



République Démocratique du Congo

Equipe Pays des Nations Unies

Ministère de la Santé Publique

Ministère du Plan et Révolution de la Modernité

NOTE POUR L 'ACCELERATION DE L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT 6 (OMD6)

(Lutte contre le VIH/SIDA et le Paludisme)

Les efforts engagés par la RDC dans le contrôle du VIH-SIDA et du paludisme en vue d'atteindre les cibles de l'OMD6 en 2015 ont conduit à des résultats mitigés. Les progrès ont été enregistrés avec la baisse de la prévalence parasitaire du paludisme (de 31% en 2007 à 23% en 2013) et l'augmentation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (de 5,8% en 2007 à 55,8% en 2013 pour une cible de 80%). De même la couverture du traitement aux ARV est passée de 4,3% en 2007 à 46% en 2014. Toutefois, des défis persistent aussi bien pour le VIH-SIDA avec la stagnation de sa prévalence (de 1,3% en 2007 à 1,2% en 2013-2014), le faible niveau de connaissances (19%), le faible taux d'utilisation des préservatifs (12,2%), que pour le paludisme dont la prévalence demeure l'une des plus élevées dans le monde. L'analyse de la situation a permis d'identifier les principaux goulots d'étranglement et de proposer des actions stratégiques susceptibles de les supprimer ou au moins de les réduire. Ces actions sont axées notamment sur l'optimisation de l'offre par le renforcement de l'harmonisation et la coordination des interventions, l'accroissement du financement de la santé, l'augmentation de la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité, et enfin le renforcement du système communautaire.*

A. Introduction

La RDC est le 7^{ème} pays le plus pauvre dans le monde, la troisième plus grande population en Afrique subsaharienne (67,5 millions) dont les deux tiers vivent en dessous du seuil national de pauvreté. La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (104 pour 1000) et la malnutrition (43% de retard de croissance) sont encore élevés. En 2013-2014, la RDC a eu un coefficient de Gini de 0,40¹. En ce qui concerne les objectifs du millénaire pour le développement, le rapport national d'évaluation en 2012 montre qu'aucun des OMD ne pourrait être atteint à l'horizon 2015. En matière de contrôle des maladies, la RDC, après une approche verticale, a commencé une approche horizontale d'appui dans une optique de couverture sanitaire universelle. Dans ce même élan, l'appui des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé a doublé entre 2007 et 2012, passant de 255 millions USD à 530 millions². Ces différents efforts ont amené en 2010 à un espoir qu'un certain nombre des cibles des OMD pouvait être atteints en 2015. Il s'agit notamment des cibles de l'OMD2, 3, 6. Spécifiquement en ce qui concerne l'OMD6, l'atteinte des cibles n'est plus possible dans le délai de huit mois restant d'ici à l'échéance. Il faudrait donc des innovations dans les stratégies d'accélération dans le cadre de l'agenda post-2015.

B. Contexte du pays

1. La RDC est un pays post-conflit et fragile en cours de stabilisation politique et socio-économique.

Le pays a connu des troubles socio-politiques ayant déstabilisé ses institutions et dévasté le tissu économique précaire. Après des années d'instabilité politique, le pays s'est engagé dans un processus de démocratisation et de restauration de l'autorité de l'Etat sur l'étendue du territoire national. Sur le plan socio-économique, la reprise de la coopération structurelle en 2002 et les efforts de redressement engagés par le gouvernement à travers des politiques et réformes ambitieuses ont permis de stabiliser le cadre macro-économique et de positionner le pays sur une dynamique de croissance. Toutefois, il est à noter que la partie l'Est du pays est confrontée à une instabilité récurrente avec son corollaire de déplacement massif des populations³. Les interventions humanitaires⁴ en réponse à cette situation ont permis d'améliorer certains indicateurs de santé. La RDC fait partie des quatre pays de l'Afrique centrale et de l'ouest ayant la morbidité et la mortalité la plus élevées du VIH-SIDA et du paludisme.

