

**République Démocratique du Congo**

**Ministère de la santé publique**

**Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST**



**Plan opérationnel d'offre des services différenciés  
en République Démocratique du Congo**

**Mai 2018**



## **Contenus**

- I. Contexte
- II. Analyse de la situation
  - 1. Organisation des services de dépistage
  - 2. Organisation des services TARV
- III. La priorisation dans l'offre de services différenciés
- IV. Objectifs
  - 1. Objectif générale
  - 2. Objectifs spécifiques
- V. Stratégies de mise en œuvre
- VI. Cadre programmatique
- VII. Besoin en assistance technique
- VIII. Budget
- IX. Cadre de la coordination, suivi et évaluation
- X. Cadre de mise en œuvre

## LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviations	Significations
µl	Microlitre
AMM	Approche mère mentor
Anti-TB	Anti-tuberculose
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovudine
BPC	Bureau provincial de coordination
CD4	Cluster de différenciation de classe 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Conseil dépistage volontaire
CHK	Centre hospitalier Kabinda
CPN	Consultation prénatale
CrAg	Antigène Cryptococcique
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge virale
DBS	Dry Blood Spot
DCIP	Dépistage conseil initié par le prestataire
DPS	Division provinciale de la santé
ECZS	Equipe cadre de la zone de santé
EDS	Enquête démographique et sanitaire
EID	Early infant diagnosis
FM	Fonds mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAS	Groupe d'auto-support des personnes vivant avec le VIH
GCT/GCTAR	Groupe communautaire TARV
HGR	Hôpital général de référence
IST	Infection sexuellement transmissible
LNRS	Laboratoire national de lutte contre le Sida
LPRS	Laboratoire provincial de lutte contre le Sida
M1	Premier mois
M2	Deuxième mois
M3	Troisième mois
M6	Sixième mois
MSF	Médecins sans frontières
OAC	Organisation à assise communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PA	Personnes affectées par le VIH
PEC	Prise en charge
PEPFAR	Plan du président des Etats Unis pour la lutte contre le Sida

PL	Ponction lombaire
PMA	Paquet minimum d'activité
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST
PODI	Poste de distribution des antirétroviraux
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
RNOAC	Réseau national des organisations à assise communautaire des personnes vivant avec le VIH
S.ACC	Salle d'accouchement
S/ARV	Sous ARV
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNE	Santé maternel du nouveau-né et de l'enfant
SMS	Shot Message Service
TARV/TAR	Traitement aux antirétroviraux
TB	Tuberculose
TB-Lam	Tuberculose lame
TB-MR	Tuberculose multi-résistant
UCOP+	Union Congolaise des personnes vivant avec le VIH
UDI	Utilisateur des drogues intraveineuses
UNICEF	Fonds de nations unies pour les enfants
US	Ultrason
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
Xray	Radiographie
ZS	Zone de santé

## I. CONTEXTE

Selon la fiche d'information juillet publiée en 2017 et le rapport progresser vers les cibles 90-90-90 2017 de l'ONUSIDA, le nombre des PVVIH est estimé à 36,7 millions [30,8 millions-42,9 millions] dans le monde jusqu'en fin 2016. Concernant la connaissance du statut, en moyenne 70% [51- >84%] de ces personnes sont diagnostiqués parmi lesquelles une moyenne de 77% [57- >89%] sont mises sous TAR avec en moyen 82% [60- >89%] ont une charge virale indétectable. En Afrique de l'Ouest et du centre ; 6,1 millions [4,9-7,6 millions] des personnes vivent avec le VIH avec une moyenne de 35% [24-44%] mis sous ARV.

En RDC, le Spectrum 2016 a estimé à 369740 des personnes vivant avec le VIH dont 54,7% connaissent leurs statuts, 77,6% misent sous ARV et 73,2% ont une charge virale indétectable sur l'ensemble des PVVIH qui ont eu accès à la charge virale.

Les déclarations enregistrées dans le cadre décisionnel pour la prestation de la thérapie antirétrovirale (manuel des soins différenciés) montrent l'inquiétude exprimée par les bénéficiaires et les gestionnaires de la lutte contre le VIH. Le client : « je dois marcher très longtemps pour me rendre à la clinique et en plus, je dois aller chercher mon TAR tous les mois-mais je me sens bien et je dois me rendre dans d'autres endroits ». Les gestionnaires : « nous devons atteindre 90-90-90 et appliquer la recommandation, traiter tout le monde, comment allons-nous y parvenir avec les ressources dont nous disposons ? ».

La faisabilité de la recommandation tester et traiter de l'OMS publiée en 2015 dans les systèmes de santé déjà soumis à une pression extrême en raison des ressources financières et humaines limitées demande aux gestionnaires de programme VIH de revoir les politiques des prestations des services. Ainsi les services différenciés, approche axée sur le client, visent à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. Cette approche permet au système de santé de recentrer les ressources sur ceux qui en ont le plus besoin.

Les anciens modèles de soins, au sein des établissements de soins, ont abouti à des services indifférenciés ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus. Cependant quelques modèles des services différenciés opérationnalisés dans le pays ont montré des résultats prometteur dans l'atteinte des objectifs 90-90-90 à savoir :

- Dans l'offre de service de dépistage du VIH (dépistage ciblé, campagne de dépistage de masse, le dépistage à domicile « approche One by Five », le dépistage scolaire et universitaire et le service de dépistage de nuit pour la population clés ...)
- Dans le renouvellement des ARV (PODI, Club d'Observance, le Groupe Communautaire TAR, l'espacement de rendez-vous et le circuit rapide)
- Dans l'offre de dosage charge virale, les réalisations de campagne de prélèvement de la charge virale dans le PODI, la sensibilisation sur la charge virale dans le GAS et le rendu disponible d'une carte indiquant la date de réalisation de la charge virale aux PVVIH.

Par ailleurs, la RDC s'est résolument engagée dans le contrôle de l'épidémie du VIH articulé aux axes stratégiques du PSN multisectoriel de la lutte contre le VIH/Sida que sont (I) la prévention de la transmission du VIH et des IST, (II) amélioration de la riposte contre le VIH chez les adolescents et les jeunes de 10 à 19 ans, (III) prévention de la transmission du VIH de la mère à

l'enfant, (IV) **amélioration de l'accès aux soins et traitement**, (V) **promotion d'un environnement favorable à la riposte pour le VIH** et (VI) soutien à la mise en œuvre.

Ce plan qui couvre les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> axes stratégiques dont dépend des objectifs globaux des soins différenciés et se place dans le cadre d.....

Le plan opérationnel de l'offre des services différenciés s'intéresse principalement aux stratégies de mise en œuvre des approches différenciées des prestations de services de la lutte contre le VIH.

La mise en œuvre réussie d'une prestation de services différenciée permet au système de santé d'économiser jusqu'à 20% des dépenses liées aux soins de santé, tout en préservant voire en améliorant la santé des patients. Ces démarches font également des patients des acteurs de leur prise en charge, ce qui a notamment pour effet d'améliorer les taux de présence en consultation et l'observance des traitements. Les prestataires de services pourront aussi profiter de méthodes de travail plus efficaces et plus efficientes, avec à la clé la satisfaction de voir la santé de leurs patients s'améliorer.

