

République Démocratique du Congo
Présidence de la République



PNMLS
PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE
LUTTE CONTRE LE SIDA



2ème Conférence Nationale sur le VIH/Sida et les ISTs :

Ensemble pour une génération sans sida
en
République Démocratique du Congo

Programme & Manuel Des Abstracts

24-26 juin 2013 – Lubumbashi – R.D. Congo

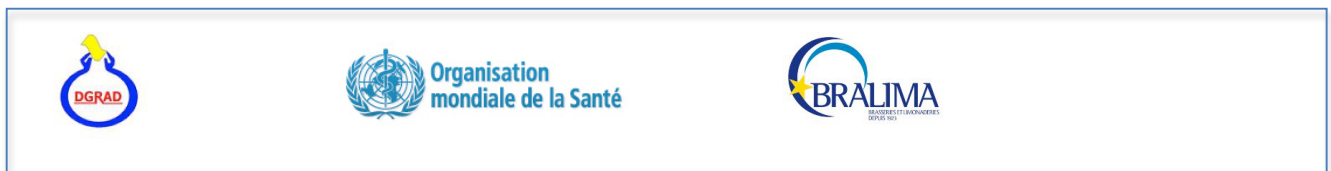
ORGANISATEURS



SPONSORS MAJEURS



DONATEURS ET APPUIS



FIRMES PHARMACEUTIQUES



Comité organisateur

- Kapend'a Kalala Liévin
- Fwamba Franck
- Lueteta Jean Pierre

- Diallo Mamodou
- Momat Félix

Commission scientifique

- Kayembe Kalambayi Patrick
- Dikamba Nelly
- Kokolomami Hyombo Jack
- Lepira Bompeka beka

- Munday Mulopo Félicien
- Situakibanza Hyppolite
- Mubangi Gilbert

Commission administrative et logistique

- Okito Londa Emile
- Bossiky Bernard
- Kibwa Michée
- Muamba David

- Ndjibu Francine
- Hamuli Nsuadi John
- Mouala Christian
- Kalenga Simon Adrien

Comité provincial CNSida 2013/ Katanga

- Ilunga Ndjoloko
- Kalenga Mwenze
- Ilunga Ina Mutombo Eléonore
- Kasongo Omba Isabelle
- Wakunga Warach
- Malonga Kaj
- Kitoki Kimpinde
- Mukomena sompwe Eric

- Pharmacien Lenge
- Kat Kambol Françoise
- Semilwo Jean
- Mawaw Makan Paul
- Tshikonde jean Félix
- Tembele Jean Claude
- Mutangala
- Kassongo Pierre

Secrétariat permanent

- Ndongala Guy
- Gibango Elysée
- Kintala Merline

- Kibangula Nathalie
- Gaby Zabusu

Comité préparatoire phase I

Institution

Abbott Pharma
CDC/Atlanta/RDC
CICR
CIELS
CISSIDA

CIVS
Consultant CISSIDA
CUK, UNIKIN
ESP/Cissida

ESP/UNIKIN

FOSI
HIV/AIDS Officer UNICEF
Ministre de la Santé Publique
Ministère de la Santé Publique

OMS
ONUSIDA

PATH USAID/RDC

PEPFAR/CDC-Atlanta
PNLCD
PNLS

PNMLS

Présidence de la République
PROVIC

UCOP+
UNFPA

Noms

Kabasele Jean Mathieu
Motingya Léon
Ewane Dédé
Nkiesolo Maximilien
Okitolonda Emile
Ndongala Venga Guy
Mavoka Marx
Kabeya Didier
Mupenda Bavon
Lepira B François
Muhemedi Saleh
Konde Joël
Kayembe Patrick
Dikamba Madiya Nelly
Mambu Therèse
Late Vincent
Ndaliko Jean Matthieu
Makwenge Kaput
Mapatano
Shodu Lomami Roland
Kebela
Mudiay Madeleine
Manzengo Casimir
Ouattara Yafflo
Mouala Christian
Kalombo David
Kiangala Emmanuel
Minlangu MB
Fotto Patricia
Okenge Yuma Augustin
Kabuayi Nyengele Jean Pierre
Kapend K Liévin
Bossiky Bernard
Ben Bola
Dzatsi Jean Paul
Inyongo Serge
Motalimbo Bijou
Mbuyi Axelle
Kiboko Fatuma
Trad Hatton
Voulu Makwelebi
Wala-Wala Olivier
Antwisi Delphin

Comité préparatoire phase I (site et fin)

Institution

Noms

UNIKIN

Mubangi Bet'ukany Gilbert

Munday Félicien

UNIKIN, Ordre des Pharmaciens

Mvumbi Lelo Georges

Université Catholique au Congo

Père Ruffin Mika

PROGRAMME

Heures	Dimanche 23 juin 2013	Lundi 24 juin 2013	Mardi 25 juin 2013	Mercredi 26 juin 2013
7h 30 à 8h 30				
8h 30 à 10h 30		Séance d'ouverture	Coïnfection VIH-tuberculose: ampleur et stratégies de prise en charge	La résistance aux ARV: facteurs d'alerte et prévention
			La PTME en RDC: Leçons apprises	Table ronde 5 : Droits humains, genre, et SGVB
10h30– 11h30		Situation du VIH/Sida en RDC : Epidémiologie, Réponse et perspectives	Les avancées récentes dans la riposte au VIH : Le dépistage du VIH, la prise en charge	Thème E : Approches communautaires et ciblage des groupes spécifiques
11h30 – 11h45	Pause-café			
11h45 – 12h45		Table ronde 1 : Gouvernance dans la riposte face au VIH/Sida en RDC	Table ronde 3 : Appropriation nationale pour une riposte intégrée et durable	Thème F : Approches psychosociales et éthiques
12h45 – 14h30	Session Posters - Lunch			
14h30-15h45	Inscriptions et retrait du kit de la conférence	Thème A : Epidémiologiques du VIH en RDC	Thème C : Approches de prise en charge	Table ronde 6 : Réponse communautaire face au VIH/Sida
15h45-17h		Thème B : PTME et Sida Pédiatrique	Thème D : Gestion des co-morbidités	Séance de clôture
17h-18h		Table ronde 2 : Partenariat et mobilisation des ressources pour la riposte face au VIH/Sida	Table ronde 4 : Jeunes et sexualité	

DIMANCHE 23 JUIN 2013

14h30 – 18h00 : Inscriptions et retrait des kits de la conférence

LUNDI 24 JUIN 2013

8h30- 10h30 : Séance d'ouverture

- Mot du Président du comité d'organisation
- Mot du directeur régional de l'Onusida
- Mot du gouverneur de la province du Katanga
- Mot de SE Mr le Ministre de la santé
- Cocktail

10h30- 11h30 : Session plénière

Modérateur : Patrick K Kayembe

Co-modérateur :

8h30 – 9h30 : Situation du VIH/Sida en RDC : Epidémiologie, Réponse et perspectives : Liévin Kapend

11h30 – 11h45 : Pause-café

11h45 – 12h45 : Table ronde 1 : Gouvernance dans la riposte face au VIH/Sida en RDC

Président: SE Mr le Ministre de la santé

Rapporteur : Onusida

Panelistes :

- Ministre du Budget
- Ministre du Plan
- Ministre des finances
- Ministre de la santé
- Ministre Affaires étrangères
- Gouverneur du Katanga
- UNDP
- FM
- ONUSIDA

12h45 – 14h 30 : Lunch - Session Posters

14h30 – 15h45 : Thème A : Epidémiologiques du VIH en RDC

Modérateur : Kayembe K Patrick

Co-modérateur :

14h30 – 14h40 : Connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH/SIDA dans les grandes prisons de la République Démocratique du Congo
Kokolomami J, Beni Ngatsui R, Salumu Mafuta F, Wasso I, Okenge A

14h40- 14h50 : Evaluation du don de sang et de la séroprévalence des marqueurs infectieux chez les donneurs de sang à Kinshasa, R. D. Congo
Par: Yuma R.S, Kabamba M.P, Misingi P

14h50 – 15h00 : Le Dépistage et la Prévalence du VIH Parmi les Patients Atteints de Tuberculose à Kinshasa dans 20 Formations Sanitaires à Kinshasa d’Octobre 2010 en Aout 2011
Batumbula L, Tabala M, MungoyoE, Lusiana J, Chalachala JL, Yotebieng M, Behets F

15h00 – 15h10 : Fréquence des malades tuberculeux vivant avec le VIH/sida dans différents centres de santé et dépistage à Kisangani, province orientale. (1/janvier /2009 au 31/12/2009)
Leonard Makelele Kambale

15h10 – 15h20 : Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: Proportion et déterminants.
Albert Mwembo-Tambwe A Nkoy , Prosper Kalenga Muenze Kayamba, Philippe Donnen, Faustin Chenge Mukalenge, Perrine Humblet, Michelle Dramaix, Pierre Buekens

15h20 – 15h45 : Discussion

15h45 – 17h00 : Thème B : PTME et Sida Pédiatrique

Modérateur : Ditekemena

Co-modérateur : Konde/UNICEF

15h45 – 15h55 : Mise en œuvre de l’option A dans les maternités appuyées par L’ESP/UNC-DRC d’avril 2011 à septembre 2011.
Kawende B, Okitolonda V, Lusiana J, Chalachala JI, Ilunga V, Deidre T, Yotebieng M, Behets F

15h55 – 16h05 : Utilisation de l’échéancier pour le suivi du couple mère-enfant, cas de l’aire de Betty, zone de santé de Kipushi et de l’aire de santé Marie-auxiliaire dans la ZS de Sakania
Patrick Mbay, Casimir Manzengo, Yaya Kateng, François Mpanga

16h05 – 16h15 : Effet de la divulgation du statut sérologique chez les enfants infectés par le VIH dans l’évolution de CD4 après échec de traitement ARV de 1^{ère} ligne
Kitetele F, Lusiana J, Lelo P, Tshikandu T, Mboma B, Akele C, Yotebieng M, Behets F³

16h15 – 16h25 : Réseautage de service pour la l’amélioration de l’accessibilité à la PTME; le suivi des femmes VIH+ et les soins aux enfants exposés.

Casimir Manzengo, Aloys Olinda, Marie Josée Kikoo, Patrick Matala, Freddy Kasonga

16h25 – 16h35 : Dépistage du VIH en salle de travail à Lubumbashi, RD Congo : une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Mwembo-Tambwe Ank , Kalenga Mk, Donnen P, Humblet P, Chenge M, Dramaix M ,
Buekens P

16h35 – 16h45 : Connaissance, attitude et pratique des prestataires des soins de la salle d'accouchement en rapport avec la Prévention de la Transmission du VIH de la mère a l'enfant à Lubumbashi

Mwembo -Tambwe NKA , Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Mukalenge C,
Dramaix M, Buekens P

16h45 – 17h00 : Discussion

17h00 – 18h00 : Table ronde 2 : Partenariat et mobilisation des ressources pour la riposte face au VIH/Sida

Président: Ministre de la Sante Publique

Rapporteur : Onusida

Panelistes :

- Ministère du Budget
- Gouverneur du Katanga
- ONUSIDA
- Banque Mondiale
- USAID\PEPFAR
- Global Fund
- Bralima

8h30- 11h30 : Session plénière :

Modérateur : Lepira

Co-modérateur :

8h30 – 9h30 : Coïnfection VIH-tuberculose: ampleur et stratégies de prise en charge (Franck Fwamba)

9h30 – 10h30 : La PTME en RDC: Leçons apprises (EGPAF : Ditekemena)

10h30 – 11h30 : Les avancées récentes dans la riposte au VIH : Le dépistage du VIH, la prise en charge (OMS)

11h30 – 11h45 : Pause-café

11h45 – 12h45 : Table ronde 3 : Appropriation nationale pour une riposte intégrée et durable

Président: PNMLS

Rapporteur : UNHCR

Panelistes :

- ONUSIDA
- PNMLS
- D10
- WHO
- UNFPA
- PNL
- PNSR
- Secrétaire Général MSP

12h45 – 14h30 : Lunch – Sessions Posters

14h30 – 15h45 Session C : Aspects Cliniques et Prise en charge

Modérateur : Mwembo Tambwe

Co-modérateur : PAM

14h30 – 14h40 : Hyperactivation immune chronique par translocation bactérienne ; rôle pivot des monocytes m-dc 8⁺ (cd14⁺⁺/cd16⁺⁺⁺) dans l'échec thérapeutique par les ARV

Kasamba I Et Balaka E , Matanda K , Kadiebwe M , Kilolo I, Milolo , Tshibumbu K, Mwamba M, Coca N , Vaira D , Kabeya, Kapend A K Et Nathan Clumeck

14h40 – 14h50 : DREAM : modèle d'une approche globale de lutte contre la pandémie de sida en Afrique sub-saharienne.

Neze Julien¹, Guidotti Gianni², Capparucci Stefano², Doro Altan Anna Maria², Shaka Dirk¹, Palombi Leonardo³

14h50 – 15h00 : Décentralisation de la prise en charge des patients séropositifs stables : expérience des points de distribution (PODI) d'ARV à Kinshasa
Kalenga L, Luemba A, Luyeye P, Lukela J, Loko Roka J, Lampaert E, Kiala B, Goemare E, De Weggheleire A.

15h00 – 15h10 : Rétenion et facteurs de risque dans une cohorte des patients sous antirétroviraux en République Démocratique du Congo
Kalenga2 L., Koole1 O., Kiumbu3 M., Merten1 J., Mukumbi2 H., Colebunders1 R.

15h10 – 15h20 : L'infection à VIH et la cryptococcose à Lubumbashi : suivi clinique et biologique de 96 semaines.
Claude Mwamba¹, Liévin Kapend¹, Michel Moutschen², Eric Kasamba¹, Dolorès Vaira², Nathan Clumeck³

15h20 – 15h45 : Discussion

15h45 – 17h00 : Thème D : Gestion des co-morbidités

Modérateur : Situakibanza

Co-modérateur : OMS

15h45 – 15h55 : Etude de l'infection à VIH chez les drépanocytaires homozygotes β_s/β_s duffy négatif (darc-46c/c) dans la ville de Lubumbashi en République démocratique du Congo
Ph. Lungu Anzwal, Sentob Saragosti, S. Wembonyama, B. Kizungu Vumilia, E. Kasamba, B. Mupemba Nsaka And M. Balaka Ekwalinga.

15h55 – 16h05 : Diagnostic de la toxoplasmose cérébrale chez la personne vivant avec le VIH aux cliniques universitaires de Kinshasa
Situakibanza Nani-Tuma Hippolyte^{1, 2, 4}, Ngandu Kaisa Christian^{3, 4}, Fataki Olivier^{2, 4}, Mbula Mambimbi Marcel^{1, 2, 4}, Kiazayawoko Zola Florian^{1, 4}, Mayasi Nadine^{1, 2, 4}, Longokolo Muriel^{2, 4}, Pindi Taylor^{2, 4}, Mandina Madone^{1, 2, 4}

16h05 – 16h15 : Affections opportuniste des les enfants VIH+ aux cliniques Universitaires de Kinshasa
Kapepela M, NkoyY P, Kavuo A , Nsiangani N, Shiku J, Tady B et Kaimbo k .

16h15 – 16h25 : Carte épidémiologique actuelle des Infections Opportunistes au VIH/SIDA à Kinshasa et à Matadi
Kokolomami J*, Beni Ngatsui R**, Mukumbi H ****, Okenge A**

16h25 – 16h35 : la problématique des soins ancillaires dans la prise en charge de l'infection à VIH en RDC et dans des pays à faible revenu.
T. Tshikandu¹, S. Rennie⁴, B. Mupenda ¹, J. Lusiana^{1,2}, F. Kitetele^{1,2}, P. Lelo^{1,2}, B. Mboma¹, V. Ilunga ¹, M. Yotebieng ³, F. Behets³.

16h35 – 17h00 : Discussion

17h00 – 18h00: Table ronde 4: Jeunes et sexualité

Président: Conseil National des ONGs de la Santé (CNOS)

Rapporteur : UNFPA

Panelistes :

- Ministère EPSP
- PROVIC
- UNESCO
- UNICEF
- UNFPA
- Réseau des journalistes
- PNSR
- PSI-ASF
- ONG des jeunes + RACIJ

MERCREDI 26 JUIN 2013

8h30- 11h30 : Session plénière :

Modérateur : Kapend Liévin

Co-modérateur :

8h30 – 9h30 : la résistance aux ARV : Facteurs d’alerte et prévention (Ekofo, PNLs)

9h30 – 10h30 : Table ronde 5 : Droits humains, genre, et SGVB

Président: Ministère du genre

Rapporteur :

Panelistes :

- Parlementaires (Sénat et Parlement)
- RENADEF
- ONUSIDA
- UNDP
- ONG (femmes/Katanga)

10h30 – 11h30 Thème E : Approches communautaires et ciblage des groupes spécifiques

Modérateur : Munday F.

Co-modérateur : Mubangi G.

10h30 – 10h40 : Campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA et dépistage volontaire du VIH dans la ville province de Kinshasa

Nguete B.¹, Babakazo P.¹, Muhemedi S.¹, Okitolonda E.¹, Motingia L.², Djibonge E.³, Kialungila S.³, Kibundu L.³, Kinkela S.³, Ifefa Y.³

10h40 – 10h50 : Expérience du Conseil et Dépistage (CD) nocturne du VIH auprès des HSH dans la ville de Kinshasa en 2010

H. Mbwolie¹; G. Kapila²; V. Makwelebi M.³; D. Ndagano⁴ et al

10h50 – 11h00 : Prévalence et déterminants de la consommation d'alcool parmi les adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans dans la ville de Kinshasa

Kayembe P., Mashinda D.

11h00 – 11h10: Contribution du secteur privé à la lutte contre le VIH/SIDA. Modélisation de l'impact selon l'expérience de 20ans de lutte d'une entreprise privée, la Bralima.

Kitenge Lubangi

11h10 – 11h20 : Indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco - résistance du VIH dans les sites de prise en charge des patients sous ARV en RDC

Kaba d*, Ekofo f**

11h20 – 11h30: Discussion

11h30 – 11h45 : pause -café

11h45 – 12h45 : Thème F : Approches psychosociales et éthiques

Modérateur : Munday Félicien

Co-modérateur : Mubangi Gilbert

11h45 – 11h55 : Stress psychosocial, religion, personnalité et progression des noirs africains vers le sida à Kinshasa

Mananga Lelo G., Mampunza M.M., Longo Mbenza, Yassa

11h55 – 12h05 : Respect du secret professionnel et information des partenaires sexuels d'un patient contaminé par le VIH/SIDA : nouveaux repères éthiques pour faire évoluer le droit et la déontologie

Laurent Ravez (CIDES et NARILIS, Université de Namur) ; Aimé Malonga (CIBAF, Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa)

12h05 – 12h15 : La pauvreté éthique, source de persistance des comportements à risques d'infection par le VIH/Sida.

Munday Mulop, Mika Mfitché

12h15 – 12h25 : La contextualisation culturelle du VIH/SIDA en RDC : une approche complémentaire et inclusive en Afrique centrale

Professeur Bruno Lapika Dimomfu - Anthropologue médical – CERDAS- UNIKIN

Sophie Kotanyi - M.A. Anthropologue – Paulo Freire Institut – Freie Universität Berlin

12h25 – 12h35 : Titre de la communication : Soins palliatifs dans la prise en charge psychosociale des PVVIH en situation précaire

Jean Lazare Muyanga Nkumuki

12h35 – 12h45 : Discussion

14h45 – 15h45: Table ronde 6: Réponse communautaire face au SIDA

Président : PNMLS

Rapporteur : ONUSIDA

Panelistes

- Religieux (1)
- Parlementaires (1)
- ONG de femmes (1)
- ONG des jeunes (1)
- PVVIH (1)
- MARPS (1)
- MSF
- Presse

SOMMAIRE

PRESENTATIONS ORALES	2
Lundi 24 juin 2013	3
Session A	3
Session B	6
Mardi 25 juin 2013	10
Session C	10
Session D	14
Mercredi 26 juin 2013	17
Session E	17
Session F	21
POSTERS	24
<i>LUNDI 24 JUIN 2013</i>	25
<i>MARDI 25 JUIN 2013</i>	35
<i>MERCREDI 26 JUIN 2013</i>	48
INDEX DES AUTEURS	61

PRESENTATIONS ORALES

Lundi 24 juin 2013

Session A

A.1 Connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH/sida dans les grandes prisons de la République Démocratique Du Congo

Kokolomami J*, Beni Ngatsui R**, Salumu Mafuta F**, Wasso I**, Okenge A**

* Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa. RDC.

** Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST, MSP, RDC

JUSTIFICATION :

Les milieux carcéraux passent pour être à haut risque d'infection à VIH, enregistrant quelque fois des taux de prévalence entre 6 à 50 fois plus élevés que dans les populations générales (Human Right Watch).

En RDC, il n'y a pas encore eu d'étude consacrée à la situation du VIH/Sida dans les prisons.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des détenus ainsi que du personnel pénitencier des grandes prisons de la RDC face au VIH/Sida.

METHODE :

Étude transversale descriptive. Interviews semi-structurées des détenus et du personnel des trois grandes prisons de la République démocratique du Congo :

- Le centre pénitencier de rééducation de Kinshasa(CPRK)
- La prison centrale de Bukavu à l'est du pays ;
- La prison de Kassapa en province du Katanga

RESULTATS:

1454 interviews réalisées (1454 détenus et 50 membres du personnel de soins).

Moyenne d'âge de 32 ans (ET 10,6 ans), âge médian à 31 ans (minimum : 12 ans ; maximum : 78 ans). Ni la moyenne ($p=0,939$) ni la médiane ($p=0,924$) d'âge ne sont différentes entre les deux sexes.

Connaissances : les connaissances sur les modes de transmission pris séparément paraissent bonnes, mais seuls 3,3 % de répondants ont pu à la fois mentionner les (3) principaux modes de transmission du VIH, et rejeter les principales idées fausses.

Attitudes : 87% de répondants accepteraient de se faire dépister lors de leur séjour en prison. Toutefois, 21 % refuseraient de partager une cellule de prison

avec une PVVIH. 48 % de détenus souhaiteraient qu'on isole les PVVIH dans des prisons propres à elles.

Pratiques : 45 % de détenus affirment s'échanger des rasoirs avec des codétenus. Près de 1 détenu sur 5 (18 %) reconnaît avoir des rapports sexuels (hétérosexuels) en prison, souvent (69 %) non protégés.

CONCLUSION :

Les résultats de cette enquête CAP traduisent le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques dans les grandes prisons de la RDC en rapport avec le VIH/Sida.

Par rapport au niveau de connaissance, il est satisfaisant pour chaque mode de transmission pris individuellement, mais trop faible (3,3 % des répondants) quand ces modes sont ensemble, conjugués avec le rejet des idées erronées.

Par rapport aux attitudes face au dépistage et aux PVVIH, on note à la fois une bonne propension à se faire dépister, et une faible tolérance envers les PVVIH.

Par rapport aux pratiques à risque de transmission, toutes les pratiques à risque sont présentes dans les prisons à des proportions variées. Principalement, les prisonniers échangent les rasoirs, ont des rapports sexuels non protégés en prison, et certains pratiquent le piercing et le tatouage.

A.2 Evaluation du don de sang et de la séroprévalence des marqueurs infectieux chez les donneurs de sang à Kinshasa, R. D. Congo Yuma R.S, Kabamba M.P, Misingi P

Les principes directeurs de la politique nationale de transfusion sanguine en R.D.Congo recommandent de soumettre tout sang à transfuser aux tests requis (Immuno-hématologie, dépistage des maladies), de promouvoir le don bénévole de sang, de gérer rigoureusement l'acte transfusionnel et de coordonner les activités transfusionnelles sur l'ensemble du pays.

Une étude rétrospective réalisée au CNTS et dans les structures transfusionnelles de la ville de Kinshasa a permis d'évaluer le don de sang et la séroprévalence des marqueurs infectieux chez les donneurs. La période couverte va de Janvier à Décembre 2010. Les rapports standards d'activités pour toutes les structures reprenant les catégories des donneurs de sang et les tests réalisés ont été le support pour cette étude.

Résultats

Sur 78930 dons réalisés 41832 (53%) provenaient des donateurs bénévoles; 35520 (45%) des donateurs familiaux et 1578 (2%) des donateurs payés. La séroprévalence globale des marqueurs infectieux chez les donateurs de sang est de 2,3% pour HIV; 7,0% pour HBS; 5,2% pour HCV et 0,6% pour RPR.

Pour les donateurs bénévoles, les séroprévalences sont respectivement de 1,7%; 6,2%; 4,5% et 0,3% pour HIV, HBs, HCV et RPR. Chez les familiaux, elles sont de 3,03%; 7,9%; 5,9% et 0,9% et chez les payés, elles sont de 2,6%; 7,2; 7,9% et 2,4%.

Commentaires

Des efforts énormes ont été réalisés en matière de transfusion. Malgré cela, la sécurité transfusionnelle dans la ville reste encore un problème réel de santé publique. Les stratégies de mobilisation de la communauté au don bénévole de sang doivent être revues pour augmenter la proportion des donateurs bénévoles. Ceci améliorera la sécurité transfusionnelle

A.3 Le Dépistage et la Prévalence du VIH Parmi les Patients Atteints de Tuberculose à Kinshasa dans 20 Formations Sanitaires à Kinshasa d'Octobre 2010 en Aout 2011

Batumbula L¹, Tabala M¹, MungoyoE¹, Lusiana J¹, Chalachala JL¹, Yotebieng M², Behets F²

1 Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, 2 Ecole de Santé Publique de l'Université de Caroline du Nord (EUA)

Introduction

Une étude pilote menée en 2003 et 2004, estimait qu'à Kinshasa, 42 % de patients TB étaient infectés par le VIH. En 2005, 44% de patients TB étaient Co-infectés par le VIH. Au Bas Congo et au Nord Kivu, on a trouvé des prévalences VIH entre 13 et 17% chez les patients TB. En 2007, l'OMS a estimé que 15 % des patients atteints de tuberculose étaient positifs pour le VIH en RDC. Depuis environ 3 ans aucune donnée de prévalence n'est disponible pour la ville de Kinshasa.

Depuis Juin 2010, l'ESP/UNC-DRC implémente les activités de Dépistage Conseil Initié par les Prestataires (DCIP) dans 20 CSDT à Kinshasa.

Objectif

Évaluer la mise en œuvre du DCIP et la prévalence du VIH parmi les patients TB dans les 20 CSDT appuyés par l'ESP/UNC-DRC à Kinshasa.

Méthodes

Des données programmatiques collectées systématiquement ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels EPI Info 3.5.1. Notre étude est rétrospective portant sur la période allant d'Octobre 2010 à Août 2011.

Résultats

Sur 4523 cas de tuberculose reçus entre 1^{er} octobre 2010 et 31 août 2011 dans les 20 CSDT à Kinshasa, 4500 (99.5%) ont été conseillés et 4387 (97% du nombre total des patients TB) testés pour le VIH. 528 patients TB se sont révélés VIH positifs. Cette prévalence de 12% qui variait entre 9% et 17% se rapproche de celles (13% et 17%) obtenues au Bas Congo et au Nord Kivu. Cette prévalence était 13% dans les CSDT gérés par des organisations catholiques et 12% dans le réseau protestant ($\chi^2 = 0.07$, $p = 0.78$). La prévalence dans les CSDT périurbains était de 10%, et de 14 % dans les CSDT urbains ($\chi^2 = 12.30$, $p < 0.01$).

Conclusions et recommandations

Nos résultats démontrent que la mise en œuvre du conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire était excellente en ce qui concerne la couverture. En effet, 97% des patients TB avaient accès au DCIP. La prévalence du VIH parmi les patients TB dans les 20 CSDT à Kinshasa est plus basse que trouvée en 2007 et avant. Une tendance à la baisse de la prévalence VIH a été observée chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN à Kinshasa (de 4,1% en 2003 à 1,9 % 2010). En plus, la faible couverture des CSDT en services VIH de qualité encore observée à Kinshasa, ne permet pas de généraliser les résultats de cette évaluation. Néanmoins, nos résultats présentent un élément important dans la planification des services VIH pour les patients TB. L'amélioration de la couverture des CSDT en services VIH de qualité permettra de générer à Kinshasa des résultats plus robustes.

A.4 Fréquence des malades tuberculeux vivant avec le VIH/Sida dans différents Centres de Santé et Dépistage à Kisangani, Province Orientale. (1/janvier /2009 au 31/12/2009)

Leonard Makelele Kambale, Chef de Travaux, Département de Biotechnologie, Faculté des Sciences, Université de Kisangani, RDC

Contexte et justification : La tuberculose est une cause majeure de maladie et de décès des personnes vivant avec le VIH à Kisangani. Cependant

dans notre milieu, très peu d'études ont été réalisées en vue de connaître *la fréquence des tuberculeux séropositifs pour le VIH Sida*. Cette étude apporte une mise à jour sur la fréquence des tuberculeux séropositifs au VIH/Sida de notre milieu en vue d'une meilleure prise en charge (prévention, dépistage et traitement de la co – infection TB / VIH Sida)

Type d'étude et méthodologie : Ce travail est une *étude rétrospective* portant sur la fréquence des malades tuberculeux vivant avec le VIH/sida admis dans les différents Centres de Sante à Kisangani, Province Orientale. La technique de récolte des données est celle de *l'analyse documentaire*. Les *fréquences observées(%)* des tuberculeux co infectés au VIH ont été comparées aux *fréquences attendues* en utilisant le test du χ^2 (test du Khi Carre) à l'aide du logiciel *MS Excel*.

Résultats : Sur 338 patients tuberculeux suivis en ambulatoire ou hospitalisés dans les Centres de Santé et Dépistage à Kisangani, 98 (28,99%) étaient séropositifs pour le VIH - SIDA. La classe d'âge la plus touchée (27%) est celle comprise entre 30 – 49 ans ; le sexe masculin (57,14%), les mariés (55,10%) et les fonctionnaires (44,90%) sont les catégories des personnes ayant enregistré une forte fréquence de Co – infection TB – VIH. La fièvre et l'amaigrissement sont les symptômes cliniques les plus courants (18,24%) qui ont conduit à l'admission des patients dans les CSDT. La candidose (15,30%) ainsi que l'herpès (13,26%) sont les maladies associées survenant couramment au cours de la Co – infection TB – VIH compliquant ainsi le tableau clinique. 42, 93% des malades Co – infectés VIH – TB ont été guéris de la tuberculose après une prise en charge correcte, avec moins de 1% de décès enregistré (0,52%)

Conclusion et recommandations

La prévalence de la Co –infection VIH – TB est élevée dans la ville de Kisangani. Sachant qu'une infection au VIH a un effet amplificateur sur la survenue de la tuberculose, Un dépistage systématique du Virus du sida auprès des malades tuberculeux a frottis positif ou négatif devrait être une obligation en vue de prévenir, dépister et traiter les malades vivant avec coïnfection VIH / Tuberculose. Une sensibilisation sur la prévention contre les MST et le VIH Sida devrait être renforcée dans les catégories des classes les plus touchées (Sexe masculin, les maries, les fonctionnaires

A.5 Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: Proportion et déterminants.

Albert Mwembo-Tambwe A Nkoy , Prosper Kalenga Muenze Kayamba, Philippe Donnen, Faustin Chenge Mukalenge ,Perrine Humble, Michelle Dramaix², Pierre Buekens

Contexte: Beaucoup d'enfants vivant avec le VIH ont été infectés par leurs mères. Pour prévenir la transmission verticale les femmes doivent d'abord connaître leur statut sérologique VIH .L'objectif de cette étude était de déterminer la proportion de statut VIH inconnu à la naissance et d'identifier les facteurs associés.

Méthodologie : C'est une étude transversale réalisée dans 10 structures sanitaires de Lubumbashi de Juin à Septembre 2010. La taille de l'échantillon était de 602 accouchées. Les statistiques descriptives usuelles et la régression logistique ont été utilisées.

Résultats : Parmi les accouchées, 52,5 % ignoraient leur statut sérologique. Parmi elles, 62,9 % accepteraient de faire le test VIH à la maternité. La proportion des femmes avec un statut sérologique VIH inconnu était significativement plus élevée chez celles qui n'avaient pas suivi de CPN (*Odds Ratio* ajusté [ORa] = 5,8; Intervalle de Confiance [IC] 95 % : 1,7-19,8) ; chez celles qui avaient un bas niveau d'instruction (ORa = 1,5 ; IC 95% : 1,1-2,1) et chez celles qui ne savaient pas que la transmission verticale du VIH pouvaient se faire au moment de l'accouchement (ORa = 1,5 ; IC 95 % : 1,0-2,4).

Conclusion : La proportion de femmes qui accouchent sans connaître leur statut sérologique au VIH est encore importante, malgré le fait que le dépistage du VIH soit proposé lors des CPN. Dans les zones à haute séroprévalence de VIH, aucune femme ne devrait accoucher sans être dépistée au VIH. Ce serait une « opportunité manquée ».

Session B

B.1 Mise en œuvre de l'option A dans les maternités appuyées par l'ESP/UNC-DRC d'avril 2011 à septembre 2011.

Kawende B¹, Okitolonda V¹, Lusiana J¹, Chalachala JL¹, Ilunga V¹, Deidre T², Yotebieng M², Behets F²

¹Ecole de Santé Publique/Kinshasa. ² Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill.