2. Le système sanitaire, jadis l'un des plus performants d'Afrique, s'est détérioré au fil des années. Dans le cadre de la réforme de la décentralisation en cours, il comprend 26 divisions provinciales de la santé (DPS) et 516 zones de santé dotée chacune d'environ 20 aires de santé et d'un hôpital général de référence (HGR). Les centres de santé et les hôpitaux sont liés entre eux par la référence et la contre-référence. Ce système sanitaire inclut aussi bien les structures reconnues par la zone de santé (publiques, privées ou conventionnées⁵) que celles œuvrant en parallèle sans trop de régulation. Les centres de santé ont un paquet minimum d'activités prioritaires définies par le Ministère de la Santé Publique (MSP) tandis que les hôpitaux s'occupent du paquet complémentaire. Ces deux paquets comprennent chacun des activités

¹ Enquêtes démographiques et de santé 2013-2014. RDC

² Enquête de la Banque mondiale, Section RD Congo

* La cible OMD6 pour le VIH de 3,1% venait des enquêtes de séro-surveillance qui rapportaient des chiffres plus élevés. Après consensus sur les données de l'EDS 2007, la cible aurait dû être réduite de moitié au moins. Ainsi donc, la cible nouvelle ne sera pas atteinte d'ici 7 mois.

³ 22.1737 réfugiés, 2.756.585 déplacés internes (IDPs) en septembre 2014 selon OCHA et 467.102 réfugiés congolais dans les pays voisins dont 92.849 retournés

⁴ OCHA, HCR et les mécanismes de financement humanitaires

⁵ Conventionnées : il s'agit des structures ayant une convention avec le gouvernement, suite à la détérioration du système afin d'être inclus dans le système de santé pour pallier à l'insuffisance du système de santé. Il peut s'agir des structures confessionnelles ou des structures appartenant à des ONGs.

spécifiques liées au VIH-SIDA et au paludisme. Outre ces deux paquets, certaines activités sont menées au niveau communautaire en lien ou non avec le centre de santé, y inclus les acteurs humanitaires dans les zones de conflit, les ONGs, les tradi-praticiens, les églises qui jouent un rôle non négligeable dans le domaine de la santé. Le système d'approvisionnement en intrants existant, bien que bien défini, ne fonctionne pas de manière adéquate et n'est utilisé que par une très faible proportion des partenaires. Il comprend des centrales d'achat et d'approvisionnement décentralisées au niveau provincial ainsi qu'un système de rapportage allant du premier échelon jusqu'au niveau central du MSP. Ce système d'information sanitaire bénéficie actuellement d'un appui important de renforcement de l'informatisation utilisant le web.

3. Le financement de la santé est dépendant de l'aide extérieure malgré des engagements à un plus haut niveau. Avec 13 US\$ par tête, la RDC dépense plus de dix fois moins, par tête, que le reste de l'Afrique pour sa santé. La dépense de santé a reculé depuis 2008, passant de 4,6% du PIB en 2008 à 3,8% en 2011-2012. L'aide extérieure est la première source de financement de la santé en RDC, avec une moyenne de 40% par an en 2008-2013. En dépit de sa progression, l'aide extérieure en santé reste inférieure par tête au reste de la région africaine (entre 5,7 et 7US\$ contre 11US\$ dans la région en 2012). Les dépenses des ménages, deuxième source de financement de la santé (39,3% en moyenne en 2008-2013), s'effectuent à plus de 90% par le biais de paiements directs, à l'exception de quelques districts où un paiement forfaitaire subventionné a été introduit. Avec moins de 15% du total des dépenses de santé, la part de l'Etat dans le financement du secteur est limitée. Outre la tendance baissière, l'Etat ne consacre en moyenne que 4% de son budget à la santé entre 2007-2013 ce qui correspond à une dépense de moins d' 1US\$ par tête. L'évolution de la nature des dépenses publiques de santé au cours des dernières années s'est caractérisée par la hausse des dépenses du personnel au détriment des dépenses de fonctionnement et de capital. La part des dépenses de personnel a doublé sur la période, passant de 42% en 2007 à plus de 80% dans les années 2010. Le gouvernement a développé le Projet d'Equiperment des Structures Sanitaires d'une valeur de 80 millions de dollars américains en 2014 sur financement propre afin d'accroître les dépenses en capital. Hormis les dépenses liées au personnel, les ressources du MSP se réduisent. Ce déséquilibre a un impact négatif sur le fonctionnement des formations sanitaires, financées principalement par la dépense privée. La mise en place du Mécanisme Mondial de Financement⁶ constituerait une source importante de financement additionnel pour le secteur⁷. L'amélioration de l'effectivité et de l'efficacité de l'aide extérieure par la mise en place d'un « *contrat unique de performance* » au niveau provincial permettrait de libérer des ressources et *in fine* d'accroître l'espace budgétaire en santé.