## **II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA RDC**

L'analyse de la situation concerne les panoramas de la mise en place de soins différenciés en RDC. Il fait état de :

1. l'organisation des services de lutte contre le VIH en termes d'accueil, d'accessibilité géographique, d'accessibilité financière, d'accessibilité culturelle, de la durée d'attente...):
  - L'organisation des services de dépistage : celle-ci est fondée sur les deux stratégies classiques dont le CDV et le DCIP auxquelles s'ajoute depuis septembre 2016 la stratégie de l'autotest
  - L'organisation des services de prise en charge : celle-ci décrit le circuit des patients dans les structures de soins, les modalités de leurs prises en charge en termes de lien de service de soins, de traitement et de l'accompagnement
2. L'organisation de la production de l'information et l'appui de soutien à la lutte à travers le laboratoire et la dispensation des médicaments.

Tel qu'offert en RDC depuis le début de l'épidémie du Sida jusqu'avant la déclaration de l'OMS sur la promotion et le développement des stratégies différenciés d'offre de services en 2015.

### **II.1. L'organisation de services de dépistage VIH**

Depuis plus de 30 ans le dépistage du VIH se fait avec deux ou trois tests rapides en fonction de la prévalence de la population concernée. Ainsi, les trois tests utilisés jusqu'en 2015 sont Determine, Unigold et Double Check. Après actualisation du guide intégré de la prise en charge des PVVIH en 2016, la RDC fonde le dépistage sur un nouvel algorithme qui est fait de Detemine, Vikia et Unigold. Ce guide autorise également l'utilisation de l'autotest avec la confirmation du diagnostic VIH par les prestataires au niveau de la FOSA.

L'organisation des services de dépistage au pays a trois facettes en fonction du lieu de dépistage, des acteurs qui dépistent et comment se fait le dépistage.

Le tableau ci-dessous montre les trois facettes d'opérationnalisation de dépistage VIH dans le pays.

**Tableau I.** Différents modes d'offre de dépistage en RDC

Ou ? Lieu	Qui ? Acteurs d'intervention et			Commentaires
	Prétest	Test	Posttest	
Établissement des soins	Clinicien	Clinicien	Clinicien	✓ La même personne offre le conseil prétest, le test et le posttest
	Clinicien	Para-clinicien	Clinicien	✓ Le test est intégré dans le bilan par-aclinique : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patient envoyé vers le laboratoire</li> <li>➤ Le para-clinicien vient prélever aux cheveux du malade</li> </ul>
	Para-clinicien	Para-clinicien	Para-clinicien	✓ Le para-clinicien propose au malade qui vient pour le prélèvement d'autres bilans le test VIH
Communautaires	Le conseiller (communité)	Para-clinicien	Le conseiller (communité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le communautaire conduit le CDV ou la sensibilisation</li> <li>✓ Le para-clinicien offre le test VIH</li> </ul>
Chez soi	Soi même	Soi même	Soi même	✓ L'utilisation de l'autotest de manière individuelle

En 2016, la RDC malgré l'offre de services ci-haut décrit de dépistage du VIH, il se dégage qu'environ une PVVIH sur deux ne connaît pas son statut sérologique soit 45,3% (rapport annuel PNLs 2016). En ce qui concerne l'identification de ces PVVIH, il est important d'une part de transcender les difficultés d'accès aux ressources en santé notamment la faible couverture d'intervention, les distances qui séparent les ressources des bénéficiaires, la stigmatisation au sein des établissements des soins en particulier les populations clés et vulnérables, les obstacles et insécurités, le long temps d'attente et le coût indirecte lié à la consultation initiale et les examens para-cliniques. D'autre part, augmenter la demande par la sensibilisation de la communauté sur le VIH, réduire la stigmatisation lié au VIH dans la communauté, casser les barrières socio-culturelles et économique, également faire participer la communauté à la prise des décisions et son 'autonomisation.

De ce fait, l'encouragement des stratégies différenciées de dépistage boostera la couverture des PVVIH ayant connaissance de leur statut sérologique.

Le mode opératoire retenu pour un dépistage différencié est fonction des préférences des groupes cibles, du coût des prestations de services et de l'efficacité attendue du dépistage

- Au niveau communautaire , la stratégie est « Home-based testing” avec la logique d'intervention ancrée sur le cas index, le Porte à Porte, stratégie mobile pour les populations clés, Sur le lieu de travail ou à l'école. Des actions de dépistage par les pairs en stratégie fixe et mobile , les PODI et Activistes utilisés par l'organisation Dream, l'organisation des semaines de la santé de la mère et de l'enfant pour le dépistage de la cellule familiale, des campagnes de dépistage de masse avec un outil d'évaluation des risques (carrière minière, foire, en milieu scolaire ...),dépistage dans les cadres propices (barre, hôtel, lieu rencontre PS et leur love) et aux heures propices (hommes, Key-P ...) sont des variantes qui génèrent actuellement les évidences dont les bonnes pratiques seront exploitées dans ce plan.
- Au niveau des établissements des soins, le dépistage du VIH est offert à travers le CDV et DCIP, les patients en consultation et hospitalisation ainsi que les clients des autres services cliniques, les consultations prénatales, la tuberculose, infections sexuellement transmissibles, les services de malnutrition. La démarche axée sur les cas index, la notification des partenaires et l'approches centrées sur la famille sont parmi les portes les plus pourvoyeuses des cas positifs.

## **II.2. L'organisation des liens des services TARV**

Entre 1996 l'année de la mise à disposition du 1<sup>er</sup> traitement ARV « l'AZT » et 2017, il y a eu le développement de plus de 30 antirétroviraux avec plus 20 000 combinaisons dans le cadre de la trithérapie (chose qui a révolutionné le pronostic et la prise en charge de l'infection à VIH). L'organisation des services TARV a évolué en RDC de la manière suivante :

- Avant 2001, la prise en charge était individualisée à de personnes nanties et elle était disponible seulement dans les grandes sociétés (ex. le Bralima)
- De 2001-2005 : cette fenêtre avait été marquée par l'initiative three by five avec l'objectif de mettre sous ARV 3 millions des PVVIH dans le monde d'ici 2005. Dans ce contexte, la RDC avait mis en place des structures spécialisées des PVVIH appelée centre de traitement ambulatoire non intégré au système de santé
- En 2005, la RDC a élaboré son premier guide de traitement aux ARV
- 2006-2011 : la promotion de l'accès universel aux traitements antirétroviraux avec l'offre du paquet minimum d'activité de lutte contre le VIH à intégrer dans le système de santé s'est traduite par l'élaboration des normes et directives limitant à au moins 2 structures de PEC aux ARV et 5 structures de prévention étaient les critères qui déterminaient la fonctionnalité d'une ZS ayant intégrée la lutte
- 2011-2015, le monde a visé à mettre sous ARV 15 millions des PVVIH tout en insistant sur les trois objectifs triple zéro : « 0 nouvelle infection, 0 décès et 0 discrimination ». durant cette période la RDC a développée consécutivement des guides enfin d'améliorer l'accès des PVVIH aux ARV (passage de taux de CD4 de 350 à 500 cellules/ $\mu$ l, toute femme

enceinte VIH, les enfants de moins de 5 ans, les couples discordants et les coinfections (TB et Hépatite) comme critères d'éligibilité aux ARV. L'adoption de l'option B+ a été favorable à la transformation des tous les sites PTME en des sites TARV, ce qui a permis d'augmenter la couverture en TARV des PVVIH