Introduction

En 2010, suite aux nouvelles recommandations de l'OMS en rapport avec l'usage des antirétroviraux chez les femmes enceintes pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la RDC a adopté l'Option A consistant pour les femmes qui ne pas encore éligible aux Traitement antirétroviraux pour leur propre santé (CD4 > 350, ..) de recevoir une prophylaxie à l'AZT à partir de la 14 semaine couplée à la névirapine pendant l'accouchement. Mais la mise en œuvre à l'échelle de ses recommandations tarde à prendre sur le terrain. Depuis Avril 2011, l'ESP/UNC-DRC procède à l'implémentation de la mise en œuvre de la prophylaxie sous AZT dans les maternités qu'elle appuie.

Objectif

Evaluer la mise en œuvre de l'Option A dans les maternités appuyées par l'ESP/UNC-DRC d'Avril à Septembre 2011.

Description de l'intervention

Pour introduire l'option A dans les 44 maternités appuyées par le partenariat ESP/UNC-RDC, nous avons adopté une approche par vague en commençant par les maternités avec un nombre élevé de femmes VIH+, un faible taux d'acceptation de la référence vers un centre de prise en charge, un personnel formé et dynamique, accessibilité pour transport des échantillons CD4 des sites vers le laboratoire national. Quatre maternités ont été sélectionnées au mois d'Avril 2011 et ont servi de pilotes. Puis 11 autres maternités ont été ajoutées en Juillet et Septembre 2011 en tenant compte seulement du nombre des femmes enceintes VIH+. Toutes les femmes enceintes VIH+ dans ces maternités bénéficient d'une évaluation clinique, d'un dosage de l'Hémoglobine et d'un prélèvement d'échantillons pour le comptage CD4. Si elles sont éligibles pour les TAR sur la base clinique elles sont référées dans les structures de prise en charge, autrement elles sont mises sous prophylaxie AZT en attendant les résultats du comptage CD4. Après l'accouchement, ces femmes bénéficient d'un

conseil sur l'alimentation de leur enfant et pour celles qui ne sont pas encore sous TAR et qui choisissent l'allaitement protégé, la névirapine est fournie à leur enfant jusqu'à la fin de l'allaitement. Pour les femmes qui n'ont pas encore accepté la référence après l'accouchement, un registre de suivi-mère enfant est utilisé à la maternité pour les suivre et assuré que l'enfant exposé bénéficie de la prophylaxie au cotrimoxazole et bénéficie du diagnostic précoce à 6 mois.

Leçons apprises

56 femmes enceintes VIH+ ont été identifiées dans ces 15 maternités, toutes ont commencé la prophylaxie à l'AZT. Au moment de cette évaluation, les CD4 étaient disponibles pour 95%(53/56) de ces femmes et 24%(13/56) d'elles avaient des CD4 en dessous de 350 cellules/mm³ parmi lesquelles seulement 5(39%) étaient arrivées aux centres de prise en charge et de traitement du VIH 23/56 ont accouché et tous les 22 bébés nés vivants sont sous allaitement maternel et bénéficient de la Névirapine prolongée.

Les principales difficultés rencontrées résident dans l'approvisionnement en AZT qui n'est pas fourni par le fond Mondial, l'accès au comptage CD4 se fait seulement au laboratoire National et n'est pas gratuit.

Le faible taux d'acceptation de la référence dans les centres de prise en charge.

B.2. Utilisation de l'échéancier pour le suivi du couple mère-enfant, cas de l'aire de Betty, zone de sante de Kipushi et de l'aire de sante marie-auxiliatrice dans la ZS de Sakania

Patrick MBAY, Casimir MANZENGO, Yaya KATENG, François MPANGA

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, l'AS de Betty (pop 22930 hab.) avec deux maternités dans la ZS de Kipushi et l'AS Marie-Auxiliatrice (pop 6398 hab.) avec une maternité dans la ZS de Sakania ont développé l'utilisation de l'échéancier qui est un outil intéressant pour améliorer le suivi du couple mère-enfant.

La bonne pratique consiste en l'utilisation de l'échéancier utilisé jusque là dans les activités de vaccination. Les 2 maternités ont été encouragées à l'utiliser depuis 2009 pour améliorer le suivi du couple mère-enfant dans la PTME. La femme

enceinte dépistée VIH+ est directement enregistrée juste après l'accouchement. Sur la base des éléments recueillis dans les registres, la structure adresse des invitations aux femmes qui ne se sont pas présentées au rendez-vous fixé et elle profite des séances de CPN ou de distribution des moustiquaires imprégnées pour suivre ces couples.

A l'issue d'une année de l'utilisation de cet outil, les répercussions se sont fait ressentir dans l'amélioration de l'utilisation de CPoN qui est passée de 8% à 27% dans l'AS de Betty et de 12% à 33% dans l'AS Marie Auxiliatrice. Par ailleurs, le nombre d'enfants exposés récupérés à 18 mois est passé de 17 à 48 entre 2009 et 2010 dans l'AS de Betty, puis de 17 à 48 dans l'AS Marie-Auxiliatrice pour la même période.

Ce niveau de performance dans le suivi du couple mère-enfant qui constitue une grande préoccupation dans la mise en œuvre des activités de PTME montre que l'utilisation de l'échéancier est un outil qui pourra être encouragée dans les structures afin d'améliorer la qualité des services offerts aux femmes enceintes séropositives.

B.3. EFFET DE LA DIVULGATION DU STATUT SEROLOGIQUE CHEZ LES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH DANS L'EVOLUTION DE CD4 APRES ECHEC DE TRAITEMENT ARV DE 1^{ère} LIGNE

Kitetele F^{1,2}, Lusiana J^{1,2}, Lelo P^{1,2}, Tshikandu T², Mboma B², Akele C¹, Yotebieng M³, Behets F³

1 Hôpital pédiatrique de Kalemelembe, 2 Ecole de santé publique de l'Université de Kinshasa,

3 Ecole de santé publique de l'Université de la Caroline du Nord (USA)

INTRODUCTION

De nos jours où le traitement antirétroviral (TAR) hautement actif réduit sensiblement la morbidité et la mortalité liées au VIH, les enfants infectés par le VIH sont souvent contraint à ce traitement sans préparation préalable et en absence d'un choix libre et éclairé pour des raisons familiales et culturelles. Après restauration clinique, ils peuvent devenir moins adhérents à ce traitement prolongé qu'ils trouvent sans fondement avec pour conséquence, la survenue d'un échec thérapeutique dû beaucoup plus à des problèmes d'adhérence que de résistance. Pourtant, on a montré que l'enfant peut mieux faire face à sa maladie lorsqu'il est informé sur ce qui se passe dans son corps. Ainsi, la pertinence de la

présente étude est de démontrer l'importance de l'accès à la connaissance dans la prise de conscience et dans l'adhérence au traitement.

OBJECTIF

Evaluer l'effet de la divulgation du statut sérologique dans l'évolution du taux de CD4 après échec de traitement ARV de première ligne (TARV1) et avant initiation d'un traitement ARV de deuxième ligne (TARV2) chez les enfants infectés par le VIH suivis à l'hôpital pédiatrique de Kalemelembe.

METHODES

Etude rétrospective portant sur l'évolution du taux de CD4 chez 45 enfants infectés par le VIH, âgé de 6 à 17 ans, en échec de TARV1 et dont les parents acceptaient ou non d'informer l'enfant de son infection VIH, tous suivis entre novembre 2004 et juin 2011 à l'hôpital pédiatrique de Kalemelembe.

RESULTATS

Sur un total de 869 enfants mis sous ARV, 45 (5,2%) âgé de plus de 5 ans ont présenté un échec de TARV1 dont 25 (55,5%) étaient du sexe masculin et la moyenne d'âge à l'initiation du TARV1 était de 9,1 ans [4-15] avec une durée moyenne de traitement de 2,8 ans [1,2-5,8].

Après échec au TARV1, 32 enfants avaient des parents qui ont accepté le principe d'informer leur enfant de son infection VIH : 12(37,5%) enfants de >12 ans étaient informés de leur VIH et 20(32,5%) entre 6-12 ans ont débuté le processus de divulgation. Le CD4 moyen de ces 32 enfants était de 5,9% [0-21] et 109,1 c/μl [9-469] avant le TARV2. A 12 mois, après initiation de TARV2, la moyenne de CD4 passait à 15,8% [7-35] et 578 c/μl [155-2210] avec une létalité de 2,6%.

Par contre 13 enfants (25%), dont les parents/tuteurs avaient refusé la divulgation présentaient un CD4 moyen avant l'initiation de TARV2 de 5,84% [0-20] et 87,20 [4-223] et de 6,8%[1 -24] et 122,41 [11-278] douze mois après initiation de TARV2 avec une létalité de 38,5%.

CONCLUSION

Informé un enfant qu'il a le VIH et/ou avoir des parents qui acceptent d'informer leur enfant semblent être des déterminants importants de l'adhérence pédiatrique de TARV. Des analyses supplémentaires doivent être conduites pour déterminer plus précisément l'effet de la divulgation sur l'adhérence pédiatrique. En attendant, ces données préliminaires permettent d'attirer l'attention sur ce problème sérieux lié à une morbidité et mortalité importantes.

B.4 Réseautage de service pour l'amélioration de l'accessibilité à la PTME, le suivi des femmes VIH+ et les soins aux enfants exposés

Casimir Manzenge, OMS, Aloys Olinda, PNLS, Marie Josee Kikoo, OMS, Patrick Matala, PNLS, Freddy Kasonga, OMS

Introduction

La Province Orientale est la plus vaste de la RDC avec **9116307** habitants et compte chaque année au moins **364652** femmes enceintes. L'enquête sur la sérosurveillance du VIH de 2009 a montré que la ville de Kisangani est actuellement la plus touchée avec **9,5%** de femmes enceintes VIH+ (valeur médiane provinciale **6,2%**).

Sur **1252** structures sanitaires qu'elle compte, seules **161** soit **12,8%** offrent le service PTME, avec une moyenne de 3 sites par zone de santé. Ce qui n'a permis qu'à **11,24%** de femmes d'accéder au service et à 8,8% de femmes de bénéficier du dépistage du VIH en **2009**.

Devant cette contrainte de faible couverture et au regard des facteurs de risque et vulnérabilité de l'infection existant en Province, le PNLS et l'OMS ont lancé la stratégie visant à mettre en réseau les structures sanitaires qui n'offrent pas de service PTME autour des structures pilotes offrant ce service pour augmenter le nombre de femmes ayant accès à la PTME et passer à l'échelle de l'E-TME dans 4 zones de santé expérimentales.

Objectifs

Objectif général

- Contribuer au plan de passage à l'échelle de la PTME compréhensive

Objectifs spécifiques

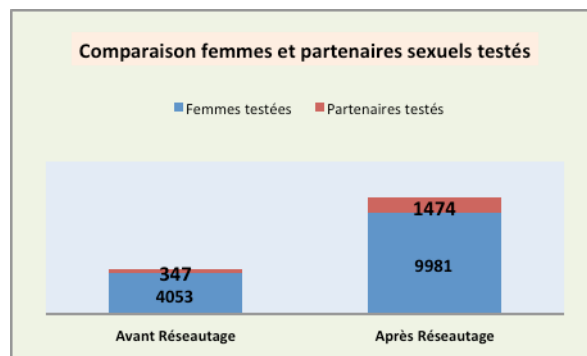
- Augmenter l'offre et l'utilisation de service PMCT dans les zones de santé intégrées
- Assurer la continuité de soins en faveur de la femme VIH+ et les enfants exposés en s'appuyant sur les groupes de soutien à la cellule familiale
- Assurer le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés

Méthodologie

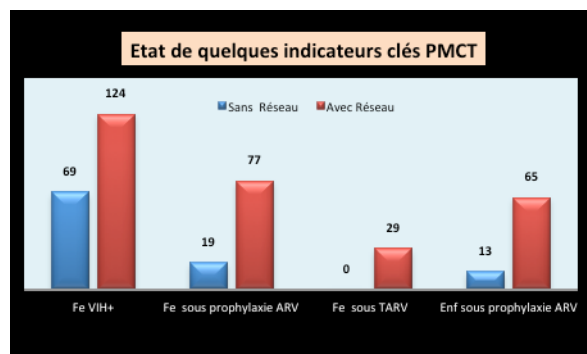
4 zones de santé ont été sélectionnées avec au total 8 sites PMCT pilotes autour desquels ont gravité 18 autres structures. L'IT de la structure pilote organise une sortie par mois en avancé vers les autres sites pour y mener les activités PTME avec mise en place d'un système de référence et un circuit d'expédition des échantillons sur DBS selon le schéma PFA de l'OMS.

Résultats obtenus

Le réseautage aura permis à la Province de tripler les indicateurs clés de la PTME : en augmentant le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, et celles admises sous prophylaxie ARV, le nombre d'enfants exposés bénéficiant de la prophylaxie ARV et du dépistage précoce.



On note l'accroissement de l'accès au service aux femmes enceintes et partenaires masculins.



Le système de référence existant et la mise à profit des groupes de soutien a facilité la mise de certaines femmes enceintes sous ARV.

Conclusion

Le réseautage des sites :

Augmente l'accès au service complet PMCT
Prépare à l'extension formelle des interventions PTME

Accroît la collaboration inter structurelle, la prévention des nouvelles infections et la référence.

B.5. Dépistage du VIH en salle de travail à Lubumbashi, RD Congo : une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Mwembo-Tambwe ANK, Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Chenge M, Dramaix M, Buekens P

Introduction : Malgré le dépistage du VIH proposé lors des consultations prénatales, la proportion des femmes qui accouchent sans connaître leur statut sérologique au VIH est encore importante en RD Congo. L'objectif de cette étude était de déterminer l'acceptabilité du dépistage rapide du VIH parmi les parturientes en salle de travail et d'identifier les facteurs qui sont associés à l'acceptabilité du dépistage du VIH.

Méthodologie : L'intervention a consisté à faire le dépistage rapide du VIH chez les parturientes admises en salles de travail à Lubumbashi du 29 septembre 2010 au 28 février 2011. Les parturientes testées VIH positives ont été prises en charge par le service de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les analyses statistiques descriptives usuelles et une régression logistique ont été réalisées.

Résultats : Sur 474 parturientes, 433 (91,4 % ; Intervalle de Confiance [IC] 95 % : 88,4-93,7%) ont fait le dépistage volontaire du VIH en salle de travail après *counseling*. L'acceptabilité du dépistage rapide du VIH était significativement plus élevée lorsque la durée du *counseling* était inférieure ou égale à 5 minutes (odds ratio ajusté [ORa] = 5,8 ; IC 95 % : 2,6-13); chez les parturientes qui avaient déclaré ne pas avoir fait ce dépistage aux CPN (ORa = 3,8 ; IC 95 % : 2-7,8) et chez celles qui étaient en début de travail d'accouchement (ORa = 2,3 ; IC 95 % : 1,2-4,7). Par contre, elle était basse chez les adolescentes que chez les adultes (ORa = 0,1 ; [CI] 95 % : 0,0-0,7).

Conclusion : Le conseil et le dépistage volontaire du VIH sont acceptés dans nos salles de travail. En le proposant systématiquement en salle de travail, il pourrait servir de stratégie de rattrapage en complémentarité avec le service intégré aux CPN.

B.6. Connaissance, attitude et pratique des prestataires des soins de la salle d'accouchement en rapport avec la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi

Mwembo -Tambwe NKA , Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Mukalenge C, Dramaix M, Buekens P

Objectif : Evaluer le niveau de Connaissance, Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des maternités en rapport avec la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) à Lubumbashi.

Méthodologie : Ce travail repose sur une étude transversale descriptive réalisée dans 27 maternités de Lubumbashi en Avril 2010. L'échantillon était constitué de 153 prestataires travaillant dans ces maternités et qui ont été interrogés sur leur CAP en rapport avec la PTME. Pour faire cette évaluation, un score de 24 points a été classé en «suffisant» ou «insuffisant» selon qu'il était d'au moins 12 ou inférieur à 12.

Résultats : Le niveau de CAP de la PTME des prestataires des maternités à Lubumbashi est suffisant dans seulement 8,5 % des cas. La proportion de prestataires avec un niveau CAP suffisant était significativement plus élevé chez les universitaires que chez les non universitaires (Odds Ratio ajusté [ORa] = 8,6; Intervalle de Confiance [IC] 95% : 1,6-47,5) et dans les maternités où la PTME était intégrée (OR = 4,5 ; IC 95% : 1,3-18,4).

Conclusion : Le niveau de Connaissance, Attitude et Pratique en matière de PTME est très bas chez les prestataires affectés dans les maternités à Lubumbashi. Il y a nécessité d'organiser des formations pour les prestataires de ces services.

Mardi 25 juin 2013

Session C

C.1. Hyperactivation immune chronique par translocation bactérienne; rôle pivot des monocytes m-dc 8⁺ (cd14⁺⁺/cd16⁺⁺⁺) dans l'échec thérapeutique par les ARV

Kasamba I¹ et Balaka E¹, Matanda K¹, Kadiebwe M¹, Kilolo I³, Milolo³, Tshibumbu K¹, Mwamba M¹, Coca N², Vaira D², Kabeya², **Kapend A K¹ et Nathan Clumeck²**

¹ Université de Lubumbashi; ²CHU S Pierre Bruxelles; ³Network Lubumbashi

Introduction

L'infection par le VIH conduit à une hyperactivation chronique du système immunitaire qui entrave la clairance virale, dans laquelle les monocytes MDC8 joueraient un rôle pivot par la production exagérée des cytokines inflammatoires comme « TNF-α », suite à des translocations bactériennes

Le VIH a pour cible principale les lymphocytes T CD4. Au niveau de l'intestin, ces TCD4 en permanence activés par le voisinage des bactéries intestinales deviennent la cible de l'infection par le virus ce qui induit leur destruction. La paroi intestinale, fragilisée, laisse alors passer des produits bactériens comme le lipopolysaccharide (LPS) dans le sang. Ces produits bactériens induisent une hyperactivation du système immunitaire, avec la production de cytokines inflammatoires par les monocytes (MDC-8), qui à leur tour induisent davantage d'activation des lymphocytes T CD4. Cela induit un cercle vicieux difficile à contrôler par les antirétroviraux même quand ils sont efficaces sur la charge virale plasmatique

Nôtre étude a consisté à étudier la corrélation entre la persistance d'une charge virale élevée malgré la mise sous ARV et le taux anormal de monocytes MDC-8

Méthode :

229 Patients naïfs de 5 cliniques à Lubumbashi (Congo-RDC) ont été randomisés en utilisant une conception bi factorielle recevoir LPV / r comprimés par rapport à la NVP combiné avec TDF / FTC ou ZDV/3TC pour 96W et dont la charge virale à l'inclusion ayant été supérieure ou égale à 5.0Log copies. La Charge virale et CD4 et la numération des Monocytes(CD14) ont été faites au départ (BL) et toutes les 24 semaines. Le critère *d'évaluation principal était d'évaluer* la corrélation entre le taux

de monocytes et la persistance d'une charge virale, et cela aux semaines : 48 et 96 après l'inclusion.

Résultats:

Pour les 229 patients ; la charge virale a évolué selon les deux bras comme suit : sous le bras LPV/r inclusion: 6.0 Log copies ; 3.3 Log copies en semaine 48 et 3.86 Log copies en semaine 96 quand au taux de CD4 les valeurs suivantes ont été obtenues :inclusion de 132 /μl ; 261/μl en semaine 48 et 352/μl a la semaine 96 et Sous le bras NVP la charge virale a évolué de : 5.7 Log copies q l'inclusion ; 3.09 Log copies en semaine 48 et 2.72 Log copies en semaine 96 et le taux de CD4 est parti de 143 /μl a l'inclusion a 297/μl en semaine 48 et a 343/μl a la semaine 96.

La détermination de la dépendance entre CD4, Charge virale, et CD14 a été évalué par le calcul de Khi carré ; la dépendance a été nettement établi entre le CD14 et la Charge virale ou les CD4 par la différence significative des valeurs des khi carré théoriques et calculés et cela quelle que soit la semaine.

Conclusions:

Les résultats obtenus démontrent et expliquent la persistance majeure de la charge virale pour cette catégorie des patients et cela quelle que soit le traitement ARV instaurée. Le taux anormale de monocytes et sa dépendance avec l'évolution de la charge virale et du taux de CD4 témoigne l'existence d'une translocation bactérienne intestinale ,responsable des faits observés ci haut Dans un contexte de ressources limitées, le renforcement de la prise en charge nutritionnelle associée au Traitement ARV devra être une priorité ; la nutrition apportant ainsi les nutriments qui renforcent les joints serrés au niveau du tube digestif(vit D ; Magnésium ; Zinc ;oméga 3,*huile de palme...*),*et qui empêcherait le stress oxydant*, en plus le cotrimoxazole ,donné en prophylaxie des Infections Opportuniste , devra être utilisé avec parcimonie du fait de son action sur le maintient de la flore résidente .

C.2. DREAM : modèle d'une approche globale de lutte contre la pandémie de sida en Afrique subsaharienne.

Neze Julien¹, Guidotti Gianni², Capparucci Stefano², Doro Altan Anna Maria², Shaka Dirk¹, Palombi Leonardo³

1 Community of Sant'Egidio, DREAM Programme RDC, 2 Community of Sant'Egidio, DREAM Programme Europe, 3 "Tor Vergata" University, Rome, Italy

Importance : La pandémie de VIH/SIDA représente un problème de santé publique majeure en Afrique. Actuellement on estime que le traitement par ARV couvre le 50% des PVVIH qui en ont besoin.

DREAM (Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition) est un programme de prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA promu par la Communauté de Sant'Egidio, une organisation internationale de l'église catholique. DREAM a démarré au Mozambique en 2002, et aujourd'hui ses activités ont commencé également en dix pays d'Afrique, entre lesquels la République Démocratique du Congo.

Description. Les idées clés de DREAM sont : centralité et engagement actif du patient, choix des meilleures options thérapeutiques, suivie biologique, prise en charge intégrée VIH/nutrition, gratuité des soins, PTME basée sur la trithérapie. Jusqu'à présent, le programme DREAM a assisté globalement 120000 PVVIH, dont 90000 sous TARV ; 24000 grossesses suivies pour la prévention de la transmission mère-enfant dont sont nés 21000 enfants. Le taux de transmission à 12 mois a été de 2%. Le taux de rétention dans le programme est de 95% à un an. Les centres ouverts dans les dix pays sont 38 et les laboratoires 20. En RDC Dream est présent avec deux centres, un à Mbandaka, ouvert en février 2009, géré en collaboration avec les Filles de la Charité, l'autre à Kinshasa (Bibwa), ouvert en juillet 2011. Le Centre de Mbandaka a jusqu'à maintenant assisté 1200 patients dont 900 sous TARV ; 11000 rations de suppléments alimentaires ont été consignés. Le Centre DREAM de Kinshasa a effectué 4000 tests de dépistage et assisté 745 patients dont 558 en TARV ; 2500 sont les rations alimentaires consignés. Le 31% des PVVIH adultes s'est présenté à la première visite avec un IMC < 18,5. Les grossesses suivies en PTME dans les deux centres ont été 120, 80 les enfants nés, jusqu'à présent seulement un est positif.

Leçons apprises. DREAM représente un modèle de prise en charge des PVVIH et de prévention de

transmission du VIH de la mère à l'enfant de haute qualité. Tel modèle peut être répliqué dans différents pays. Les résultats obtenus en termes d'adhérence des patients et d'efficacité de la PTME sont encourageants. La thérapie accompagnée par un suivi biologique adéquat se confirme comme un instrument fondamental non seulement pur le traitement mais aussi pour la prévention.

C.3. Décentralisation de la prise en charge des patients séropositifs stables : expérience des points de distribution (PODI) d'ARV à Kinshasa

Kalenga L, Luemba A, Luyeye P, Lukela J, Loko Roka J, Lampaert E, Kiala B, Goemare E, De Weggheleire A.

Contexte

Des modèles alternatives de prise en charge pour les personnes vivant avec le VIH (PVV) favorisant 'la proximité, rapidité, confidentialité et entre-aide' ont dans d'autres contextes démontrés leur succès en termes de rétention et satisfaction des utilisateurs. Dans ce but, Médecins Sans Frontières et une organisation de PVV (RNOAC) ont piloté trois points de distribution (PODI) gérés par des pairs à Kinshasa. Ils assurent aux PVV stables (répondant aux critères préétablis) un réapprovisionnement d'antirétroviraux, un appui psychologique et stimulent l'entre-aide.

Méthode

Nous avons analysé les données des PVV transférés du Centre Hospitalier Kabinda vers les PODI entre 2010 et 2012 en menant une analyse Kaplan Meier pour estimer la rétention post-transfert. Était considéré comme non retenu, tout décès rapporté ou tout patient ne s'étant plus présenté au rendez-vous dans un délai d'un mois (perdu de vue).

Résultats

Entre 12/2010 et 12/2012, un total de 1726 PVV avait été transféré aux trois PODI. A l'entrée aux PODI, la majorité des PVV (76,6%) était de sexe féminin et l'âge moyen était de 46 ans (Min: 12 ; Max: 74). Le taux de CD4 variait entre 234 et 1394 (moyenne: 623) et leur durée moyenne de suivi au PODI au moment d'analyse était de 9 mois.

L'analyse montrait une rétention de 96,3% (IC : 95,3 – 97,2) à 6 mois post-transfert pour l'ensemble des PVV suivis au PODI. A 12 mois, la rétention était de 86,5% (IC : 83, 9 – 88,7). Vu le pilotage récent, seulement 381 PVV avaient déjà atteint un suivi de 12 mois.

Conclusion

Le modèle PODI constitue une stratégie adéquate pour le suivi des PVV stables. La proximité, la gestion par des pairs, la réduction du temps d'attente et la

possibilité d'une référence dans une structure sanitaire compétente en font une stratégie privilégiée pour responsabiliser les patients, désengorger les structures hospitalières et maintenir d'avantage de la capacité pour des nouvelles initiations.

C.4. Rétention et facteurs de risque dans une cohorte des patients sous antirétroviraux en République Démocratique du Congo

Kalenga² L., Koole¹ O., Kiumbu³ M., Merten¹ J., Mukumbi² H., Colebunders¹ R.

¹ Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique; ² AMO-Congo, RDC;

³ Ecole de Santé Publique de Kinshasa, RDC

Introduction

L'expansion des antirétroviraux exige un niveau élevé de rétention des patients afin de sauvegarder les bénéfices cliniques de la trithérapie. Maximiser la rétention est nécessaire pour accroître les performances des programmes ARV en Afrique.

Objectifs

Cette étude a visé d'évaluer la rétention des patients sous traitement antirétroviral dans les programmes de prise en charge en RDC et d'explorer les caractéristiques individuelles des patients à l'initiation associées à l'attrition

Méthodes

Une analyse transversale a été menée sur un échantillon aléatoire de 1469 patients traités aux antirétroviraux entre septembre 2005 et mars 2009 dans six centres de traitement de l'ONG ACS/AmoCongo en RDC. Les courbes de Kaplan Meier ont été utilisées pour caractériser la rétention et la régression de Cox pour identifier les principaux prédicteurs. Était considéré comme non retenu, tout décès rapporté ou tout patient ne s'étant plus présenté aux visites cliniques pendant plus de 4 mois, en dehors des cas transférés.

Résultats

La probabilité de rétention était respectivement de 81% (IC95% : 79%-83%) à 6 mois, 74% (IC95% : 72%-77%) à 1 an et 64% (IC à 95% : 61%-67%) à 2 ans dans l'ensemble des sites. Les sites en zone urbaine avaient une probabilité de rétention à 1 an plus élevée (variant de 85% à 76%), par rapport aux sites en zone rurale (70% à 54%). Sur les 369 patients non retenus à 1 an, 88 (24%) étaient décédés et 281(76%) étaient perdus de vue. 76% de non rétention (280 patients) ont eu lieu dans les 6 premiers mois après l'induction. Les facteurs associés significatifs après contrôle des confondants

par analyse multi variée sont le poids < 50 Kg (AHR: 1,5 [IC 95%: 1,2-1,9], p<0,001), le stade clinique OMS IV (AHR : 3,0 [IC 95% :1,9-4,5], p<0,0001), le sexe masculin (AHR : 1,3 [IC 95%: 1,1-1,7], p=0,014), les CD4 < 50 cellules/mm³ (AHR: 2,2 [IC 95% : 1,3-3,8], p=0,005), l'année de mise sous

Antirétroviraux (2008 versus ≤ 2006 : AHR 3,2 [IC 95% : 2,4-4,3], p<0,0001; 2007 versus ≤ 2006 : AHR 1,9 [IC 95% : 1,4-2,5], p<0,0001) et un des sites situés en milieu rural (AHR : 2,6 [IC95% :1,7-3,9], p<0,0001).

Conclusions

Avec le passage à échelle, l'augmentation du nombre des patients par site affecte la rétention. L'ouverture de nouveaux centres de traitement offre plus d'alternatives aux patients. Le sexe masculin, les CD4 < 50 cellules/mm³, le poids < 50 Kg, le stade IV et les sites en zone rurale diminuent la probabilité de rétention.

Recommandations

Dans le passage à échelle des antirétroviraux une attention devra être accordée aux sites en zone rurale, à l'augmentation des patients par centre de traitement, à des stratégies spécifiques pour retenir les hommes et à l'initiation précoce du traitement antirétroviral

C.5. L'infection à VIH et la cryptococcose à Lubumbashi : suivi clinique et biologique de 96 semaines.

Claude Mwamba¹, Liévin Kapend¹, Michel Moutschen², Eric Kasamba¹, Dolorès Vaira², Nathan Clumeck³

¹ Cliniques Universitaires de Lubumbashi, R D Congo,

² CHU Liège, ³ S Hôpital Universitaire Saint-Pierre Bruxelles,

Contexte

Selon l'étude menée en 1997 aux Cliniques Universitaires et à l'Hôpital Sendwe de Lubumbashi, la méningite à cryptocoque, sur un terrain d'infection à VIH, est grevée d'une très forte mortalité. Le diagnostic de cette affection chez 66 patients a été suivi d'une mortalité à 100% sur une période maximale de 6 semaines, ce, malgré la prise en charge incluant le fluconazole à la dose de 200 mg BID.

Objectifs

L'objectif de l'étude a été d'évaluer l'impact d'une détection précoce de l'antigène cryptococcique chez des patients VIH+, sans signe clinique de cryptococcose, éligibles au traitement antirétroviral, sur le pronostic de la méningite à cryptocoque.

Matériel et méthodes

Tirés du protocole Lubumbashi à base de LPV/NVP, 400 patients ont été testés pour l'antigène cryptococcique. Pour l'étude, 130 patients qui ont présenté un test positif pour l'antigène cryptococcique, ont fait l'objet de suivi clinique et biologique.

Résultats

Au décours de 96 semaines de traitement antirétroviral, 6 patients sur les 130 ont présenté une méningite à cryptocoque, 2 dans le groupe NVP et 4 dans le groupe LPV. Les six patients ont bénéficié du traitement au fluconazole sans interruption du traitement antirétroviral. Tous les six patients ont survécu à l'infection à cryptocoque.

Conclusion

Le dépistage de l'antigène cryptococcique associé à un traitement ARV permet d'améliorer le pronostic de la méningite à cryptocoque dans un contexte d'un pays à faible ressource.

Session D

D.1. étude de l'infection à VIH chez les drépanocytaires homozygotes $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ Duffy négatif (darc -46c/c) dans la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo

Ph. Lungu anzwal, sentob saragosti, s. Wembonyama, b. Kizungu vumilia, e. Kasamba, b. Mupemba nsaka and m. Balaka ekwalanga.

Etat de la question (Background) : En République Démocratique du Congo RDC), la séroprévalence du trait drépanocytaire varie de 25 à 30% et celle des drépanocytaires homozygotes varie de 1 à 2%.

En ce qui concerne la mutation Duffy (DARC -46 C/C), aucune étude n'a pu en déterminer, à ce jour, la prévalence en RDC. Mais, beaucoup d'études effectuées dans le monde ont montré que les Africains et leurs descendants possèdent la mutation Duffy (DARC -46 C/C), avec une prévalence variant de 88 à 100%.

En RDC, la séroprévalence nationale du VIH varie de 3 à 5%. Dans la province du Katanga, à Lubumbashi et ses annexes, elle est de 4,5%.

Dans les études de l'infection à VIH effectuées chez les drépanocytaires homozygotes en RDC, la séroprévalence du VIH varie de 5,4 à 5,5%.

Selon les diverses études, l'impact de la drépanocytose sur l'infection à VIH montre une faible susceptibilité au VIH et une lente progression de l'infection virale. Et celui de la mutation DARC -46 C/C sur l'infection à VIH se traduirait par une grande susceptibilité au VIH et une lente progression du VIH.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a pu montrer l'impact de la double mutation (mutation drépanocytaire et mutation DARC-46 C/C) sur l'infection à VIH. D'où l'intérêt de notre travail.