C. Analyse de la situation

4. Globalement en RDC, des progrès ont été accomplis dans le contrôle du VIH-SIDA et du paludisme mais beaucoup reste encore à réaliser pour l'atteinte des cibles de l'OMD6. Le pays a mis au point des programmes spécifiques pouvant assurer un meilleur contrôle à travers une coordination globale décrite dans les différents plans, à savoir : le plan national de développement sanitaire (PNDS), le plan stratégique paludisme 2011-2015 et le plan stratégique national VIH 2014-2017. Ces plans ont contribué à une mobilisation des ressources important des partenaires techniques et financiers⁸ à l'instar du Fonds Mondial au travers les deux notes conceptuelles récentes (paludisme et VIH/TB). Ainsi, en 2012, les dépenses courantes totales en santé ont été évaluées à environ 1 milliard de dollars américain, dont 12% étaient consacrés au contrôle du VIH-SIDA. Le UNDAF 2013-2017 apporte un appui significatif à la mise en œuvre du PNDS. Dans ce même élan, un certain nombre d'initiatives d'harmonisation et d'alignement existent, notamment le Groupe Inter Bailleurs pour la Santé (GIBS), l'équipe conjointe du système UN intervenant dans le VIH-SIDA, la commission nationale de coordination pour le fonds mondial (CCM) et le Task Force réunissant les partenaires intervenants dans le paludisme. Toutefois, au regard des défis persistant d'harmonisation et de coordination, ces initiatives qui répondent à l'appel du MSP de renforcer l'harmonisation méritent d'être capitalisées et mises à échelle.

⁶ A laquelle la RDC pourrait devenir un des premiers pays participants.

⁷ La RDC est un des 4 pays pionniers du MFM pour la santé de la mère et de l'enfant.

⁸ Partenaires techniques et financiers : Banque mondiale ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, PAM, GAVI, Fonds Mondial, USAID, DFID, PEPFAR, GIZ, CTB, KOICA, JICA, Coopération Belge, Française, Allemande, Canadienne, Suédoise, Japonaise, Pays-Bas etc...

