des zones de santé entre le Fonds Mondial et le PEPFAR :

1. Réallocation de la couverture géographique des programmes Fonds Mondial et PEPFAR

• KINSHASA :

- ✓ Zones de transition identifiées par PEPFAR : ces zones seront couvertes in fine par le Fonds Mondial. Exception pour les 3 zones sur lesquelles le Fonds Mondial ne se situe pas aujourd'hui (Maluku 1, Maluku 2 et Ngiri-Ngiri). La transition de ces 3 zones sera discutée entre le PNLS et le PEPFAR.

La liste des zones de cette catégorie couvertes in fine par le Fonds Mondial est la suivante :

Barumbu
Biyela
Bumbu
Gombe
Kasa-Vubu
Mont Ngafula II
Kalamu I
Kalamu II
Police
Kintambo
Kinsenso
Lemba
Makala
Selembao

- ✓ Zones de santé prioritaires et de saturation identifiées par PEPFAR : ces zones seront couvertes in fine par PEPFAR. Le Fonds Mondial va retirer sa couverture de ces zones.

La liste des zones de cette catégorie couvertes in fine par PEPFAR est la suivante :

Kimbanseke*
Masina II*
Kingasani*
Ndjili*
Kikimi
Kingabwa*
Masina I*
Kokolo*

*zones couvertes par le FM en 2014

- ✓ Zones de support identifiées par PEPFAR : ces zones seront couvertes in fine par PEPFAR et le Fonds Mondial va retirer sa couverture. Néanmoins, il sera envisagée une transition plus tardive de ces zones dans le cadre du plan de transition afin de conserver une certaine flexibilité. Il pourra alors être envisagé que ce soit PEPFAR qui retire sa couverture de certaines de ces zones en prenant notamment en compte :

- Le cas de la prise en charge des populations spécifiques de ces zones,
- Le déroulement des transitions au niveau des 25 autres provinces.

La liste des zones de cette catégorie est la suivante :

Binza-Meteo*
Binza-Ozone*
Mont Ngafula I*
Lingwala*
Ngaba*
Matete*
Limeté*
Bandalungwa*
Nsele*
Kinshasa*

*zones couvertes par le FM en 2014

- **HAUT KATANGA :**

- ✓ Couverture in fine par PEPFAR de toutes les zones de santé en doublon avec le Fonds Mondial ou couvertes par le Fonds Mondial seul. Le Fonds Mondial va retirer sa couverture.

La liste des zones de santé en doublon avec le Fonds Mondial est la suivante :

Kamalondo
Kambove
Kampemba
Kapolowe
Katuba
Kenya
Kikula
Kipushi
Kisanga
Likasi
Lubumbashi

Panda
Rwashi
Sakania
Tshamilemba
Vangu

La zone de santé qui était couverte par le Fonds Mondial seul est la suivante : Kowe

- **LUALABA :**

- ✓ Couverture in fine par PEPFAR de toutes les zones de santé en doublon avec le Fonds Mondial ou couvertes par le Fonds Mondial seul. Le Fonds Mondial va retirer sa couverture.

La liste des zones de santé en doublon avec le Fonds Mondial est la suivante :

Dilala
Lualaba
Lubudi
Manika

Il n'y avait pas de zone de santé couvertes par le Fonds Mondial seul.

- **TANGANIKA :**

- ✓ Couverture in fine par le Fonds Mondial de toutes les zones de santé en doublon avec le PEPFAR ou couvertes par le PEPFAR seul. Le PEPFAR va retirer sa couverture.

La zone de santé en doublon avec le PEPFAR est la suivante : Aucun

La liste des zones de santé qui sont couvertes par le PEPFAR seul est la suivante :

Kongolo
Manono
Moba
Nyemba
Nyunzu

Par ailleurs, des discussions seront engagées entre le PNLS et le Fonds Mondial pour la reprise de tout ou partie des zones de santé.

- **HAUT LOMAMI :**

- ✓ Couverture in fine par le Fonds Mondial de toutes les zones de santé en doublon avec le PEPFAR ou couvertes par le PEPFAR seul. Le PEPFAR va retirer sa couverture.

La liste des zones de santé en doublon avec le PEPFAR est la suivante :

Kabongo
Kinkondja
Malemba-Nkulu

La liste des zones de santé qui sont couvertes par le PEPFAR seul est la suivante :

Bukama
Kamina
Kitenge
Lwamba
Mulongo
Songa

• **ITURI :**

- ✓ Couverture in fine par le Fonds Mondial de toutes les zones de santé en doublon avec le PEPFAR ou couvertes par le PEPFAR seul. Le PEPFAR va retirer sa couverture.