Paramètres de notre étude : population et méthode : La présente étude est transversale. Elle a porté sur 274 sujets variés (194 homozygotes $\beta\text{S}/\beta\text{S}$, 21 hétérozygotes $\beta\text{A}/\beta\text{S}$ et 59 sujets normaux $\beta\text{A}/\beta\text{A}$), sur lesquels nous avons effectué l'électrophorèse d'hémoglobine, dépisté le VIH, déterminé la charge virale et le taux des CD4+ ainsi qu'identifié l'antigène Duffy. Nous avons aussi constitué un groupe témoin composé de 21 $\beta\text{A}/\beta\text{S}$ et 59 $\beta\text{A}/\beta\text{A}$, au total 80 sujets

Résultats : Notre étude a montré que 2/194 drépanocytaires homozygotes $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ testés étaient VIH+, soit une faible fréquence de 1,03%. Tous les sujets drépanocytaires homozygotes $\beta\text{S}/\beta\text{S}$,

drépanocytaires hétérozygotes $\beta\text{A}/\beta\text{S}$ et sujets normaux $\beta\text{A}/\beta\text{A}$ testés pour l'Ag Duffy étaient Duffy négatifs : 274 cas/274, soit une prévalence de 100%. Tous les témoins de notre étude étaient VIH positif. Le drépanocytaire homozygote $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ avait une charge virale de $\text{Log} = 4,15$ et le taux des CD4+ = $450/\text{mm}^3$ (l'autre cas ayant disparu de vue en cours d'enquête). Il n'était pas sous traitement ARV. Dans le groupe témoin, les sujets qui étaient sous traitement ARV avaient une charge virale qui variaient de $\text{Log} < 1,7$ à $5,7$ et le taux des CD4+ variait entre 190 et $721/\text{mm}^3$. Alors que les sujets qui n'étaient pas sous traitement ARV, avaient des charges virales qui variaient de $\text{Log} 4,7$ à $5,3$ et un taux des CD4+ qui variaient entre 215 et $416/\text{mm}^3$. Par contre, nous avons observé que certains sujets non drépanocytaires $\beta\text{A}/\beta\text{A}$ qui n'étaient pas sous traitement ARV avaient des taux de CD4+ élevés respectivement 479 , 470 , 518 et $647/\text{mm}^3$ et leurs charges virales respectivement égale à $\text{Log} 3,8$, $\text{Log} 4,1$, $\text{Log} < 1,7$ et $\text{Log} < 1,7$. Les personnes précitées avaient au minimum 6 ans d'infection et pour moitié d'entre elles (2/4) une charge virale indétectable, soit $\text{Log} < 1,7$, et le taux des CD4 au-dessus de $470/\text{mm}^3$. Ces paramètres ne sont pas ceux d'une évolution normale. C'est cela qui nous amène à considérer ces sujets comme étant lents progressseurs, voire même contrôleurs de l'infection à VIH.

En effet, la comparaison entre les témoins sans traitement ARV qui avaient des charges virales entre $\text{Log} 4,7$ et $5,3$ et les taux des CD4+ entre 215 et $416/\text{mm}^3$ et le drépanocytaire homozygote $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ qui avait une charge virale de $\text{Log} = 4,15$ et le taux des CD4+ = $450/\text{mm}^3$ montrent que la différence de leurs charges virales varie entre $\text{Log} 0,5$ et $1,1$ et que le taux des CD4+ du drépanocytaire homozygote $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ est élevé, soit $450/\text{mm}^3$.

Nous pouvons en déduire que l'état drépanocytaire maintient mieux l'équilibre virologique et immunologique par rapport à l'état normal des témoins.

Discussion : Notre étude a montré que les drépanocytaires homozygotes $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ ont deux mutations obligatoires : la mutation drépanocytaire et la mutation DARC -46 C/C, alors que les autres mutations telles que α ou β thalassémie et G6PD sont aléatoires. Ce qui nous conduit à dire qu'en ce qui concerne les études sur l'interaction drépanocytose homozygote $\beta\text{S}/\beta\text{S}$ – VIH, il faut associer automatiquement la mutation DARC -46 C/C.

D'où nous pouvons dire que les résultats obtenus dans ces études seraient la résultante de ces mutations obligatoires, d'autant plus que vis-à-vis de l'infection à VIH, ces mutations, prises séparément, ont, d'une part, un impact antagoniste en ce qui concerne la susceptibilité au VIH et, d'autre part, un impact identique et synergique en ce qui concerne la progression de l'infection virale.

Perspectives : Dans les études ultérieures, nous envisageons d'étudier les mécanismes physiopathologiques de la double mutation sur la susceptibilité au VIH et sur la lente progression de l'infection virale.

D.2 Diagnostic de la toxoplasmose cérébrale chez la personne vivant avec le VIH aux cliniques universitaires de Kinshasa

Situakibanza Nani-Tuma Hippolyte^{1, 2, 4}, Ngandu Kaisa Christian^{3, 4}, Fataki Olivier^{2, 4}, Mbula Mambimbi Marcel^{1, 2, 4}, Kiazayawoko Zola Florian^{1, 4}, Mayasi Nadine^{1, 2, 4}, Longokolo Muriel^{2, 4}, Pindi Taylor^{2, 4}, Mandina Madone^{1, 2, 4}

- 1) Département de Médecine Interne, 2) Département de Médecine Tropicale, 3) Etudiant, 4) Faculté de Médecine, Université de Kinshasa

Contexte : La toxoplasmose cérébrale est un facteur péjoratif chez la personne vivant avec le VIH (PVV) de part ses manifestations cliniques et son pronostic vital. Malheureusement, son diagnostic positif impose un certain plateau technique.

Objectif : Il a été de montrer comment l'on porte le diagnostic de la toxoplasmose cérébrale chez la PVV en Médecine Interne aux Cliniques universitaires de Kinshasa (CUK).

Méthodologie : Il s'est agi d'une revue fondée sur les dossiers des PVV admises en Maladies Infectieuses de Médecine Interne aux CUK du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2012.

Résultats : Sur 600 PVV reçues en Maladies Infectieuses, 22 (3,66%) ont présenté un tableau suspect de toxoplasmose cérébrale. Dans ce collectif, le sexe féminin a été prédominant (59,1%) Les PVV d'âge jeune ont été davantage représentées (16 à 45 ans) (72,72%). Le diagnostic de toxoplasmose cérébrale a été évoqué sur base épidémiologique et clinique et la réponse thérapeutique. Un déficit moteur a été observé chez 81,8 % des patients ; un coma chez 27,2%; la fièvre chez 45,45%; un signe méningé chez 22,72% et des lymphadénopathies chez 40,9%. Le liquide céphalorachidien a été clair chez tous les patients. Aucune scannographie cérébrale ni nécropsie n'ont

été réalisées. Tous les patients ont été traités au Cotrimoxazole. L'amélioration clinique a été observée chez 54,55% d'entre eux et on a déploré 45,45% des décès.

Conclusion : Le diagnostic de toxoplasmose cérébrale a été essentiellement porté sur base épidémiologique et clinique. Ceci ne permet pas de déterminer la fréquence réelle de cette protozoose opportuniste chez la PVV aux CUK. L'amélioration du plateau technique dans ce cadre de travail semble urgente pour améliorer la prise en charge thérapeutique des porteurs du VIH.

D.3. Affections opportuniste des enfants VIH+ aux cliniques Universitaires de Kinshasa

Kapepela M, Nkoy P, Kavuo A, Nsiangani N, Shiku J, Tady B et Kaimbo k.

Département de pédiatrie et d'ophtalmologie, Hôpital Pédiatrique de Kimbondo

Contexte : La fréquence des affections opportuniste est différente chez les adultes et les enfants. Selon l'âge. Les affections les plus rares sont moins recherchées avant la mise sous ARV, et se révèlent souvent sous forme de syndrome de reconstitution immunitaire au début de traitement ARV

Objectif : Relever l'intérêt de la recherche des ces affections rares, pour améliorer les soins pré ARV et minimiser le syndrome de reconstitution immunitaire et ses conséquences.

Méthode : L'étude est descriptive et porte sur 110 enfants suivis en pédiatrie aux cliniques universitaires de Kinshasa et l'hôpital pédiatrique de Kimbondo de Juin 2002 à Mai 2011. Il s'agit de 47(43%) garçons et 63(57%) filles dont l'âge varie entre 3semaines et 18ans et 58(53%) d'ente eux sont âgés de <5ans. L'étude porte sur les données cliniques, biologiques (CD4) para cliniques.

Résultats : Sur ce plan général : les enfants ont un poids< de -2DS) dans 110 (91%) dont 5 cachexies, sont au stade clinique 3 et 4 de l'OMS dans 55 et 43% des cas, et immunologique au stade 3 et 4 dans 18 et 71% de cas , ont la fièvre dans 52% de cas, et les poly adénopathies dans 11% des cas. Selon le niveau d'atteinte,

- Cardio pulmonaire :73 (66%) dont 36% de TBC et 3% PCP
- Cutanée : 55(50 %) prurigo =15, zona =7, et récidivant 4 fois dans un cas, teigne = 9 , onychomycose =4 , verrue =5, teigne := 9, dermo hypodermite nécrosante =1
- Digestive : 27(27%) candidose buccale =:13, diarrhée :=14

- Dentaire : caries avec abcès + fractures et restes dentaires
- ORL : 14(13%) otorrhée purulente et mastoïdite =1 cas
- Hypertrophies de grandes salivaires 11(10%) parotidite = 7 et kystes sous maxillaires =3
- Système nerveux central =7 (6 %) : encéphalopathie=3 méningo encéphalite herpétique=2, cryptococcose méningée= 2
- rénal = syndrome néphrotique avec insuffisance rénale terminale = 2
- Oculaire =7(6 %) cécité après cryptococcose =1 chorio rétinite à CMV= 1cas, uvéite=1 cas, sécheresse oculaire et conjonctivite allergique.
- Tumoral : sarcome de Kaposi 6(5%) localisé à la peau, au tube digestif et aux ganglions. Parmi ces cas, quatre ont été référés pour le syndrome de reconstitutions immunitaire au cours du premier mois de traitement ARV : 2 sarcomes de kaposi, une cryptococcose méningée et un zona du visage.

Conclusion recommandation : Les affections opportunistes suivantes sont rares chez les enfants : sarcome de Kaposi, cryptococcose méningée, toxoplasmose cérébrale et zona. La prise en charge tenant compte de ces particularités améliorera l'organisation, la qualité des soins pré ARV et réduira la fréquence du syndrome de reconstitution immunitaire et ses séquences ;

D.4 Carte épidémiologique actuelle des Infections Opportunistes au VIH/SIDA à Kinshasa et à Matadi

Kokolomami J*, Beni Ngatsui R**, Mukumbi H****, Okenge A**

* École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa. RDC.

** Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST, Ministère de la Santé Publique, RDC

*** ACS AMOCONGO, Kinshasa, RDC

JUSTIFICATION : Les plus récentes études sur les types et les fréquences des infections opportunistes au VIH/Sida en RDC datent de plus de 10 ans (1999). L'évolution du contexte nosologique du VIH/Sida dans le monde et en RDC exige une actualisation de ces connaissances.

OBJECTIFS : Dresser la carte épidémiologique actuelle (types, fréquences) des Infections Opportunistes (IO) du VIH/SIDA à Kinshasa et Matadi, et Évaluer les capacités des structures de

soins et des prestataires impliqués à les prendre en charge.

METHODES : Étude transversale descriptive, à deux volets :

- **Revue des dossiers** des PVVIH suivies dans 6 centres de prise en charge (4 à Kinshasa et 2 à Matadi). Étaient enregistrés : informations en rapport avec la survenue et la prise en charge des IO lors des 2 dernières années.

- **Interview semi-structurées** des prestataires de soins de ces structures pour évaluer leurs capacités à prendre en charge (prévenir, diagnostiquer et soigner) les IO.

RESULTATS : 1923 dossiers de PVVIH ont été épluchés, et 14 interviews réalisées.

Après des PVVIH non encore éligibles aux ARV, les IO les plus fréquemment observées les 24 mois de suivi précédant l'enquête sont, dans l'ordre, les infections respiratoires sévères non spécifiques (15,19 % de PVVIH), la candidose cutanéomuqueuse (15,19 %), la tuberculose pulmonaire (11,71 %), et le zona (6,96 %). Chez les PVVIH éligibles ou déjà sous ARV, les mêmes IO sont en tête de liste de fréquence avec dans l'ordre la tuberculose pulmonaire (28,77 %), les infections respiratoires sévères non spécifiques (26,38 %), la candidose cutanéomuqueuse (19,01 %), et le zona (11,1 %).

Pour ce qui est des capacités de prise en charge, près de 20 % de prestataires chargés de ce faire ne sont ni formés ni recyclés en la matière ; près de la moitié d'entre eux ne possédant aucun exemplaire de guides ou directives. 25 % d'hôpitaux et centres de prise en charge des IO ne peuvent dispenser eux-mêmes les médicaments requis.

CONCLUSION : Les types et la fréquence des IO ont substantiellement évolué dans le temps à Kinshasa et à Matadi, ce qui a modifié la carte épidémiologique de ces entités nosologiques dans ces deux villes. La mise en train des moyens de prévention contre certaines de ces IO et l'amélioration des moyens diagnostics pourraient avoir joué un rôle déterminant dans cette évolution. Le PNLS dispose dorénavant d'une carte mise à jour de ces problèmes de santé, qui lui permet d'orienter les objectifs de lutte et l'allocation des ressources (médicaments et autres intrants).

D.5. La problématique des soins ancillaires dans la prise en charge de l'infection à VIH en RDC et dans des pays à faible revenu.

T. Tshikandu¹, S. Rennie⁴, B. Mupenda ¹, J. Lusiyama^{1,2}, F. Kitetele^{1,2}, P. Lelo^{1,2}, B. Mboma¹, V. Ilunga ¹, M. Yotebieng ³, F. Behets³.

1Ecole de santé publique de l'Université de Kinshasa, 2Hôpital pédiatrique de Kalemelembe,

3Ecole de santé publique de l'Université de la Caroline du Nord (USA)

4Centre de Bioéthique de l'Université de la Caroline du Nord (USA)

Introduction : Les soins ancillaires sont des soins médicaux supplémentaires dont les participants à une étude de recherche ont besoin mais qui ne sont pas pris en compte dans les interventions prévues dans le protocole de recherche ; ces soins ne rendent pas une étude scientifiquement valable, ne garantissent l'échantillonnage des participants, et ne corrigent les dégâts de la recherche. Des recherches opérationnelles font partie du programme ESP\UNC-RDC qui vise à fournir des services de prévention et de prise en charge du VIH.

Objectif : Evaluer la problématique des soins ancillaires dans les recherches conduites en RDC.

Description du problème : Parallèlement aux problèmes médicaux prévus d'être pris en charge dans le protocole de recherche, les participants à la recherche posent d'autres problèmes médicaux nécessaires à être pris en charge. Beaucoup de gens dans les pays en développement ont divers problèmes de santé; lorsqu'ils participent à une étude de recherche de santé, la plupart de leurs problèmes de santé sont ancillaires à l'objet principal de l'étude de recherche. Les moyens financiers mis à la disposition des différents projets de recherche sont limités principalement aux objectifs scientifiques fixés.

Activités réalisées : Depuis 2002, le projet offre des soins relatifs au VIH : prévention, prise en charge des infections opportunistes, traitement antirétroviral et accompagnement psychosocial. Les participants posent d'autres problèmes de santé tels que cardiopathie et néphropathie avec insuffisance rénale terminale, fracture, péritonite, anévrisme de la carotide droite, etc.

Au cas par cas, certaines affections ont été prises en charge. Et devant cette problématique, en août 2007, l'ESP-UNC/RDC avait mis en place le groupe inter projets de réflexion et d'intervention en éthique (G.I.R.I.E). Le groupe est composé des représentants de différents projets d'intervention du

programme; il a la mission de recevoir et d'analyser les problèmes éthiques qui se posent dans les différents projets du programme ; et étudier selon l'étendue, la force d'intervention pour chaque cas.

En mai 2011, le G.I.R.I.E a organisé un atelier sur l'éthique des soins ancillaires dans le contexte de la recherche en RDC qui avait pour but d'identifier les responsabilités du chercheur d'une part et des responsables politico-scientifiques d'autre part sur la prise en compte des soins ancillaires dans l'exercice de la recherche dans les pays à faibles revenus telle la RDC. Etaient conviés à cet atelier des membres du CIBAF(Centre Interdisciplinaire de Bioéthique pour l'Afrique Francophone), des professeurs des Universités, des membres des comités d'éthique, des professeurs de l'Ecole de santé publique de Kinshasa, des représentants d'ONG de santé locales, des chercheurs, des représentants des centres de santé pédiatriques locaux et des représentants du Programme national de lutte contre le SIDA.

Conclusion : Les soins ancillaires posent un problème éthique important, négligé et complexe, spécialement dans les pays en développement. Nous avons une obligation positive de les prendre en charge ; généralement les besoins en soins ancillaires sont inattendus mais souvent ils sont prédictibles ; ensemble avec nos sponsors, nous pouvons les prévoir dans nos protocoles d'études et, ainsi, les prendre en charge le cas échéant.

Mercredi 26 juin 2013

Session E

E.1. Campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA et dépistage volontaire du VIH dans la ville province de Kinshasa

Nguete B. ¹, Babakazo P. ¹, Muhemedi S.¹, Okitolonda E.¹, Motingia L.², Djibonge E.³, Kialungila S.³, Kibundu L.³, Kinkela S.³, Ifefa Y.³

¹Projet CDC –PEPFAR/ ESP/CISSIDA, ² CDC / DRC, ³ Responsables des associations de jeunes

Les campagnes de sensibilisation pour la prévention et la pratique du dépistage volontaire du VIH ont un impact notable sur la réduction de la transmission du Virus de l'Immunodéficience Humaine dans la population. La sensibilisation, le counseling avant et après le test de dépistage, permettent une meilleure perception des concepts liés à l'infection à VIH et le rejet des idées fausses. La connaissance de son statut sérologique est une voie vers l'adoption d'un comportement sexuel responsable, conduisant à la

réduction du risque de contracter et transmettre le VIH. C'est dans ce cadre que l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, grâce à l'appui du CDC-PEPFAR, collabore avec des associations de jeunes œuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA pour organiser des campagnes de sensibilisation des masses et de conseil et dépistage volontaire (CDV) à travers la ville de Kinshasa.

Plusieurs campagnes ont été organisées dans la ville dans des sites bien identifiés à l'avance parmi les marchés, les écoles, les églises, les prisons, les camps militaires, les parkings pour voyageurs et les lieux d'embarcation fluviale. Des tentes ont été érigées aux endroits où l'infrastructure d'accueil a fait défaut. Des messages de sensibilisation ont été diffusés via des vidéo-forums, des conférences débats, des saynètes et des chansons éducatives. En aparté, le consentement préalable de chaque adhérent a été obtenu avant le remplissage de la fiche de renseignement et le dépistage. Quelques minutes après le test (Determine VIH), la personne dépistée retire son résultat. Les cas dépistés positifs sont référés vers des structures de prise en charge du VIH/SIDA.

Plus de 200.000 personnes ont été sensibilisées. Depuis le mois de septembre 2009, 97,126 personnes ont été testées, et 93,870 parmi elles, soient 96.6%, ont retiré les résultats. Parmi les personnes testées 61% étaient des hommes et 39% de femmes, soit un sexe ratio de 1.5 en faveur des hommes. Parmi les personnes testées et ayant retiré leurs résultats 823 individus, soient 0,86 ont été positifs au Determine VIH. Le sexe masculin a été le plus touché avec 51% des cas dépistés positifs. La tranche d'âge de 25 à 34 ans paraît la plus touchée, avec 59% des cas positifs.

La tenue de ces activités, à travers divers sites et sur des cibles variées, offre un profil de prévalence à travers la ville de Kinshasa. La contribution des associations des jeunes impliquées dans le CDV est indéniablement un atout pour ces activités. Cependant, le besoin persiste pour en assurer une plus large couverture à travers le pays.

E.2. Expérience du Conseil et Dépistage (CD) nocturne du VIH auprès des HSH dans la ville de Kinshasa en 2010

Auteurs : H. Mbwolie¹ ; G. Kapila² ; V. Makwelebi M.³ ; D. Ndagano⁴ et all

¹ Médecin coordonnateur de l'ONG PSSP, ² Coordonnateur ProVIC Kinshasa, ³ Responsable Prévention and HCT ProVIC

Introduction : La société congolaise en général et la population de Kinshasa en particulier connaît le phénomène des HSH, il y a de cela peu d'année et ces personnes sont souvent stigmatisées. Le terme « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) » tel que définit par l'Onusida renvoie davantage à un phénomène comportemental qu'à un groupe spécifique de personnes. Les populations de Kinshasa utilisent le terme « Pédé » pour qualifier cette catégorie de la population et ils sont considérés comme de personnes à risque au VIH, oubliant que dans le contexte du VIH, c'est plus le comportement à risque que l'identité sexuelle qui nous expose au VIH.

Les rapports sexuels entre hommes impliquent souvent une pénétration anale ; en l'absence de protection, celle – ci constitue un fort risque d'attraper le VIH pour le partenaire « passif » et a un risque pour le partenaire « actif ». Dans le souci de rapprocher les services de dépistage auprès des populations qui en ont besoin (HSH) dans la ville de Kinshasa, le projet ProVIC a appuyé techniquement et matériellement le partenaire Progrès Santé Sans Prix (PSSP) dans les activités de CD mobile nocturne auprès de cette population, c'est une première expérience dans la ville de Kinshasa.

Les objectifs de cette activité étaient :

- d'offrir les services de dépistage communautaire non médicalisé en recourant à l'usage de tests rapides auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).
- Evaluer l'attractivité et l'acceptabilité du test de dépistage rapide et du dispositif de CD nocturne auprès des HSH.

Méthodologie : Les informations en rapport avec les associations de HSH ont été fournies par la cartographie réalisée par l'ONG PSSP avec 15 sites identifiés. Deux équipes de CD Mobile nocturne étaient déployées dans la ville. Sur terrain chaque équipe était composée de (4) conseillers, (2) techniciens de Laboratoire et un superviseur. L'équipe était en connexion avec un groupe de HSH qui était préalablement formés comme pairs éducateurs par l'ONG. Les pairs éducateurs étaient

au devant en sensibilisant par la communication interpersonnelle ou par petit groupe au dépistage ainsi qu'à l'acceptation du test.

Les descentes ont été réalisées sur quatre sites à raison de deux CD mobiles nocturnes par semaine pendant 1 mois, le nombre de HSH attendu durant cette période estimé à 250.

Résultats : Au cours de deux premières descentes aux sites d'activités nous avons enregistré un petit nombre (20) de HSH qui ont utilisé les services de dépistage. A la troisième sortie les équipes de CD étaient débordées par un nombre de plus en plus croissant des HSH et leurs clients avec une moyenne de +/- 80 clients par nuit, alors que les prévisions ont été faites pour 250/mois.

267 HSH ont bénéficiés de services de dépistage, le taux d'acceptation du test de dépistage auprès des HSH est de 99 % et tous ont retiré leurs résultats au post-test.

80 HSH étaient testés positifs, soit une séropositivité de 30% avec un pic élevé dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans. La stratégie mobile et le dispositif nocturne ont permis aux HSH d'accéder aisément aux services de dépistage avec un taux élevé d'adhésion. Ils sentent moins stigmatisés dans leurs milieux surtout la nuit.

Difficultés : En général la cible (HSH) se sentent stigmatisés de la part de la communauté ou des agents de l'ordre commis dans les patrouilles nocturnes de la ville ;

Forte demande de la communauté non HSH à accéder aux services de dépistage au même site prévue pour les HSH et leurs clients ;

Manque de lubrifiant aqueux pour l'utilisation des préservatifs chez les HSH.

Conclusion : Contrairement à nos attentes, les CD nocturne attirent beaucoup les HSH et leurs clients qui profitent de la disponibilité et la proximité des services. Le ciblage du réseau et leaders de HSH jouent un rôle important dans l'utilisation de services et les HSH partagent facilement leurs résultats sérologiques à leurs pairs.

Peu d'organisations s'intéressent aux activités de prévention visant les HSH qui se sentent abandonnés et font la prévention à leur façon sans encadrement.

E.3. Prévalence et déterminants de la consommation d'alcool parmi les adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans dans la ville de Kinshasa

Kayembe P., Mashinda D.

Introduction : Une enquête a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de 1396 adolescents et jeunes adultes vivant dans les ménages en vue d'estimer la proportion des jeunes qui consomment l'alcool, la quantité et les types, d'identifier les déterminants et le comportement sexuel après la consommation d'alcool.

Résultats : Dans l'ensemble 67.3% des répondants avaient déjà consommé l'alcool, les garçons plus que les filles (OR = 1.67, 95% CI : 1.31 – 2.12) et les jeunes adultes plus que les adolescents (OR = 2.35, 95% CI = 1.83 – 3.03). La première expérience avec l'alcool, à un âge médian de 16,11 ans, avait plus eu lieu lorsqu'ils habitaient avec leurs parents. La bière est la boisson alcoolisée la plus consommée. Après la première expérience, 54,7% de ceux qui ont déjà essayé l'alcool continuent à la prendre d'habitude en groupe lors des occasions spéciales, dans les fêtes et/ou deuils en famille, au cours des week-ends ou lors des excursions. Les adolescents et jeunes adultes consomment des quantités assez importantes de bière. Néanmoins, une bonne partie des jeunes semblent avoir pris conscience de cela car parmi eux une personne sur cinq avait déjà senti le besoin de diminuer sa consommation d'alcool. Parmi ceux qui consommaient l'alcool, 25 à 33% avaient rapporté que le désir d'avoir des rapports sexuels augmentait, ainsi que le plaisir sexuel et le courage de solliciter les rapports sexuels. D'autre part 15% des répondants avaient aussi rapporté que la capacité de négocier l'utilisation du préservatif diminuait après la prise d'alcool. Dans l'ensemble 61% des personnes enquêtées avaient déjà eu des rapports sexuels. Comparativement aux filles de la tranche d'âge allant de 15 à 19 ans (29.6%), les garçons de la même tranche d'âge étaient deux fois plus nombreux (57.1%) à avoir déjà eu des rapports sexuels. Les personnes ayant déjà consommé l'alcool étaient plus nombreuses à avoir eu au moins deux partenaires sexuels et étaient plus nombreuses à avoir présenté des symptômes d'IST au cours de la période de 12 mois ayant précédé l'enquête.

Conclusion : La consommation d'alcool étant influencée par l'âge, le sexe, le fait de fréquenter l'école, le fait de ne pas être affilié avec une religion, le fait de ne pas habiter avec les parents biologiques, le fait de pratiquer une activité génératrice de

revenus et étant donné le fait que l'alcool influence la pratique des rapports sexuels et le multipartenariat sexuel, les messages éducatifs visant le changement du comportement sexuel des adolescents et des jeunes adultes devront prendre en compte l'élément de la consommation d'alcool. Le contrôle de la prise d'alcool dans ce sous groupe de la population devrait commencer en famille vu que c'est là qu'une grande partie d'adolescents commencent à en prendre. Une campagne mettant en exergue les méfaits de l'alcool et ciblant particulièrement les adolescents, les jeunes adultes et les familles devra être diligentée.

E.4. Contribution du secteur privé à la lutte contre le VIH/SIDA. Modélisation de l'impact selon

l'expérience de 20 ans de lutte d'une entreprise privée, la Bralima.

Kitenge C., Bralima, RDC

Contexte : L'infection par le VIH est un gros fléau pour le développement de notre pays. Du fait ce problème touche la classe ouvrière, elle a un impact négatif considérable sur la croissance des affaires. Depuis 1998, la Bralima s'est engagée dans la lutte contre le VIH/Sida en impliquant tant les travailleurs que la communauté avoisinante. C'est ce modèle de lutte qui fait l'objet de l'abstract.

But : Montrer les retombées d'une bonne gestion de l'infection à VIH.

Méthodologie : Tous les outils en rapport avec la gestion problème de l'infection à VIH ont été passés en revue de manière à répertorier les activités, en évaluer les indicateurs et aboutir à modèle de l'impact direct et indirect sur l'entreprise.

Les points suivants ont été répertoriés :

- L'engagement des acteurs en commençant par la Direction de l'entreprise.
- Le contenu de la politique de l'entreprise en matière de VIH/Sida.
- Les interventions préventives et curatives menées.
- L'implication de la communauté avoisinante dans la lutte contre le VIH/Sida.

Résultats : La couverture CDV des travailleurs a dépassé 100 %

Le taux d'incidence est alimenté essentiellement par les nouveaux engagés et la mortalité spécifique au VIH est tombée à zéro.

Depuis plus de 5 ans, aucun nouveau-né n'a été infecté au travers de la grossesse.

Les employés sociétés de sous-traitance ont été sensibilisés et pris en charge par rapport au VIH.

Conclusion : Les indicateurs de performances classiques en matière de VIH sont bons pour notre entreprise.

Concomitamment, les frais des soins médicaux des travailleurs sont restés stables et la prise en charge globale s'est améliorée. Modèle à suivre ?

E.5. Indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco-résistance du VIH dans les sites de prise en charge des patients sous ARV en RDC

Kaba D*, Ekofo F**

* Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa. RDC.

** Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST, Ministère de la Santé Publique, RDC

JUSTIFICATION : Le passage à l'échelle de la thérapie ARV va entraîner une émergence des résistances à cause des taux élevés de répliquions et de mutations du VIH et de la nécessité de traitement ARV à vie. Il s'accompagne du risque d'une expansion rapide et incontrôlée des souches résistantes si aucune mesure de surveillance n'est prise à temps et priver les malades vivant avec le VIH des options de traitement efficaces de première et seconde lignes disponible au pays.

OBJECTIF DE L'ETUDE : Evaluer les performances du programme de prise en charge par ARV dans chacun de ces sites retenus afin d'optimiser la prévention des résistances et de réduire au minimum l'émergence de celles qui sont évitables.

METHODE : L'enquête a consisté à des visites des sites sélectionnés où par la revue documentaire et par l'interview des parties prenantes, les données ont été collectées.

RESULTATS: Les résultats de cette enquête montrent que les «pratiques de prescription des traitements ARV » sont satisfaisantes ou conformes aux directives nationales dans toutes les 112 structures évaluées. En outre, 60 des 112 sites évalués (soit 53,57 %) ont des taux de perdus de vue acceptables (moins de 20%) ; alors que 52 autres sites restants (soit 47,43%) ont des taux de perdus de vue qui varient entre 21 % et 100%. Dans 49 des 112 sites enquêtés (soit 36%), le pourcentage de patients qui continuent de suivre un traitement ARV de première ligne 12 mois après le début de celui-ci, est supérieur au seuil exigé (supérieur ou égal à 70%). Pour l'indicateur «retrait des médicaments ARV dans les délais » seulement 4 des 112 sites

(soit 3,57%) ont atteint le seuil recommandé (supérieur ou égal à 90). Quant à l'indicateur en rapport avec le « respect des rendez-vous de consultation » dans le cadre du TARV, 34 sur les 112 sites évalués (soit 30,35 %) ont obtenu un score acceptable. Enfin, 73 sur 112 sites évalués (soit 65 %) ont atteint le seuil requis de 100 % pour l'indicateur relatif à la « constance de la délivrance de médicaments ».

CONCLUSIONS : L'évaluation des IAP en 2012 confirme une fois de plus que, le risque de développement des résistances reste très élevé dans les structures de prise en charge en RDC.

Session F

F.1. Stress psychosocial, religion, personnalité et progression des noirs africains vers le sida à Kinshasa

Mananga Lelo G., Mampunza M.M., Longo Mbenza, Yassa

CONTEXTE : La composante santé mentale n'est pas intégrée dans la définition de l'infection par le VIH/SIDA et n'est pas codifiée dans sa prise en charge faute des paramètres psychométriques.

MATERIEL ET METHODE : Une étude documentaire, deux enquêtes transversales et une étude analytique ont été menées à Kinshasa entre 2004 et 2007 dans un Centre de Santé spécialisé du VIH/SIDA, dans une ONG et dans une église de guérison spirituelle. Les scores définissant la dépression somatoforme (BSI), la dépression, la personnalité de type D, le schème comportemental (Sct), le stress perçu, la sévérité de l'infection par le VIH en absence des ARV, les paramètres sociodémographiques, le coping, la religion et la progression vers le SIDA ont été évalués.

RESULTATS : L'âge moyen et le sex ratio variaient entre les 230 participants ($p < 0,001$) : 47 ± 3 ans contre 1 H : 3 F pour les séropositifs asymptomatiques de longue durée (ALD) ; 40 ± 9 ans contre 1 H : 2 F pour les patients VIH et 36 ± 4 ans contre 2 H : 1 F pour les PVVIH (Stade I de l'OMS) ; 30 ± 5 . 2 ans chez les séronégatifs au VIH. Le score de BSI était plus élevé chez les PVVIH (59 ± 176 ; $p < 0,001$) que chez les séronégatifs (24 ± 11).

- La dépression mineure couvrait inégalement tous les stades cliniques ($p < 0,001$; $p \text{ trend} = 0,004$) ;

2% au stade I, 4% au stade II, 30% au stade III et 4% au stade IV.

- La dépression majeure, reléguée au stade III (36%) et IV (24%) était plus fréquente que la mineure (60% Vs 40% ; $p = 0,033$).
- Le risque de progression vers le SIDA était associé au Sct AB (HR = 11 ; IC 95% 1,4 – 85,2 ; $p = 0,022$) à l'appartenance à la religion traditionnelle (HR = 4,2 ; IC 95% 1,2 – 15,1 ; $p = 0,023$ et au niveau d'instruction élevé ($p < 0,0018$).