5. En RDC, depuis 2012, la prévalence du VIH tend vers une stagnation autour de 1,2 % au sein de la population générale (EDS 2013-2014) après son inversion au vu des chiffres des années 1990. Cette stagnation masque la réduction des infections qui sont passées de 41000 en 2009 à 34000 en 2013 et la réduction de décès passant de 39000 en 2009 à 25000 en 2013. Le pays a également enregistré des progrès en terme d'accès aux ARV à fin 2014: le nombre annuel de femmes enceintes recevant des ARV pour éliminer la transmission mère enfant a doublé passant de 4 176 (20%) en 2012 à 10560 (40%) et la file active des patients sous traitement ARV a augmenté de 64 219 (25%) à 101089 (46%). Un effort est encore nécessaire pour consolider et accélérer ces progrès. Le taux de prévalence du VIH-SIDA stagne autour de 1,2% depuis 2012⁹ venant de 1,5% en 2001, avec un nombre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) autour de 480000. Caractérisé par de fortes disparités, elle se situe à 0,7% en 2013 contre 0,8% pour les jeunes de 15-24 ans, à 1,6% en 2007 et 2013 pour les femmes et à 0,9% en 2007 contre 0,6% en 2013 pour les hommes. L'épidémie de VIH-SIDA en RDC est généralisée avec un noyau de diffusion qui entretient la transmission de l'infection, composé essentiellement des professionnelles de sexe (prévalence de 6,9%) et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (prévalence de 16,9%). Les nouvelles infections surviennent en majorité dans les couples stables¹⁰. Outre la stagnation, on note une faible performance des interventions au niveau de certains indicateurs clés. Seulement 44% des zones de santé sont couvertes en activités VIH. Le taux d'utilisation des préservatifs parmi les femmes de 15-49 ans reste faible, même s'il est passé de 7,7% en 2007 à 12,2% en 2013-2014 selon EDS, la cible nationale étant de 100%. Le niveau de connaissance approfondie sur le VIH s'est accru d'environ 4% depuis 2007 et se situe à 19,2% en 2013. Cette situation favorise non seulement la prise de risque par ignorance mais également la stigmatisation et la discrimination, lesquelles limitent l'accès et l'utilisation des services de soins de santé et de l'éducation, renforçant ainsi les barrières sociales et contribuant à l'exclusion sociale, aux pertes d'emploi et de revenu. La faible couverture actuelle en ARV (46% des 480 000) constitue un gap important¹¹. En outre, la malnutrition constitue un handicap à l'adhérence au traitement et est un des facteurs de la déperdition des malades sous ARV. Plus de 51,9 % de PVVIH sont malnutris déjà à leur admission dont 25 % en état d'émaciation sévère et 26,9% en état de malnutrition aiguë modérée¹². Pour y faire face, la RDC a intégré le volet nutritionnel dans sa stratégie du traitement des PVVIH en 2012 mais les efforts de mobilisation des ressources pour l'appui nutritionnel n'ont pas surtout permis d'aboutir aux résultats escomptés.
6. **Concernant le paludisme, le taux de prévalence parasitaire reste toujours élevé et le nombre absolu des cas et de décès liés au paludisme est en nette augmentation.** Le taux de prévalence parasitaire est passé de 31% en 2007 à 23% en 2013¹³, marquant une légère inflexion. Cette baisse est le résultat des efforts considérables conjugués en termes d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action (MILD) dont la couverture a atteint 72% en 2013 contre la cible nationale de 80%, de traitement présomptif intermittent (TPI) dont la couverture est passée de 5% en 2007 à 14% en 2013-2014 et d'accès aux combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (ACTs). De 2007 à 2013, la disponibilité en MILDs et le taux d'utilisation des MILDs chez les enfants de moins de cinq ans sont passés respectivement de 9,2% à 72% et de 5,8% à 55,8%¹⁴, même si inférieur à la cible nationale de 80%. Une analyse récente des données de l'EDS 2013-2014 par l'UNICEF, a montré que les MILDs ont contribué à 33% à la réduction de la mortalité infanto-juvénile¹⁵. Il est aussi noté des disparités énormes entre les provinces à la suite du non synchronisation des campagnes, de l'immensité du pays et de l'insuffisance des ressources permettant de couvrir l'ensemble des provinces en une seule campagne de masse. La disponibilité en ACTs, bien qu'élevée, est en recul passant de 91% en 2010 à 62% en 2013 et demeure inégale au regard des disparités observées entre les provinces. Malgré l'absence des données récentes, les enquêtes antérieures (WATCH 2009) ont montré que la qualité des ACT tant dans le secteur public que privé n'était pas bonne dans 30% des cas. Aussi, la prise des ACTs n'est pas toujours liée à une confirmation biologique par microscopie ou par les tests de diagnostic rapides comme cela est recommandé par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Il en est de même du diagnostic et de la prise en charge de la fièvre à domicile afin de réduire la morbidité et la mortalité. Au vu de toutes ces difficultés, les données de routine

⁹ Rapport de l'ONUSIDA et données des EDS (2007-2013-2014)

¹⁰ Rapport MOT 2013.

¹¹ Rapport GAP ONUSIDA, 2013.

¹² Enquête prise en charge nutritionnelle des PVVIH en RDC: Le point et les perspectives PNLS 2013
¹³ Rapport UNGASS/GARPR 2008 à 2014)

¹³ EDS 2013-14.