- 2016-2020, la promotion de l'avènement des objectifs triples 90 de l'ONUSIDA avec comme vision paquet complet de lutte contre le VIH et ne laisser personne pour son compte en vue d'atteindre l'objectif mondial celui d'éliminer l'épidémie du Sida d'ici 2030. Dans cette optique la RDC a revu son guide en septembre 2016 pour intégrer les nouvelles directives encré sur : tester traiter indépendamment du taux de CD4 en privilégiant le dépistage ciblé.
- La révolution de la lutte qui passe par l'amélioration de l'accès des PVVIH au dépistage et à leur lien avec le service de soins et traitement exige que des priorités soient déterminées en fonction de chaque patient dans son environnement enfin d'améliorer la qualité de vie et l'espérance de vie des PVVIH. Ce dans ce cadre que la lutte en RDC s'oriente vers les soins différenciés.

De la visite du terrain en Octobre 2017 par l'équipe conjointe, il s'est dégagé le constat ci-dessous en rapport avec l'organisation des services TARV, les rôles et responsabilités des acteurs dans l'initiation et le renouvellement de TARV aux PVVIH ainsi que les modalités des soins, traitement et d'accompagnement :

**Tableau II.** Organisation de traitement aux ARV en RDC

Situation ARV	EG de PVVIH	Où ? Lieu de TARV	Qui ? : acteurs Et Quand ? : Périodicité de suivi
Naïf	Bon état	✓ Initiation de TARV uniquement dans les établissements des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Médecin et infirmier formés</li> <li>✓ Les intervenants SMNE</li> <li>✓ Suivi J0, J14, M1, M2, M3, M6, M9, M12, M15...</li> </ul>
	Sida avancé	✓ Unité de mise au point rapide (uniquement dans les établissements de soins)	

Non naïf	Stable		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le suivi :</li> <li>✓ M1 : visite au 14<sup>ème</sup> jour et au 30<sup>ème</sup> jour</li> <li>✓ M2-M6 : visite mensuelle</li> <li>✓ &gt; M6 : visite M1, M2, M3 selon les différents établissements des soins et l'expérience de prestataire</li> <li>✓ Possible renouvellement des ARV au niveau communautaire (pour les patients stables)</li> </ul>
	instable		
Faux naïf	Bon état	Initiation de TARV uniquement dans les établissements des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Médecin et infirmier formés</li> <li>✓ Les intervenants SMNE</li> </ul>
	Sida avancé		

Tout comme la situation du dépistage, cette organisation de services TARV montre que la réponse de la RDC à la TARV est encore lente car 52,8% des PVVIH potentielles ne sont pas couvertes par le TARV. Un grand effort doit être orienté dans le sens d'identification des PVVIH pour arriver à augmenter la couverture TARV ainsi démontré par la performance réalisée en 2016 avec 77,6% de couverture TARV sur l'ensemble des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique. L'amélioration d'identification des PVVIH couplée à la disponibilité en médicament et le développement des approches novatrices pour booster la rétention permettront l'augmentation des PVVIH mise sous ARV.

En ce qui concerne la charge virale, 89,8% des PVVIH potentielles n'ont pas eu l'accès à la charge. L'utilisation des GeneXpert couplée aux plates-formes conventionnelles dans le dépistage de la charge ainsi que l'augmentation de l'identification des PVVIH et leur mise sous ARV sera le facteur de réussite pour accroître le nombre et la proportion des PVVIH ayant l'accès à la charge virale.

Par ailleurs, la gestion de la coinfection présente également des goulots à savoir :

- Faible couverture (49%) des PVVIH qui connaissent le statut sérologique ont bénéficiées de la recherche active de la tuberculose
- Faible couverture (29%) des PVVIH TB négative ont été mis sous INH
- L'accès aux antituberculeux (26%)

Il est important de booster les activités conjointes VIH/TB pour réduire sensiblement la mortalité des PVVIH et améliorer la rétention. Le modèle de service basé sur « le guichet unique » est privilégié. Un plan d'opérationnalisation du guichet unique est élaboré concomitamment à celui-ci.

Pour les autres comorbidités, une enquête de la cartographie des infections opportunistes dans sa phase clinique est en cours. Elle va renseigner sur les comorbidités les plus fréquentes et leurs prises en charge.

### III. LA PRIORISATION DANS L'OFFRE DE SERVICES DIFFERENCIÉS

Le choix des stratégies de mise en place des modèles de soins différenciés devrait être guidé par une analyse de la situation locale des données en répondant aux questions telles que : Quand ? Où ? Qui ? Quoi ?

Des modèles de prestation de services différenciés devraient être mis en place pour répondre à des défis spécifiques et priorités pour combler les lacunes dans la réalisation des objectifs 90-90-90.

La mise en place d'un modèle des services différenciés est orientée en RDC par la priorisation des provinces, des ZS, des structures, des services et des catégories des patients :

#### 1. Priorisation des provinces

Le choix des provinces est basé sur la catégorisation des DPS hyper-prioritaires, moyennes prioritaires et autres provinces en fonction des deux blocs des critères :

Le profil épidémiologique basé sur les considérations liés à la densité, la prévalence, l'incidence, la mortalité, les cibles attendues des PVV, les populations clés et vulnérables et les populations en situation d'urgence.

Le deuxième bloc est composé des éléments se rapportant à l'état de la réponse notamment le progrès vers les Objectifs du contrôle de l'épidémie, la disponibilité et l'accès à la chaîne de service VIH et l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis. L'ampleur de la tuberculose sensible, la TB-MR et la coinfection en dans les différentes provinces a guidé la priorisation de la mise en œuvre du modèle du guichet unique.

De cette description, il se dégage 3 catégories des DPS à savoir :

1. Les DPS hyper-prioritaires : il s'agit des 9 DPS savoir Haut-Uele, Maniema, Kasai Oriental, Kinshasa, Haut-Katanga, Ituri, Kongo Central, Bas-Uélé et Nord Kivu qui couvre 75% des PVVIH potentielle de la RDC.