CONCLUSION : Le VIH /SIDA était une maladie chronique et se féminisait

- La dépression était partie intégrante et s'aggravait avec le VIH/SIDA
- Le Sct AB, la religion traditionnelle et le niveau d'instruction élevée étaient des prédicteurs indépendants de la progression rapide vers le SIDA.

F.2. Respect du secret professionnel et information des partenaires sexuels d'un patient contaminé par le VIH/SIDA : nouveaux repères éthiques pour faire évoluer le droit et la déontologie

Laurent Ravez (CIDES et NARILIS, Université de Namur)

Aimé Malonga (CIBAF, Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa)

Mots clés : Confidentialité, VIH/SIDA, santé publique, divulgation, secret professionnel.

Le respect de la confidentialité des informations concernant les patients constitue un élément central de l'éthique des soins de santé.

Cette communication s'intéresse à un aspect très spécifique de cette obligation de confidentialité, celui d'une dérogation possible dans le cas d'un patient contaminé par le VIH/SIDA et refusant d'informer ses partenaires sexuels de son statut sérologique.

Nous montrons que les spécificités des maladies infectieuses et singulièrement de l'infection au VIH amènent à interroger la portée de ce repère déontologique et légal. Mais les outils classiques de la bioéthique essentiellement axés sur la protection de l'individu ne permettent pas d'éclairer de façon satisfaisante les préoccupations de santé publique émergeant chaque fois qu'il est question de phénomènes contagieux ou épidémiques.

Nous étudions cette problématique à travers les législations belge et française que nous mettons en perspective avec le droit congolais où il existe une

déroger à l'obligation du secret professionnel en cas de refus de divulgation du statut sérologique.

Nous montrons qu'il est possible de justifier éthiquement une telle dérogation sans invoquer un schéma binaire opposant les agresseurs potentiels que seraient les patients contaminés et leurs victimes risquant la contamination.

Cela nous permet alors d'envisager sous un autre jour les textes légaux étudiés, en suggérant prudemment quelques évolutions.

F.3. La pauvreté éthique, source de persistance des comportements à risques d'infection par le VIH/Sida. Munday Mulop, Mika Mfitché

Contexte et Justification : Les enquêtes de surveillance des comportements et de séroprévalence (2005 et 2007), la Conférence nationale sur le VIH et les IST (2005) et les différents rapports du PNLS et du PNMLS sont clairs sur l'inadéquation entre le bon niveau des connaissances de la maladie et la persistance des comportements à risques. Comment peut-on l'expliquer ?

Type d'étude et Méthodologie : C'est une étude qualitative d'ordre éthico-philosophique. Nous avons collecté, analysé et interprété les opinions des 39 PVV grâce aux interviews sémi-structurées et 18 récits sur les attitudes à l'annonce de la séropositivité. Sur chaque perception de l'acte sexuel, et conformément à l'approche éthique de l'acte humain, nous avons fait un calcul de proportion en pourcentage afin d'estimer le poids de chaque opinion et son influence.

Résultat : il est apparu que c'est la pauvreté éthique dans le processus de la prise de décision conduisant à l'acte sexuel qui explique la persistance des comportements à risques dont la multiplicité des partenaires sexuels, les relations sexuelle intergénérationnelles, la prostitution et le rejet du préservatif par le plus grand nombre.

Conclusion et recommandation : nous militons pour une sexualité plus humaine. Nous recommandons une campagne d'éducation en famille, à l'école, à l'université et dans les entreprises fondée sur 6 principes éthiques à respecter pour passer de la sexualité à risque à la sexualité sans risque.

F.4. La contextualisation culturelle du VIH/SIDA en RDC : une approche complémentaire et inclusive en Afrique centrale

Bruno Lapika Dimomfu - CERDAS- UNIKIN, Sophie Kotanyi - M.A. Anthropologue – Paulo Freire Institut – Freie Universität Berlin

CONTEXTE : Bien qu'il y ait de plus en plus de messages de sensibilisation dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique, on observe un manque de communication réelle autour du SIDA. Cela compromet les efforts non seulement de traitement, mais aussi de prévention en dépit des succès très limités enregistrés à ce jour avec les campagnes de sensibilisation de type "biomédicale". Les recherches anthropologiques réalisées en RDC (Lapika, 1997, 2006, Kotanyi et Lapika, 2010), au Mozambique (Green, 1999, Kotanyi, 2005, 2009) et dans de nombreux pays Africains, ont montré de manière éclatante les divergences qui résultent entre les paradigmes biomédicaux et les paradigmes sociaux et anthropologiques concernant la représentation de l'homme, de la santé, de la maladie, des causes de morbidité, de la prévention, du diagnostic et des buts des traitements. Ces paradigmes ont un impact social sur le comportement humain en ce qui concerne aussi bien la prévention, la transmission du virus que l'efficacité du diagnostic et du traitement du VIH/SIDA.

Les résultats de ces différentes recherches ont impulsé la nécessité de développer une approche culturelle, inclusive, complémentaire et transversale du VIH et du SIDA qui devrait faire partie de l'approche multisectorielle, pour mieux comprendre les moteurs de l'épidémie en milieu africain.

OBJECTIF : La présente communication se propose de mettre en exergue d'une part, la dimension socioculturelle et inclusive dans les programmes de prévention contre le VIH et le SIDA, et d'autre part, la contribution des sciences sociales et humaines dans l'élaboration des outils de communication visant la lutte contre l'épidémie.

METHODOLOGIE : L'approche culturelle est essentiellement qualitative. Elle permet ainsi de connecter les messages préventifs au niveau des émotions, étant plus proches des pulsions sexuelles, que les messages cognitifs. C'est une approche complémentaire, inclusive et multidisciplinaire combinant l'anthropologie culturelle, la sociolinguistique, la psychologie, la biomédecine par la voie de la pédagogie dialogique (Paulo Freire).

RESULTATS : En prenant en compte la réalité de la multiplicité des systèmes de santé utilisés en RDC, une promotion du dialogue et de la coopération médicale entre les divers types de pratiquants autour du VIH/SIDA, permettra une meilleure efficacité à tous les niveaux d'intervention (diagnostic, prévention, traitements et soins).

CONCLUSION : Pour la majorité des populations en RDC, les paradigmes culturels jouent un rôle prépondérant influençant significativement la transmission du VIH/SIDA et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cette situation doit être prise en compte dans les messages préventifs pour qu'ils puissent être mieux entendus et mieux mis en pratique.

RECOMMANDATION : Les stratégies de communication devraient apprendre à utiliser les paradigmes et les métaphores culturelles locales afin de permettre aux interventions gouvernementales et non gouvernementales de tous les secteurs de faire le pont entre les diverses compréhensions de l'épidémie.

F.5. Soins palliatifs dans la prise en charge psychosociale des PVVIH en situation précaire.

Jean Lazare Muyanga Nkumuki , Avenue Mawanga n°33, Quartier Ubangi, Kinshasa/Bumbu

But et contexte : Les soins palliatifs concernent les malades en phase terminale et mérite bien une réflexion. Il ne serait pas digne d'ignorer la souffrance, parfois atroce, non seulement des personnes malades gardées à domicile mais aussi des membres de leurs familles, peu nanti et peu outillés, pourtant contraint à prendre soins d'eux et à partager la vie avec eux : repas, logement, sacrifiant ainsi beaucoup d'autres obligation et besoin légitimes.

C'est pour diminuer la souffrance psychologique et morale que ressentent les personnes en face d'une maladie fatale ou invalidante et de permettre aux malades d'avoir la meilleure qualité de vie possible et de les aider à mourir dignement, réconciliés avec eux- mêmes, Dieu et leur entourage,

Méthodologie : C'est une étude prospective portant sur les PVVIH en situation précaire et nous avons procédé à l'administration des soins médicaux élémentaires : Ils permettent soit d'améliorer l'état du malade, soit de soulager sa souffrance physique en diminuant les symptômes pénibles de sa maladie et à la dispensation des soins de nursing: C'est la tâche importante des soins à donner aux malades

incurables et en fin de vie.

L'éducation: Elle est primordiale dans les soins palliatifs car les membres des familles sont en permanence auprès du malade pour le soigner, que ce soit à la maison ou à l'hôpital.

Résultats obtenus : de mai 2009 à décembre 2010. 20 prestataires ont été formés sur les soins palliatifs. Ces prestataires sont constitués des infirmiers, assistants sociaux, les accompagnateurs (volontaires).

20 membres de famille des malades ont bénéficiés des formations élémentaires de soins de nursing,

40 PVVIH ont bénéficiés des soins palliatifs, 60% de ces PVVIH sont morts dans la dignité humaine et après celui-ci, aucun conflit n'a surgit entre les familles et chacune d'elles a été heureuse d'avoir pu faire tout ce qui était possible pour les soigner jusqu'au bout,

40% restent vivant et continuent à bénéficier les soins palliatifs.

Discussion : Le soin palliatif des malades est une tâche complexe qui exige une conscience et volonté des prestataires. C'est un investissement considérable en termes de coût et de personnel qualifié. La formation des prestataires et des membres de familles à beaucoup contribué dans les soins palliatifs des malades.

Perspective: Les soins palliatifs sont un travail lourd, à faire en équipe, pour pouvoir se soutenir et partager les expériences vécues. Il apporte beaucoup de succès s'il est fait en équipe.

POSTERS

L.1 La charge virale dans le traitement du HIV/SIDA en Afrique: l'expérience du programme DREAM.

Neze Julien¹, Kinkela Timothée¹, Guidotti Gianni², Ceffa Susanna², Brambilla Davide², Erba Fulvio², Marazzi Maria Cristina⁴ Palombi Leonardo³

1 Community of Sant'Egidio, DREAM Programme RDC, 2 Community of Sant'Egidio, DREAM Programme Europe, 3 "Tor Vergata" University, Rome, Italy, 4 « LUMSA » University cRome, Italy

DREAM, "Drug Resources Enhancement against AIDS and Malnutrition" est un programme de lutte contre le SIDA créé par la Communauté de Sant'Egidio. Le programme a une approche globale dont le laboratoire est un point d'excellence. Tous les services sont gratuits.

Problématique.

La charge virale est le paramètre plus indiqué pour évaluer l'impact des ARV, soit en termes d'observance soit en termes de résistance aux médicaments.

Activité. Pendant 10 ans d'activité, les 20 laboratoires DREAM ont analysé plus qu'un million d'échantillons en 10 Pays Africains. La biologie moléculaire représente le 35% de toute l'activité, avec environ 380.000 tests dont environ 10.000 en RDC.

Impact: dans une cohorte DREAM de 4736 patients, le 8% avaient une charge virale de plus de 10.000 c/ml après 6 mois de ARV. Le 58% de ce group (4,7% de la cohorte totale) a montré un bon résultat après renforcement de l'observance, le 10% des patients avec charge virale élevée (0,8% du total) a changé de ligne, le 6,3% (soit le 0,5% du total) sont décédés ou ont abandonné, tandis que le 25,7% (soit le 2% du total), restent en observation avec une charge virale élevée. Donc, avec le dosage de la charge virale, le Programme a géré le 70% des chutes virologiques avec un nombre de passage en 2^o ligne extrêmement réduit.

Leçons apprises et défis: Dans un programme qui intègre l'outil charge virale et le renforcement de l'observance, les coûts des 2^o lignes sauvés peuvent couvrir les coûts de laboratoire et qu'on gagne le 5% en terme de survivance.

Au laboratoire les points clés sont: les correctes infrastructures, la qualité de l'électricité, la choix des équipements, la gestion du stock et le processus de passation d'achat, les systèmes de transports des

échantillons et des réactifs, en particulier le respect de la chaîne du froid, la formation et la mise à jour des compétences du staff, le travail en réseaux pour se confronter entre professionnels de laboratoire, et la mise en place d'un système de qualité certifié.

L.2. Infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'Hôpital Militaire de Référence de Kinshasa (Camp Kokolo)

KAMANGU NTAMBWE ERICK¹, SITUAKIBANZA NANITUMA HIPPOLYTE¹, MVUMBI LELO GEORGES², MESIA KAHUNDU GAUTHIER², KAKUDJI ILUNGA LOUIS³, TSHIENDA T DJEF³

1. Faculté de Médecine, Université de Kinshasa
2. Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Université de Kinshasa
3. Service de Santé des Forces Armées de la RDC

Contexte : En République Démocratique du Congo (RDC), les infections opportunistes (IO) constituent encore un problème majeur dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVV). Malheureusement, très peu de données actualisées s'y rapportant sont disponibles.

Objectif : Celui-ci a été de déterminer la nature et la fréquence des IO retrouvées chez les PVV suivies dans le Service de Santé des Forces Armées de la République Démocratique du Congo (SSFARDC).

Méthodologie : La présente étude a été menée à l'Hôpital Militaire Régional de Kinshasa (HMRK) (Camp Kokolo). Elle est une revue documentaire ayant porté sur les dossiers des PVV adultes suivies dans cette Institution entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010. Les éléments d'intérêt ont été l'âge, le sexe, les infections documentées.

Résultats : Cent trente-deux dossiers ont été retenus dans la présente série. Les femmes ont été plus représentées (64,4%) que les hommes (sex ratio : 1,8). Dans la majorité des cas (soit 75%), l'âge a varié entre 18 et 47 ans. Les affections retrouvées ont été la tuberculose (43,2%), la candidose (buccale, vaginale et œsophagique) (20,45%), le prurigo (15,9%), la pneumonie bactérienne non spécifique (11,4%), le paludisme (10,6%), le zona (9,8%), l'isosporese (5,3%), le condylome acuminé et la salmonellose, respectivement à 3,8%.

Conclusion : La tuberculose a été l'IO la plus retrouvée (43,2%). Ainsi, dans le SSFARDC, la recherche de la tuberculose doit être systématique chez toute PVV.

L.3. Contribution de la ligne verte info-SIDA dans la prévention de la transmission du VIH en RDC

Manday T.*, Babakazo P.*, Kaba D.*, Muhemedi S.*, Motingia L. **, Mulelebwe B. ***, Okitolonda E. *

*Projet CDC-PEPFAR/ESP, ** CDC/RDC, *** Fondation Femme Plus

Introduction: Bien qu'elle ait une prévalence du VIH plus basse que ses voisins, la République Démocratique du Congo (RDC) continue de connaître une épidémie généralisée. Informer la population sur les différents aspects du VIH/SIDA constitue l'une des stratégies pour renverser la tendance. Cependant, rares sont les interventions menées pour apporter l'information sur le VIH/Sida à la population générale. Pour combler cette lacune, le CDC en collaboration avec ses partenaires ont mis en place la ligne verte info SIDA.

Méthodes: La ligne verte info Sida existe depuis mai 2005, son numéro est le 8007432. Elle fonctionne 24 heures/24 pour recevoir et répondre aux questions posées par les populations de la RDC et de certains pays limitrophes. En partenariat avec trois sociétés de télécommunication en RDC, la Ligne verte offre aux appelants la possibilité d'avoir des conversations téléphoniques gratuites et confidentielles avec des conseillers formés en VIH/SIDA. Ainsi, ces appelants accèdent à une variété d'informations incluant : les voies de transmission du VIH, la prévention et le traitement du VIH/SIDA, l'accompagnement psychosocial, la localisation des services VIH/SIDA. Ce service est disponible en sept langues, ce qui permet d'atteindre plus d'individus.

Résultats: En cinq ans de fonctionnement, la ligne verte a reçu 1.941.588 appels. Dans 90% des cas, l'information recherchée portait sur les modes de transmission du VIH. S'agissant du sexe des appelants, 82% étaient des hommes et 18% des femmes. Quant à la provenance de ces appels, 62% des appels provenaient de Kinshasa, 13% du Bas-Congo, 12% de l'Equateur et 8% du Bandundu. Les 5% restants proviennent des autres provinces et pays limitrophes. La majorité d'appels, soit 90%, étaient des célibataires, les personnes mariées représentaient 7% et 3% étaient des veuves et personnes divorcées.

Conclusion: Ces données montrent que la Ligne verte est une intervention qui permet à la population congolaise d'avoir l'information sur le VIH/SIDA. Cependant, pour atteindre plus d'appelants, il est nécessaire d'augmenter les capacités de la ligne verte, de faire sa promotion à l'intérieur du pays, dans les pays limitrophes et

même dans les autres pays d'Afrique. Les données générées par la ligne verte permettront d'orienter les partenaires sur les besoins actuels de la population en rapport au VIH/SIDA en RDC et par conséquent sur la mise en place des interventions efficaces.

L.4. Impact de la loi sur le dépistage du VIH chez les adolescents

Raphaël Anzuruni Mbutu, Tous contre le sida/ONG membre du FOSI

Introduction :

Les jeunes congolais s'exposent précocement à l'infection à VIH à travers les rapports sexuels non protégés.

Plusieurs d'entre-deux sont ignorants de leur statut sérologique du fait du refus par certains parents de se faire dépister.

Ce comportement des parents est encouragé par la loi n° 08/11 du 11 juillet 2008 protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les personnes affectées qui stipule en son article 37 que «le test de dépistage du VIH sur un enfant ou sur tout autre incapable est pratiqué avec le consentement des parents ou du tuteur, selon le cas, sauf si leur intérêt supérieur l'exige».

Cette situation a été analysée durant une campagne de sensibilisation.

L'objectif consistait à déterminer l'impact de l'article ci-haut cité sur le dépistage volontaire des adolescents.

Description :

La sensibilisation a eu lieu à Kinshasa en 2008.

La cible était constituée des adolescents.

3800 adolescents avaient été consultés sur la nécessité de se faire dépister.

Ceux dont les parents ou les tuteurs avaient acceptés, avaient été dépistés le jour suivant.

Nous avons enfin procédé à la comparaison des résultats obtenus avec ceux prévus.

Il s'est avéré que seulement 238/500 adolescents prévus, soient 47,6% étaient dépistés.

Beaucoup d'adolescents n'avaient pas obtenu l'autorisation parentale.

2/238 adolescents, soient 0,4% étaient séropositifs.

Leçons apprises :

Beaucoup de parents avaient refusés le dépistage de leurs enfants.

La loi n'avait pas facilité le dépistage des adolescents or chacun a droit de connaître son statut sérologique

en vue de participer activement aux efforts de prévention et de prise en charge.

A ce sujet, le parlement devrait amender l'article 37 ci-haut cité en vue de l'émancipation partielle des adolescents de l'interférence des parents dans le dépistage des adolescents.

Les parents devraient uniquement se charger de la gestion des résultats du dépistage.

L.5. Pratique des soins de santé liée au VIH/SIDA en RDC

Max JP MASUMBUKO, Check up pour tous<< CPT/ONG>>, Kinshasa/Ngaliema

But et Contexte :

La spécificité de la RDC dans la lutte contre l'épidémie du VIH et le Sida est d'avoir non seulement été l'un des premiers pays en Afrique à avoir reconnu être touché par la maladie au diagnostic des 53 premiers cas de sida en 1983 à l'hôpital général de Kinshasa et aux cliniques universitaires du pays mais également d'avoir été l'un des premiers terrains d'intervention dans le cadre d'une lutte organisée et coordonnée contre cette pandémie et c'est, grâce à une prise de conscience rapide du pouvoir public et des communautés. En effet, le Gouvernement de la RDC a décidé en 1984 d'œuvrer avec la communauté internationale afin de mieux jauger les dimensions du problème.

En 1985, un Comité National de lutte contre le Sida(CNLS) a été mis sur pied et en 1987 un bureau central de coordination du programme national de lutte contre le sida et les IST (BCC/Sida) piloté par le Ministère de la santé, a été créé. Malheureusement, cette avancée dans la lutte a été gravement annihilée par des troubles sociaux politiques inattendus de 1991 à 1999 engendrant la rupture de la coopération structurelle et l'arrêt des financements des bailleurs de fonds.

Cette situation a aggravé la vulnérabilité de la population vis-à-vis du VIH et le Sida en raison du faible pouvoir économique. A ce jour très peu des PVVIH bénéficient du traitement antirétroviral et le suivi biologique reste encore un problème préoccupant.

Les soins palliatifs ne sont pas encore formellement organisés au pays ce qui amène la mort des PVVIH sans dignité humaine

Résultats :

- Disfonctionnement des systèmes de santé lié au VIH avec 6% des PVVIH sous ARV sur un total de 347.490 éligibles;
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité associées au VIH et le sida avec 110.220 décès annuel ;
- Augmentation des nouvelles infections au VIH estimée à 230.657 PVVIH ;

Discussion

A l'état actuel, le niveau de réalisation des interventions du secteur de la santé liées au VIH accuse un déficit sans précédent en RDC. Alors que ceci devrait entraîner l'accélération des traitements et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et le sida.....

Perspectives :

Le secteur de la santé en RDC doit s'ériger comme moteur dans la lutte contre le VIH et le sida et doit s'engager à fournir à toute la population congolaise un accès universel au service des soins et traitements liés au VIH et au sida à travers un système de santé rénové, revitalisé et renforcé.

L.6. le cadre gestionnaire commun : modèle de pilotage d'un partenariat entre acteurs de la société civile locale et internationale »

Billy Sivahera (1), Adolphe Luponga (2), Grégoire Kambale (1), Arsène Ndoole (2), Pascale Barnich-Mungwa (1)

1) Médecins du Monde France, 2) FOSI, Forum Sida Nord Kivu

Contexte

Médecins du Monde France (MDM) développe depuis 2003 un programme intégré de lutte contre le VIH/sida dans le Nord Kivu, partiellement soutenu par le Fonds mondial depuis 2005. Un partenariat a été mis en place avec des associations locales afin qu'elles soient en capacité de mettre en œuvre les activités dans les communautés. Sur le plan de la conception du partenariat, du suivi des activités, du travail en équipe (réseautage) ou de la gestion des ressources, il a fallu du temps pour renforcer la collaboration, la confiance et le respect mutuels. En 2006, à la suite d'une revue du programme, un outil de mutualisation des responsabilités de gestion et de pilotage des interventions communautaires de lutte contre le VIH/sida, appelé « cadre gestionnaire », a été mis en place et a permis d'améliorer la réponse aux enjeux de l'épidémie.

Méthodes et procédures

Ce cadre gestionnaire a été mis en place selon des méthodes de concertation très rapprochées entre les parties prenantes au partenariat, à savoir Forum Sida Nord Kivu (FOSI), la coordination provinciale du PNLS, les médecins-chef de zone, MDM et les associations locales. Le mode de fonctionnement du cadre gestionnaire, qui se réunit chaque mois, encourage les échanges et la prise de décision collective. Ses attributions sont l'analyse et la validation des propositions d'actions des associations locales, le suivi des activités, l'évaluation de la performance des associations partenaires et le suivi budgétaire.

Résultats

Le cadre gestionnaire a permis la montée en puissance des interventions de prévention et de prise en charge communautaire du VIH/sida dans les zones de santé concernées du Nord Kivu (Goma, Karisimbi, Kirotshe et Rwanguba). La perception du partenariat par les acteurs est désormais marquée par une logique de complémentarité et de coresponsabilité : de MDM comme « bailleur-prestataire » à MDM « facilitateur ». L'engagement des acteurs associatifs se fonde désormais sur la reconnaissance sociale de leur travail et plus sur la motivation monétaire. Sur le plan institutionnel, on a également pu constater les évolutions suivantes et le passage de logiques :

- de suivi-contrôle à celle d'un suivi-conseil constructif en équipe
- de forte concentration du pouvoir à un partage avec les acteurs congolais
- de rivalité à l'intégration des acteurs de la table de concertation
- de gestion unilatérale à une gestion conjointe des financements de la lutte contre le VIH/sida

C'est désormais un mode de gestion fondé sur la transparence qui prévaut.

Conclusions et leçons apprises

Mécanisme de gestion partenariale innovant dans la région, le cadre gestionnaire est apprécié par tous les partenaires. La motivation de son intérêt auprès des acteurs et composantes tient à la prise en compte des revendications de tous et encourage les décisions collégiales. Cet outil permet le renforcement des capacités des partenaires institutionnels et associatifs dans les domaines de la gouvernance et du pilotage, de la gestion ainsi que de la planification et du suivi des interventions de

lutte contre le VIH/sida, pour mieux préparer leur autonomie d'action.

Mots Clef

Fonds mondial, partenariat, mutualisation, gouvernance, pilotage

L.7. Amélioration de l'intégration de la PTME dans les services de santé de la Reproduction dans 5 zones de santé appuyées par l'OMS dans la Province du Nord Kivu grâce aux missions conjointes de supervision formative .

Adolphe GASHINGE, Médecin Coordonnateur Provincial du PNLS, Pacific Kabamba, Chargé de la Prise en charge PNLS / Nord Kivu, Cécile Mbotama PF SMNE / OMS Nord Kivu

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, la Province du Nord-Kivu a développé des stratégies particulières pour renforcer l'intégration de la PTME dans les activités de la Santé de Reproduction dans 5 ZS.

La bonne pratique consiste en la mise en œuvre des supervisions conjointes menées régulièrement par le PNLS et le PNSR et qui ont un effet sur la qualité de la mise en œuvre du projet. Pour y parvenir, le PNLS et le PNSR ont redynamisé la task-force Santé de Reproduction au sein du comité provincial SMNE, ils ont harmonisé les plans et canevas de supervision, ils ont organisé les missions conjointes de supervision, suivies des réunions locales de monitoring des activités SR/PTME et des réunions de validation des données SR/PTME au niveau des Districts sanitaires.

La mise en œuvre de cette intégration a permis de réaliser les résultats ci-après :

- Disponibilité et partage de la cartographie des interventions et intervenants SR/VIH/PTME
- Utilisation améliorée du partogramme comme principal outil de suivi du travail pour réduire le risque de TME (décision précoce en cas de dystocie, réduction des pratiques invasives ; connaissance du statut sérologique de la parturiente)
- Renforcement des capacités des superviseurs provinciaux et de leur collaboration
- Amélioration des connaissances des prestataires et de l'équipe cadre des zones de santé : Compréhension de l'importance et de l'intégration de la PTME dans tous les

services SR, amélioration des connaissances des prestataires et des femmes enceintes et allaitantes fréquentant les différents services

- Intégration du DCIP dans les différents services SR et dépistage des femmes
- Réplication de l'expérience dans les autres ZS non ACDI
- Identification et analyse conjointe des problèmes et proposition des solutions

De ce qui précède, il y a lieu de retenir que la supervision conjointe PNLs/PNSR reste un moyen efficace pour renforcer les capacités des superviseurs et des supervisés dans le but d'améliorer la qualité des prestations.

L.8. Réflexions sur le partenariat public-privé dans le secteur de la santé en RDC, cas de l'HGR de Sakania dans la ZS de Sakania

Jules KATUSI, Casimir MANZENGO

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, l'HGR SAKANIA a développé un partenariat public-privé avec la Société minière « FIRST QUANTUM MINING » pour améliorer la qualité des services offerts aux femmes enceintes séropositives.

La bonne pratique consiste en la mise en œuvre de ce partenariat entre l'HGR, le projet PTME et FQM pour développer les activités de PTME. En effet, l'HGR a amené du personnel, le bâtiment et le matériel, le projet PTME a contribué dans le renforcement des capacités des prestataires par la formation et les supervisions formatives, et FQM a réhabilité l'HGR, particulièrement la maternité, il a payé les tests et les médicaments et il a assuré le paiement des prestataires. La contribution totale de FQM est estimée à 350 000 USD en 2010. Ce qui a permis de mener les activités de PTME dans de bonnes conditions.

A l'issue d'une année de mise en œuvre, il y a eu au total 528 femmes testées (64%) sur 829 femmes reçues, 514 ont retiré les résultats, 24 (5%) parmi elles étaient séropositives et toutes les huit qui sont parvenues à terme ont reçu la triprophylaxie selon le protocole complexe.

Les résultats accomplis à la suite de ce partenariat dans la mise en œuvre des activités de PTME montre que la bonne pratique devra être encouragée et partagée aux autres structures afin d'améliorer la

qualité des services offerts aux femmes enceintes séropositives dans le contexte actuel de crise financière et des ressources limitées.

L.9. Dépistage Précoce du VIH Chez les enfants exposés par l'utilisation du circuit d'envoi des échantillons PFA en Province Orientale

Dr Patrick MATALA, Casimir MANZENGO, Dr Marie Josée KIKOO, Dr Freddy KASONGA

Suite aux difficultés d'acheminement des échantillons de sang entraînant ainsi un faible taux de dépistage précoce des enfants exposés dans la Province Orientale, le BPC-PNLs de la Province Orientale avec l'accompagnement technique de l'Unicef et de l'OMS principalement a mis en place une stratégie visant à mettre à profit le circuit de transmission des échantillons de sang prélevés sur papier buvard selon le mode d'expédition des échantillons de PFA mis en place depuis une dizaine d'années, afin d'arriver à assurer le dépistage précoce du VIH à 100% d'enfants exposés.

Le BPC-PNLs a exploité le même circuit pour l'expédition des échantillons des prélèvements sur papier buvard en commençant par Kisangani, Bunia, Isiro et leurs alentours. Les échantillons sont prélevés au niveau du site PTME au cours des séances de CPON correspondant à la sixième semaine après accouchement, par des techniciens formés qui n'entrent en contact qu'avec les enfants qui leurs sont présenté par les IT. Ces échantillons sont ensuite séchés sur place et acheminés vers le laboratoire provincial de référence Sida pour codification et expédition. Les frais de transport des techniciens chargé de prélèvement sont pris en charge par le projet ACIDI-OMS mais le transport des échantillons par DHL est supporté par Unicef pour Kinshasa et MSF-CH pour l'Ouganda.

Durant la période de Janvier 2010 à Mars 2011, il ressort que sur 49 enregistrés, 31 enfants soit 63,26% ont été dépisté précocement.

Le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés offre comme avantage principal, la confirmation tôt de l'état sérologique d'un enfant exposé.

L'élaboration de ce circuit de transmission des échantillons sur papier buvard constitue la clé de réussite pour réduire davantage le taux de transmission Mère Enfant du VIH. Le circuit est simple mais demande l'implication des prestataires des sites PTME qui suivent les femmes VIH+ et les

enfants exposés ainsi que les organes de coordination de la lutte à chaque niveau.

L.10. Mise à Profit des Groupes de support dans le continuum de soins accordés aux femmes enceintes VIH+ et aux enfants exposés

Patrick MATALA, Casimir MANZENGO, Marie Josée KIKOO, Freddy KASONGA

Dans le cadre du projet PTME avec l'appui des fonds ACDI, le PNLS, l'OMS et l'Unicef en Province ont mis en place des groupes de support des femmes enceintes VIH+ et des enfants exposés dans 4 zones de santé expérimentales pour établir le lien entre les personnes qui doivent bénéficier de l'accompagnement psycho social et les structures sanitaires. Ces groupes de supports ont comme objectifs d'offrir les soins immédiats à domicile ; d'éduquer les femmes enceintes VIH+ et la cellule familiale au besoin et d'établir un système d'aiguillage entre les structures pour éviter la déperdition des femmes enceintes et accouchées VIH+, y compris les enfants exposés.

Ces équipes de soins à domicile étaient composées de deux infirmiers des structures sanitaires, de deux membres de l'Ucop+ et d'un membre influant de la communauté de l'aire de santé concernée. Tous ont été formés sur l'accompagnement psycho-social pour assurer les visites à domicile au cours desquelles ils apprennent aux PVV et aux membres de leurs familles les notions sur la vie positive, le soutien affectif (stigmatisation), la nutrition et l'hygiène, l'orientation vers les services de prise en charge et vers les services de dépistage précoce des enfants exposés.

Suite à la mise en œuvre de la pratique dans les 4 ZS, 272 visites à domicile ont été conduites par les membres de 4 groupes de soutien, 53 femmes enceintes perdues de vue ont été retrouvées, 69 femmes enceintes séropositives ont été accompagnées, 31 enfants exposés ont été ramenés à 6 semaines pour bénéficier du dépistage précoce. Le groupe de support aux sites PTME initié par le PNLS et l'OMS a amélioré sensiblement le niveau d'indicateurs portant sur les visites à domicile et le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés. Parti de 0 en 2009, le nombre d'enfant ayant subi le dépistage précoce a été de 31 enfants en 2010 et 77 au premier trimestre 2011. Le taux de déperdition de femmes enceintes a été ramené de 53 à 38% par la recherche active de ces femmes par les équipes de support.

L.11. Diagnostic de tuberculose ganglionnaire par Ziehl-Neelsen sur suc ganglionnaire chez une patiente avec coïnfection VIH-tuberculose

Mbula M M, Situakibanza N H, Longokolo M, Mandina M, Makulo JR, Phaka B P, Lebughe P, Masimango I, Kiazayawoko F, Engole Y, Kimpiatu JP, Khula K,

Contexte

Dans un contexte de faible ressource, le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire est difficile à poser compte tenu du coût de la biopsie ganglionnaire (acte chirurgical et anatomopathologique) et le risque anesthésique et chirurgical. Il est connu que l'examen de Ziehl-Neelsen sur suc ganglionnaire obtenu par ponction ganglionnaire peut aussi conduire au diagnostic à faible coût.

Nous présentons un cas de tuberculose ganglionnaire diagnostiquée chez une patiente avec coïnfection VIH-tuberculose.