¹⁴ Enquête Démographique et de Santé en RDC 2013-2014

¹⁵ UNICEF, Rapport d'analyse de l'EDS II 2013-2014

tel que récoltées actuellement ne permettent pas d'apprécier adéquatement la morbidité et la mortalité attribuable au paludisme.

D. Goulots d'étranglements

L'identification et l'analyse des goulots ont porté sur les indicateurs relatifs aux interventions prioritaires, lesquelles ont un fort degré d'effet d'entraînement sur les autres.

7. **La coordination entre différents acteurs de la santé (gouvernementaux et partenaires au développement) impliqués dans la lutte contre le paludisme et le VIH-SIDA, reste un défi surtout au niveau opérationnel.** Malgré l'existence de capacités au niveau du MSP, la multiplicité des acteurs pose le problème de coordination à tous les niveaux du système sanitaire avec comme conséquence une fragmentation des interventions et une utilisation non efficiente des ressources.
8. **L'interface entre les systèmes de l'offre des soins de santé et les plateformes communautaires multisectorielles n'est pas optimale pour permettre des actions communautaires nécessaires au contrôle du VIH-SIDA et du paludisme.** En RDC, le système sanitaire est bien structuré jusqu'au niveau du centre de santé. En deçà de ce niveau, les directives sont soit inexistantes, soit embryonnaires. La dynamique communautaire favoriserait certaines activités multi-sectorielles qui contribuent à la réduction de la mortalité, notamment le dépistage volontaire du VIH, la prise en charge du paludisme à domicile avant la référence ainsi que les aspects environnementaux et de prévention collective.
9. **Les normes et directives stratégiques pour le contrôle du VIH-SIDA et du paludisme ne sont pas suffisamment connues au niveau des utilisateurs et de la communauté.** L'enquête EDS 2013-2014 a ressorti des insuffisances du niveau de connaissance dans le domaine du VIH-SIDA. De même, les enquêtes ACT Watch ont révélé que la prescription médicamenteuse ne respecte pas toujours les directives du programme de lutte contre le paludisme.
10. **La faible rationalisation des ressources humaines disponibles.** Bien que le pays dispose d'un nombre important de ressources humaines qualifiées, on note la pléthore dans certaines catégories contre la pénurie dans d'autres, la répartition inégale, la faible motivation ainsi que des carences de compétences spécifiques pour la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme.
11. **Des données de qualité pouvant permettre un meilleur suivi des progrès sont soit non disponibles soit fragmentaires.** Le système d'information sanitaire ne permet pas de disposer de manière régulière des données de routine de qualité, de collecter de manière permanente les données des enquêtes et de mener des analyses approfondies sur les indicateurs clés nécessaires à la programmation, au pilotage et au suivi des interventions et des progrès.
12. **Comme dans le domaine de la santé, le financement sectoriel et multisectoriel de lutte contre le paludisme et le VIH demeure insuffisant.** Bien que le secteur de la santé ait mobilisé un partenariat financier important¹⁶, près de 1/3 des dépenses en santé sont encore supportées par les ménages, en majorité, pauvres et vivant en dessous du seuil de pauvreté. Cela compromet l'accès équitable aux services de soins de qualité. Les dépenses des ménages ayant accès (30%)¹⁷ représentent 10% du total des dépenses de lutte contre le VIH-SIDA.
13. **La couverture en services spécifiques au VIH est encore faible.** Près de 53% des formations sanitaires ciblées n'offrent pas le paquet complet d'interventions VIH selon les normes du PNLS qui veut qu'il ait deux structures par zones de santé pour la thérapie anti retro virale. En termes de zones de santé, le paquet complet n'est pas offert que dans 44% des 516 zones de santé que compte le pays¹⁸.
14. **L'environnement social et juridique ne favorise pas l'intégration sociale et l'accès aux services des personnes vivant avec le VIH et les populations clés.** L'actuelle loi portant protection des droits des PVVIH contient certaines dispositions punitives et contraignantes en matière de divulgation du statut sérologique. L'enquête sur l'index de stigmatisation des PVVIH réalisée en 2012 révèle que la discrimination et la stigmatisation continuent de sévir à des degrés très élevés. Les tentatives de criminalisation de l'homosexualité au niveau du parlement n'augurent pas un environnement favorable à l'accès aux services de prévention, promotion et prise en charge du VIH. Les prisonniers et les utilisateurs de drogues injectables