Il sera question d'offrir le paquet complet VIH sans laisser personne pour son compte avec également l'offre de services différenciés, ces interventions comprennent :

1. Augmentation de la couverture géographique jusqu'à la saturation
  2. Atteindre la couverture de plus de 90% des PVVIH
  3. Paquet complet de la dynamique communautaire (y compris l'observatoire)
  4. Paquet complet des services
  5. Utilisation de plateforme conventionnelle combinée aux POC (GeneXpert) pour la charge virale et le diagnostic précoce chez les enfants exposés
  6. Mise en place de l'approche qualité
  7. Implémentation du projet AJF
2. Les DPS à moyenne priorité : elles sont au nombre de 7, dont ; Kwilu, Lualaba, Sankuru, Sud Kivu, Nord-Ubangi, Tanganyika et Tshopo. Les interventions clés dans cette catégorie sont :
    1. Progression vers une couverture géographique de plus de 80% ;
    2. Progression vers une couverture de plus de 80% des PVVIH
    3. Tous les CSDT deviendront des sites TARV
    4. Mise en place d'un réseautage des sites en intrazonl pour améliorer l'accès aux services VIH
    5. Offre du paquet minimum d'activité améliorée

6. Utilisation de POC avec un renforcement du réseautage pour le dépistage de la charge virale ainsi qu'un suivi biologique ciblé.
3. Les autres DPS d'actions continues : dans ces dernières les services de dépistage, la PTME et le TAR seront offerts en conformité avec les interventions ci-après :
  1. Offre du paquet minimum d'activités actuelles continue,
  2. Augmentation de la couverture géographique à au moins 60%
  3. Priorisation accrue aux groupes cibles (populations clés et populations en situations d'urgence)
  4. Pas d'extension aux nouveaux sites, des populations cibles épi
  5. Utilisation prioritaire des POC avec transport des échantillons sur DBS pour la charge virale et le diagnostic précoce chez l'enfant exposé

## 2. Priorisation au niveau des ZS

La sélection des Zones de santé est guidé par :

- Poids des malades potentiels
- Présence d'au moins un site dans la ZS ayant plus de 500 PVVIH dans sa cohorte
- Faible atteinte des cibles au niveau de la ZS confronté à la présence des facteurs de risques importants de la transmission du VIH (explosion minière, la cartographie des populations clés)
- Problème d'accès aux services de dépistage, soins, traitement et accompagnement
- Taux d'accroissement de la cohorte.
- Densité de la population.

## 3. Priorisation au niveau des sites

La sélection des sites TARV est guidé par :

- Haute contribution à l'atteinte de 80% des cibles
- Le nombre de PVVIH dans la cohorte (>500)
- La surcharge de travailleur dans le site
- La faible rétention dans sa cohorte
- Paquet technique élevé des services et d'activités
- Prise en charge du SIDA avancé
- Connexion active avec la dynamique communautaire

Ci-dessous le tableau qui résume les provinces hyper-prioritaires, le nombre des ZS concernées et le nombre de sites concernés par ZS.

**Tableau III.** La cartographie des Zones de Santé ayant des sites à haut-volume dans les DPS hyper-prioritaires VIH

N°	DPS hyper-prioritaires	Nombre de ZS	Nombre de sites TARV ayant plus 500 PVVIH
1	Bas Uele	1	1
2	Haut-Katanga	5	6

3	Haut-Uele	8	10
4	Ituri	4	6
5	Kasaï-Oriental	3	3
6	Kinshasa	14	19
7	Kongo Central	3	3
8	Maniema	9	10
9	Nord Kivu	2	5
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>63</b>

Il se dégage de ce tableau sur 9 provinces hyper-prioritaires, environ 38 ZS seront concernés par l'intensification des services de dépistage et TARV avec le développement des approches différenciés dans environ 42 sites.

**Tableau IV.** La cartographie des Zones de santé ayant des sites à haut volume dans les DPS à moyennes priorités

N°	DPS à moyennes priorités	Nombre de ZS	Nombre de sites TARV ayant plus 500 PVVIH
1	Kwilu	2	2
2	Lualaba	1	1
3	Nord Ubangi	3	3
4	Sankuru	0	0
5	Sud Kivu	6	6
6	Tanganyika	1	1
7	Tshopo	1	1
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>8</b>

Il se dégage de ce tableau sur 8 provinces moyennes prioritaires, environ 7 ZS seront concernés par l'intensification des services de dépistage et TARV avec le développement des approches différenciés dans environ 8 sites.

**Tableau V.** la cartographie des Zones de santé ayant des sites à Haut volume dans autres DPS

N°	DPS à moyennes priorités	Nombre de ZS	Nombre de sites TARV ayant plus 500 PVVIH
1	Equateur	1	1
2	Haut Lomami	1	1
3	Kasai	-	-
4	Kasai Central	1	1
5	Kwango	-	-
6	Lomami	2	2
7	Mai Ndombe	0	0
8	Mongala	?	?
9	Sud Ubangi	1	1
10	Tshuapa	-	-
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>9</b>

De ce tableau, 9 Zones de santé ont également 9 sites TARV ayant plus de 500 PVVIH sous ARV selon la cartographie réalisée en fonction des différents rapports des provinces en mi-2017.

**Tableau VI.** De l'identification des PVVIH potentielles et les performances enregistrées par province hyper-prioritaire

N°	Provinces hyper-prioritaires	Population total 2017	Prévalence EDS	PVVIH estimées	PVVIH S/ARV 2017	Couverture de la cible
1	Bas Uele	1 238289	2,4%	26795	3008	11%
2	Haut Katanga	4483994	2,6%	61066	32015	52%
3	Haut Uele	2 174521	6,9%	66282	17455	26%
4	Ituri	4 801299	0,3%	34834	11332	33%
5	Kasaï Oriental	3059290	2,8%	24303	7513	31%
6	Kinshasa	113664995	1,6%	100812	55798	55%
7	Kongo Central	4 227754	0,2%	12104	8478	70%
8	Maniema	2160826	3,9%	41183	8241	20%
9	Nord Kivu	6131192	1%	34008	15611	46%
<b>Total</b>		<b>34 801 718</b>		<b>401387</b>	<b>159451</b>	<b>40%</b>

Les 8 provinces dites hyper-prioritaires couvrent 74% (401387/542842) des PVVIH potentielles de la RDC et 75% (143840/213995) des PVVIH mises sous ARV. En fonction de la prévalence de chaque province, les estimations montrent qu'aucune province n'a atteint la cible de 81% des PVVIH mis sous ARV. Cependant, 3 province se trouvent dans la fourchette entre 50- <81% et sont coloré en jaune, il s'agit du Haut-Katanga, Kinshasa et Kongo centrale. Les autres provinces ont une coloration rouge parce qu'elles ont atteint des performances de moins de 50%.

**Tableau VI.** De l'identification des PVVIH potentielles et les performances enregistrées par des provinces moyennes prioritaires

Provinces moyennes prioritaires	Population total	Prévalence EDS	PVVIH estimées	PVVIH S/ARV 2017	Couverture de la cible
Kwilu	4117272	0,1	6123	4099	67%
Lualaba	1845264	0.5	15362	5945	39%
Nord Ubangi	1140853	1.4	8548	2565	30%
Sankuru	1107848	1.7	12502	1262	10%
Sud Kivu	6534202	0,4	18563	12665	68%
Tanganyika	2730576	0.6	13576	2950	22%

Tshopo	2876478	0.4	15380	7417	48%
<b>Total</b>	<b>20352493</b>		<b>90054</b>	<b>36903</b>	<b>41%</b>

Les 7 provinces dites moyennes prioritaires couvrent seulement 17% (90054/542842) des PVVIH estimées de la RDC et 17% (36903/213995) des PVVIH mises sous ARV. En fonction de la prévalence de chaque province, les estimations montrent qu'aucune province n'a atteint la cible de 81% des PVVIH mis sous ARV. Cependant, 2 province se trouvent dans la fourchette entre 50- <81% et sont coloré en jaune, il s'agit de Kwilu et Sud Kivu. Les autres provinces ont une coloration rouge parce qu'elles ont atteint des performances de moins de 50%.