Méthodologie

La présente observation porte sur le dossier d'une patiente admise au Service des maladies Infectieuses de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, en octobre 2011.

Résultats

La patiente est âgée de 27 ans, célibataire, hospitalisée pour fièvre au long cours, amaigrissement, toux productive présentant à l'examen physique une pression artérielle de 70/40 mm Hg, un pouls à 120 pulsations par minute (régulièrement), une fréquence respiratoire régulière à 28 cycles par minute et une température axillaire à 39°C. Elle était pâle et présentait des lymphadénopathies latéro-cervicales droites et sous-mandibulaires d'environ 1 à 2 cm, sensibles, fermes et mobiles par rapport au plan superficiel. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Les diagnostics de sepsis compliqué d'une hypotension puis choc septique et d'infection à VIH compliquée d'une tuberculose pulmonaire, ganglionnaire et anémie furent retenus.

Les examens paracliniques ont montré : présence d'anticorps anti-VIH, Ziehl-Neelsen tant sur crachat (2 échantillons) que sur suc ganglionnaire positifs pour le bacille de Koch, Hg à 6 %, GB à 4200/mm³, VS à 105 mm à la première heure.

Le traitement instauré était fait d'amoxicilline-acide clavulanique, remplissage vasculaire (sérum physiologique), transfusion de 2 unités de culot globulaire, dopamine et RHEZ.

Conclusion

Le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire peut être posé à moindre coût par Ziehl-Neelsen sur suc ganglionnaire. Ainsi cette méthode diagnostique devrait-elle être rappelée aux praticiens.

L.12. Connaissances, Attitudes, et pratiques sexuelles en rapport avec le Vih/Sida dans la cité de Lodja, République Démocratique du Congo

Kokolomami J*, Ngongo Shako M**

* École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa. RDC.

** Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST, RDC.

Contexte

La cité de Lodja est connue comme l'un des sites ayant une prévalence à Vih auprès des femmes enceintes parmi les plus élevées de la R.D.CONGO. Il n'existe pas de données comportementales concomitantes à ces données biologiques pour tenter d'expliquer cet état de choses.

Objectif

Mesurer les connaissances, les attitudes, et les pratiques sexuelles des habitants de Lodja en rapport avec le VIH/Sida.

Méthode

- Etude CAP, transversale, descriptive et quantitative à type de sondage en grappes à deux degrés, effectuée en date du 18 au 20 juin 2009.
- Une seule personne, âgée de 14 à 59 ans a été tirée au sort parmi les membres du ménage sélectionné.
- La taille de l'échantillon était de 383 personnes.
- Le logiciel EPI INFO a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats

- L'âge médian aux premiers rapports sexuels était respectivement 16 ans et 17 ans pour les filles et les garçons.
- L'âge médian au premier usage des préservatifs était par contre, de 19 ans (filles) et 20 ans (garçons).
- L'écart entre le début de l'activité sexuelle et celui du premier usage du préservatif est de 4 ans pour les deux sexes.
- L'usage de condom au dernier rapport sexuel occasionnel est de 28,96%
- Près de sept personnes sur dix (68,12%) ayant eu des rapports sexuels après une forte

consommation de l'alcool, n'avaient pas utilisé le préservatif

- Près de 96,08% savaient que le VIH pouvait se transmettre lors des rapports sexuels sans préservatifs.
- Au total 31,5% ont rencontré des difficultés d'accéder aux préservatifs, (16,67% financièrement et 4,87% géographiquement)

Conclusion

- Le niveau de connaissance des IST et Vih/sida en tant que problème de santé majeur est satisfaisant à Lodja.
- Le comportement sexuel à haut risque (précocité des rapports sexuels, faible utilisation du préservatif) contraste avec ce niveau de connaissance, surtout auprès des jeunes.
- La consommation de l'alcool augmente le risque de non utilisation du préservatif en cas de rapports sexuels occasionnels

L.13. Amélioration des indicateurs de la sante maternelle suite a la mise en place des activités communautaires de PTME comprehensive, cas de Muhona dans la zone de sante de Kipushi

Yaya KATENG, Casimir MANZENGO, Patrick MBAY

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, l'AS de Muhona a développé des activités communautaires afin d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile.

La bonne pratique consiste en la mise en œuvre des activités communautaires qui ont eu un effet sur les indicateurs de santé maternelle et infantile. les activités développées sont les réunions du groupe de soutien des femmes séropositives, les visites à domicile de ces femmes, l'organisation des séances de sensibilisation dans les écoles et dans les églises, les séances de plaidoyer auprès des leaders communautaires, les émissions radiodiffusées et l'appui à une ONG qui regroupe notamment des femmes séropositives qui sont sorties de la clandestinité.

A l'issue d'une année de travail dans les activités communautaires, la proportion des femmes qui fréquentent les services de CPN pour la 1ère fois est passée de 19% à 71%, celles qui arrivent à la 4ème CPN est passée a 33% alors qu'elle était de 8% en 2009. La quasi-totalité des femmes attendues accouchent devant un personnel de santé qualifié alors que moins de la moitié y avait accès une année

avant. Mais la moitié de ces femmes qui accouchent ne reviennent pas en CPON. En ce qui concerne le dépistage des femmes enceintes, 54% ont été testées et 2% étaient séropositives. Ces dernières ont reçu la prophylaxie aux ARV selon le protocole de l'OMS de 2006, de même que leurs nouveau-nés. Il faut signaler que ce protocole a été révisé au mois d'octobre 2010.

Entre 2009 et 2010, l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle est nette en dehors de la CPoN qui est restée timide. Ces résultats sont le fruit de l'implantation des activités de PTME dans l'Aire de Santé, et plus particulièrement du pilier des activités communautaires. En effet, la mise en place des activités de PTME a permis de motiver les prestataires et les activités communautaires ont renforcé la sensibilisation des bénéficiaires de ces services qui sont les femmes enceintes.

L.14. Amélioration de la collaboration entre le PNLS et les autres programmes impliqués dans la mise en œuvre de la PTME comprehensive, cas de la province du Katanga

Félicien BANZE, Casimir MANZENGO, Patrick MBAY

Dans le cadre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME comprehensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, la Division Provinciale du Katanga a renforcé la collaboration entre les programmes impliqués afin d'améliorer la mise en œuvre du projet.

La bonne pratique consiste en la mise en œuvre des activités de collaboration menées régulièrement par le PNLS et les programmes partenaires et qui ont un effet sur la qualité de la mise en œuvre du projet. Les activités développées sont les supervisions conjointes, les réunions mensuelles de suivi du projet, les réunions de suivi des intrants qui ont permis de gérer les problèmes de rupture de stock, les réunions de task-force PTME au cours desquelles les membres passent en revue les activités du trimestre précédent et planifient celles qui seront réalisées lors du prochain trimestre, enfin il y a l'appui aux revues provinciales qui ont intégré les données sur le VIH/SIDA.

La mise en œuvre de ces activités a permis entre autres :

- de redynamiser la sous-commission SMNE (Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant) qui est statutairement définie dans la composition du Comité de Pilotage du Ministère de la Santé

- de prévenir les ruptures de stock dans les sites PTME de la Province. En effet, le nombre des jours de rupture de stock en détermine dans les sites PTME est passé de 120 jours environ à 23 jours entre 2009 et 2010. Dès qu'un cas de pré-rupture est identifié au cours de la réunion de suivi des intrants, un mécanisme de réaffectation des intrants disponibles était déclenché pour prévenir la rupture effective.
- Les supervisions sont devenues rationnelles et efficaces. En effet, toutes les supervisions réalisées séparément au cours de l'an 2009 ont été fondues en quatre supervisions conjointes en 2010, ce qui a permis aussi d'améliorer les résultats sur terrain en résolvant globalement les différents problèmes rencontrés

L'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA est une grande recommandation dans la stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de la santé pour espérer éliminer les nouvelles infections et améliorer la qualité des vies des PVV. Mais sa mise en œuvre rencontre beaucoup de pesanteurs en pratique. Avec cet appui, un modèle simple de collaboration entre les programmes impliqués dans la PTME a permis d'améliorer les capacités managériales de la Division Provinciale de la Santé. C'est donc un modèle à partager avec les autres provinces du pays.

L.15. La mortalité des patients sous ARV au centre de traitement Amo Congo Kananga, République Démocratique du Congo Muanza MB,

Le but de cette étude est de contribuer à la connaissance des causes qui déterminent les décès des PVVIH sous TAR enregistrés au CTA AmoCongo Kananga, province du Kasai Occidental en RDC pendant cinq ans.

Les patients ont été sélectionnés au fur et à mesure de leur enregistrement au CTA Amo Congo et à leur sérologie positive au HIV.

Plusieurs années après l'adoption de la trithérapie antirétrovirale comme schéma classique de prise en charge de l'infection par le VIH, le bout du tunnel emprunté pour les personnes vivant avec VIH n'est pas perceptible.

Méthode : du 1^{er} Octobre au 31 Décembre 2010, nous avons conduit une étude prospective (type cohorte) sur 781 patients HIV+ sous TAR vivants et décédés enregistrés à la fin de notre étude. Les cas décédés ont plus attiré notre attention et les

différentes causes ont été comparées à celles que décrit la littérature.

Résultats : la mortalité dans cette population était de 104/781 patients VIH+ suivis soit 13,3%. L'entérite chronique, la tuberculose pulmonaire et les atteintes neuropsychiatriques étaient les affections opportunistes les plus associées aux décès respectivement : 22,1%, 17,3% and 12,6%.

Conclusion : nous avons constaté que la majorité des patients VIH+ mis sous TAR et décédés les sont par les IO tandis que quelques cas sont décédés de l'IRIS.

L'inobservance du traitement, les conditions socio-économiques précaires et l'arrivée tardive à la prise en charge ont contribué beaucoup plus à la mortalité observée auprès des patients pris en charge au CTA ACS Amo Congo.

Mots-clés : Mortalité, ARV, Centre de Traitement Ambulatoire, Amo Congo, Kananga.

L.16. L'impact de continuum de soins communautaire et à domicile dans la prise en charge des PVVIH sous TARV par COSAHO+/ONG.

NSUMBU KASONGO GUY, COSAHO+/ONG membre du FOSI, Kinshasa/Bumbu

Objectif de l'étude : La présente étude a pour objectifs de:

- Préciser l'apport de la communauté dans les soins à domicile des PVVIH sous TARV.
- Etablir les relations entre les structures des prises en charge, le malade et la communauté.
- Assurer la continuité des soins dont le traitement antirétroviral a commencé dans les structures des soins.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective portant sur les PVVIH sous TARV au CTA Kabinda, Centre

Presbytérien Révérend Kasonga wa Kasonga de Yolo sud. Les stratégies suivantes ont été développées :

- Référence et contre référence dans les structures des soins << CTA, CHPKA >>
- Formation d'assistants sociaux sur les techniques de soins à domicile des PVVIH
- Soins domicile des PVVIH sous TARV,
- Visite à domicile des PVVIH sous TARV,
- Organisation des réunions mensuelles des assistants sociaux et des PVVIH sous TARV,

Résultats obtenus : du mois d'avril 2009 au mois de mai 2010.

20 assistants sociaux ont été formé au cours d'un atelier de 5 jours sur les soins à domicile des PVVIH. Sur ce,

- 40 PVVIH éligibles à la TARV ont été conte référé au COSAHO+ pour les soins communautaire et à domicile qui se reposent sur :
 - La prise correcte des ARV par les PVVIH selon la prescription médicale (adhérence au traitement),
 - L'application d'un régime alimentaire approprié,
 - L'administration des soins d'hygiène de base et médicaux élémentaires,
 - La toilette aux malades pour éviter les escarres.
- 280 visites à domicile ont été réalisées auprès de PVVIH sous TARV

Ces visites permettent de :

- Assurer un meilleur suivi des toutes les PVVIH sous TARV et un meilleur soutien psychologique,
- Eviter les irrégularités dans la prise des médicaments,
- Eduquer les PVVIH de se protéger et de protéger les autres,
- Combattre la stigmatisation, la discrimination et le rejet,
- 12 réunions du travail ont été tenues par les assistants sociaux,
- 13 réunions d'échange ont été tenues par les PVVIH sous TARV,

Conclusion : Lutter contre le VIH/sida chez les PVVIH sous TARV ne se limite pas à la prise en charge médicale, le continuum de soins communautaire et à domicile a l'impact positif sur la PVVIH sous TARV bénéficiaires du service.

L.17. Education thérapeutique dans les groupes de support, bonne stratégie pour l'observance aux traitements. CAS des pvvih suivis par Femme plus

Omari Thérèse, Fondation Femme Plus, Kinshasa/Ngiri-Ngiri

Mots clés : Education thérapeutique, groupe de support, observance de traitement

Objectif

Montrer que l'éducation thérapeutique pré inclusion aux ARV peut être un facteur favorable pour une réussite du traitement sur le court et long terme.

Méthode : Nous avons procédé au recueil rétrospectif des données dans les dossiers médicaux de 84patients sur un suivi d'au moins 12 mois, de

mars 2008 à avril 2009, qui bénéficient des services de prise en charge, répondant aux critères clinico-biologiques d'éligibilité aux ARV mais aussi répondant à tous les rendez-vous mensuels d'évaluation et de suivi du traitement ARV.

Résultats

84 PVVIH sous ARV suivies pendant 12 mois.

22 PVVIH éligibles ont bénéficié des conseils pré inclusion aux ARV soit 26%.

3 PVVIH sur les 62 n'ayant pas bénéficié des conseils pré inclusion ont présenté des effets toxiques suite au non respect de la prescription médicale. Toutes les 22 PVVIH ont été observantes et n'ont pas déclaré d'effet toxique lié à une prise anormale des ARV.

8 PVVIH de ces 22 PVVIH ont déclaré des effets secondaires inhérents aux ARV et toutes (100%) ont réagi avec promptitude en s'adressant, dès l'apparition des effets, aux équipes de prise en charge à domicile ou à un centre de santé de proximité. 17 PVVIH, soit 27% ont également déclaré des effets secondaires pour lesquels ils ont recouru à un centre de santé à un stade clinique avancé.

Aucun échec thérapeutique n'est survenu auprès des 22 PVVIH ayant bénéficié des conseils pré-inclusion alors que 7 PVVIH sur les 62 n'ayant pas bénéficié des conseils pré inclusion soit 11,2% ont développé des signes d'échec thérapeutique aux ARV, attribués à une mauvaise observance thérapeutique.

Conclusion

Les résultats obtenus montrent que l'éducation thérapeutique pré inclusion aux ARV est un facteur favorable pour une réussite du traitement sur le court et long terme: les effets secondaires surviennent moins souvent et sont gérés plus efficacement et plus rapidement. La compréhension et l'acceptation du traitement par les patients sont meilleures ainsi que l'observance des patients à leur traitement ARV.

Une éducation thérapeutique systématique des patients aux ARV en pré inclusion est recommandée

L.18. Autonomisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les activités génératrices des revenus

Omari Thérèse, Fondation Femme Plus, Kinshasa/Ngiri-Ngiri

Mots clés : autonomisation, AGR, VIH/SIDA

Objet : Amélioration de la qualité de vie des PVVIH ayant reçu un appui psychosocial régulier pendant 12 mois.

Méthode : Nous avons procédé de la manière suivante :

- Identification des bénéficiaires candidats à l'octroi des AGR selon les critères bien définis
- Enquêtes sociales auprès des candidats à l'octroi des AGR
- Recrutement des bénéficiaires des AGR
- Référence auprès d'une mutuelle de crédit
- Formation des bénéficiaires des AGR en micro finance
- Octroi des intrants pour les AGR
- Organisation des visites de suivi des AGR et des réunions d'échange avec les bénéficiaires des AGR

Résultats obtenus

Nous avons trouvé que 250 PVVIH identifiées, 250 enquêtes sociales effectuées, 140 candidats aux AGR référés aux mutuelles de crédit, 6 formations en micro finances organisées en faveur des bénéficiaires des AGR et volontaires qui seront impliqués dans le suivi des AGR avec une moyenne de participation de 25 par session, 138 visites de supervision des AGR effectuées, 10 réunions d'échange avec les bénéficiaires des AGR, 116 AGR opérationnelles, 7 AGR en faillite, 9 bénéficiaires des AGR en voyage, 7 bénéficiaires des AGR décédés, 50 AGR devenues autonomes, 20 bénéficiaires des AGR ayant reçu plus d'une fois un crédit auprès des mutuelles de crédit

Conclusion

Bon enracinement de la culture de l'épargne dans la vie d'un bon nombre des bénéficiaires

Élévation incidente du niveau de vie des bénéficiaires

Tendance à l'autonomie (indépendance) économique des bénéficiaires

Amélioration des rapports sociaux avec l'entourage (famille) immédiat des bénéficiaires.

Ma.1. Mobilisation des fonds humanitaires pour l'élimination du VIH d'ici 2015

Casimir MANZENGO*, Compaore ISSAKA*, Tarcisse ELONGO*, Jean-de-Dieu LUKWESA*,
*OMS/RDC

INTRODUCTION

Lors de la Réunion du Haut niveau sur le VIH/SIDA au mois de Juin 2011, la Communauté Internationale s'est accordée pour aller vers l'élimination universelle du VIH d'ici 2015 dans le monde. D'après l'ONUSIDA, il faut d'ici 2015, six milliards de dollars par an pour parvenir à cet objectif. Malheureusement, avec la crise financière que connaissent la plupart des pays donateurs, l'aide internationale sera largement affectée.

Par ailleurs, les situations humanitaires ne font que se multiplier partout dans le monde appelant ainsi la solidarité internationale pour les résoudre. Il est donc recommandé d'intégrer les activités contre le VIH/SIDA dans les différents projets humanitaires pour essayer de combler le gap inhérent à la situation de crise actuelle. C'est l'approche que la Province du Katanga a utilisé pour parvenir à la mobilisation des fonds humanitaires dans la lutte contre le VIH/SIDA.

MISE EN ŒUVRE DE LA BONNE PRATIQUE

Pour arriver à introduire la lutte contre le VIH dans les interventions d'urgence, plusieurs actions ont été entreprises par l'OMS depuis 2007. Il s'agit entre autres de :

- Identification, au cours d'une mission inter agence à Kalemie conduite par l'OMS, de quelques problèmes humanitaires liés à la pandémie du VIH/SIDA (juillet 2007) ;
- Plaidoyer auprès de l'Autorité politico administrative pour aller célébrer la Journée Mondiale Sida à l'intérieur de la Province, précisément à Kalemie où elle a sensibilisé les humanitaires en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Plaidoyer fait à la réunion spéciale du CPIA du 18 mars 2008 tenue à Kalemie lors de la mission inter agence de la communauté humanitaire dans ce district. A l'issue de cet exposé, le CPIA a décidé que tout projet

- soumis dans le cadre humanitaire puisse comprendre un volet de lutte contre le VIH ;
- Sensibilisation, au moyen d'un article conjointement écrit par l'OMS et l'HCR, de la communauté humanitaire du Katanga sur la problématique du rapatriement des personnes vivant avec le VIH prises déjà en charge dans les pays d'accueil.
- Appui technique de l'OMS dans l'argumentation en faveur des interventions de lutte contre le VIH/SIDA lors de l'élaboration du plan d'action humanitaire 2009 dans la Province du Katanga.
- Accompagnement par l'OMS de tous les clusters pour montrer les liens entre le VIH et les différents problèmes humanitaires à résoudre par leurs projets lors de l'élaboration des soumissions du pooled-fund (2^e allocation 2008), qui seront présenté dans le tableau ci bas.

RESULTATS

- Le plan d'action humanitaire 2007 ne prévoyait que la sécurité transfusionnelle comme intervention VIH, celui de 2008 prévoyait en plus de la sécurité transfusionnelle, la sensibilisation et la distribution des préservatifs. Celui de 2009 prévoit en plus des activités intégrées en 2008, les mesures de précaution universelle, la prise en charge des IST/IO, le dépistage du VIH et la prévention de l'infection à VIH chez le nouveau-né.
- Un montant total de 5 765 281 \$US a été mobilisé lors de la 2^e et 3^e allocation PF 2007 pour financer 15 projets et aucun d'eux n'a fait allusion à la lutte contre le VIH ; lors de la 1^{ère} et 2^e allocation PF 2008, un montant de 9 032 055 \$US a été mobilisé pour financer 24 projets dont deux concernent la lutte contre le VIH avec un montant de 602 000 \$US et aussi quatre autre comportant des activités de lutte contre le VIH.
- Dans son projet de mise en œuvre de réhabilitation de la route MOBA-MUANZA, l'ONG ACTED a intégré quatre activités de sensibilisation pour la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit de la production d'une boîte à images, des causeries éducatives avec la communauté et avec les agents, de l'organisation d'une émission radio de sensibilisation sur le VIH/SIDA et de la distribution des préservatifs.

- Enfin, le HCR a mobilisé en 2008 un financement auprès de la Banque Mondiale de 619 100 \$US pour appuyer les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les zones de rapatriement de Kalemie, Moba et Pweto.

LECONS APPRISES

- Il est possible d'intégrer des activités de lutte contre le VIH dans n'importe quel projet d'urgence
- Il y a des activités simples n'exigeant pas une forte expertise qui peuvent être prises en compte dans un projet humanitaire
- Il n'est pas nécessaire d'embaucher des experts VIH pour assurer les activités VIH. Tout le monde peut le faire avec un petit briefing
- En cas de besoin, l'ONG peut recourir aux médecins qui sont disponibles dans toutes les Zones de Santé du pays. Il y a aussi des ONG locales qui peuvent être mises à contribution pour ces activités
- Les infrastructures disponibles localement, comme les chaînes de radiotélévision, devront être capitalisées pour diversifier les techniques de communication

CONCLUSION

Les actions de plaidoyer entreprises par l'OMS auprès de différents partenaires dans la province ont mis en exergue le lien étroit existant entre le VIH et la situation humanitaires. La preuve de l'existence de ce lien a permis de mobiliser des ressources humanitaires additionnelles en faveur de la lutte contre le VIH SIDA dans la province du Katanga. Cette expérience mérite d'être partagée avec d'autres provinces afin d'accroître la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA dans le contexte actuel de crise financière qui entame l'aide au développement.

Ma.2 Dépistage et prévalence du vih chez les enfants malnutris suivi à l'unité de nutrition thérapeutique de l'hôpital pédiatrique de Kalembembe de juillet 2008 en aout 2010

Lelo P^{1;2}, Kitetele F^{1,2}, Lusiama J^{1,2}, Tshikandu T², Mboma B², Masela B¹, Akele C¹, Yotebieng M³, Behets F³

1 Hôpital pédiatrique de Kalembembe, 2 Ecole de santé publique de l'Université de Kinshasa, 3 Ecole de santé publique de l'Université de la Caroline du Nord (USA)

CONTEXTE :

La malnutrition sévère constitue un problème de santé publique, et reste une menace grave pour la survie et le développement des enfants dans la plupart des pays en développement et en particulier en République Démocratique du Congo (RDC). Le VIH affecte la croissance et l'état nutritionnel des enfants infectés. Cependant le dépistage du VIH chez les enfants malnutris ne se fait pas de routine en RDC.

OBJECTIF:

Evaluer la prévalence du VIH chez les enfants malnutris sévères suivis à l'unité thérapeutique de l'hôpital pédiatrique de Kalembembe, pendant la période de juillet 2008-Août 2010.

METHODES :

- Etude rétrospective se basant sur les dossiers des patients malnutris sévères âgés entre 3 mois et 10 ans, hospitalisés pendant la période de l'étude, chez qui le VIH était dépisté après consentement des parents.
- Les tests rapides ont été utilisés selon la stratégie II, pour le dépistage rapide du VIH.
- La PCR DNA non disponible au Pays à cette époque, les enfants de moins de 18 mois avec les 2 tests positifs (Determine et Unigold) étaient considérés comme exposés, en attendant la confirmation à l'âge de 18 mois.
- Tous les enfants de plus de 18 mois avec 2 tests positifs étaient considérés infectés par le VIH.
- Les enfants exposés et infectés étaient référés pour la prise en charge.

RESULTATS :

- 232 enfants ont été admis pendant cette période à l'unité de nutrition thérapeutique,
- 51 (22%) enfants dont les parents avaient accepté le dépistage, étaient testés pour le VIH
 - Les 51 enfants avaient comme âge médian 2,5 ans [3mois-10ans]

- 31 (61%) enfants étaient de sexe féminin
- 31 nourrissons étaient âgés de moins de 18 mois, 13 enfants avaient entre 18 mois et 5 ans, et 7 avaient entre plus de 5 et 10 ans.
- 11 (22%) enfants avaient un résultat sérologique positif pour le VIH,
- Des 11 enfants VIH positifs (y compris les enfants exposés), 7(64%) avait moins de 18 mois, 1(9%) entre 18 mois et 5ans et 3(27%) entre plus de 5 et 10 ans.
- Les résultats des parents ne sont pas disponibles.

CONCLUSION :

Le taux d'acceptation du dépistage VIH était très faible. La prévalence du VIH chez la minorité des enfants infectés était élevée. Cette étude de données programmatiques suggère que l'infection et/ou l'exposition au VIH chez les enfants malnutris est fréquente. Identifier les approches pour améliorer la recherche active et systématique du VIH chez ces enfants s'impose même si on ignore la prévalence du VIH chez les enfants dont les parents refusent le dépistage. Le renforcement des capacités des prestataires dans le DCIP et/ou le dépistage par opt-out sont des pistes de solution possibles. Il serait donc judicieux et opportun de proposer systématiquement le dépistage du VIH chez les enfants malnutris afin de leur permettre d'accéder au traitement et d'améliorer la qualité et la durée de leur vie.

Ma.3. La problématique de la prise en charge post-expositionnelle au sang à l'heure du VIH sida ». cas de 107 infirmiers et 36 techniciens de surface au cours de la période allant du 2 juin 2010 au 15 mars 2011

ANNY LUTETE, ZAYUYA BULU, AITIKALEMA GODET

PROBLEMATIQUE

L'exposition au sang ou ses dérivés est très contraignant à l'heure du VIH et SIDA par rapport à celle de la tuberculose. La complexité, la pauvreté et la routine qui engrent cette catégorie du personnel soignant fait en sorte que plus de 70% des soignants(nursing) n'ont pas des notions sur la prise en charge post exposition du VIH et SIDA. Suite à ceci leurs clients sont aussi exposés au risque d'attraper le VIH et SIDA pendant l'exécution des soins. Car une mauvaise approche du soignant lors de l'administration des soins ou une mauvaise remise en ordre après cette administration des soins peut exposer soit son collègue soit son client à la

contamination du VIH et SIDA.

ACTIVITES

- Administration d'un questionnaire à 210 infirmiers dont 107 ont répondu aux questions ;
- Observation des attitudes des 36 filles de salles de cinq hôpitaux de Kinshasa;
- Réunion d'échange avec les infirmiers de deux hôpitaux sur la prise en charge post expositionnelle et sur le traitement des déchets hospitaliers.
- Sensibilisation des infirmiers sur le PEP
- Partage d'expériences entre soignants.

RESULTATS

- 10% de 107 soignants ont semblé avoir des connaissances sur la prise en charge post expositionnelle au sang à l'heure du VIH/SIDA ;
- 0 % des filles de salle avaient des connaissances sur l'existence d'une prise en charge médicale de la post exposition au sang à l'heure du VIH/SIDA ;
- 68 % des soignants ignorent l'existence d'une prise en charge médicale à la post exposition au sang à l'heure du VIH/SIDA ;
- 20 % des soignants connaissent leur statut sérologique ;
- 12% des infirmiers s'habille selon le norme lors de l'exercice de leurs profession
- 30 % de 107 soignants respectent les règles des précautions universelles pendant l'administration des soins.
- 10% des infirmiers respecte le principes de gestion de déchets hospitalier selon leur nature
- 100% des infirmiers et techniciens de surface connaissent l'existence du VIH
- 65% des infirmiers ignore le 3 mode de contamination du VIH

LEÇONS APPRISES

- Etendre l'étude dans d'autres structures pour un échantillonnage significatif ;
- L'ignorance de l'existence de la politique sur la prise en charge médicale post expositionnelle dans le fief du personnel soignant ;
- L'ignorance de la pratique des précautions universelles dans le fief de ces filles de salle dans les hôpitaux ;
- La négligence ou l'ignorance de l'importance de la remise en ordre et le traitement des déchets hospitaliers dans le fief des infirmiers et ceux-ci expose les autres ;
- Le manque de recyclage du personnel est un grand problème.

PERSPECTIVES D'AVENIR

- Etendre l'étude dans d'autres structures pour un échantillonnage significatif ;

- Vulgariser la politique de la prise en charge médicale dans Ceux structures ;
- Vulgarisation de la boîte à images élaborée sur le PEP par le RIGIAC en collaboration avec le PNMLS, PNTS et L'ANIC
- Former les infirmiers et les techniciens de surface en la matière
- Motiver un partenariat entre le Réseau des Infirmiers Généralistes et Infirmiers Accoucheurs du Congo engagés dans la lutte contre le VIH et SIDA, en sigle RIGIAC-SIDA et ces structures ;
- Amener les affiches relatives à la matière

Ma.4. Impact de la PTME, régime monothérapie, dans la lutte contre le VIH (cas de Maternités de Binza, de Kingasani et du site CDV AMOCONGO).

Ndjeni Langalanga, Iyombe Engembe, Mvumbi Makaba, Nseka Kifuani et Mvumbi Lelo.

1. Introduction

La transmission de la mère à l'enfant (TME) demeure la principale cause de l'infection par le VIH chez les enfants, soit au cours de la grossesse, au cours du travail et/ou au cours de l'accouchement ou encore au cours de l'allaitement maternel. En absence de toute intervention, le risque de la TME atteint 20 à 45 %.

Depuis 2001, la RDC a adopté la stratégie PTME, avec le protocole national sur la prophylaxie aux ARV. Ce protocole recommande la monothérapie à la névirapine en dose unique au début du travail d'accouchement chez la parturiente et la NVP suspension, à raison de 2 mg par kilos de poids de naissance chez l'enfant exposé endéans les 72 heures qui suivent la naissance. La PTME contribue-t-elle à la réduction de la TME du VIH?

2. Objectif

Evaluer la contribution de la PTME, avec le régime monothérapie, sur la réduction des risques de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

3. Méthodologie

Nous avons procédé d'une part au testing des enfants exposés au VIH de la naissance à l'âge de 120 mois, dont les mères dépistées positives dans les sites PTME ont suivi ou pas les activités de la PTME. D'autre part nous avons procédé à la collecte des données sérologiques (VIH) des enfants exposés dont les mères VIH positives n'ont pas suivi la PTME dans le site CDV d'AmoCongo/Kinshasa.

4. Résultats obtenus

Sur 388 enfants exposés dépistés, nés de mères VIH positives, 298 enfants sont nés des mères qui ont suivi la PTME et 90 enfants sont nés des mères n'ayant pas eu la possibilité de suivre les activités de la PTME.

Par rapport à la PTME, le taux de la prévalence du VIH chez les enfants nés de mères VIH positives ayant suivi la PTME est de 13,8%, alors qu'il est de 36,7% chez les enfants exposés dont les mères n'ont pas suivi la PTME.

La monothérapie ARV à la PTME donne donc une efficacité de prévention à la transmission mère-enfant d'au moins 0,63 soit 63% d'infections évitées chez les enfants.

5. Conclusion

La PTME bien exécutée permet de réduire le risque de la TME. Malgré son impact positif (63%) dans la réduction des risques de la TME du VIH, la PTME avec le schéma à dose unique de la NVP est moins efficace par rapport aux combinaisons plus complexes pouvant réduire le risque de transmission à des taux en dessous de 2%. D'où la nécessité d'introduire exclusivement la trithérapie dans nos sites PTME, qui réduirait la TME au taux <1%.

Ma.5. utilisation de l'échéancier pour le suivi du couple mère-enfant, cas de l'aire de Betty, zone de sante de Kipushi et de l'aire de sante marie-auxiliatrice dans la ZS de Sakania

Patrick MBAY, Casimir MANZENGO, Yaya KATENG, François MPANGA

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, l'AS de Betty (pop 22930 hab.) avec deux maternités dans la ZS de Kipushi et l'AS Marie-Auxiliatrice (pop 6398 hab.) avec une maternité dans la ZS de Sakania ont développé l'utilisation de l'échéancier qui est un outil intéressant pour améliorer le suivi du couple mère-enfant.

La bonne pratique consiste en l'utilisation de l'échéancier utilisé jusque là dans les activités de vaccination. Les 2 maternités ont été encouragées à l'utiliser depuis 2009 pour améliorer le suivi du couple mère-enfant dans la PTME. La femme enceinte dépistée VIH+ est directement enregistrée juste après l'accouchement. Sur la base des éléments recueillis dans les registres, la structure adresse des invitations aux femmes qui ne se sont pas présentées au rendez-vous fixé et elle profite des séances de CPN ou de distribution des moustiquaires imprégnées pour suivre ces couples.

A l'issue d'une année de l'utilisation de cet outil, les répercussions se sont fait ressentir dans l'amélioration de l'utilisation de CPoN qui est passée de 8% à 27% dans l'AS de Betty et de 12% à 33% dans l'AS Marie Auxiliatrice. Par ailleurs, le nombre d'enfants exposés récupérés à 18 mois est passé de 17 à 48 entre 2009 et 2010 dans l'AS de Betty, puis de 17 à 48 dans l'AS Marie-Auxiliatrice pour la même période.