¹⁶ Banque Mondiale, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF, OMS, PAM, GAVI, Fonds Mondial, USAID, DFID, PEPFAR, GIZ, CTB, KOICA, JICA, Coopération Belge, Allemande, française, Canadienne, Suédoise, Japonaise.

¹⁷ PNLS, Rapport sur l'estimation des flux de dépenses de lutte contre le VIH/sida, 2012

¹⁸ Rapport PNLS 2013

ne bénéficient pas des services VIH adaptés. Les droits des femmes et des jeunes filles PVVIH et victimes des violences ne sont pas respectés.

15. **L'insécurité et le déplacement des populations en situation de conflits rendent difficile l'accès aux services de prévention, soins et traitement principalement dans les provinces du Sud Kivu, Nord Kivu, Maniema et Equateur.** La situation d'urgence humanitaire est susceptible d'intensifier les risques et la vulnérabilité liés au VIH-SIDA et au paludisme. Les structures d'accueil ne peuvent pas résorber les besoins additionnels des populations affectées par le conflit.
16. **L'accès aux intrants de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH-SIDA et du paludisme demeure réduit.** L'approvisionnement déficitaire en intrants (MILDs, préservatifs, ACTs, tests de diagnostic rapide « TDR », produits nutritionnels) ne permet pas de répondre aux besoins du pays et par conséquent limite l'accès. Les facteurs limitants l'accès incluent : (i) la non prise en compte du secteur privé dans le circuit d'approvisionnement et de distribution, (ii) le faible pouvoir d'achat des ménages, (iii) les barrières culturelles, ainsi que (iv) la faible logistique dans un pays accusant un déficit d'infrastructures de distribution.
17. **Le taux d'utilisation des services est faible et ne permet pas une réalisation optimale des activités pouvant permettre de réduire la morbi-mortalité dans la communauté.** Le coût élevé des soins a été identifié comme un obstacle majeur à l'utilisation des services. Il en est de même de la qualité des soins qui non seulement limite l'accès mais aussi aggrave la mortalité.

E. Actions à mener pour adresser les goulots

Au cours de cette analyse, plusieurs actions ont été identifiées pour résoudre les différents goulots notés. Toutefois, l'accent a été placé sur des actions jugées les plus prioritaires à court et moyen termes, en s'assurant qu'elles soient efficaces, réalisables et mesurables. Ces actions, menées par le gouvernement avec l'appui des partenaires, sont regroupées sous quatre axes d'interventions.

Axe d'intervention 1 : Optimisation de l'offre par le renforcement de l'harmonisation et de la coordination des interventions