**Tableau V.** De l'identification des PVVIH potentielles et les performances enregistrées par les autres provinces

Provinces hyper-prioritaires	Population total	Prévalence EDS	PVVIH estimées	PVVIH S/ARV 2017	Couverture de la cible
Equateur	1238289	-	3338	1992	60%
Haut Lomami	2875555	-	6351	2851	45%
Kasai	3622442	0,1	5350	1603	30%
Kasai Central	3369898	0,8	7511	3172	42%
Kwango	2257351	-	2429	1415	58%
Lomami	2319392	0,7	8646	2322	27%
Mai Ndombe	2001837	0,9	4908	874	18%
Mongala	2030407	0,3	1629	495	30%
Sud Ubangi	3106740	0,8	8476	2406	28%
Tshuapa	1490747	0,9	2763	511	18%
<b>Total</b>	<b>24312658</b>		<b>51401</b>	<b>17641</b>	<b>34%</b>

Les 10 autres provinces couvrent seulement 9% (51401/542842) des PVVIH estimées de la RDC et 8% (17641/213995) des PVVIH mises sous ARV. En fonction de la prévalence de chaque province, les estimations montrent qu'aucune province n'a atteint la cible de 81% des PVVIH mis sous ARV. Cependant, 2 province se trouvent dans la fourchette entre 50- <81% et sont coloré en jaune, il s'agit de Equateur et Kwango. Les autres provinces ont une coloration rouge parce qu'elles ont atteint des performances de moins de 50%.

#### IV. OBJECTIFS

##### 1. Objectif générale

Dans le cadre de renforcement du système de santé, le plan d'offre de services différenciés de lutte contre le VIH aura pour objectif général d'améliorer l'accès aux soins et traitement en visant la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

##### 2. Objectifs spécifiques

L'essentiel des objectifs spécifiques de ce plan c'est de répondre à 5 objectifs qui sont :

1. Augmenter la proportion des PVVIH qui connaissent leurs statuts sérologique de 54,7% à plus de 85% d'ici 2020
2. Augmenter la proportion de mise sous ARV des PVVIH connaissant leur statut sérologique de 77,6% à 100% d'ici 2020
3. Augmenter la proportion des PVVIH mis sous ARV ayant accès à la charge virale (12 mois de TARV) de 19% à plus de 60% d'ici 2020
4. Augmenter la rétention des PVVIH dans la file active de 56% (17-89%) à 85%

## **V. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE**

### **V.1. Les stratégies factuelles des approches différenciées des services VIH**

La réalisation des cibles en matière de dépistage et de traitement repose sur le système de santé renforcé capable d'intégrer les patients à tous les niveaux de la chaîne des services de prévention et de prise en charge du VIH et de les y retenir en utilisant les différentes approches centrées sur les besoins et les contraintes des PVVIH.

Les services de soins cliniques et communautaire veilleront à ce que les PVVIH :

- Aient accès à des services efficaces de dépistage,
- Reçoivent un diagnostic et le comprennent
- Soient orientés vers les services de prévention compétents ou les services de prise en charge
- Soient rapidement mis sous thérapie antirétrovirale si un diagnostic de séropositivité est posé
- Reçoivent un traitement efficace continu pour supprimer durablement la charge virale
- Soient mis sous d'autres protocoles antirétroviraux en cas d'échec du traitement
- Aient accès à des soins chroniques et palliatifs, y compris la prévention et la gestion des principales coïnfections et autres comorbidités.

Ainsi, il a été retenu dans ce plan les axes stratégiques principaux suivants pour l'exercice 2018-2020 :

<b>Axe 1. Augmentation de la proportion des PVVIH qui connaissent leurs statuts sérologiques</b>			
<b>Stratégies différenciées</b>	<b>Activités différenciées</b>	<b>DPS prioritaires</b>	<b>Autres DPS</b>
Dépistage ciblé dans la communauté	Organiser des campagnes de dépistage de masse	x	
	Dépistage mobile	x	
	Dépistage en stratégie avancée	x	x
	Dépistage de nuit	x	x
	Dépistage dans le milieu carcéral	x	
	Dépistage dans les cliniques de bien-être et centres conviviaux	x	
Dépistage intégré dans la communauté	Dépistage intégré dans les campagnes de collecte de crachat chez tous les tousseurs	x	
	Dépistage intégré dans les campagnes de dépistage des maladies chroniques	x	
	Dépistage du VIH/TB intégré dans les activités de proximité adressée aux mères et enfants	x	
	Dépistage du VIH/TB intégré dans les populations enclavées avec le PMA	x	
	Dépistage intégré dans la distribution des Kits des préventions du VIH chez les UDI	x	
	Dépistage intégré dans les activités de loisir des hommes y compris fonction leur disponibilité comme samedi	x	

Dans les établissements des soins (Dépistage intégré à l'initiative du prestataire)	Dépistage systématique chez tous clients en consultation et en hospitalisation	x	
	Dépistage ciblé aux clients ayant une symptomatologie suspecte	x	x
	Dépistage des partenaires masculins des femmes qui consultent en CPN, S.ACC, postpartum	x	x
	Dépistage des cas index	x	x
	Dépistage des enfants de la rue, des orphelins et les démobilisés	x	
	Dépistage de cas index		
Dépistage chez soi	Utilisation de l'autotest	x	

### Axe 2. Augmentation de la proportion des PVVIH mise sous ARV

Stratégies différenciées	Activités différenciées	DPS prioritaires	Autres DPS
Tester et traiter	A tous les patients naïfs stable ou au stade I et II de l'OMS A tous les patients faux naïfs mais encore stable ou au stade I et II	x	x
Adaptation des services TAR selon l'état des patients	Renforcement du système de référence et contre référence pour les patients au stade avancé aux CSR ou HGR qui ont une unité de mise au point rapide	x	

### Axe 3. Augmentation de la proportion des PVVIH mis sous ARV ayant accès à la charge virale (12 mois de TARV)

Stratégies différenciées	Activités différenciées	DPS prioritaires	Autres DPS
Dépistage centralisé de la charge virale	Acheminement des échantillons charge virale vers les plates conventionnelles en utilisant les SMS et/ou internet pour le rendu de résultat	x	x
Dépistage décentralisé de la CV	Acheminement des échantillons charge virale vers les GeneXpert en utilisant des SMS et/ou internet pour le rendu de résultat	x	
Campagnes charge virale	Utilisation des plates-formes conventionnelles ou GeneXpert	x	