Ce niveau de performance dans le suivi du couple mère-enfant qui constitue une grande préoccupation dans la mise en œuvre des activités de PTME montre que l'utilisation de l'échéancier est un outil qui pourra être encouragée dans les structures afin d'améliorer la qualité des services offerts aux femmes enceintes séropositives.

Ma.6. Étude des anomalies hématologiques au cours du traitement antirétroviral chez des patients infectés par le VIH à Lubumbashi

K KABONGO¹, KAZADI M², KASAMBA I², MWEMBO T³, BALAKA EM², WEMBONYAMA S¹, KALENGA MK³

1. Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Centre d'excellence en soins de VIH
2. Université de Lubumbashi Faculté de Médecine Département de sciences de base
3. Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de gynécologie obstétrique

Résumé

Afin de décrire les anomalies de l'hémogramme et leur fréquence chez des patients infectés par le VIH au cours du traitement antirétroviral (ARV) de 1ère ligne (AZT-3TC-NVP), ce travail a été mené au Centre d'Excellence de l'hôpital SENDWE.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur 182 patients qui s'est déroulée de Mars 2007 à Décembre 2008. L'âge moyen des patients est de $39 \pm 8,9$ ans, avec une prédominance féminine (77,5%). L'anomalie la plus fréquemment rencontrée a été l'anémie (100%) avec un taux d'hémoglobine moyen à $7,90 \pm 1,245$ g/dl. Elle est microcytaire hypochrome chez 59,3% des patients, normocytaire normochrome chez 39,5% et macrocytaire normochrome chez 1,2%. Les autres anomalies observées étaient : la lymphopénie (58,2%), la leucopénie (33%), la thrombopénie (18,1%) et la neutropénie (10,4%). Au vu de ces résultats, la numération de la formule sanguine (NFS) doit être systématique et la prescription des molécules hématotoxiques doit être limitée et ce sous surveillance des paramètres hématologiques.

Mots clés: Pancytopenie, leucopénie, neutropénie, anémie, VIH/SIDA, trithérapie, ARV

Ma.7. Evaluation de l'observance chez des patients sous traitement antirétroviral suivis aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Mbula M, Situakibanza N, Mandina M, Longokolo M, Pindi T, Phaka B, Kabongo E, Mudogo K, Luzayamo D, Lungosi B.

Contexte

Le traitement antirétroviral (TAR) diminue la morbidité et la mortalité. L'observance maximale (> 95%) est une condition essentielle pour atteindre l'efficacité virologique.

Objectif

Evaluer l'observance chez des patients sous TAR.

Méthodes

Au cours de 2 séances de dispensation des ARV, en mai et en juin 2011, l'observance a été évaluée chez 59 patients sous TAR suivis aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK). Les patients ont été invités à répondre à un questionnaire portant les facteurs de bonne et mauvaise observance.

L'analyse des données a été réalisée sur SPSS 12.0. Les fréquences ont été calculées. La comparaison des proportions s'est faite à l'aide du test Z et au seuil de signifiante α 0,05.

Résultats

L'âge médian des patients est de 45 ans avec comme extrêmes 18 et 69 ans.

Les femmes représentent 71,2%.

Les patients sont essentiellement des Eglises de réveil (52,5%), des ménagères (28,8%) et des mariés (42 %).

Les originaires de Bandundu et du Bas-Congo représentent 44 % et 63 % des sujets ont un niveau d'étude correspondant aux humanités.

L'observance est jugée bonne dans 86,4%.

Les facteurs de bonne observance sont :

-Existence d'accompagnant: chez 40,7% des patients dont 62,5 % des conjoints (57,1% d'hommes et 64,7% de femmes). Ces 2 proportions ne sont pas statistiquement différentes ($p > 0,05$).

-Motivation : facteur signalé par 89,5% des patients ;

-Bénéfices du TAR: notés dans 61,5% de cas; il n'y a pas de différence par rapport à l'âge ($p=0,661$), au sexe ($p=0,353$), à l'état civil ($p=0,351$) et aux études ($p=0,572$). On observe une différence par rapport à la religion. Ce facteur est significatif pour les catholiques ($p=0,019$).

-Prise de conscience : facteur signalé par 59,6 % des patients. Il n'y a pas de différence liée au sexe ($p=0,272$). La prise de conscience est plus significative chez les sujets de plus 44 ans ($p=0,02$).

-Education thérapeutique : dans 64,9% des cas. Il n'y a pas de différence liée au sexe ($p=0,233$).

Le facteur majeur de mauvaise observance retenu est la peur de divulgation de l'état sérologique (dans 69,5% des cas) ; Ce facteur est rencontré chez 52,9% des femmes et 76,2% des hommes. Ces proportions ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,079$). Il n'y a pas des différences statistiquement significatives dans les tranches d'âge < 45 ans et \geq à 45 ans ($p=0,632$)

Conclusions et recommandations

L'observance évaluée par questionnaire note que 86% des sujets observent le TAR. Le soutien des

conjointes aide à l'observance. L'éducation thérapeutique et l'évaluation régulière de l'observance conduisent à une bonne observance.

Ma.8. Les syndromes les plus associés à la séropositivité au VIH chez les patients avec IST : Cas du CDV communautaire intégré de la cité de Kimpese, Zone de sante de Kimpese.

LUKANU NP, NKETANI JN, MUMPASI KR, TAMFUTU CA, NSUNDA O

Introduction La prise en charge syndromique des IST est un des axes de la lutte contre la transmission du VIH. Elle augmente l'accessibilité aux soins des personnes ayant une IST. Notre étude porte sur la détermination des syndromes les plus associés à la séropositivité.

Méthode Les patients souffrant des infections sexuellement transmissibles ont bénéficié des Conseils pour le dépistage volontaire au CDV communautaire de la cité de Kimpese de 2006 à 2010.

Résultats 662 patients ont été traités, parmi lesquels 628 ont adhéré au dépistage volontaire soit un taux d'adhésion de 95%. La séropositivité chez les patients avec IST est de 13.3%. Les syndromes identifiés ont été respectivement : écoulement vaginal(352), écoulement urétral(172), ulcération génitale(89), bubon inguinal(16), testicule douloureux(16), maladie inflammatoire pelvienne(15), condylome(2). Les syndromes en ordre décroissant les plus associés à la séropositivité ont été respectivement : le condylome 50%, l'ulcération génitale 18%, l'écoulement vaginal 15%, le bubon inguinal 13%, l'écoulement urétral 7%, la maladie inflammatoire pelvienne et les testicules douloureux 6%.

Conclusion Le condylome, l'ulcération génitale, l'écoulement vaginal et le bubon inguinal sont les syndromes les plus associés à la séropositivité chez les personnes ayant consulté pour infection sexuellement transmissible dans la cité de Kimpese dans la zone de sante de Kimpese.

Ma.9. L'impact de l'IEC sur la prise en charge des travailleuses du sexe Etude réalisée par le centre des jeunes Coulibaly Sidiki de l'Université de Kinshasa (République Démocratique du Congo)

Mots clés : Infections opportunistes ; VIH/Sida ; Kinshasa ; Matadi

Introduction

Les travailleuses du sexe (TS) constituent un groupe très important dans la transmission de l'infection à VIH. Leur suivi sanitaire et social a un impact dans la prévention de l'infection VIH. Parmi les stratégies mises en place au Centre des jeunes Coulibaly de l'université de Kinshasa, l'IEC occupe une place très importante. Nous avons mené une étude dans le but de déterminer l'impact de l'IEC dans la prise en charge et la prévention des IST et du VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive menée au Centre Coulibaly de l'université de Kinshasa sur une période de 03 mois (septembre à novembre 2012).

Nous avons inclus les TS inscrites au fichier socio sanitaire du centre, qui sont venues faire leur visite médicale durant la période de l'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

Elles ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire semi directif, orienté pour le recueil des données suivantes: les données sociodémographiques, des questions concernant le suivi sanitaire, le déroulement des séances d'IEC, l'impact des séances d'IEC, enfin quelques questions ouvertes étaient consacrées aux éventuelles suggestions des TS pour améliorer leurs suivis.

Résultats

Cinquante deux TS étaient incluses dont l'âge moyen était de 35 ans. Parmi elles, 99 % étaient chrétiennes. 75 %, soit, la majorité des TS habitaient Kinshasa, 62% étaient divorcées, 24 % des célibataires, 6,5 % des veuves. Parmi les TS : 16 soit 40 % avaient des enfants mineurs. Plus de la moitié des TS n'avaient aucune autre activité professionnelle et leur niveau scolaire était bas.

Lors des séances d'IEC 87 % des TS choisissaient elles mêmes les thèmes à discuter : IST / SIDA (26 %), tracasseries policières (12,5 %), la solidarité entre TS (16 %). La fréquence des IST était de 65,7 % avant les séances d'IEC et 68 % des TS ignoraient la nature. L'usage systématique du préservatif était de 78,5 %. Concernant l'évaluation de leur connaissance en matière de lutte contre le VIH et les IST acquises grâce aux séances d'IEC : 30 % connaissaient les

modes de transmission du VIH, 14,5 % savaient reconnaître facilement une IST.

Les suggestions apportées par les TS étaient de pérenniser les séances d'IEC (37,5 %), diversifier les thèmes (15 %), de changer l'horaire des IEC (12,5 %), créer de centre des IST de proximités dans les Aires de Santé ou se situe leurs Sites de travail avec l'approche PS-PS. Une reconversion dans d'autres activités professionnelles et un financement d'Activités génératrices de revenus (AGR) étaient les principales préoccupations des TS.

Conclusion

Les professionnelles du sexe occupent une place importante dans la propagation du VIH et des IST car elles constituent une passerelle avec la population générale. L'IEC reste à améliorer pour acquérir des meilleures stratégies de prévention de l'infection à VIH et des IST.

Ma.10. Maintien des PVVIH sous traitement ARV dans la ville de Kinshasa : état de lieu et facteurs en jeu

Kokolomami J*, Salumu Mafuta F**, Beni Ngatsui R**, Okenge A**

* Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa. RDC.

** Programme National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST, Ministère de la Santé Publique, RDC

JUSTIFICATION :

Aucune étude exhaustive n'a évalué jusqu'à présent la proportion des PVVIH dont on sait qu'elles sont vivantes et toujours sous traitement ARV 12 mois après l'avoir commencé, à Kinshasa. Cette proportion est le meilleur indicateur de la survie sous traitement ARV.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Évaluer le maintien des PVVIH sous traitement ARV (TAR) à Kinshasa, et décrire les facteurs susceptibles de l'influencer.

METHODE :

Étude transversale descriptive, à deux volets :

- **Revue des dossiers** des PVVIH mis sous TAR entre le 1/1/08 et le 31/12/08 dans toutes les structures des 35 Zones de Santé de Kinshasa offrant le TAR. Étaient enregistrés les faits : de demeurer sous TAR, d'être ou non perdu de vue, d'un éventuel décès, et les facteurs susceptibles d'influencer ces états.

- **Interview semi-structurées** des informateurs clés (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire)

RESULTATS:

1151 dossiers ont été revus dans 50 structures, et 21

interviews ont été réalisées.

Structures : 40,3 % sont tenues par des confessions religieuses, 38,6 % par des organisations privées, et 21,1 % par l'État.

Malades : sexe ratio H/F: 46/100 ; âge moyen : H : 42 ans, F : 38 ans ; CD4 moyen : 258/mm³, médian : 175/mm³ ; 1 PVVIH sur 10 prend son premier contact avec la Formation Sanitaire déjà en état grabataire.

Maintien sous TAR >= 12 mois : 78% des PVVIH étudiés (ce chiffre diffère de celui rapporté en 2008 (70%) sur un nombre inférieur de Formations Sanitaires).

Facteurs influençant le maintien sous TAR :

Trois facteurs influencent ce maintien : la compliance, la distance habitation/Formation Sanitaire et le moyen de transport utilisé pour accéder à la Formation Sanitaire.

Pour les autres facteurs étudiés aucune association n'a été trouvée: la profession, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le partage du statut sérologique, l'encadrement dans un groupe de soutien, le coût de la prise en charge et l'acceptation du statut sérologique

COMMENTAIRES :

La crainte de la stigmatisation explique vraisemblablement le mauvais état clinique déjà à la première consultation, ainsi que la volonté des soins à distance du lieu d'habitation.

CONCLUSIONS :

La proportion de PVVIH dont on sait qu'elles sont en vie et toujours sous ARV 12 mois après avoir débuté celui-ci est de 78 % à Kinshasa. En attendant des données plus complètes pour l'ensemble du pays, c'est la seule estimation de la survie sous ARV disponible pour la RDC.

Sur 12 paramètres possibles étudiés, trois apparaissent comme ayant une association significative avec le maintien sous ARV à Kinshasa. Il s'agit de la compliance au traitement, la distance entre le domicile et le centre du traitement, et du moyen de transport utilisé pour atteindre le centre.

Ma.11. Réseautage des services PTME pour le passage à l'échelle de l'élimination de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant

Patrick MATALA, Casimir MANZENGO, Marie Josée KIKOO, Freddy KASONGA

Selon le rapport 2009, il ressort que 8,8% de femmes enceintes seulement ont eu accès au conseil dépistage du VIH et **7,2%** ont été testées. Le nombre moyen des sites intégrés par zone de santé est de **3**

structures. La moyenne de la distance parcourue par une femme enceinte pour atteindre un site PTME était de **6,7 km.**

C'est donc pour augmenter le recrutement des femmes enceintes dans les différents services PTME, que le PNLs et l'OMS ont expérimenté la mise en réseau des structures qui n'offrent pas le paquet d'intervention PTME autour des structures avec paquet d'intervention, PTME afin d'augmenter l'offre et l'utilisation de service.

Le réseautage consiste à mettre en jonction les aires de santé n'ayant pas intégré la PTME autour de l'aire de santé avec activités PTME. Cette dernière devient l'aire de santé pilote dont les acteurs formés en PTME organisent une fois par mois une descente vers les sites satellites pour organiser le counseling et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes pendant les séances de CPN.

Les données montrent que le nombre des femmes dépistées à la CPN est passé de 5196 en 2009 à 11617 en 2010 lorsque le réseautage a été appliqué dans les 4 ZS appuyées par le projet ACDI. Cette pratique augmente l'accès au service des femmes enceintes, prépare à l'extension formelle des interventions PTME ainsi que l'intégration de la PTME dans le PMA de l'aire de santé et accroît la collaboration entre structures et favorise la référence ;

Il ressort donc que si les structures sanitaires offrant le service PTME sont mises en réseau, et que si l'on capitalise les expériences de certains programmes phares comme le PEV (Stratégie avancée), nous arriverons à doubler voir tripler le niveau actuel des indicateurs dans les zones de santé avec activités PTME.

Ma.12. Facteurs associés à l'infection à VIH/SIDA chez les HSH dans la ville de KINSHASA

Contexte et justification

- Nécessité d'obtenir des données sur des tendances comportementales et épidémiologique dans la population des MSM de Kinshasa.

- Déterminer la séroprévalence du VIH chez les MSM de Kinshasa

- Recherche des facteurs qui expliquent cette séroprévalence élevée de l'infection à VIH/SIDA dans ce groupe.

Type d'étude et méthodologie

- étude transversale déroulée à Kinshasa dans les sites de la prostitution masculine dans 20

communes de 4 districts chez 267 MSM du 20 Août 2010 au 2 Août 2011. –

- Approches : L'étude qualitative a permis de déterminer les causes des comportements à risque observé chez les HSH ainsi que les facteurs influençant ces comportements, et l'étude quantitative a permis de décrire l'ampleur de ces différents comportements à risque au sein des MSM. enquêtées.-
- Le prélèvement des HSH pour analyse sérologique du VIH.-

Les données ont été saisies à Excel et exportées, traitées et analysées aux logiciels SPSS 17.0 et Epi Info version 3.5.1.

Résultats

- La prévalence du VIH chez MSM de Kinshasa est de 31,8% soit 83 positifs sur 267 MSM testés,
- 91% sont bisexuels.
- L'âge moyen au premier rapport sexuel de 15 ± 3 ans, les extrémités sont de 8 et 25 ans. –
- Parmi les MSM qui ont eu les rapports sexuels sans préservatif, 86,1% et 78,3% en ont eu avec 20 partenaires au plus au cours des 6 et 12 derniers mois respectivement ; 11,2% et 12,4% en ont eu avec 40 partenaires au plus au cours des 6 et 12 derniers mois respectivement et 2,6 % en ont eu avec plus de 60 partenaires au cours des 12 dernier mois.

Les Facteurs associés au VIH sont :

- la sous utilisation de lubrifiant aqueux lors de rapport sexuel (OR : 26,60 ; $IC_{95\%}$ [11,79-60,01] ; $p < 0,0001$), la bisexualité ; (OR : 8,28 [1, $IC_{95\%}$ 51-45,36] ; $p < 0,0001$), l'échange des seringues pour la drogue injectable) : (OR : 3,00; $IC_{95\%}$ [1,41-6,15] ; $p = 0,001$)
- l'affiliation de MSM à l'église catholique : (OR : 1,81 ; $IC_{95\%}$ [1,06-3,07] ; $p = 0,028$).

Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude sont très riches et fournissent une bonne base pour orienter les activités de lutte contre le sida dans les milieux des MSM.

- Elaborer une stratégie nationale de prévention du VIH ciblant les HSH et leurs partenaires sexuels. Le document de stratégie nationale de prévention du VIH chez les MSM qui devrait être le document de référence en matière d'intervention auprès des HSH. – Mener un plaidoyer auprès de l'autorité religieuse en générale et catholiques en particulière pour leur adhésion au programme de lutte contre le VIH/SIDA chez le HSH.

Promouvoir la Responsabilisation des individus et développement des organisations communautaires d'hommes (club anti SIDA) se considérant comme gay pour leur permettre de promouvoir des programmes de prévention du VIH et de prise en charge.

Ma. 13 Suivi des femmes enceintes VIH positif et leurs enfants au Centre Dream Saint Vincent de Paul de Mbandaka (De Janvier 2010 à Septembre 2011)

Dr Lusameso P, Dr Nkake V, EKE M, Kühnel F, Dr Felice Mary, Itsifo P, Dr Kongodie JLG

Introduction

Le Centre Dream Saint Vincent de Paul de Mbandaka est une œuvre des Filles de la Charité, implanté à Mbandaka dans la Province de l'Equateur en RDC depuis Février 2009.

Le Centre Dream contient en son sein un centre de traitement ambulatoire et un laboratoire de biologie moléculaire. Ainsi, de janvier 2010 à septembre 2011, le Centre a testé 1729 femmes enceintes dont 35 femmes VIH positif font l'objet de ce résumé.

Objectifs

- Décrire les caractéristiques de ces femmes,
- Décrire la nature de l'intervention reçue, issue de la grossesse et évolution de l'enfant jusqu'à 18 mois.

Méthodes

- Référence des femmes des Centres de Santé et HGR vers le Centre Dream pour dépistage (CDV/CDIP),
- Contre référence avec résultats,
- Pour les femmes VIH positif, Suite de CPN au Centre santé Maternité et après évaluation clinique et immunologique : Prophylaxie (TARV pour la santé de la mère et PTME) au Centre Dream,
- Accouchement au centre de santé Maternité et Prophylaxie de l'enfant conjointement par l'équipe de Dream et la maternité,
- Suivi de l'enfant exposé au VIH : CPS au Centre de santé et recherche de l'infection à VIH au Centre Dream (Recherche de la charge virale à 1, 6 et 12 mois puis recherche d'anticorps à 18 mois)
- Suivi de la mère après accouchement et la cellule familiale au Centre Dream

Résultats

- Age : Sur 35 femmes, 23 femmes dont l'âge varie entre 25-34 ans, soit 65%

- Etat civil : Plus de la moitié, soit 57% des femmes sont mariées dont 3 couples discordants ;
- Antécédents : 15 de ces femmes ont eu un antécédents soit d'avortement ou décès infantile, soit 42%
- Infections associées : La syphilis est l'IST la plus rencontrée, 17 cas, soit près de 50%
- Prophylaxie : 26 femmes ont reçu les ARV pour leur propre santé, soit 74% contre 9 femmes sous ARV pour la PTME ;
- Accouchement : 19 de ces femmes ont déjà accouché dont 17 enfants survivants. Le poids à la naissance a varié de 2 200 à 4 300 gr
- Deux enfants nés exposés n'ont pas reçu la NVP à la naissance
- Sur 19 enfants, 7 suivis jusqu'à 18 mois dont le test est négatif, soit 100% d'infection évitée,

Leçons à tirer

La génération sans VIH & SIDA est possible dans le contexte de la RDC, mais il faut renforcer le système de santé par l'intégration effective de la PTME dans les soins prénatals recentrés y compris la planification familiale avec un système de référence et contre référence fonctionnel.

Ma. 14 Faible taux d'acceptation du test VIH et de retour au CDV/PTME pour le counseling post-test.

Cas des parturientes fréquentant l'Hôpital Général de Kananga

Kabongo Mbubi Davis; MD, MPH-HE

Mots clés : taux d'acceptation- taux de retrait- PTME

But de l'étude :

Notre étude a pour but de contribuer à la réduction de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant en RDC.

Pour y parvenir, l'amélioration de l'utilisation de service PTME des structures de soins offrant le service de PTME compréhensive qui assurerait une prise en charge précoce des femmes enceintes VIH positif, de leurs nouveau-nés et de leurs partenaires sexuels serait indispensable pour afin arriver à réduire la Transmission de VIH de la Mère à l'enfant.

Méthodes :

Nous avons fait un canevas de récolte des données exhaustives des parturientes ayant fréquentées de 2005 à 2008 le service PTME de la maternité de l'hôpital général de référence provincial de Kananga. Nous n'avons considérés que les femmes enceintes (n=2644) ayant acceptés volontairement le

dépistage au VIH et qui sont retournées au post-test pour recevoir le résultat de leur test VIH. Les nouveau-nés des mères VIH positif (n=17) ont été aussi considérés. Nous n'avons pas été en contact direct avec les parturientes, l'étude étant rétrospective et analytique.

Résultats :

Le taux moyen d'acceptation du test VIH chez les parturientes est de 56,2% pour les quatre années d'études à comparer avec le taux normal de 80% ou plus (Normes Ministère de la santé publique) et celui de retour ou de retrait est de 2,46% à comparer à celui du ministère de la santé publique qui est de 97%. Proportion de femmes enceintes VIH positif mises sous ARV pour la PTME est de 18,4%. Le taux de séropositivité est de 4,8%.

Conclusion :

Cette étude démontre les failles du fonctionnement de service PTME à Kananga et voudrait que soit revu le système de fonctionnement de CDV/PTME en RDC. Un système qui permettrait de remettre le résultat aux parturientes après un temps court. Ce qui améliorerait l'utilisation de service PTME Compréhensive.

Ma.15. Impact du VIH chez l'enfant à propos de 50 enfants pris en charge par le Centre Dream Saint Vincent de Paul de Mbandaka

Dr Lusameso P, Dr Nkake V, EKE M, Kühnel F, Itsifo P

Introduction

De février 2009 à septembre 2010, ledit centre prend en charge 664 PVVIH dont 50 enfants sous TARV font l'objet de ce résumé.

Objectifs

- Décrire les caractéristiques de ces enfants, Décrire la nature de l'intervention reçue et son impact sur l'enfant.

Méthodes

- Référence des enfants des Centres de Santé et HGR y compris l'UNTI vers le Centre Dream pour dépistage (CDV/CDIP) et meilleure prise en charge,
- Après évaluation clinique et immunologique : Prophylaxie ou TARV au Centre Dream,
- CPS au Centre de santé et prise en charge de l'infection à VIH et nutritionnelle au Centre Dream
- Suivi de la cellule familiale au Centre Dream

Résultats

- Sur 50 enfants (≤ 14 ans) pris en charge, il y a 30 garçons et 20 filles,

- Près de 50% d'enfant est constitué par la tranche de moins de 5 ans (1-5 ans) ;
- Sur 50 enfants, 16 sont orphelins d'au moins un parent, soit 32% ;
- Sur 50 enfants, 7 sont doublement orphelins, soit 14% ;
- Sur 50 enfants, 35 dont au moins un parent en vie est sous traitement, soit 70% ;
- 100% d'enfants reçoivent la prise en charge médicale gratuite et 96% bénéficient d'un soutien nutritionnel,
- 8 enfants, soit 50% d'enfants en âge scolaire reçoivent l'assistance scolaire

Leçons à tirer

Au regard de ces données, nous notons que près de 98% de ces infections sont évitables par la PTME, car ils sont contaminés de la mère à l'enfant.

Ces nombreux orphelins et enfants vulnérables, à cause de l'infection à VIH, ont besoin de soutien économique et social considérable à côté de la prise en charge médicale.

La prise en charge médicale associée à la prise en charge psycho-socio-économique est la condition pour réduire l'impact du VIH chez l'enfant Congolais dans ce contexte de pauvreté et d'absence d'une organisation sociale efficace.

Ma.16. Rétention des patients sous antirétroviraux dans une cohorte en RDC et facteurs de risque.

¹Koole O., ²Kalenga L., ³Kiumbu M., ¹Menten J., ^{3,4}Mukumbi H., ⁵Ryder R., ³Okitolonda E., ⁶Colebunders R.

¹ Institut de Médecine tropicale, Belgique; ² Projet ARV de Lubumbashi, RDC,

³Ecole de Santé Publique de Kinshasa, RDC, ⁴ ACS/AmoCongo, RDC; ⁵Université de Californie, San Diego; ⁶Université d'Anvers, Belgique.

Mots clés : Rétention, antirétroviraux, facteurs de risque

Contexte : La trithérapie antirétrovirale (TAR) exige un niveau élevé de rétention des patients dans les programmes de traitement afin de préserver les bénéfices cliniques des antirétroviraux. Depuis 2005, les antirétroviraux (ARV) sont dispensés dans plusieurs centres de traitement ambulatoire (CTA) en RDC. Aujourd'hui, le pays est dans une phase d'intensification de l'accès à la trithérapie antirétrovirale. Cependant, très peu d'attention est accordée aux malades déjà sous ARV.

Objectifs : Notre objectif est d'évaluer la rétention des patients sous trithérapie antirétrovirale dans les

programmes de traitement aux ARV en RDC et d'en identifier les principaux facteurs de risque.

Méthodes : Une étude longitudinale rétrospective a été menée sur une cohorte de 1450 patients traités aux antirétroviraux entre 2005 et 2009 dans six CTA de l'ONG ACS/AmoCongo en RDC (Kasavubu, Ndjili, Matadi, Lubumbashi, Kananga et Mbandaka). Les courbes de Kaplan Meier ont permis de caractériser la rétention et la régression de Cox a été utilisée pour identifier les principaux facteurs de risque. Était considéré comme non retenu, tout décès rapporté ou tout patient ne s'étant plus présenté aux visites cliniques durant une période supérieure à 4 mois, en dehors des transférés.

Résultats : La probabilité de rétention sur l'ensemble du programme était respectivement de 81,4% (IC95% :79,3-83,4) à 6 mois, 75,2% (IC95% : 72,8-77,3) à 1 an et 65% (IC à 95% : 62,3-67,6) à 2 ans. La rétention à 12 mois variait selon les sites, de 86,2% à Lubumbashi à 55,5% à Mbandaka. Après contrôle de la confusion, les facteurs restés associés à la non rétention étaient le stade clinique OMS IV (AHR : 3.0 [IC95% :1.9-4.6], p<0.0001), le poids< 50 Kg (AHR: 1.6 [IC95%: 1.3-2.0], p<0.001), le sexe masculin (AHR : 1.4 [IC 95%:1.1-1.8], p=0.014), les patients ayant commencé le TAR en 2008 ou 2009 (AHR: 3.2 [IC95% : 2.3-4.2], p<0.0001) comparativement à ceux de 2005 ou 2006, le célibat (AHR: 1.5, 95% CI: 1.1-2.1) et le site de Mbandaka (AHR : 2.9 [IC95% :2.0-4.3], p<0.0001).

Conclusions et recommandations : La rétention à 1 année était similaire à celle d'autres contextes africains. Elle avait tendance à diminuer avec l'accroissement du nombre des patients dans la file active de 2005 à 2009, suite probablement à la baisse de la qualité des services. Le sexe masculin, le poids<50kg et le stade clinique IV sont prédictors d'une faible rétention. Des stratégies spécifiques pour retenir les hommes, plus d'attention sur certains sites (zone semi-rurale), l'initiation précoce de la trithérapie et des stratégies de recherche active des perdus de vue peuvent améliorer la rétention.

Ma. 17. Bécégites locorégionales chez les enfants de moins de 2 ans à Kinshasa

Kapepela M., Dande P., Finda F., Bilonda M., Shiku J., Tady B.

Cliniques Universitaires de Kinshasa,
Département de Pédiatrie (RD Congo)

Contexte :

La vaccination systématique au BCG à la naissance constitue encore une des stratégies de contrôle de la tuberculose au Congo. Actuellement, cette stratégie est remise en question avec recommandation de non poursuite de la vaccination chez les enfants infectés par le VIH à cause de ses effets indésirables locorégionaux et disséminés.

Objectif : Déterminer la fréquence et la nature des effets indésirables locorégionaux post vaccinaux chez les enfants < 2 ans à Kinshasa.

Méthode : Cette étude est descriptive et porte sur 460 enfants âgés de 1½ -24 mois, vaccinés au BCG sur base de la cicatrice et ou la fiche de CPS.

On compte parmi eux, 243 (53%) garçons et 148 (47%) filles provenant du site de vaccination du Centre hospitalier du Mont Amba (nés à la maternité des Cliniques Universitaires de Kinshasa, du Centre hospitalier du Mont Amba, des environs) et du centre nutritionnel thérapeutique entre 12/4/2010 et 12/10/2010.

Les paramètres recherchés sont la cicatrice au niveau du site vaccinal et ses caractéristiques, autres manifestations dans la région vaccinale et à distance. Les données ont été obtenues par l'interrogatoire et l'observation clinique.

Est considéré comme bécégite une cicatrice au site de vaccination > 10mm, une ulcération trainante > 4mois, une autre manifestation régionale et ou à distance.

Résultats :

31(6,8%) enfants n'ont pas une cicatrice visible avant l'âge de 24 mois.

Parmi les 429 (93,2 %) qui ont une cicatrice, elle mesure ≤ 5mm chez 177 (44,6%) enfants et > 5mm chez 252 (55,4%) enfants dont 46 (12,6%) > 7mm et 19 (4,6%) >10 mm.

La cicatrice était discrète dans 50(11%) cas, souple dans 258 (56%) cas, plane dans 151(33%) cas, hypertrophique dans 106 (23%) cas, creuse dans 74(16%) cas et à contour irrégulier dans 24(5,3%) cas.

En plus de cicatrice, une masse impressionnante de 18/12 cm de diamètre a été observée au site de vaccination faisant penser au phénomène d'Arthus

correspondant à une fistule artério-veineuse ainsi qu'une adénite homolatérale avec fistulisation qui a nécessité un traitement à l'INH.

Conclusion et recommandations :

19 (4,6%) cas de bécégites au site de vaccination et une adénite homolatérale avec fistulisation ainsi qu'une masse impressionnante évoquant un phénomène d'Arthus

La poursuite de ce travail préliminaire est indiquée avec une étude multicentrique à la recherche des effets locorégionaux et disséminés ainsi que leur répartition chez les séropositifs et séronégatifs dans le but d'envisager l'adaptation des stratégies actuelles de vaccination selon les réalités locales.

Ma.18. Utilisation du nombre d'infections évitées comme mesure d'impact dans les interventions de prévention du VIH de transmission de la mère à l'enfant en RDC

Casimir MANZENGO*, Compaore ISSAKA*, Augustin OKENGE**, Elie ALIMASI**, Bijou SAFI**, Etienne MPOYI*, Matthieu KAMWA**, Ghislaine CONOMBO**, Isseu TOURE DIOP*

*OMS, **PNLS

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet PTME financé par le fonds canadien à travers l'OMS pour développer la PTME compréhensive dans quelques Zones de Santé pilotes de la RDC, l'impact des interventions a été mesuré en calculant le nombre d'infections évitées.

La bonne pratique consiste en l'introduction de cet indicateur qui permet de mesurer l'impact ou mieux le résultat ultime des interventions de la PTME compréhensive. Depuis l'arrivée de cette intervention, le résultat n'a jamais été facile à calculer. Il était question de renforcer le suivi du couple mère-enfant et tester l'enfant à 18 mois pour avoir une idée sur la qualité de l'intervention. Et comme la déperdition est très forte, l'impact de cette intervention était aléatoire. Ce qui complique encore le processus de planification. C'est dans ce sens que l'OMS a mis sur pied cet indicateur avec une base de calcul pour estimer l'impact de la PTME en tenant compte de la couverture des femmes enceintes séropositives et de l'efficacité du protocole utilisé. Pour ce faire, le projet a appuyé la formation des acteurs, la dotation en intrants, la révision des outils de suivi et évaluation et l'appui aux activités communautaires.