18. **Elargir le partenariat pour assurer qu'au moins 80% de la population ait accès à un paquet intégré de services à l'instar de la plateforme de renforcement du système de santé se focalisant sur le « Financement Basé sur les Performances » (FBP).** La fragmentation du système de santé est un goulot avec des conséquences importantes en termes d'efficacité, d'efficience, d'équité et d'opportunité des interventions de santé. L'harmonisation des partenariats peut se faire dans une approche intégrée des interventions qui peut se bâtir à l'instar du modèle de partenariat entre la Banque mondiale-UNICEF-GAVI-Fonds mondial-UNFPA. Ce partenariat, basé sur les outils du FBP qui se focalise sur un paquet d'interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant défini par le PNDS, couvrira environ 25% de la population du pays, dans quatre provinces. En plus de cibler les soins de santé, les outils de gestion contribuent à un meilleur fonctionnement des directions provinciales de la santé ainsi que des directions clés au niveau central, tout en mettant l'accent sur la qualité, l'équité et la motivation du personnel. Ce partenariat offre une plateforme sur laquelle d'autres partenaires peuvent s'engager afin de cibler d'autres provinces et ainsi appuyer l'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle que la RDC s'est fixée. Cette approche de financement structurel est basée sur une vérification des résultats des services administratifs et des soins de santé au niveau des centres de santé et des HGR. Les Divisions Provinciales de la Santé mis sous cadre de performance participent efficacement à l'encadrement des formations sanitaires afin qu'elles offrent des soins de santé de qualité incluant aussi les services VIH. La production de services se fait à travers un plan de gestion qui montre comment les financements sont liés aux résultats attendus sur le plan quantitatif et qualitatif. Ainsi, au-delà des intrants qui sont apportés, les formations sanitaires reçoivent des incitations pour offrir davantage de soins en travaillant sur les goulots d'étranglement.
Demande au CEB : (i) Plaidoyer auprès des agences du système des nations unies pour harmoniser le cadre de coordination ainsi que l'approche de leurs interventions à l'instar du modèle de Financement Basé sur les Résultats (FBR). (ii) Encourager d'autres agences (par exemple, bilatérales), à joindre le partenariat.
19. **Accélérer la modernisation du SNIS et développer un système national de surveillance en temps réel.** Un groupe de partenaires appuient présentement l'outillage du SNIS avec le logiciel DHIS-2 qui permettra une

meilleure utilisation de données en temps réel pour la prise de décisions. Les agences proposent d'accélérer cette modernisation du SNIS, tout en mettant un accent sur la composante de surveillance intégrée.

Demande au CEB : solliciter des partenaires qui appuient cette intervention d'accélérer la mise en œuvre et de s'assurer de la prise en compte des modules surveillance et nutrition dans le SNIS.

- 20. Appuyer le renforcement des capacités des ressources humaines œuvrant dans la lutte contre le VIH et le paludisme.** Au moins 75% des agents sanitaires dédiés à l'offre du paquet intégré des services auront les compétences requises pour la prise en charge du VIH-SIDA et du paludisme, par la formation continue à travers le recyclage et la supervision.

Demande au CEB : rien

Axe d'intervention 2. : Accroissement du financement de la santé

- 21. Augmenter l'investissement en santé au niveau du budget national et de l'aide internationale.** Le très faible niveau d'investissement dans le système de santé constitue un des principaux goulots d'étranglements en RDC. La mise en œuvre des actions proposées dans cette note dépend d'un engagement plus important de la part du gouvernement et de ses partenaires à augmenter l'espace fiscal pour la santé. En dépit des actions proposées dans cette note qui augmenteront l'efficacité des interventions, il est absolument nécessaire d'augmenter l'investissement pour atteindre l'impact voulu, autant sur les deux maladies que sur les autres interventions qui mèneront à l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle. **Demande au CEB dans le cadre du mécanisme de financement mondial (GFF) : (i) solliciter des agences de réitérer au gouvernement le respect des engagements internationaux sur la part du budget national alloué aux secteurs prioritaires notamment la santé à 15%. (ii) Accroître l'investissement international des agences dans le secteur de la santé (iii) Renforcer le plaidoyer pour la mise en place d'une couverture santé universelle et accélérer sa mise en œuvre.**

Axe d'intervention 3. : Augmentation de la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité

- 22. Assurer la disponibilité des médicaments et intrants essentiels y compris les aliments, tout en renforçant le système national d'approvisionnement.** Les agences s'engagent à assurer que le SNAME soit l'unique dispositif d'approvisionnement et de distribution. Aussi, qu'il dispose des ressources et des capacités techniques requises pour rendre disponibles tous les intrants essentiels à la prévention et au traitement du VIH-SIDA et du paludisme. De manière particulière, le niveau d'accès aux ARV devra augmenter significativement pour atteindre 80% contre 46% actuellement.

Demande au CEB : que les agences au niveau des sièges s'engagent à (i) utiliser le SNAME pour l'approvisionnement et la distribution des intrants en RDC (ii) renforcer le SNAME.