#### Axe 4. Augmentation de la rétention des PVVIH dans la file active

Stratégies différenciées	Activités différenciées	DPS prioritaires	Autres DPS
Horaires différenciés	Horaires des services qui tiennent compte des besoins de la disponibilité des PVVIH	x	
Emplacements différenciés	Offre des services dans les espaces dédiés à des différentes catégories des clients (patient TB, population clé et enfant, adolescent et jeune)	x	
	Les pairs experts distribuent les ARV dans un endroit adapté	x	
	Initiation et renouvellement des médicaments décentralisés dans les CS, CSR	x	x
	Renouvellement des ARV décentralisé dans la communauté assuré par un professionnel de santé	x	
	Renouvellement des ARV décentralisé dans la communauté assuré par des patients experts	x	
Parcours différenciés	Adaptation du parcours dans l'établissement en fonction des groupes de patients	x	
	<b>Patient stable</b>		
	Dispensation des ARV de 3 à 6 mois	x	x
	Circuit rapide de renouvellement des ARV	x	
Organisation spécifique des soins des PVVIH au stade avancé	<b>Patient instable (Sida avancé) :</b>	x	x
	Approche zone de santé/ paquet de soins par niveau	x	x
	Au niveau communautaire (PODI, clubs et GCT) :	x	
	La communauté ; recherche des signes de danger et référence	x	
	CS ; recherche des signes de danger et référence	x	

	CSR et HGR : avoir une unité des mise au point rapide ayant la possibilité d'offrir dans 2 heures qui suivent la numération CD4, TB-Lam, CrAg et/ou encre de chine, GeneXpert, Xray, US, PL, la CV et test de paludisme	x	
Approche mère mentor en PTME	Soutenir les femmes qui sont en PTME à l'adhérence au TARV	x	
	Soutenir les femmes qui sont en PTME à la divulgation du statut sérologie à leurs maries	x	
	Assure la recherche des présumés perdues de vue et des perdues de vues en PTME	x	
Paire éducation et les activistes	Soutenir leurs pairs à l'adhérence au TARV	x	
	Soutenir leurs pairs au partage du statut sérologie à leurs confidents	x	
	Assure la recherche des présumés perdues de vue et des perdues de vues	x	
Groupe d'auto-support (GAS)	Organiser mensuellement les séances de partage d'expérience entre pairs	x	
	Animer les différents thèmes sur le VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'importance de faire dépister les membres de famille</li> <li>- L'importance de prendre les ARV à vie</li> <li>- L'importance d'une alimentation saine</li> <li>- L'importance de réaliser le dosage de la charge virale de suivi etc.</li> </ul>	x	
<b>Axe 5. Renforcement du système de santé à travers l'appui et soutien du VIH</b>			
<b>Stratégies différenciées</b>	<b>Activités</b>	<b>DPS prioritaires</b>	<b>Autres DPS</b>
Développement des Ressources Humaines pour la Santé	former des formateurs nationaux, provinciaux et ECZS sur les services différenciés VIH	x	

	Former les prestataires cliniques et para-cliniques sur l'offre des services différenciés	x	
	Organiser le tutorat des prestataires sur les services différenciés	X	x
	Superviser les prestataires des services différenciés	x	
Amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires en tests, ARV et autres médicaments de lutte contre les IOs	Former les prestataires sur le système de gestion logistique en matière des intrants VIH en fonction de périodicité différencié de renouvellement ARV	X	
	Aménagement des espaces de stockage existence des ARV et autres intrants au niveau des ZS et des établissements des soins	x	
	Réaliser les enquêtes mensuelles d'évaluation de la disponibilité en intrant traceurs dans les FOSA (tests, ARV et anti-TB) : UCOP+	x	
	Réaliser les enquêtes qualité auprès des PVVIHs	x	
Renforcement du Système d'information sanitaire	Actualisation des outils en fonction des quelques indicateurs sur l'offre des services différenciés	x	
	Elaboration des outils de collecte communautaire		
	Intégration des toutes les données produites dans l'aire de santé	x	x
	tenir des réunions de la taks force PEC volé organisation de services et prise en charge communautaire		

VI. CADRE PROGRAMMATIQUES

	Activités	Responsable	2018	2019	2020	Budget en \$
<b>Résultat 1.</b> Atteindre 85% (171244) des PVVIH connaissent le statut sérologique d'ici 2020	Dépister 23975 PVVIH par le dépistage communautaires (campagnes de dépistage de masse, dépistage mobile, dépistage en stratégie avancé, dépistage de nuit et le dépistage en milieu carcéral)	Agents communautaires				922 085
	Dépister 10276 PVVIH par le dépistage intégré au niveau communautaire (Dépistage intégré dans les activités préventives dans la communauté)	Agents communautaires				395 179
	Dépistage ciblé de 102749 PVVIH dans toutes les portes pourvoyeuses	Professionnels de santé				3 951 791
	Motiver les professionnels des 45 sites dont 25 HGR et 20 CS	PTF				3 438 000
<b>Sous total</b>						<b>8 707 055</b>
<b>Résultat 2.</b> 95% des PVVIH sont mises sous ARV d'ici 2020	Assurer l'offre des ARV en stratégie tester et traiter à 162682 PVVIH identifier	Prestataires de soins				PM
	Assurer le renouvellement des ARV à 50% (134645) PVVIH stables selon les différentes approches différenciées communautaires					PM
	Assurer le renouvellement des ARV à 15% (40393) PVVIH stables selon les différentes approches différenciées communautaires	Prestataires et acteurs communautaires				4 104 000
	Mettre en place des Unités de mise point rapide dans 25 HGR pour la gestion des PVVIH au stade avancé estimés à 30% (80786) et dont le plateau technique comprend : CD4, TB-Lam, CrAg, Xpert, Xray, US, PL, CV, test rapide VIH et paludisme, les tests des hépatites et le bilan hépatique et rénal					PM

<b>Sous total</b>						<b>4 104 000</b>
<b>Résultat 3.</b> 60% des PVVIH mis sous ARV ont eu accès à la charge	Optimiser le fonctionnement des plates-formes conventionnelles	LNRS, LPRS, La Dream et labo CHK et les PTF				PM
	Doter 38 GeneXpert en raison de 1 par HGR des 38 ZS des 8 DPS hyper-prioritaires et en assurer la disponibilité en cartouche CV, EID et Diagnostic TB	PTF				PM
	Approvisionner les plates-formes conventionnelles et les GeneXpert en réactifs pour leurs fonctionnements					PM
	Former 3 pairs collecteurs des échantillons DBS CV et EID par sites soit 126 pour 42 sites TARV dans la collecte et le transport vers le BCZS pour son acheminement vers le laboratoire de biologie moléculaire d'accès facile en assurant le remboursement de transport mensuellement	Organisation communautaire des PVVIH				90 060
<b>Sous total</b>						<b>90 060</b>
<b>Résultat 4.</b> 85% des PVVIH sont retenues dans la cohorte	Organiser une réunion mensuelle du comité thérapeutique comprenant 10 membres dans 38 ZS concernées	ZS				76 000
	Mettre en place des Club d'observances dans 42 sites qui ont plus 500 PVVIH dans la cohorte	PTF				151 200
	Mettre en place les GCTAR dans les sites ruraux des 38 ZS des 8 DPS hyper-prioritaires	PTF				1 368 000
	Mettre en place les approches communautaires pour le soutien à l'adhérence (GAS, AMM et Activistes) dans 60 sites communautaires					1 666 800