A l'issue de deux ans du projet, le nombre d'infections évitées est passé de 209 en 2009 à 1185 en 2010 avec un coût moyen cumulé de 424 USD par

infection évitée. Ces résultats concernent l'ensemble des Zones de Santé ciblées dans les Provinces du Katanga, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Maniema et de la Province Orientale.

L'utilisation de cet indicateur a permis de suivre l'impact des interventions de la PTME compréhensive dans les provinces ciblées et d'attirer l'attention des acteurs sur les résultats attendus. Il a l'avantage de prendre en compte aussi bien de la couverture de la cible que du protocole utilisé. Ce qui corrobore avec la vision de Mofenson qui insiste sur la couverture pour avoir des résultats significatifs dans la PTME.

Me.1. Développement et rôle d'une association de personnes vivant avec le VIH dans la ville de Kinshasa Expérience de RNOAC (Réseau national d'organisations à assises communautaires/groupes de supports)

Clément Kabeda (MSF-B), Clarisse Mawika (RNOAC), André Sukadi (RNOAC), Jean Lukela (RNOAC)

Contexte : La Ville-Province de Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo (RDC), est l'une des 11 provinces que compte la RDC. Elle a une superficie de 9.965 km² pour une population estimée à 7.435.186 habitants. La séroprévalence est estimée à 3,5% ce qui représente autour de 137.550 personnes vivants avec le VIH dans la ville de Kinshasa. Actuellement, autour de 15.000 personnes seulement bénéficient du traitement aux antirétroviraux à Kinshasa. La situation des PVV (personnes vivant avec le VIH) reste préoccupante en RDC et l'implication des PVV eux-mêmes dans la lutte est primordiale.

Objectif : Développer l'implication des PVV dans la lutte contre le VIH en RDC

Méthodes : En 2003, 9 patients du centre hospitalier de Kabinda, soutenu par MSF-B, se sont retrouvés pour former un groupe d'auto-support afin de commencer à lutter contre la stigmatisation. Très vite, ils ont organisé des activités de sensibilisation dans la salle d'attente du centre hospitalier de Kabinda afin de sensibiliser leurs pairs sur la problématique du VIH. Entre 2003 et 2007, les groupes de support se sont multipliés avec des PVV actifs dans les différentes communes de Kinshasa. En 2007, ces groupes de support sont passés de simples groupes de support à des actions communautaires plus larges et ont obtenu une personnalité juridique pour constituer un réseau dénommé Réseau National d'organisations à assises communautaires/groupes de supports (RNAOC/GS)

Résultats : Les PVV actifs au sein de RNOAC ont développé de nombreuses activités et ils participent aujourd'hui activement à la lutte contre le VIH en RDC. En particulier, on peut souligner leur rôle dans la lutte contre la stigmatisation, la sensibilisation des pairs (dans la salle d'attente de structures médicales, dans des églises, écoles), l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des patients et les visites à domicile, la recherche des perdus de vue, l'appel au

dépistage et l'orientation des patients, les activités génératrices de revenus et les activités de plaidoyer. Le réseau RNOAC compte actuellement 2.800 membres dans 44 OAC/GS à Kinshasa, 15 OAC/GS à Lubumbashi, 25 OAC/GS à Mbandaka et 12 OAC/GS dans le Bas-Congo. Le développement de ce réseau a servi d'exemple et d'expérience pour d'autres ONG.

Conclusions : Une responsabilisation des PVV et le développement de RNOAC a permis d'associer les PVV dans la lutte contre le VIH et ce, à travers de multiples activités. Le renforcement des capacités des PVV dans leur prise en charge s'avère être une stratégie efficace dans la lutte contre le VIH.

Recommandations : Devant l'ampleur du problème du VIH en RDC aujourd'hui, on ne peut limiter la lutte contre le VIH aux structures médicales présentes dans le pays. L'expérience des OAC peut nous servir d'exemple pour soutenir et développer l'implication et la responsabilisation des PVV dans la lutte contre le VIH en RDC.

Me.2. Dix huit années d'expérience du REDS dans la promotion des droits des PVVIH pour combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH / SIDA.

NDALA MUSUAMBA Marie Louise, KAPINGA Marie Louise, TSHIZUBU MUTOMBO, TSHILUMBA Emilie.

Problématique : les perceptions que la société a des comportements sexuels font que l'infection à VIH porte une lourde charge discriminatoire et stigmatisante. Les gestes et les attitudes de stigmatisation et de discrimination plus nombreux et dépendent des us et coutumes et des réalités sociales. Ainsi les PVVIH sont confrontées à de nombreuses atteintes à leurs droits et libertés fondamentaux. Ce qui les pousse à vivre dans la clandestinité, et à s'impliquer faiblement dans la lutte contribuant par ce fait à la propagation du VIH.

Projet : Création du Réseau national sur l'éthique, le droit et le VIH en sigle REDS.

Pour assurer la protection des droits des PVVIH quelques personnes des disciplines différentes intéressées par les problèmes éthiques et juridiques du VIH / SIDA ont créé le 22 septembre 1994 ce réseau national et d'éthique le droit et le VIH/ SIDA en sigle REDS dont l'objectif global est de mettre en place un environnement éthique et juridique favorable à la protection des droits fondamentaux des PVVIH ainsi qu'au maintien de leur dignité.

Activités

1°) Information, Formation, Sensibilisation, Séminaires ateliers, Conférences – débats, Publications, Emissions à la radio et à la télévision sur les thèmes « la problématique du Sida et le droit », « la confidentialité et l'infection à VIH », « l'éthique médicale et l'infection à VIH », « la problématique du test VIH avant le mariage », « le droit pénal et le Sida, le droit du travail et le VIH », « le droit des femmes à protéger les relations sexuelles pour éviter l'infection à VIH », « le droit au mariage des PVVIH ».

2°) Enquête dans douze entreprises de Kinshasa pour l'élaboration des politiques et procédures cohérentes en matière du VIH pour combattre la stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH sur le lieu de travail.

3°) Large diffusion de la Déclaration de Dakar.

4°) Assistance juridique aux personnes vivant avec le VIH à travers la clinique juridique dénommée centre de Conseil et d'aide juridique à la femme (CCAJF).

5°) Intégration des aspects éthiques et juridiques dans la politique nationale sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

6°) Sensibilisation des parlementaires pour l'adaptation de la législation nationale aux directives internationales sur les droits de l'homme et le VIH ;

7°) Elaboration de la proposition de la loi portant protection des droits des PVVIH et des PA;

8°) Vulgarisation de la loi portant protection des droits des PVVIH ;

9°) Elaboration du module de formation sur la loi portant protection des droits des PVVIH.

Résultats

- Adoption et promulgation de la loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des PVVIH et des PA par le parlement et la président de la République.
- Prise de conscience par la population de l'importance de lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH en protégeant leurs droits fondamentaux;
- Création des associations et réseaux des PVVIH pour revendiquer leurs droits ;
- Changement de comportement à l'égard des PVVIH ;
- Plusieurs ONG de promotion des droits des PVVIH ont vu le jour et sont prêtes à lutter contre la discrimination par la promotion des droits des PVVIH.

Leçon à tirer :

Un environnement éthique et juridique favorable à la protection des droits fondamentaux des PVVIH

renforce les liens de solidarité de la communauté de envers ces personnes et les aide à demeurer des membres actifs et productifs de la société et les encourage à lutter aussi contre la propagation de l'infection à VIH.

Me.3. Evaluation de l'observance chez des patients sous traitement antirétroviral suivis aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Mbula M, Situakibanza N, Mandina M, Longokolo M, Pindi T, Phaka B, Kabongo E, Mudogo K, Luzayamo D, Lungosi B.

Contexte

Le traitement antirétroviral (TAR) diminue la morbidité et la mortalité des personnes vivant avec le VIH. L'observance maximale (> 95%) du traitement est une condition essentielle pour atteindre l'efficacité voulue.

Objectif

Mesurer le niveau de l'observance du traitement aux ARV des patients suivis aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Méthodes

L'observance a été évaluée chez 59 patients sous TAR, suivis aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK), au cours d'une séance de dispensation des ARV, en juin 2011. Les patients ont été invités à répondre à un questionnaire sur la bonne observance ou non et les facteurs pouvant l'influencer.

L'analyse des données a été réalisée sur SPSS 15.0 et NCSS. Les fréquences ont été calculées. L'observance a été jugée bonne si aucune dose de TAR n'a été oubliée par le patient pendant les trois jours précédant l'enquête. La comparaison des proportions s'est faite à l'aide du test Khi carré et au seuil de signification α 0,05.

Résultats

L'âge médian des patients est de 45 ans, avec un minimum de 18 ans, et un maximum de 69 ans. Les femmes représentent 71,2%.

En considérant les 3 derniers jours, la proportion des patients qui ont oublié de prendre au moins une dose est de 3,39 %, soit un taux de bonne observance de 96,61%.

Sur les 20 facteurs (démographiques et socioculturels) étudiés, deux ont présenté une association significative avec l'observance du traitement. Il s'agit de la profession et de la disponibilité des ARV au niveau de la structure.

Conclusions et recommandations

L'observance évaluée par questionnaire a été bonne auprès de 96,61% de patients. La profession du patient et la disponibilité des ARV au centre du traitement influencent l'observance.

Mots-clés : VIH, SIDA, Observance, TAR

Me.4. La fidélisation des donneurs bénévoles de sang base d'un approvisionnement qualitatif en unités de sang

Par Jean Marie Bayongwa*, Dr Sylvain Yuma Ramazani *, Dr Paul Kabamba Muninga *

*Centre National de Transfusion Sanguine, Kinshasa, Bandalungwa. République Démocratique du Congo.

Introduction

Le don bénévole de sang est un acte d'amour, altruiste posé par une personne en bonne santé pour sauver une vie humaine qu'on ne connaît pas et qui a besoin du sang pour survivre. C'est un acte qui offre plus de garantie à un service de sang en rapport avec la qualité de sang. Le don de sang offre encore plus de sécurité s'il provient d'un donneur fidélisé, régulier. Ce dernier est une personne ayant compris l'importance de son geste et qui revient régulièrement pour faire son don. Le donneur bénévole fidélisé est une personne qui, par son comportement, fait de sorte qu'il ne puisse pas changer son état sérologique avec comme conséquence ne pas sauver une vie. La fidélisation des donneurs constitue donc un facteur de base dans l'approvisionnement qualitatif en unités de sang de qualité. Dans le présent travail nous nous proposons d'étudier les facteurs qui influencent négativement la fidélisation des donneurs bénévoles.

Objectif :

L'objectif principal de ce travail est d'élaborer une étude sur les déterminants d'une faible fidélisation des primo donneurs dans les sites universitaires où se déroulent les collectes de sang à Kinshasa RD Congo.

Méthodologie

Nous avons sur base de la **méthode qualitative des groupes focalisés** abordé un échantillon de 25 sujets donneurs par site dans 5 universités qui ne sont pas rentrés au 2^e don.

L'analyse causale nous a servi de base à cette recherche : **pourquoi** n'êtes vous pas rentré faire votre don de sang 3mois après votre 1^{er} don.

Un questionnaire a été proposé à une population des donneurs bénévoles de 5 sites universitaires. Il

évalue les motivations et les non motivations à revenir faire le don après la première expérience.

Résultats

Après dépouillement, les avis des interrogés pouvaient être regroupés en 3 causes majeures :
-sur les 125 interrogés dans les 5 universités concernées par la recherche 75 personnes (60%) ne sont pas rentrés parce qu'ils avaient **peur d'être dépisté au VIH** ; 38 (30,4 %) **ont été mal accueillis** au 1er don soit qu'ils ont été mal piqués soit qu'ils ont été mal servis et 12(9,6%) **ont oublié** le rendez vous. La peur d'être dépisté au VIH, la déficience des procédures d'accueil et des bonnes pratiques de prélèvement, l'oubli du rendez-vous sont les facteurs de démotivation de retour des donneurs à faire leur prochain don.

Conclusion

Une bonne sensibilisation de la communauté au don bénévole de sang, un bon counseling pré-don, une amélioration des procédures d'accueil et les bonnes pratiques de prélèvement ainsi qu'un rappel de rendez – vous au don des donneurs vont améliorer la fidélisation des donneurs bénévoles de sang. Une action correctrice sur ces facteurs de démotivation renverserait la tendance et par conséquent favoriserait un approvisionnement qualitatif en unités de sang collectées chez les donneurs à faible risque de transmission du VIH dans la ville – province de Kinshasa.

Me.5. Séroprévalence VIH chez les donneurs bénévoles dans un contexte de gel des appuis opérationnels

Kazadi K.R.* ; Kakese L.I.* ; Kapinga M.S*.; Kabamba M.P.* ; Yuma R.S.*

Contexte

L'année 2011 s'est caractérisée au CNTS par une interruption de l'appui du partenaire principal. Celui-ci, d'après le plan opérationnel, était sensé couvrir près de 80 % des besoins du CNTS pour l'année 2011.

Objectifs

Montrer l'évolution de la séroprévalence VIH de janvier à août 2011.

Comparer les tendances par rapport à l'année précédente

Rechercher les causes de cette augmentation de la séroprévalence VIH

Méthodes

Etude descriptive transversale couvrant la période allant de Janvier à août 2011. Elle couvre toutes les personnes ayant réalisé le don bénévole de sang en

collectes fixe ou mobile pendant la période de notre étude. Les personnes clés dans l'organisation des collectes ont été interviewées sur base d'un questionnaire.

Résultats

Sur un total de 23823 prélèvements effectués, 784 (3,29%) se sont révélés positifs au VIH. Le ratio homme/femme chez les donneurs est de 4 et pour les positifs, il est de 1,3. La séroprévalence de janvier à août a évolué de la manière suivante : 2,22% en janvier ; 2,21 en février ; 1,38% en mars ; 3,65% en avril ; 4,17% en mai ; 4,68% en Juin ; 4,29% en juillet et 5,04% en août. En 2010, pour la même période, on avait les prévalences suivantes : 1,14% ; 1,42% ; 0,75% ; 1,16% ; 0,70% ; 0,89% ; 1,45% et 2,21%.

Les interviews menées auprès des personnes clés dans l'organisation des collectes ont rapporté les éléments clés suivants : Le manque de financement suffisant des activités a emmené les organisateurs des collectes de le faire sans la phase de sensibilisation dans près de 80% des cas. Une petite proportion des collectes a pu être organisée avec l'appui d'un deuxième partenaire. Près de 60% des donneurs concernés par cette période sont des nouveaux, les mécanismes de fidélisation ayant été stoppés.

Commentaires

Les séroprévalences constatées au courant de cette année sont sensiblement élevés par rapport à celles de l'année passée à la même période.

Certains sites ont montré des séroprévalences très élevées par rapport à d'autres dans les mêmes conditions de travail. Ces fortes prévalences ont entraîné l'élimination d'un nombre important des poches augmentant ainsi les coûts d'exploitation.

Conclusion

Au delà des tests, la sécurité transfusionnelle est dépendante aussi des activités de recrutement des donneurs. Une perturbation de ce maillon dans la mise en œuvre des plans opérationnels peut modifier totalement le profil des dons. La différence des prévalences VIH au cours des deux dernières années en est l'illustration.

Me.6. Leçons apprises sur la mise en œuvre des nouvelles normes de la PTME en République Démocratique du Congo (RDC)»

Mitterrand Katabuka, John Ditekemena, Chanty Mombo, Astrid Mulenga, Lydia Shabanza, Georges Ntumba, Trad Atton.

Introduction :

Selon les chiffres de 2009 (ONUSIDA et l'OMS), 370.000 enfants dans le monde seraient infectés du VIH soit plus de 1000 enfants chaque jour¹. La Transmission de VIH de la Mère à L'Enfant (TME) serait la principale cause d'infection à VIH chez l'enfant, qui se matérialise soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail et/ ou de l'accouchement, ou soit au cours de l'allaitement maternel¹. En RDC, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était estimée à 3,7% en 2009².

Contexte et procédures :

Depuis 2001, le protocole national de PTME était basé sur la prophylaxie aux ARV : Névirapine en dose unique pour la mère et enfant. En 2007, le protocole combiné avait été opté prenant en compte les 4 piliers de la PTME. La mise en œuvre du protocole combiné n'a pas malheureusement suivi pour des raisons diverses. Seules quelques structures sanitaires (moins de 5%) l'avaient appliqué..

Avec la révision des normes de PTME en 2010 par l'OMS et tenant compte de l'évidence scientifique en rapport avec les nouvelles recommandations et normes de l'OMS, la RDC avait décidé et procédé en juin 2010 à la révision des ses normes en matière de la PTME et prise en charge pédiatrique. Un draft avait été développé et partagé avec un groupe d'experts nationaux réunis en atelier national de révision. A l'issue de cet atelier, « l'option A » a été adoptée.

Résultats et leçons apprises :

Le Programme VIH Intégré au Congo (ProVIC) fournit une assistance technique au PNLS et participe activement au processus de mise en œuvre et d'intégration des nouvelles normes de PTME dans 16 sites repartis dans 4 provinces de la RDC (Kinshasa ;, Bas Congo ;, Katanga : et Sud Kivu). Les leçons suivantes ont été apprises lors du processus de révision et de mise en œuvre des nouvelles normes :

- Importance de l'implication de l'autorité politique dans le processus :

La décision politique pour la révision des normes nationales doit être prise par le ministère de la santé et appuyées par les instances sanitaires au niveau de provinces et de zones de sante.. Des résistances

observées doivent être résolues en impliquant les personnes qui les expriment. ;

- Une bonne gestion progressive de la transition entre l'ancien et le nouveau système constitue un impératif pour la réussite du nouveau système.
- Il y aura toujours des confusions créées par le passage des anciennes normes aux nouvelles et dans leur mise en œuvre. au niveau pays. Une introduction progressive apaiserait les appréhensions.
- L'implication des infirmiers après formation ou recyclage dans la prescription et gestion des ARVs constitue un atout pour une introduction effective des nouvelles normes de PTME. La RDC n'a pas encore autorisé les infirmiers à prescrire ou gérer les ARVs. Ceci constitue une difficulté énorme pour le passage à l'échelle du nouveau protocole ;
- La motivation des ressources humaines (les personnes impliquées dans la gestion des activités PTME conformément aux nouvelles normes) est une des priorités à considérer
- La mobilité des personnes formées et la fuite des cerveaux vers d'autres pays et ONGs internationales handicapent la réussite de la mise en œuvre des nouvelles normes de la PTME et la prise en charge pédiatrique ; D'où l'importance de la motivation pour stopper la fuite des cerveaux.
- Nécessité d'intégrer des activités de PTME dans les activités de santé maternelle et infantile pour assurer la pérennisation;
- Disponibilité des ressources et intrants pour assurer la réussite des nouvelles normes. L'introduction réussie des nouvelles normes PTME dépendent fortement des ressources disponibles en termes des médicaments et laboratoire (au moins le CD4 pour détecter les femmes éligibles et non éligibles) ;
- L'implication des hommes dans les activités de PTME s'avère cruciale pour la réussite de la mise en œuvre des nouvelles normes de PTME et pour la prise en charge pédiatrique ;

Conclusion :

La réussite de l'introduction des nouvelles normes aurait été totale si les infirmiers étaient capables et autorisés à prescrire, gérer et fournir les ARVs. Un budget public approprié alloué au Ministère de la Santé permettrait la rétention du personnel formé qui cherche le mieux être ailleurs. Un tel budget servirait aussi à garantir la disponibilité des

médicaments et autres intrants pour la réussite du programme. Il y a donc un appel et une nécessité pour un plaidoyer collectif.

Me.7. FREQUENCE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE LUBUMBASHI (RD Congo)

Kakisingi N.C*, Mwamba M.C*, Matanda K.S*, Ngoie M.S*, Kaya M.C*, Kasongo O.I*, Musung M.J*, Kamalo M.B*, Lukanga S.S*, Yav T.E*, Luboya N.O**, Muteta W.P.F*.

*Département de Médecine Interne. Université de Lubumbashi (RDC)

**Département de Pédiatrie et de Santé Publique. Université de Lubumbashi (RDC)

Mots-clés : Accidents d'exposition au sang- Fréquence-Lubumbashi

Introduction : Le personnel médical et paramédical des Cliniques Universitaires de Lubumbashi comme celui d'autres pays est exposé au risque d'accidents d'exposition au sang (AES). L'objectif de cette étude a été de déterminer la fréquence des AES, décrire leurs mécanismes, leurs circonstances de survenue et la démarche de déclaration.

Méthodologie : Il a été réalisé une étude transversale dans le service de médecine interne des cliniques universitaires de Lubumbashi du 01 mars au 30 mai 2011. Un questionnaire anonyme a été remis au personnel médical et paramédical du service. La statistique descriptive (fréquences, moyennes, proportions) a servi pour l'analyse des données.

Résultats : Sur les 105 personnes du service, 50,5% étaient de sexe masculin, 49,5 de sexe féminin et l'âge moyen de 34,9 ans ± 12,5. Dans l'ensemble, le personnel avait une ancienneté moyenne de 16,3 ans ± 12,5. La sérologie à VIH est négative chez 65,7%.

La prévalence des AES a été de 44,8%, observée en majorité chez les infirmiers (51%). La projection de sang sur la peau est le mécanisme le plus fréquent (57%) et cela, lors de la mise en place de perfusion ou transfusion. Soixante-dix huit pourcents (78,7%) du personnel étaient sans protection lors de l'AES et seulement 17% des victimes ont eu à déclarer cet accident. Vingt-deux pourcent (22,5%) des patients sources identifiés avaient une sérologie à VIH positive connue et 5% d'entre eux avaient une sérologie à VIH positive

découverte après l'AES. Le personnel exposé utilise plus les antiseptiques après une exposition.

Conclusion : Les AES aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi ont une fréquence de 44,8%, la projection de sang est le mécanisme le plus courant et il y a un faible taux de déclaration.

Il est nécessaire de promouvoir les comportements adéquats pour prévenir les risques de contamination en milieu sanitaire.

Me.8. ADOLESCENTS ET VIH : l'expérience de l'ISJ dans le dépistage des Adolescents

Didier Kabeya Shikika,

Objet de l'étude

En mars 2009 l'Ongd ISJ ouvre le centre de CDV et de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH dans la Commune de Masina à Kinshasa (RDC) et donne de l'espoir à plusieurs familles, nous recevons plus d'adolescents en phase maladie parce que non dépistés à temps, ils ont tous la particularité d'être nés de parents séropositifs.

Méthode et résultats

Nous avons donc initié au Centre de Santé d'ESPERODIE un projet intitulé (naître et grandir sans le VIH) grâce au autofinancement, il nous permet de suivre 45 adolescents infectés dont 20 sous ARV. Ils sont dépistés déjà malades et très fragiles, d'où la décision d'initier pour eux un dépistage précoce ainsi qu'un accès précoce aux soins. Au cours du premier trimestre 2011 nous avons initié une sensibilisation de nos usagers lors des consultations médicales et au niveau des agents sociaux sur les avantages du dépistage précoce. Ces séances individuelles et de couple ont été complétées par trois séances de sensibilisations de groupe au cours des repas communautaires. A la suite de ces activités, trois journées de dépistages de messe ont été organisées les weekends autour d'un repas communautaire pour permettre aux enfants scolarisés d'y participer. Les entretiens parents/enfants et l'acte de dépistage ont été fait au cas par cas les salariés et bénévoles de l'association. 30 enfants, tous séropositifs ont été dépistés le premier jour ; 13 adolescents dont une fille de 17 ans séropositive ont été dépistés le second et 8 tous négatifs l'ont été la 3ème journée. En définitive sur 51 adolescents de 0 à 17 ans

dépistés au cours de 3 séances, une fille de 17 ans s'est avérée séropositive et bénéficie de soins.

Conclusion

Les parents sont rassurés de connaître rapidement la sérologie de leurs enfants, lorsqu'ils sont séronégatifs c'est toute la fratrie qui retrouve joie et sérénité. Lorsqu'ils sont séropositifs, l'accès est crevé et des dispositions sont prises à temps un accès précoce aux soins.

Nous allons poursuivre ce processus en l'améliorant et initier des actions de prévention auprès des adolescents.

Me.9. L'élimination De La Transmission De La Mère A L'enfant, Un Défi Pour La RDC. Cas De La Zone De Santé

de Manono MCZ Manono

Casimir Manzengo, Compaore Issaka, OMS

Introduction

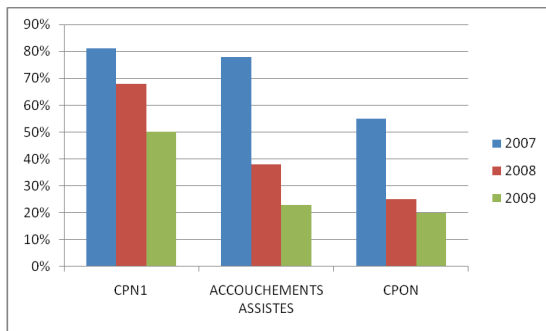
Lors de la Réunion de Haut niveau sur le VIH/SIDA, la Communauté internationale s'est fixé comme objectif d'éliminer les nouvelles infections pédiatriques et de maintenir leurs mères en vie d'ici 2015. Pour ce faire, il faut qu'au moins 90% des femmes enceintes puissent accéder aux services prénataux de qualité, incluant entre autres le dépistage du VIH et l'offre des ARV pour prévenir sa transmission (TME). Bien que l'accès aux services de CPN soit élevé en RDC, soit 87%, il y a beaucoup de divergences entre les ZS. C'est le cas de la ZS de Manono dans la Province du Katanga qui, comme d'autres ZS, présente un grand défi pour parvenir à l'élimination de la TME suite au faible niveau de performance des services de santé maternelle.

Méthodologie

Pour y parvenir, les auteurs ont collecté les données des services de santé maternelle, essentiellement la consultation prénatale, les accouchements assistés et la consultation postnatale. Ces données ont été collectées lors d'une visite de terrain dans la ZS de Manono en comparaison au niveau national. Les supports des données sont les différents rapports des formations sanitaires de la ZS qui ont été visitées et l'interview non structurée des acteurs.

Résultats

Les résultats de la visite montrent une faible performance des indicateurs de santé maternelle telle que présentée dans la figure suivante.



Graphique N° 5 : Evolution du taux de CPN1, des accouchements assistés et de CPON dans la ZS de MANONO de 2007 à 2009.

Le graphique montre que moins la moitié des femmes enceintes (4487/8992) sont venues en consultation prénatale en 2009, moins d'un quart d'entre elles (2041/8992) ont accouché dans structures sanitaires devant un personnel qualifié et environ 20% (1798/8992) sont venues en consultation postnatale. De ce fait, près de 3 quarts de femmes accouchent dans la communauté et dans les structures non contrôlées avec toutes les conséquences possibles notamment la survenue des fistules vésico-vaginales et les décès maternels.

Par ailleurs, le nombre moyen des jours de rupture de stock des médicaments traceurs va de 29 à 31 jours pour un mois de 31 jours. Il y a donc une carence quasi-totale en médicaments essentiels et génériques dans les structures de santé. La plupart des prestataires remettent des ordonnances aux patients

Discussions

- Il y a des ZS qui risquent de ne pas parvenir à l'élimination de la TME suite au faible niveau de performance de santé maternelle, particulièrement la CPN qui est la porte d'entrée de la PTME. Ce qui ne permet pas de capter toutes les femmes enceintes séropositives attendues et ainsi réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant comme le démontre la cascade PTME
- Dans un contexte de grand pays, il y a lieu de renforcer l'approche décentralisée pour traiter de manière efficace les problèmes des ZS différentes
- Parmi les facteurs incriminés, il y a les ruptures de stock en médicaments essentiels et la faible accessibilité financière. D'où la nécessité de continuer à mobiliser les fonds pour soutenir les services de santé maternelle

Conclusion

L'élimination de nouvelles infections pédiatriques est une vision à laquelle la Communauté internationale s'est accordée et les acteurs devront contribuer chacun en ce qui le concerne à la réaliser. Pour ce faire, une attention particulière devra être accordée aux indicateurs de santé maternelle et opter pour une approche d'interventions décentralisées.

Me.10. Pharmacovigilance des ARV à Kinshasa en 2010

Ntamabyaliro N, Nzolo BD, Lula NY, Liwono Y.J, Mpiempie NT, Mvete LB, Mesia K.G., Nsibu NC, Tona LG

Contexte :

Tous les produits pharmaceutiques doivent faire l'objet d'une surveillance en vue d'en garantir l'innocuité et l'efficacité. Cette surveillance est l'une des fonctions importantes remplie par le système de pharmacovigilance. Le Centre national de Pharmacovigilance en RD Congo est devenu fonctionnelle en 2010. Durant cette année, elle a réalisé essentiellement la surveillance passive des médicaments circulant à Kinshasa. Ce présent travail présente le résultat de la pharmacologie passive des antirétroviraux (ARV) au cours de cette année.

Objectifs :

Déterminer les effets indésirables notifiés spontanément par les prescripteurs des ARV à Kinshasa.

Méthode :

La récolte des données s'est faite grâce aux notifications stimulées par les visites des membres du Centre National de Pharmacovigilance dans certains centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tel que l'ACS AMO-Congo et les centres confessionnelles du réseau BDOM. Les fiches récoltées ont été introduites dans la base des données de l'Uppsala monitoring centre via le logiciel vigiflow. L'analyse a été réalisée grâce à un fichier Excel extrait de cette base des données.

Résultats :

Au total 22 fiches de notification contenaient des ARV. Vingt six effets indésirables étaient rapportés. L'anémie était l'effet indésirable le plus rencontré, décrit chez 4 patients (15%), suivi de l'érythème multiforme, du rash érythémateux et des vomissements qui ont été retrouvés chacun chez 3 patients (11,5%). Du point de vue système, les effets sur le tissu cutané représentait 42% d'atteinte (11/26), suivi de l'atteinte des globules rouges (15%)

et du système gastro-intestinal (11,5%). Trois de ces réactions indésirables ont évolué vers le décès. Du point de vue imputabilité, la névirapine a été incriminé dans 37% des cas, l'association lamivudine, névirapine, zidovudine dans 23% des cas, l'association lamivudine, zidovudine dans 17%. L'effavirenz a été incriminé dans 10% des cas.

Conclusion et recommandations :

Dans la pharmacovigilance passive, les prestataires semble plus spontanément rapporter les effets indésirables de la névirapine, qui affecte plus le tissu cutané. L'augmentation du nombre de centre de surveillance et la réalisation de la pharmacovigilance active permettrait au mieux d'évaluer l'innocuité et l'efficacité du traitement par les ARV.

Me.11. Evaluation de la première année de l'utilisation du schéma AZT/3TC/NVP, à propos de 500 patients.

Nzolo BD, Kamangu E, Longo A, Nsengi N, Lula Y, Nsibu N, Mesia G, Tona G.

Contexte :

L'utilisation du traitement antirétroviral a permis de prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH (PVV). Néanmoins la qualité de vie de ces derniers se trouve parfois altérée par les effets indésirables de ces mêmes molécules. En 2009, l'OMS a recommandé de mettre progressivement fin à l'utilisation de la stavudine (d4T) en raison de ses effets indésirables irréversibles à long terme et de le remplacer par la zidovudine (AZT) ou le ténofovir (TDF). C'est ainsi que la RD Congo a adopté dans son guide le nouveau schéma thérapeutique de première ligne comprenant la zidovudine (AZT), la lamivudine (3TC) et la névirapine (NVP). Il est cependant nécessaire d'évaluer ce schéma recommandé par l'OMS.

Objectif :

Evaluer l'innocuité et l'efficacité du schéma AZT/3TC/NVP au cours de la première année du traitement.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 500 dossiers des patients ayant commencé leur traitement antirétroviral par le schéma AZT/3TC/NVP durant l'année 2009 à l'ACS/ AMO-Congo. Les paramètres de suivi et évaluation ont été prélevés durant la première année de traitement. Une comparaison des résultats avant la mise sous ARV et au cours de la première année du traitement a été réalisée

Résultats :

La moyenne du poids a connu une croissance progressive pendant les différentes visites médicales pour atteindre une croissance pondérale moyenne de 6,7% au 12^{ème} mois. La moyenne du taux de CD4 est passée de 263/mm³ à 354/mm³, soit une augmentation de 35%. La moyenne du taux d'hémoglobine est passée de 10,8g/dl à 9,2g/dl et le taux d'anémie sévère, grade 4, est passé de 3% à 20%. Le taux moyen de la créatinine et des transaminases ainsi que leurs variations sont restés dans les limites de la normale. Il y a eu changement de ligne chez 45 patients (9%). Les effets indésirables étaient la principale cause de changement de ligne (22 des 45 patients). Les effets indésirables qui ont conduit au changement de lignes étaient essentiellement l'anémie (15 patients), le rash cutané (3 patients) et la neuropathie périphérique (2 patients). Il y a eu au total 12 décès, soit 2,4%. L'anémie a été la première cause de décès avec 5 cas sur les 12 décès.

Conclusion et recommandation :

Le schéma AZT/3TC/NVP permet une croissance pondérale et une augmentation du taux de lymphocyte T CD4. Le problème majeur identifié par notre étude est l'anémie qui constitue une cause importante de mortalité et de changement de lignes thérapeutique. Les programmes de lutte contre le VIH en RD Congo doivent faire de la surveillance de l'anémie un impératif dans le suivi et évaluation des patients sous schéma AZT/3TC/NVP.

