

2024

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA RIPOSTE AU VIH/Sida



Août 2024

République Démocratique du Congo
Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida
Secrétariat Exécutif National

RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA RIPOSTE AU VIH/Sida



Août 2024

PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 31 Août 2024

© Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA. Tous droits de reproduction réservés.

Les publications produites par le PNMLS peuvent être obtenues sur Internet. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications du PNMLS – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Secrétariat Exécutif National du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document peut être librement commenté, cité, reproduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source et d'envoyer un exemplaire de l'ouvrage où sera reproduit l'extrait cité au Secrétariat Exécutif National du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document ne saurait être vendu ni utilisé à des fins commerciales.

PNMLS,

Croisement Boulevard Triomphal et Avenue de la Libération

Commune de Kasa-Vubu, Kinshasa,

République Démocratique du Congo

Tél : (+243)994001111 ; (+243)811787004

Courriel : contact@pnmls.cd

Site web : www.pnmls.cd

REMERCIEMENTS

Aux personnes ayant concouru à la rédaction et la finalisation de ce rapport :

Liévin KAPEND, Bernard BOSSIKY, Felly LONZOLO, Yves OBOTELA, Lisa NTUMBA, José MBUYI, JINETTE KAVIRA, Rolienne MUPAYA, Gabriel MUYA, Patrick BELANGANI, Isidore MABIALA, André MAYINDU (PNMLS), Aimé MBOYO, Apollinaire KILUNDU, Felly EKOFO, François MPANGA, Bogol MBOPE, Vicky MABIALA (Ministère de la Santé Publique/PNLS), Colette KINKELA (Ministère de la Santé Publique/PNLT), Marie-Josée MUJINGA, Serge TAMUNDELE (Ministère de la Justice et Garde des sceaux), Susan KASEDDE, Adamou DAMBAGI (ONUSIDA), George BLOCK (PNUD), Rogers Galaxy NGALAMULUME, Milan MINLANGU (CDC-PEPFAR), Ange MAVULA (UCOP+).

A tous les membres de la Task force nationale suivi et évaluation ;

Aux équipes des Secrétariats Exécutifs Provinciaux du PNMLS et des Coordinations Provinciales du PNLS et du PNLT (**toutes**) pour leur collaboration ;

Et à tous ceux dont la collaboration, les avis et commentaires ont contribué à la production du présent rapport.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
TABLE DES MATIERES.....	5
LISTE DES ACRONYMES	9
RESUME EXECUTIF DES RESULTATS GAM 2024.....	11
<i>Changements pour le cycle de rapports 2024</i>	<i>12</i>
<i>Indicateurs sans données disponibles en 2023 (comptant pour l'exercice GAM 2024).....</i>	<i>14</i>
<i>Indicateurs avec données disponibles en 2023 (comptant pour les exercices GAM 2024).....</i>	<i>16</i>
INTRODUCTION	22
I. PREVENTION COMBINEE DU VIH POUR TOUS	24
1.1. <i>Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)</i>	<i>25</i>
1.2. <i>Estimations de la taille des populations clés.....</i>	<i>26</i>
1.3. <i>Prévalence du VIH parmi les populations clés</i>	<i>27</i>
1.4. <i>Test du VIH parmi les populations clés</i>	<i>28</i>
1.5. <i>Utilisation du préservatif parmi les populations clés</i>	<i>29</i>
1.6. <i>Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés.....</i>	<i>30</i>
1.7. <i>Programmes de prévention du VIH dans les prisons</i>	<i>31</i>
1.8. <i>Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection</i>	<i>32</i>
1.9. <i>Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues</i>	<i>32</i>
1.10. <i>Pourcentage de consommateurs de drogues injectables recevant un traitement d'entretien par agoniste opioïde.....</i>	<i>33</i>
1.11. <i>Nombre de personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période de référence</i>	<i>33</i>
1.14. <i>Pourcentage de personnes interrogées qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, parmi celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois.....</i>	<i>35</i>
1.15. <i>Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois.....</i>	<i>35</i>
1.16. <i>Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement les deux moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH</i>	<i>36</i>

II. OBJECTIFS 95-95-95 LIES AU DEPISTAGE ET AU TRAITEMENT DU VIH.....	36
2.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	37
2.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	37
2.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	38
CASCADE DE TRAITEMENT 95-95-95	39
2.4. Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm ³ et <350 cellules/mm ³ durant la période de référence (Infection par le VIH à un stade avancé et diagnostic tardif de l'infection par le VIH)	40
2.5. Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés (volume de dépistage) et le pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier	41
2.6. Pourcentage de populations clés vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois	42
2.7. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes (Mortalité due au sida)	43
III. METTRE FIN AU SIDA PEDIATRIQUE ET ELIMINER LA TRANSMISSION VERTICALE.....	45
3.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives dont le statut VIH est connu	45
3.2. Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours des deux premiers mois de vie	46
3.3. Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois (Modélisation).....	47
3.4. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant	47
3.5. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage positif de la syphilis, et qui ont reçu un traitement	48
3.6. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances).....	49
3.7. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), qui ont été reconnues comme vivant avec le VHB, dont l'éligibilité au traitement a été évaluée et qui ont été traitées pour le VHB	50
IV. ÉGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES	50
4.1. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés	51