- 23. Assurer, tous les trois ans, la distribution à grande échelle de moustiquaires imprégnées.** L'objectif est d'assurer que plus de 80% de la population du pays dorment sous des moustiquaires imprégnées. Les grandes campagnes de distribution des moustiquaires se baseront sur l'expérience des distributions récentes, tout en mettant un accent particulier sur les facteurs qui ont contribué à une couverture plus basse dans certaines zones de santé. **Demande au CEB : combler le gap de financement pour assurer la régularité des cycles de distribution et renouvellement.**

Axe d'intervention 4. : Prioriser l'interface et renforcer la synergie entre le système communautaire et les services de santé

- 24. Appuyer, dans au moins la moitié des zones de santé du pays, une stratégie de mobilisation communautaire.** La forte implication des communautés permettra d'augmenter la demande et l'utilisation des soins préventifs et curatifs et se focalisera sur certains comportements essentiels à la réduction de la prévalence du VIH/SIDA et du paludisme. De même, la sensibilisation communautaire sur les pratiques nutritionnelles et l'utilisation des aliments locaux permettront d'améliorer la prise en charge des PVVIH. Les

agences s'engagent à documenter les différentes expériences communautaires en RDC afin de développer une stratégie commune pour le renforcement de l'intégration des plateformes communautaires.

Demande au CEB : Ressources additionnelles pour appuyer les approches communautaires.

- 25. Renforcer les capacités des organisations de la société civile, des jeunes, des parlementaires et du secteur de la justice sur les questions des droits humains et VIH-SIDA.** Le renforcement de ces capacités permettra de soutenir le plaidoyer en vue de l'adoption des lois susceptibles de promouvoir les droits des personnes vivants avec le VIH, de réduire la stigmatisation et la discrimination et enfin, d'accroître leur participation à la mobilisation des ressources financières. **Demande au CEB : (i) appui politique à un haut niveau sur les droits humains et le VIH (ii) ressources additionnelles pour la sensibilisation.**

a. Tableaux des données pour analyse des tendances

I. VIH/SIDA

Indicateurs clé	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	MDG6
Prévalence de VIH dans la population générale	1,3 % (EDS)						1,2 % (EDS)		Stopper et inverser la tendance
Prévalence de VIH auprès de femmes enceintes	4%			3,5%			1,8% (2012)		Stopper et inverser la tendance
Prévalence VIH auprès de jeunes de 15-24 ans							0,7%		Stopper et inverser la tendance
Nombre de nouvelles infections			41000				34 000		Stopper et inverser la tendance
Nombre de décès annuel liés au VIH/SIDA	30 000		39 000	40 000	35 000	32 000	25000		Stopper et inverser la tendance
Nombre /Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2 154	2 664	2 881	1 116	2 098	4 176	8575 (33%)	10506 (40%)	Accès universel
Nombre /Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles (CD4 < 350) à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès	21 960	28 576	39 224	43 878	59 792	64 219	79 978 (39,1%)	101089 (46%)	Accès universel
• Enfants	1 632	4 053	5 735	5 937	6 238	4 751	5 055	8471	
• Adultes	20 328	24 523	33 489	37 941	53 554	59 468	74 923	92618	
Lois									Mais les violences basées le genre et la discrimination envers les PVVIH et Populations clés notamment HSH existent
• Restrictions liés au VIH à l'entrée	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
• Qui criminalisent spécifiquement la transmission du VIH	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
• Qui criminalisent les rapports entre adultes de même sexe	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	

I. Paludisme

Indicateurs clé	2007	2010	2013	MDG6
Prévalence du paludisme EDS chez enfants < 5 ans	31%		23%	Inverser la tendance
Disponibilité des MILDs	9,2% (EDS)	51,0% (MICS)	72 % (EDS)	100% (80% PNLP)
Proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous MILDs	5,8% (EDS)	38,1% (MICS)	55,8% (EDS)	100% (80% PNLP)
Disponibilité des ACTs (WHO source)	26%	91%	62%	100%

Sources: EDS 2007, World malaria report 2009-2010-2011-2012-2013-2014, EDS 2013-2014, MICS 2010, PNLP rapport annuel 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012