	Doter 40 ZS des DPS hyper-prioritaires des PIMA et en assurer la disponibilité en cartouche pour 70% des nouvelles inclusions sous ARV et 30% des anciennes PVVIH sous ARV					PM
	Assurer la disponibilité en TB-Lam pour 70% des trois catégories des PVVIH (naïves, non naïves ayant abandonné le TAR et non naïves en échec thérapeutiques) ayant <200 CD4 cellules/µl	PTF				PM
	Assurer la disponibilité en CrAg pour 30% des PVVIH des trois catégories des PVVIH (naïves, non naïves ayant abandonné le TAR et non naïves en échec thérapeutiques) ayant le CD4 <100 cellules/µl	PTF				PM
	Assurer la disponibilité en Amphotéricine B (de 7/14jours) et fluconazole chez 8% des PVVIH ayant la cryptococcose néuro-meningé	PTF				PM
	offrir à toutes les PVVIH coïnfectés VIH/TB les anti-TB	Prestataires				PM
	Offrir à toutes les PVVIH la prophylaxie au CTX	prestataires				PM
<b>Sous total</b>						<b>3 262 000</b>
<b>Résultat 5.</b> Renforcement du système de santé à travers l'appui et soutien du VIH	Elaborer le guide d'offre des services différenciés VIH	Direction nationale PNLS				16 500
	former 48 formateurs nationaux et provinciaux					23 400
	Former 114 formateurs des ECZS sur les services différenciés VIH					27 360
	Former les prestataires cliniques et para-cliniques sur l'offre des services différenciés					15 120

Organiser le tutorat des prestataires sur les services différenciés					756 000
Former les prestataires sur le système de gestion logistique en matière des intrants VIH en fonction de périodicité différencié de renouvellement ARV					PM
Doter 38 HGR de PIMA et rendre disponible les réactifs pour 162682 PVVIH nécessitées					PM
Aménagement des espaces de stockage existence des ARV et autres intrants au niveau des ZS et des établissements des soins					PM
Réaliser les enquêtes mensuelles d'évaluation de la disponibilité en intrant traceurs dans les FOSA (tests, ARV et anti-TB) : UCOP+					PM
Réaliser les enquêtes qualité auprès des PVVIHs (UCOP+)					PM
Actualisation des outils en fonction des quelques indicateurs sur l'offre des services différenciés					2 250
Elaboration des outils de collecte communautaire					900
Tenir 12 réunions de taks force PEC volé organisation de service et prise en charge communautaire					12000
<b>Sous total</b>					<b>853530</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>17 016645</b>

## VII. BESOIN EN ASSISTANCE TECHNIQUE

L'opérationnalisation des services différenciés de la lutte contre le VIH en RDC fait face à la nécessité d'une assistance technique spécialisée dans ce domaine. Pour ce faire, une assistance technique s'avère nécessaire dans le cadre de l'opérationnalisation de ce plan.

Cependant les besoins immédiats en assistance technique sont repris dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1: Besoins immédiats en assistance technique**

Besoins	Période	Durée
1. Elaboration de manuel et outils sur l'offre de services différenciés	Année 2018	S1
2. Analyse de la situation sur les variantes de l'organisation des services différenciés en vue d'une consolidation de la cartographie d'offre des services différenciés en RDC	Année 2018	S1
3. Documentation des bonnes pratiques dans les provinces prioritaires incluant les catégories des populations spécifiques (enfants, adolescents et jeunes, prisonniers et populations clés)	Année 2018-2019	S2 2018- S2-2019
4. Redynamisation du suivi biologique des PVVIH selon leurs statuts (CD4, CV et comorbidité)	Année 2018	S1
5. Organisation des campagnes charge virale dans DPS prioritaires	Année 2018	S1

Pour garantir la réalisation efficace de ces assistances techniques formulées, le PNLs s'engage d'une part de produire les Termes de référence de ces missions et mettre en place des mécanismes compétitifs.

## VIII. Budget

N°	Axes stratégiques	Budget en \$
1	<b>Axe 1.</b> Augmentation de la proportion des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique de 54,7% à plus de 85% d'ici 2020	8 707 055
2	<b>Axe 2.</b> Augmentation de la proportion de mise sous ARV des PVVIH connaissant leur statut sérologique de 77,6% à 100% d'ici 2020	4 104 000
3	<b>Axe 3.</b> Augmentation de la proportion des PVVIH mis sous ARV ayant accès à la charge virale (12 mois de TARV) de 19% à plus de 60% d'ici 2020	90 060
4	<b>Axe 4.</b> Augmentation de la rétention des PVVIH dans la file active de 56% (17-89%) à 85%	3 262 000
5	<b>Axe 5.</b> Renforcement du système de santé	853530
<b>Total général</b>		<b>17 016645</b>

## **IX. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

Le plan opérationnel d'offre de service différencié sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun d'eux, de manière à faire participer l'ensemble des parties prenantes sous la coordination du Gouvernement dans un esprit de redevabilité mutuelle.

Les responsabilités dans la mise en œuvre de ce plan sont réparties entre les différentes parties prenantes, notamment les structures gouvernementales, les partenaires techniques et financiers ainsi que la Société Civile.

### **1. Rôles et responsabilités des autorités politico-administratives**

Les autorités politico-administratives aura le rôle d'encourager les ONG, les OAC, les acteurs communautaires qui intervient dans la lutte contre le VIH/Sida. Ils assureront la sécurité de ses derniers et apporteront l'appui tant matériel que financier aux OAC, pairs VIH et les acteurs communautaires en vue de permettre la mise en œuvre des services différenciés de la prise en charge des PVVIH dans la communauté sur encadrement des prestataires de services.

### **2. Rôles et responsabilités des autorités sanitaires**

Les autorités sanitaires du niveau central auront pour rôles d'élaborer et de vulgariser des politiques, stratégies, textes légaux, règlements et normes des mises en œuvre d'offre de services différenciés. Ils s'occuperont également de l'accompagnement et l'encadrement des divisions provinciales dans l'organisation de l'offre de services différenciés chez les PVVIH, le suivi évaluation des différentes approches et la production de l'information stratégique. Par ailleurs, le niveau central va aussi assurer la mobilisation et la mise à disposition des ressources pour permettre l'exécution du présent plan au niveau opérationnel. A ce niveau, une task force composée est mise en place et se réunit trimestriellement pour suivre l'opérationnalisation des différents approches optés par la RDC. Cette dernière est sous la direction du ministère de la santé à travers son organe technique PNLS et s'organise avec l'appui de ses partenaires techniques et financières, la société civile et les acteurs du ministère de santé impliqués dans l'offre de service différencié.

Les autorités sanitaires du niveau provincial à travers les DPS, auront pour rôle d'encadrement de proximité des zones de santé pour la mise en œuvre de l'approche différenciée retenues dans ce plan. Elles traduiront également en instructions opérationnelles les normes et directives des approches différenciés édictées par le Niveau Central et coordonnera toutes les activités différenciés dans leur rayon de responsabilité. A cet effet, un plan opérationnel provincial de services différenciés sera élaboré et celui guidera la mise en œuvre des approches différenciés que la province optera

Les autorités du niveau opérationnel (les Zones de Santé) auront comme mission d'exécuter en fonction des besoins de la zone de santé les approches différenciés adaptées du contexte géographique, environnemental, culturelle et du poids des PVVIH des leurs Zones de Santé. Pour ce faire, un les Zones de santé vont intégrer dans leur plan opération les activités liées à l'offre de services différenciés et les autorités des Zones de Santé accompagneront les prestataires dans la mise en œuvre de ces approches.