Mots clés : VIH/SIDA, ARV, zidovudine, suivi et évaluation.

Me.12. L'absence des politiques protectrices à l'endroit des Professionnelles au Sud-Kivu : Enjeux pour la transmission du VIH et accès au traitement ONG Action pour la Lutte Contre l'Ignorance du Sida (ALCIS), Sud-Kivu

Problèmes

Le statut marginalisé des professionnelles du sexe au Sud-Kivu à l'Est de la République Démocratique du Congo continu à créer des situations inacceptables avec la violation de leurs droits humains y compris celui de la santé. Si le VIH/sida concerne toute la population, il n'est pas moins vrai que toutes les composantes ne sont pas touchées avec la même intensité et sont au même degré de vulnérabilité. On enregistre des taux d'infection à VIH nettement élevés au sein des professionnelles du sexe, soit 16%

que pour les autres groupes de population (4%), et les études récentes continuent de confirmer ce schéma (cfr **Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2010-2014**).

L'ONG **Action pour la Lutte Contre l'Ignorance du Sida (ALCIS)**, une organisation de santé communautaire basée au Sud-Kivu, dirige un **Projet de Monitoring de protection des droits et santé des travailleuses du sexe**. ALCIS a cartographié et documenté les violations des droits humains et les risques directs de l'exposition au VIH parmi les travailleuses du sexe.

En raison du rejet et de la stigmatisation liée au travail sexuel, un métier exercé au mépris de la législation sociale en RD. Congo, les politiques publiques sont souvent orientées vers la répression de ces femmes. Ces politiques ont contribué à reléguer les impératifs de santé au second plan ce qui a renforcé le déplacement de l'exercice vers des lieux plus discrets, plus isolés rendant ainsi les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/sida pratiquement impossible à mettre en œuvre en faveur des professionnelles du sexe.

Objectifs

ALCIS entend rendre compte de cette situation en s'attachant à trois aspects primordiaux :

- la vulnérabilité des professionnelles du sexe ;
- la violation des droits humains ;
- le manque de cohérence de l'action publique ;
- la mobilisation associative et communautaire inexistante.

A partir de cet état des lieux, ALCIS vise à faire la lumière sur les politiques publiques à l'origine de la stigmatisation et de violence contre les professionnelles du sexe et de proposer une série de recommandations afin d'offrir à ces femmes des accompagnements respectueux et empathiques susceptibles d'améliorer significativement et durablement les droits humains, la prévention et l'accès aux services de santé et traitement en faveur des professionnelles du sexe.

Méthodes

Des programmes gagnants d'accompagnement des professionnelles du sexe utilisent un mélange des stratégies. Les stratégies clés efficaces qui ont été identifiées sont notamment :

- la participation active des professionnelles du sexe à toutes les phases du développement, de la mise en place de l'évaluation de leurs besoins en termes de protection ;

- création de politiques éthiques et protectrices du fait e la plus grande visibilité des professionnelles du sexe découlant de leur participation aux activités de prévention du VIH ;
- l'insertion d'un éventail d'analyse de la situation et de planning pour la conception puis le suivi et l'évaluation ; les tiers notamment toutes personnes et autorités ayant un lien avec le travail du sexe ;
- l'inclusion d'un large éventail de partenaires et notamment les professionnelles du sexe, les communautés et les secteurs autres que la santé.

Leçons à tirer

Les professionnelles du sexe qui ont participé à ce Projet ont rapporté que la sévérité de violence renforcée par les attitudes moralistes a augmenté leur isolement social, empiré leurs conditions de vie et de travail, entravé leur accès aux services les plus précieux dans la prévention du VIH/sida et aux droits.

Les organisateurs de la 2^{ème} Conférence Nationale sur le Sida devraient souligner le rôle crucial de l'amélioration des politiques protectrices à l'endroit des professionnelles du sexe pour freiner la transmission du VIH. Des projets comme celui-ci qui font le plaidoyer des droits humains des professionnelles du sexe en s'appuyant sur le leadership et la solidarité des professionnelles du sexe sont nécessaires à la lutte contre le VIH et doivent être soutenus.

Me.13. Impact des groupes enfant pour enfant sur l'amélioration de la qualité de vie des OEV.

L'approche « Enfant pour Enfant » est une méthode d'éducation sanitaire initiée par le Professeur David Morley. Basée sur une coopération entre les secteurs de la santé et de l'éducation, elle encourage les enfants à participer activement dans la promotion de la santé et du développement de leur communauté et leur permet de rechercher activement des solutions aux problèmes de la vie courante à travers six étapes : 1) L'identification d'un thème qui correspond à un problème dans la communauté, 2) L'analyse de ce problème pour ressortir les causes et les conséquences, 3) La discussion sur des solutions éventuelles, 4) La décision sur des actions simples, mais efficaces à entreprendre, 5) L'élaboration d'un plan d'action, 6) L'exécution du plan et son évaluation. Cette méthode peut être utilisée dans les écoles, les

centres de santé, les églises ou les groupes des jeunes, dans les centres pré-scolaires ou non-formels, p.ex. les scouts, les guides, etc. Elle fait la promotion du bien être de l'enfant en lui donnant l'occasion de réfléchir sur sa situation et de s'impliquer dans son amélioration.

Cette méthode cherche à corriger les déséquilibres qui impactent négativement sur les services fournis aux OEV dans le cadre de la riposte nationale contre le VIH/Sida. L'introduction de cette méthode a suivi les étapes ci-après : la formation des formateurs des encadreurs des groupes « Enfant pour Enfant », un exercice pratique avec les enfants de l'école primaire MATER DEI, la finalisation des plans de mise en œuvre par province, et leur mise en œuvre .

Ainsi, au mois de juin 2011, 94 groupes « Enfant pour Enfant » ont été mis en place dans les 4 provinces du Programme. Chaque groupe d'enfants a mené ses propres investigations, suggéré des solutions et élaboré un plan d'action pour les mettre en application. Cette approche est réalisée à travers des jeux de rôle, des exercices de simulations, avec des chants, des danses, etc. . Les résultats sont impressionnants : les enfants ont réussi à faire un plaidoyer auprès des parents pour leur demander de purifier l'eau afin d'éviter les maladies d'origine hydrique ou acheter des moustiquaires imprégnées d'insecticides pour lutter contre l'endémie du paludisme dans leur contrée. Dans un autre cas, les enfants ont mené une action auprès de l'autorité locale pour la fermeture des Ciné-Vidéo qui projettent des films pornographiques les incitant à la débauche avec le risque d'attraper des IST/VIH/Sida. Ceci a fait tâche d'huile dans les communautés de MontNgafula ,de Masina II,de Biyela à Kinshasa et celle de Kasumbalesa à Lubumbashi où les enfants se savent désormais utiles à la société parce qu'écoutés par les adultes en ce qui concerne les décisions entraînant un changement de comportement pour la survie de tous. Plusieurs enfants apprécient l'initiative qui leur permet d'identifier et résoudre leurs propres problèmes et mener des plaidoyers auprès des adultes dans leur communauté pour un changement positif de la situation.

En définitive, « Enfant pour Enfant » possède un grand potentiel en terme d'Implication des enfants dans le processus d'identification et de résolution des problèmes les affectant et partant, de la société toute entière. Les enfants apportent leurs perspectives pour adresser des questions plus sensibles les touchant tels que : viols, violence, accès aux soins de qualité, accès à l'éducation, etc. .

Le modèle permet aussi de placer les enfants au centre des décisions, ce qui leur donne le sens de responsabilité, suscite le dialogue et permet la résolution des conflits dans leurs communautés. Cette approche peut être utilisée non seulement pour les enfants affectés ou infectés par le VIH mais pour tous les autres enfants au sein des écoles. C'est pourquoi il est prévu son extension dans 4 nouvelles communautés championnes de Kisangani pour adresser les problèmes des OEV et des enfants en générale. Ce qui porterait à 44 le nombre de communautés championnes bénéficiaires de cette approche novatrice.

Me.14. Rôle des facteurs innés de restriction rétrovirale dans la diminution de la réplication du VIH-1 sous

type non B in vivo, médiée par l'interféron alpha

Kasamba I¹; Kadiebwe M¹; Tshibanda T²; Kalumba A¹; Mwamba M¹; Kazadi M¹; Watu M.W¹; Mujing A M¹; Tshubumbu K¹; Bakadia B²; Mundongo T¹ et Balaka. Ekwalanga¹

¹ Université de Lubumbashi ; ²ISTMLubumbashi

Contexte

Jusqu'à ce jour aucun vaccin efficace n'a été mis en place. L'utilisation des HAART ont baissé de manière significative la mortalité et la morbidité liées à cette infection virale. En ce moment, il existe une demande pressante des thérapies alternatives et novatrices du fait d'apparition des résistances, de la toxicité et des contraintes financières.

Nos résultats sur le SIV des primates ont montré l'efficacité de l'immunité innée dans la résorption de l'infection virale : Trois facteurs de restriction de cette 'immunité (existant chez les primates et l'homme), ont attiré notre attention pour leur capacité d'inhiber spécifiquement la réplication du HIV1 in vitro et in vivo : la tétherine, par sa particularité structurale en hélice, jouerait le rôle d'ancrage entre la membrane cellulaire et l'enveloppe virale empêchant ainsi d'une part le bourgeonnement et la maturation du virion et d'autre part la contamination des cellules saines par destruction du virion (« 'endocytose »,), antagoniste du Vpu viral. 2) les 'APOBC3G qui agiraient sur la RT via Vif, pour l'induction de l'hyper mutation du brin de l'ADN proviral déficient incapable de s'intégrer dans ADN cellulaire etc.), 3) Les TRIM5α .agissent sur l'infection précoce en interagissant avec la RT du virus en empêchant de transcrire ses gènes dans la

cellule une fois qu'il y a pénétré. Ces protéines antivirales de l'immunité innée sont sécrétées sous stimulation de l'Interféron alpha endogène ou exogène et régulée par celle ci. Plusieurs études récentes démontrent l'efficacité de l'Interféron alpha exogène dans la réduction de la réplication virale, notre étude a consisté à essayer cette thérapeutique dans un contexte de sous type non B du VIH circulant en RDC, différemment de notre partenaire Français (INSERM U 941 ; Unité de recherche antivirale Hop St Louis ;) de ce fait nous avons voulu évaluer l'influence de l'IFN-alpha sur la réplication du VIH avec comme paramètre d'évaluation objective : la charge virale en fonction du temps

- Mots clé :
 - APOBEC3G : apolipoprotein B mRNA editing enzyme, catalytic polypeptide 3

- TETHERINE: bone marrow stromal cell antigen 2 (BST-2/CD317/HM1.24)
- TRIM5α: Tripartite motif-containing protein 5 ou RING finger protein 88
- HAART

Méthodes

Nous avons recruté au hasard 16 patients : 10 naïfs au TARV et 3 sous TARV dont 2 certains en situation d'échec clinique et 1 d'autres évoluant cliniquement bien

Les CV et les CD4 ont été évaluées au départ et chacun de ces patients a été soumis sous traitement Interférons alpha en sublingual 1 comprimée deux fois par jour et pour une durée de 15 jours : l'évolution des patients a été faite par le suivi des CD4 et de la charge virale à l'inclusion ; et tous les 15 jours, 30 et jusqu'à 45 et plus pour 6 personnes.

Résultats

Numéro	Inclusion			15 Jour			30 Jours			45 jours		
	CD4	CV	Log	CD4	CV	Log	CD4	CV	Log	CD4	CV	Log
1	276	64158	4,8	400	431	2,6	423	<50	<1,7	524	<50	<1,7
2	44	628125	5,8	39	38864	4,6	98	4767	3,7	52	1169	3,1
3	264	19753	4,3	348	206	2,3	234	103	2,1	254	87	1,9
4	907	<50	<1,7	627	<50	<1,7	756	<50	<1,7	1009	<50	<1,7
5	354	107678	5,2	365	1078	3,2	435	438	2,6	478	<50	<1,7
6	278	49090	4,7	345	<50	<1,7	351	<50	<1,7	365	<50	<1,7
7	179	310841	5,5	285	200	2,3	293	109	2,2	299	109	2,2
9	89	85990	4,9	120	6965	3,8	208	740	2,87	221	278	2,4
10	389	210753	5,3	550	1904	3,3	612	178	2,3	656	89	1,9
12	167	50192	4,7	289	2471	3,4	409	546	2,7	412	230	2,4
14	456	135539	5,1	367	50192	4,7	389	1647	3,2	402	1066	3
15	309	93763	5,1	320	1429	4,2	367	1027	3,0	378	494	2,7
15	312	222336	5,3	345	13553	4,1	390	1290	3,1	400	617	2,8
16	209	205773	5,3	234	10760	4,0	301	787	2,9	312	224	2,4
Moyenne	302	167999	5,0	331	10671	3,1	376	1057	2,6	411	436	2,48

Conclusion

Notre étude en relais avec notre partenaire de l'INSERM M démontre l'efficacité de l'inhibition de la réplication des souches du VIH non B par stimulation de la synthèse de facteurs sériques innés : la tétérine, l'APOB3G et Les TRIM5α. On observe une chute significative de la charge virale contrairement à une situation régulière qui projette à 6 mois la chute significative sous TARV. Cette approche constitue une alternative pour une prise en charge efficiente

Me.15. L'accompagnement psycho social des PVV : expérience de 4 ans de prestation dans le cadre d'une étude Clinique à Lubumbashi.

Matanda S¹, Kadiebwe D¹, Kalambayi J³, Mwangaza H³, Odia C³, Mwamba C¹, Kasamba E¹, Kilolo J³, Milolo C³, Clumeck N², Kapend L¹

1. Université de Lubumbashi ; 2. CHU St Pierre (Belgique) ; 3. PNMLS, Projet ARV Lubumbashi

Introduction : L'accompagnement psychosocial se définit comme une série d'action mise en œuvre ou un service de soutien offert par une institution et par les personnes compétentes qui visent la résolution des différents problèmes que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis le mois de novembre 2008, un essai clinique sur le traitement antirétroviral est en cours à Lubumbashi. Dans l'équipe chargée de la prise en charge figurent des assistants psychosociaux. Cette étude a pour objectifs de décrire le travail de ces assistants psychosociaux dans l'essai et de dégager les défis psychosociaux à relever dans la prise en charge des personnes vivants avec le VIH en RDC.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective du travail des assistants psychosociaux depuis décembre 2008 jusqu'à ce jour. Les patients inclus ont été sélectionnés sur base d'un consentement à bénéficier d'un soutien psychosocial, ceux dont on avait perdu la trace et les patients décédés à domicile ou dans un centre différent de celui de l'étude. L'assistance psychosociale a consisté au réconfort des malades en cas de problèmes social affectant leur vie affective, financière, spirituelle. Elle a également consisté au renforcement de l'adhérence au traitement, à assurer la prévention positive des patients, à rechercher les patients perdus de vue et rendre des visites pour rechercher les circonstances de décès des patients morts à domicile.

Les variables quantitatives ont été présentées avec des médianes, les qualitatives en proportions. Le calcul du khi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions, le test de Kruskal Wallis pour comparer les moyennes. La valeur de p significative est celle inférieure ou égale à 0.05.

Résultats : Sur les 425 patients de l'étude, 147 patients (34.59%) ont bénéficié des services, leur âge médian était de 40 ans (23-65). La majorité était constituée par les femmes (72.1%), de niveau socio économique bas (73.5%), et de niveau d'étude primaire (65.3%).

Les femmes ont plus bénéficié du réconfort psychologique et moral (p=0.009) que les hommes ;

ces derniers ont plus bénéficié du renforcement de l'adhérence au traitement (p=0.008). La majorité des patients qui ont bénéficié d'un réconfort moral a également été suivi pour renforcement de l'adhérence au traitement. Une proportion de 13.3% des patients de l'étude ont présenté une adhérence jugée insatisfaisante. L'adhérence médiane au traitement des patients avec adhérence faible était de 74.5 (0-94) ; il n'y avait pas de différence significative de cette valeur entre les sexes (p-valeur=0.49). L'on a enregistré un taux de déperdition de 4.2% des patients ; ces patients n'ont pas pu bénéficier des services psychosociaux.

Conclusion : Le travail psychosocial des PVV est lié à la précarité socio financière des patients, laquelle influence leur adhérence au traitement. L'instruction et l'amélioration des conditions sociales des PVV sont des piliers importants dans la prise en charge globale des patients et restent à ce jour des défis majeurs à relever.

Me.16. Le soutien nutritionnel aux PVVIH, une nécessité et une des priorités pour la réponse au VIH en RDC

Patrice Badibanga, Master¹, Odon Timi-Timi, Master¹, Jack Kokolomami, Master², Freddy Salumu, ², Roger Ngantshui, ², Patricia Nyembo, ²

(1) Programme Alimentaire Mondial, Kinshasa. (2) Programme national de lutte contre le Sida et les IST, Kinshasa

Une étude de base sur la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous ARV fut menée dans 8 villes (Bunia, Matadi, Kindu, Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi, Mbuji-Mayi et Mbandaka) au cours de la période de novembre 2012 à janvier 2013. Elle a porté sur un échantillon total de 2910 personnes dont 827 hommes et 2083 femmes dans 54 zones de santé de la RDC. Cette étude a permis de noter que 51.9 % de PVVIH sont malnutries (IMC < 18.5) à leur admission au traitement ARV dont 25 % d'entre elles viennent aux structures de prise en charge en état d'émaciation sévère contre 26.9% en état de malnutrition aiguë modérée. Ces PVVIH reçoivent en moyenne un repas par jour. Seulement 9.2 % des PVVIH reçoivent l'aide alimentaire et une PVVIH partage cette aide alimentaire en moyenne à 7 personnes de son ménage. Bien que leurs besoins énergétiques soient accrus, la ration alimentaire moyenne fournie à la PVVIH dans le cadre de cette assistance apporte 1920 kcal, soit 70% de ses

besoins énergétiques. Cependant, elle demeure pauvre en calcium, en riboflavine, en niacine (Vit PP) et en vitamine C. Cet appui nutritionnel demeure indispensable pour l'accompagnement du traitement médical chez les PVVIH. L'étude révèle que toutes les PVVIH recevant l'appui nutritionnel ont enregistré au bout de 3 mois, l'augmentation de leur indice de masse corporelle (IMC) au-dessus de 18.5 et du taux d'hémoglobine au-dessus de 10 g%. Cette étude montre également que l'accès des PVVIH à l'alimentation reste difficile : plus de la moitié de PVVIH développent des stratégies de survie sur le plan alimentaire indiquant leur détresse dans l'accès à l'alimentation. Le soutien nutritionnel constitue une nécessité et une des priorités indispensables pour contribuer efficacement à la réponse nationale au VIH en RDC.

Me.17. Impact du soutien nutritionnel aux PVVIH intégré pour les patients sous traitement antirétroviraux en RDC

Patrice Badibanga, Master¹, André Ntumba, ¹
(1) Programme Alimentaire Mondial, Kinshasa.

Le Programme alimentaire mondial (PAM) à travers ses interventions prolongées de secours et de redressement (IPSR) menées en République Démocratique du Congo (RDC), depuis 2003, a fourni une assistance alimentaire à des personnes vivant avec le VIH(PVVIH) et aussi aux personnes affectées. Ceci pour répondre aux besoins nutritionnels accrus des PVVIH. Ces besoins nutritionnels s'accroissent davantage lorsque les PVVIH viennent à être placées sous traitement antirétroviral (ARV).

En 2008 par exemple, le PAM a fourni une assistance alimentaire à 24261 PVVIH dont 10300 PVVIH sous ARV, 7732 PVVIH sous prophylaxie au cotrimoxazole, 947 PVVIH hospitalisées, 3086 PVVIH sous-programme PTME et 2196 personnes co-infectées VIH-Tuberculose. En vue d'évaluer l'impact de ces vivres sur l'état nutritionnel des bénéficiaires, une analyse de l'impact de cet appui fut effectuée en 2008 aux sous bureaux de Mbandaka, de Lubumbashi, de Goma et de Kindu. Cette étude a porté sur un échantillon total de 408 individus dont 316 femmes et 92 hommes. Elle a permis de relever que le soutien nutritionnel couplé au traitement ARV induirait un gain pondéral mensuel moyen de 0.88 kg par personne. L'indice de masse corporelle moyenne de 19.4 noté à l'admission au traitement aux ARV ou au cotrimoxazole augmente après 6 mois de traitement, soit à 21.9. Cependant, cette augmentation du poids corporel des patients n'a pu malheureusement être observée au sous bureau de Bukavu. Par ailleurs, parmi les sujets bénéficiant du soutien nutritionnel, le taux d'adhérence au traitement était de 71% contre 2.8% d'abandons, 4.9% de perte de vue. La consommation de médicaments et leur tolérance étaient respectivement bonnes chez 98.5% et 97.3% des PVVIH. Il n'a pas été mis en évidence une quelconque différence statistique entre les trois paramètres étudiés ($p < 0.05$): adhérence au traitement aux ARV, indice de masse corporelle à l'entrée des patients au programme et à 6 mois de leur contrat de prise en charge nutritionnelle. Eu égard à tout ce qui précède, le soutien nutritionnel procure un important gain dans le traitement des PVVIH.

INDEX DES AUTEURS

A	Aitikalema Godet	Ma.3	C	Coca N	C.1.
	Akele C	Ma.2		Colebunders R	Ma.16
	ALCIS	Me.12			C.4.
	Aloys Olinda	B.3.		Compaore ISSAKA	Ma.1
	Anny Lutete	Ma.3			Ma.18
B	Babakazo P	E.1.			Me.9.
		Lu.3.	D	Dande P	Ma. 17
	Badibanga Patrice	Me.16.		De Weggheleire A.	C.3.
		Me.17		Deidre T	B.1
	Bakadia B	Me.14.		Didier Kabeya Shikika	Me.8.
	Balaka Ekwalinga M.	C.1.		Djibonge E	E.1.
		Me.14.		Dolorès Vaira	C.5.
		D.1.		Donnen P	B.6.
		Ma.6		Doro Altan Anna Maria	C.2.
	Batumbula L	A.3		Dramaix M	B.6.
	Behets F	A.3	E	EKE M	Ma.15
		B.1			Ma. 13
		D.5.		Ekofo F	E.5.
		Ma.2		Elie ALIMASI	Ma.18
	Beni Ngatsui R	A.1		Engole Y	Lu.11
		D.4		Erba Fulvio	Lu.1
		Ma.10		Etienne MPOYI	Ma.18
	Bijou SAFI	Ma.18	F	Fataki Olivier	D.2
	Billy Sivahera	Lu.6.		Felice Mary	Ma. 13
	Bilonda M	Ma. 17		Félicien BANZE	Lu.14
	Brambilla Davide	Lu.1		Finda F	Ma. 17
	Bruno Lapika Dimomfu	F.4	G	GASHINGE Adolphe	Lu.7
	Buekens P	B.6.		Ghislaine CONOMBO	Ma.18
C	Capparucci Stefano	C.2.		Goemare E	C.3.
	Cécile Mbotama	Lu.7		Guidotti Gianni	C.2.
	Ceffa Susanna	Lu.1			Lu.1
	Chalachala J L	A.3	H	Humblet P	B.6.
		B.1	I	Ifefa Y	E.1.
	Chanty Mombo	Me.6		Ilunga V	B.1
	Chenge Mukalenge Faustin	A.5			D.5.
		B.5.		Isseu TOURE DIOP	Ma.18
	Clarisse Mawika	Me.1		Itsifo P	Ma. 13
	Clément Kabeda	Me.1			Ma.15

I	Iyombe Engembe	Ma.4.	K	Kapend Liévin	C.1.
J	Jean Lukela	Me.1			C.5.
	Jean Marie Bayongwa	Me.4			Me.15
	Jean-de-Dieu LUKWESA	Ma.1		Kapepela M	Ma. 17
	John Ditekemena	Me.6			D.3.
	Jules KATUSI	Lu.8.		Kapila G	E.2.
K	Kaba D	E.5.		Kapinga M.S	Me.5
		Lu.3.		KAPINGA Marie Louise	Me.2
	Kabamba M.P	A.2		Kasamba Eric	C.5.
		Me.5			D.1.
	Kabamba Muninga Paul	Me.4			Me.15
	Kabeya	C.1.		Kasamba I	C.1.
	Kabongo E	Ma.7			Ma.6
		Me.3.			Me.14.
	KABONGO K	Ma.6		Kasonga Freddy	B.3.
	Kabongo Mbuli Davis	Ma. 14			Lu.9.
	Kadiebwe M D	Me.15			Lu.10
		Me.14.			Ma.11.
		C.1.		Kasongo O.I	Me.7
	Kaimbo k .	D.3.		Kaya M.C	Me.7
	Kakese L.I	Me.5		Kayembe P	E.3.
	Kakisingi N.C	Me.7		Kazadi K.R	Me.5
	KAKUDJI ILUNGA LOUIS	Lu.2.		KAZADI M	Ma.6
	Kalambayi J	Me.15			Me.14.
	Kalenga Masangu Lucien	C.3.		Kavuo A	D.3.
		C.4.		Kawende B	B.1
		Ma.16		Khula K	Lu.11
	Kalenga Muenze Kayamba Prosper	B.6.		Kiala B	C.3.
		Ma.6		Kialungila S	E.1.
		A.5		Kiazayawoko F	Lu.11
		B.5.		Kiazayawoko Zola Florian	D.2
	Kalumba A	Me.14.		Kibundu L	E.1.
	Kamalo M.B	Me.7		Kilolo I	C.1.
	Kamangu E	Me.11			Me.15
	KAMANGU NTAMBWE ERICK	Lu.2.		Kimpiatu J P	Lu.11
	Kambale Grégoire	Lu.6.		Kinkela S	E.1.

K Kinkela Timothée	Lu.1	L Lula NY	Me.10
Kitenge C	E.4		Me.11
Kitetele F	D.5.	Lungosi B.	Ma.7
	Ma.2	Lungosi B.	Me.3.
Kiumbu M	C.4.	Lungu Anzwal	D.1.
	Ma.16	Luponga Adolphe	Lu.6.
Kizungu VumiliaB	D.1.	Lusameso P	Ma. 13
Kokolomami Jack	A.1		Ma.15
	D.4	Lusiama J	A.3
	Lu.12.		B.1
	Ma.10		D.5.
	Me.16.		Ma.2
Kongodie JLG	Ma. 13	Luyeye P	C.3.
Koole O	C.4.	Luzayamo D	Ma.7
Kühnel F	Ma.13		Me.3.
	Ma.15	M Makelele Kambale Leonard	A.4
	Ma. 16	Makulo J R	Lu.11
		Makwelebi M V	E.2.
L Lampaert E	C.3.	Malonga Aimé	F.2
Laurent Ravez	F.2	Mampunza M.M	F.1.
Lebughe P	Lu.11	Mananga Lelo G	F.1.
Lelo P	D.5.	Manday T	Lu.3.
	Ma.2	Mandina Madone	Lu.11
Liwono Y.J	Me.10		Ma.7
Loko Roka J	C.3.		Me.3.
Longo A	Me.11		D.2
Longo Mbenza	F.1.	Manzengo Casimir	B.2.
Longokolo Muriel	D.2		B.3.
	Lu.11		Lu.8.
	Ma.7		Lu.9.
	Me.3.		Lu.10
Luboya N.O	Me.7		Lu.13.
Luemba A	C.3.		Lu.14
Lukanga S.S	Me.7		Ma.1
LUKANU NP	Ma.8		Ma.5
Lukela J	C.3.		Ma.11.
			Ma.18
			Me.9.

M Marazzi Maria Cristina	Lu.1	M Milolo C	Me.15
Marie Josee Kikoo	B.3.	Misingi P	A.2
	Lu.9.	Miterrand Katabuka	Me.6
	Lu.10	Motingia L	E.1.
	Ma.11.		Lu.3.
Masela B	Ma.2	Moutschen Michel	C.5.
Mashinda D.	E.3.	MPANGA François	B.2.
Masimango I	Lu.11		Ma.5
Matala Patrick	B.3.	Mpiempie NT	Me.10
	Lu.9.	Muanza MB	Lu.15
	Lu.10	Mudogo K	Ma.7
	Ma.11.		Me.3.
Matanda K.S	C.1.	Muhemedi S	E.1.
	Me.7		Lu.3.
	Me.15	Mujing A M	Me.14.
Matthieu KAMWA	Ma.18	Mukalenge C	B.6.
Max JP MASUMBUKO	Lu.5.	Mukumbi H	C.4.
Mayasi Nadine	D.2		D.4
MBAY Patrick	B.2.		Ma.16
	Lu.13.	Mulelebwe B	Lu.3.
	Lu.14	Mulenga Astrid	Me.6
	Ma.5	MUMPASI KR	Ma.8
Mboma B	D.5.	Munday Mulop	F.3.
	Ma.2	Mundongo T	Me.14.
Mbula Mambimbi Marcel	D.2	Mungoyo E	A.3
	Lu.11	Mupemba Nsaka B	D.1.
	Ma.7		D.5.
	Me.3.	Musung M.J	Me.7
Mbwolie H	E.2.	Muteta W.P.F	Me.7
Menten J	Ma.16	Muyanga Nkumuki Jean Lazare	F.5
Merten J	C.4.	Mvete LB	Me.10
Mesia G	Me.11	MVUMBI LELO GEORGES	Lu.2.
Mesia K.G.	Me.10		Ma.4.
MESIA KAHUNDU GAUTHIER	Lu.2.	Mvumbi Makaba	Ma.4.
Michelle Dramaix	A.5	Mwamba Mulumba Claude	Me.15
	B.5.		C.5.
Mika Mfitche	F.3.		Me.14.
Milolo	C.1.		C.1.

M	Mwamba Mulumba Claude	Me.7	O	Odia C	Me.15
	Mwangaza H	Me.15		Odon Timi-Timi	Me.16.
	Mwembo-Tambwe A Nkoy Albert	A.5		OKENGE Augustin	D.4
		B.5.			A.1
		B.6.			Ma.10
		Ma.6			Ma.18
N	Nathan Clumeck	C.1.		Okitolonda E	E.1.
		C.5.			Ma.16
		Me.15			Lu.3.
	Ndagano D	E.2.		Okitolonda V	B.1
	NDALA MUSUAMBA Marie Louise	Me.2		Omari Thérèse	Lu.17
	Ndjeni Langalanga	Ma.4.			Lu.18
	Ndoole Arsène	Lu.6.	P	Pacific Kabamba	Lu.7
	Neze Julien	C.2.		Palombi Leonardo	C.2.
		L.1			Lu.1
	Ngandu Kaisa Christian	D.2		Pascale Barnich-Mungwa	Lu.6.
	Ngoie M.S	Me.7		Perrine Humble	A.5
	Ngongo Shako M	Lu.12.			B.5.
	Nguete B	E.1.		Phaka B	Ma.7
	Nkake V	Ma. 13			Me.3.
		Ma.15		Phaka B P	Lu.11
	NKETANI JN	Ma.8		Philippe Donnen	A.5
	Nkoy Y P	D.3.			B.5.
	Nseka Kifuani	Ma.4.		Pierre Buekens	A.5
	Nsengi N	Me.11			B.5.
	Nsiangani N	D.3.		Pindi Taylor	D.2
	Nsibu N	Me.11			Ma.7
		Me.10			Me.3.
	NSUMBU KASONGO GUY	Lu.16.	R	Raphaël Anzuruni Mbuto	Lu.4.
	NSUNDA O	Ma.8		Rennie S	D.5.
	Ntamabyaliro N	Me.10		Roger Ngantshui	Me.16.
	Ntumb André	Me.17		Ryder R	Ma.16
	Ntumba Georges	Me.6	S	Salumu Mafuta Freddy	A.1
	Nyembo Patricia	Me.16.			Ma.10
	Nzolo BD	Me.10			Me.16.
	Nzolo BD	Me.11		Sentob Saragosti	D.1.

S Shabanza Lydia	Me.6	V Vaira D	C.1.
Shaka Dirk	C.2.	Wasso I	A.1
Shiku J	D.3.	W Watu M.W	Me.14.
Shiku J	Ma. 17	Wembonyama S	D.1.
Situakibanza Nani-Tuma Hippolyte	Ma.7		Ma.6
	Me.3.	Yassa	F.1.
	Lu.11	Yav T.E	Me.7
	D.2	Y Yaya KATENG	B.2.
	Lu.2.		Lu.13.
Sophie Kotanyi	F.4		Ma.5
Sukadi André	Me.1	Yotebieng M	A.3
Sylvain Yuma Ramazani	Me.4		B.1
T Tabala M	A.3		D.5.
Tady B	D.3.		Ma.2
	Ma. 17	Yuma R.S	A.2
TAMFUTU CA	Ma.8		Me.5
Tarcisse ELONGO	Ma.1	Z Zayuya Bulu	Ma.3
Tona G.	Me.11	xxxxxxxxxxxxx	Ma.9.
Tona LG	Me.10	xxxxxxxxxxxxx	Ma.12.
Trad Atton.	Me.6	xxxxxxxxxxxxx	Me.13.
Tshibanda T	Me.14.		
Tshibumbu K	C.1.		
TSHIENDA T DJEF	Lu.2.		
Tshikandu T	D.5.		
	Ma.2		
TSHILUMBA Emilie.	Me.2		
TSHIZUBU MUTOMBO	Me.2		
Tshubumbu K	Me.14.		