4.2. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont d'accord pour dire qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques.....	53
V. LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE	53
VI. REALISER LES DROITS DE L'HOMME ET METTRE FIN A LA STIGMATISATION ET A LA DISCRIMINATION.....	54
6.1. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui signalent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH.....	54
6.2. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui font état d'une stigmatisation internalisée	56
6.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans la communauté générale au cours des 12 derniers mois.....	56
6.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui rapportent des expériences de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé	57
6.5. Pourcentage de populations clés qui déclarent avoir été victimes de discrimination dans les établissements de santé.....	57
6.6. Evitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois	60
6.7. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes de violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et qui ont cherché une voie de recours.....	64
VII. COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE ET INTEGRATION	64
7.1. Prévalence de l'hépatite et de la co-infection par le VIH parmi les populations clés	65
7.2. Proportion de personnes commençant un traitement antirétroviral qui ont subi un test de dépistage du virus de l'hépatite C (VHC).....	65
7.3. Proportion de personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC.	65
7.4. Prévalence de la syphilis parmi les populations clés.....	66
7.5. Nombre d'hommes ayant signalé un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois.....	67
7.6. Taux de gonorrhée diagnostiquée en laboratoire chez les hommes dans les pays disposant de capacités de laboratoire pour le diagnostic	67
7.7. Pourcentage de cas incidents estimés de tuberculose (TB) liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.	67
7.8. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active parmi celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.....	68
7.9. Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence.....	69

7.10.	<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH initiant un traitement préventif de la tuberculose (TB) et sous traitement antirétroviral qui ont terminé un protocole de traitement préventif de la tuberculose</i>	70
7.11.	<i>Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé</i>	70
7.12.	<i>Pourcentage de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est positif et qui ont reçu un traitement pour ces lésions au cours des 12 derniers mois71</i>	
7.13.	<i>Pourcentage de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus qui ont été traitées au cours des 12 derniers mois.....</i>	71
7.14.	<i>Proportion de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral qui bénéficient d'une distribution multi mensuelle de médicaments antirétroviraux.....</i>	72
7.15.	<i>Couverture des modèles de prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale</i>	75
7.16.	<i>Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée</i>	76
VIII.	INVESTISSEMENTS ET RESSOURCES	76
8.1.	<i>Budget alloué aux programmes de riposte face au VIH et au sida, à partir de sources nationales publiques</i>	77
8.2.	<i>Antirétroviraux : prix unitaires et volume.....</i>	77
8.3.	<i>Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)</i>	77
	CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2022-2023.....	82
a)	<i>Difficultés rencontrées</i>	82
b)	<i>Mesures correctives</i>	83

LISTE DES ACRONYMES

ARV	Antirétroviral
BSS	Behavioural Surveillance Survey (Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de Séroprévalence)
CDI	Consommateur de drogues injectables (Cfr. UDI)
CDC	Central of Disease Control
CPN	Consultation prénatale
DSD	Differentiated Service Delivery (Prestation de service différenciée)
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
ESP	Ecole de Santé Publique
FHI360	Family Health International
FM	Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme
GAM	Global AIDS Monitoring
GARPR	Global AIDS Response Progress Report
GNP+	The Global Network of People Living with HIV/AIDS
HIAP	Health in All Policies
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey (Enquête de surveillance bio-comportementale)
ICW	The International Community of Women Living with HIV/AIDS
IPPF	The International Planned Parenthood Federation
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MESI	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
NASA	National AIDS Spending Assessment
NMF	Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial
ODD	Objectif du Développement Durable
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies contre le Sida
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
PID	Personnes qui s'injectent des drogues
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (Ministère de la Santé Publique)
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PODI	Poste de Distribution des antirétroviraux
PSSP	Progrès Santé sans Prix
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
ProVIC	Programme Intégré du VIH au Congo
RDC	République Démocratique du Congo
REDES	Ressources et Dépenses sur le VIH et le Sida
SEN	Secrétariat Exécutif National
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TB	Tuberculose
TARV	Traitement antirétroviral
TME	Transmission Mère-enfant
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose

TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCOP+	Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH
UDI	Utilisateur de drogues injectables (Cfr. UDI)
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida)
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VPH	Virus du Papillome humain