### **3. Rôles et responsabilités des prestataires**

Les prestataires offriront les services de dépistage du VIH et de soins ainsi que le soutien aux PVVIH et PA selon l'approche indifférenciée et les approches différenciées. Ils aideront à la bonne mise en œuvre des approches différenciées communautaires telles que le PODI, le Club

d'observance et le Groupe communautaire TARV en assurant la sensibilisation des PVVIH dès l'initiation des ARV, jusqu'à la stabilisation de l'état général attestée par la charge virale indétectable, le non changement du schéma thérapeutique depuis 3 derniers mois, la bonne adhérence du patient et sa rétention dans le traitement, et l'absence des infection opportuniste depuis 3 derniers mois. Ils orienteront toutes les PVVIH stables dans une des approches différenciées du choix des patients et assurera le suivi clinique et biologique des patients qui collectent leurs ARV dans la communauté selon le cas, une à deux fois l'an.

#### ***4. Rôles et responsabilités des acteurs communautaires y compris la société civile***

Les Confessions religieuses, les ONG de santé, les OAC, les Ordres et Associations professionnels vont renforcer le partenariat avec le Gouvernement en tant qu'acteurs sanitaires. Ils ont participé à l'élaboration de ce plan et participeront à toutes les étapes, de l'élaboration du plan opérationnel provincial et zonal de l'offre de services différenciés, son mis en œuvre et à l'évaluation y compris la mobilisation des ressources additionnelles.

Les Confessions religieuses veilleront à la participation effective de leurs formations sanitaires à la mise en œuvre des approches différenciées. Les ONG de santé vont participer au renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires sur les soins différenciés.

Les ONG internationales se mettront en réseau avec les ONG nationales en vue de renforcer les capacités de ces dernières sur les approches différenciées.

Leur participation active au à la mise en œuvre des approches différenciés de soins doit être garantie en prenant une part active aux Commissions techniques telles que les Groupes de travail prise en charge des PVVIH au niveau national et provincial.

Les syndicats des professionnels et personnels de santé s'assureront du respect des obligations contractuelles par l'employeur-Etat et par les employés.

#### ***5. Rôles et responsabilités des partenaires techniques et financiers***

Les Partenaires techniques et financiers sont chargés :

- De la mobilisation des ressources extérieures pour appuyer la mise en œuvre de différentes approches différenciées et s'assurer de leurs utilisations efficaces
- Du renforcement des capacités techniques des acteurs chargées de la mise en œuvre de services différenciés et les organes des coordinations (PNLS et BPC)
- De la participation au suivi et à l'évaluation conjointe du plan opérationnel de services différenciés à travers les Commissions et Groupes de travail de la prise en charge du VIH

## **X. CADRE DE COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION**

La mise en œuvre du plan opérationnel d'offre de services différenciés sera coordonnée par le Programme National de Lutte contre le sida à travers le mécanisme de rationalisation, des priorisations et le cadre de concertation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans son thématique organisation de services et prise en charge communautaires focus soins différenciés.

Le Programme National de Lutte contre le Sida a mis en place ce mécanisme de coordination et de rationalisation pour limiter les duplications et assurer la complémentarité des interventions au niveau national et opérationnel.

- Au niveau national, réunion trimestrielle pour évaluer la mise en œuvre du plan: le PNLs, la société civile (RNOAC et UCOP+) et les partenaires techniques et financiers (bénéficiaires principaux et de mise en œuvre du FM et PEPFAR, CDC, OMS, UNICEF, ONUSIDA et MSF)
- Le plan opérationnel d'offre de services différenciés sera inscrit en priorité dans l'agenda de ce dispositif et il permettra de réunir les partenaires techniques et financiers, et les agences d'exécution chaque 90 jours pour partager les données sur les progrès réalisés sur le terrain ainsi que les principaux défis et les goulots d'étranglement en vue d'ajuster les interventions.

Au niveau Provincial, réunion mensuelle du suivi opérationnel regroupant les acteurs ci-après : la société civile, les sous bénéficiaires du Fonds Mondial, les ONG sous bénéficiaires du PEPFAR et l'équipe conjointe décentralisée des nations unies

Au niveau provincial les partenaires de mise en œuvre seront réunis chaque mois sous le leadership du bureau de coordination provinciale du PNLs pour faire le suivi des progrès du plan opérationnel d'offre des services différenciés et le point de la mise en œuvre des recommandations pour lever les goulots au niveau opérationnels

Le système national de suivi et évaluation servira de dispositif pour collecter, analyser les indicateurs permettant de guider les interventions et renseigner les programmes sur les progrès vers l'atteinte de l'objectif 90-90-90.

Le tier.Net sera utilisé pour collecter les données sur les patients afin de permettre de suivre la réduction progressive des cascades et des écarts programmatiques au niveau des zones de santé.

## ANNEXE

**Annexe 1.** Tableau de la cartographie des Zone de Santé ayant des sites à haut-volume dans les DPS hyper-prioritaires en fonction de la convergence ou de la non-convergence entre le VIH et la TB

N°	Catégorie des DPS hyper-prioritaires	DPS hyper-prioritaires	ZS avec sites de ≥500	Sites (Nombre des PVVIH Mi-2017)		
1	DPS convergentes	Haut-Katanga	Kamalondo	HGR (686)		
			Kenya	HGR (1779)		
			Lubumbashi	CUL (762) Sendwe/CE (4317)		
			Panda	HGR (657)		
			Vangu	HMR Vangu (1107)		
2	Kasai-Oriental	Bonzola	H. Dipumba (545)			
		Dibindi	HGR CHPM (525)			
		Kansele	HGR St JB Kansele (788)			
3	DPS divergente VIH	Haut Uele	Doruma	HGR (684)		
			Dungu	HGR (1591)		
			Isiro	HGR (2280) H. Notre de Dame (1920)		
			Niangara	HGR (704)		
			Pawa	HGR (1265) H. Nebobongo (704)		
			Rungu	HGR (602)		
			Wamba	HGR (530)		
			Watsa	HGR (2678)		
4		Maniema				
5		Bas Uele	0	0		
6	DPS divergentes TB	Kinshasa	Bandalungu	Libikisi (569)		
			Barumbu	Boyambi (929)		
			Bumbu	Libondi (504)		
			Kalamu 1	CS Bondeko (535)		
			Kasa-Vubu	Amo Congo/Bon Berger (1986)		
			Kingasani	CH Kingasani (523)		
			Kinshasa	CME/Barumbu (774)		
			Kintambo	HGR (713)		
			Kokolo	HMR Kokolo (618)		
			Lingwala	CH Kabinda (1488) HPKLL (1907) CDT Kabinda (711)		
			Masina I	CS Esengo (632) Pilote/Masina (507) Roi Baudouin Ier (540)		
			Masina II	CS Elonga (1195)		
			Mont-Ngafula I	CH Monkole (1132)		
			Ndjili	CS Bomoi (1448) CS Bikunda (1434)		
			7	Kongo Central	Boma	HGR (899)
					Kitona	HGR (572)
					Nzanza	HGR Kiamvu (780)
8		Ituri				