La zone de santé en doublon avec le PEPFAR est Bunia.

La liste des zones de santé qui sont couvertes par le PEPFAR seul est la suivante :

Adi
Ariwara
Bambu-Mines
Fataki
Mongbwalu
Nizi
Rethy
Rimba
Rwampara

- ✓ Par ailleurs, le Fonds Mondial couvrira in fine les zones de santé couvertes des patients du Fonds MAP. La liste de ces zones de santé est la suivante :

Jiba
Komanda
Lita
Mambasa
Nia-Nia
Tchomia

• **TSHOPO :**

- ✓ Couverture in fine par le Fonds Mondial de toutes les zones de santé en doublon avec le PEPFAR ou couvertes par le PEPFAR seul. Le PEPFAR va retirer sa couverture.

La liste des zones de santé en doublon avec le PEPFAR est la suivante :

Kabondo
Lubunga
Makiso-Kisangani
Mangobo
Tshopo

Il n'y avait pas de zone de santé couvertes par le PEPFAR seul.

2. Modalités et timing des plans de transition

Le PNLS a fixé aux parties prenantes un objectif commun de formalisation d'un plan de transition selon les 26 Provinces, qui puisse être analysé et validé avec le Ministère de la Santé d'ici le mois d'octobre 2015. Ce plan devra être discuté et développé avec la participation du niveau provincial (DPS, Ministère Provincial de la Santé ainsi que tous les intervenants).

Les équipes au niveau provincial seront consultées pour la mise en œuvre du plan de transition et devront s'atteler à sa préparation dès son approbation.

Il a été convenu par le PNLS, le Fonds Mondial et le PEPFAR que la présence d'un bailleur dans une Province n'implique pas obligatoirement que toutes les zones de santé soient couvertes par celui-ci.

Il a par ailleurs été convenu qu'une certaine flexibilité serait conservée dans la réalisation des plans de transition dans le temps, afin d'éviter toute déstabilisation des programmes en cours. Cette flexibilité pourra comprendre d'éventuelle révision de la transition de certaines zones de santé à Kinshasa après mapping des populations clés de ces zones de santé tel que précisé plus haut dans le présent document.

De manière générale, en attendant l'effectivité de la transition qui devra intervenir dans un délai raisonnable, les deux partenaires vont continuer leurs appuis dans les zones où ils se trouvent actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Présidence de la République. Ordonnance-Loi portant organisation de la lutte contre le VIH/Sida en RDC, 2011. 2010.
2. PNLS. Rapport de la première réunion de concertation entre le PNLS et les partenaires. Kinshasa, RDC: PNLS RDC; 2015 oct p. 10 pages.
3. PNLS. Rapport de la deuxième réunion de coordination du PNLS et PTF. Kinshasa, RDC: PNLS RDC; 2015 févr p. 6 pages.
4. PNUD. Communiqué de Presse sur le gel des dépenses. Kinshasa, RDC; 9 juin 2015;
5. Bureau de l'Inspecteur Général. Audit national des subventions du Fonds Mondial en République Démocratique du Congo. Kinshasa, RDC: Bureau de l'Inspecteur Général; 2015 mars p. 141. Report No.: TGF-OIG-09-007.
6. PEPFAR. Country Operational Plan 15. 2015.
7. PNLS. Rapport de la revue de l'option B+ à Lubumbashi. Lubumbashi: PNLS RDC; 2015 avr.
8. PNLS. Rapport de certification des données de lutte contre le VIH/Sida exercice annuel 2012 et 1er semestre 2013. Kinshasa, RDC: PNLS RDC; 2014 janv p. 45 pages.
9. Wikipedia [Internet]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalisation>

10. PNLs. Protocole d'accord de rationalisation entre le FM et le PEPFAR. 2015.
11. PNMLS. Cadre d'investissement de la lutte contre le VIH/Sida en RDC. 2013.
12. PNMLS. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2014-2017. 2015.
13. WHO. WHO issues new HIV recommendations calling for earlier treatment, New Release. Press release, WHO. Geneva, Switzerland; 30 juin 2013;
14. Sidibé M. The last climb: Ending AIDS, leaving no one behind [Internet]. UNAIDS; 2014 [cité 13 sept 2014]. Disponible sur: distribution@unaid.org
15. Manzengo C. Note conceptuelle de renforcement du système de santé pour la mise à l'échelle de l'option B+ en RDC. 2015.
16. PNLs. Rapport annuel 2014. Kinshasa, RDC: Ministère de la Santé; 2015 mai p. 56 pages.
17. CCM. Cadre de Performance de la Note Conceptuelle Unique VIH/TUB 2015-2017. 2015.