RESUME EXECUTIF DES RESULTATS GAM 2024



FAST-TRACK

ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030

Le rapport GAM est issu du système mis en place par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) pour surveiller et évaluer les progrès des pays dans la réponse au VIH/sida. Le GAM permet aux pays de rendre compte de leurs données et des indicateurs liés au VIH/sida, y compris la prévention, le traitement, et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Le rapport GAM inclut des statistiques sur les nouvelles infections au VIH, l'accès aux traitements antirétroviraux, et d'autres informations essentielles pour comprendre l'impact de la pandémie ainsi que pour formuler des réponses appropriées. Il vise à renforcer la transparence et à encourager l'efficacité des interventions dans la lutte contre le VIH/sida à l'échelle mondiale. Pour le rapport 2024 (portant sur les données de 2023), il est question de s'attaquer aux inégalités au niveau de la riposte au VIH en vue de mettre fin au sida d'ici 2030.

La Déclaration politique sur le sida de 2016 et le cadre de suivi du GAM qui y était associé (2016-2021) ont été structurés autour des 10 domaines de la Stratégie d'accélération, en mettant l'accent sur l'accélération du rythme d'extension des services. Les éléments qui sous-tendent les nouveaux objectifs mondiaux en matière de lutte contre le sida, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et la Déclaration politique sur le sida de 2021 montrent clairement que si l'on ne s'attaque pas aux inégalités au niveau de la riposte au sida, il sera impossible de mettre fin au sida d'ici à 2030¹.

Après l'épidémie de la COVID-19 qui a causé des difficultés aux systèmes de santé nationaux et à la capacité de relever les nouveaux défis, les experts mondiaux se sont accordés pour affirmer que la décennie en cours devrait accentuer le renforcement et l'intégration des efforts de santé, ce qui permettra d'obtenir de meilleurs résultats pour les citoyens qui ont besoin de différents services de santé.

En outre, les villes continuent à jouer un rôle essentiel dans la réussite des objectifs de la Déclaration politique des Nations Unies de 2021. L'initiative « Les villes s'engagent » de l'ONUSIDA vise à accélérer la réponse au VIH dans les zones urbaines, où vit la majorité des personnes touchées par le virus². Elle encourage les villes à adopter des objectifs ambitieux pour réduire les nouvelles infections, éliminer les discriminations et améliorer l'accès aux traitements. En mobilisant les gouvernements locaux, la société civile et les partenaires internationaux, l'initiative cherche à renforcer les systèmes de santé et à promouvoir des politiques inclusives. Cette approche collaborative aspire à créer des villes exemptes de VIH en mettant en œuvre des stratégies de prévention, de dépistage et de soins efficaces.

C'est dans ce cadre que, comme lors du round passé, outre les données nationales renseignées chaque année (données programmatiques, données d'estimation et de projection) dans le cadre du GAM, ce rapport fait aussi ressortir les données des villes pour chaque indicateur où cela était disponible. Cela permet un meilleur suivi des efforts fournis par les villes dans le cadre cette Initiative de l'ONUSIDA au cours des prochains exercices du GAM.

1 Pour en savoir plus sur les données probantes à la base de la Stratégie, voir : Examen des données : mise en œuvre de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA sur l'accélération de la riposte pour mettre fin au sida. 47e Réunion du Conseil de Coordination du Programme, 15-18 décembre 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB47_CRP3_Evidence_Review_EN.pdf)

2 Plus de la moitié de la population mondiale vit actuellement dans les villes et ces dernières abritent une proportion importante et croissante de personnes vivant avec le VIH, la tuberculose (TB) et d'autres maladies. Le risque de contracter une infection à VIH ou la tuberculose, de même que la vulnérabilité à ces maladies, sont souvent plus élevés dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales, en raison des dynamiques urbaines autour des réseaux sociaux, de la migration, du chômage et des inégalités sociales et économiques notamment.

Malgré les multiples contraintes connues les rounds passés, il sied de saluer le travail des experts-pays qui ont travaillé d'arrache-pied pour pouvoir renseigner les données de tous les indicateurs disponibles dans les temps. Cette année, le travail a été largement facilité par l'organisation d'un atelier de remplissage et de soumission des données tenu à Matadi du 22 au 25 mars 2024. Les données GAM de la RDC sont disponibles dans l'outil en ligne de l'ONUSIDA depuis le 30 mars 2024.

Pour le présent round du GAM, le nouveau cadre d'organisation du GAM pour le suivi de l'avancement vers les objectifs mondiaux est basé sur la structure de la Déclaration politique sur le sida de 2021. Il s'appuie sur huit domaines d'intervention fondamentaux, qui sont liés aux trois priorités stratégiques mondiales en matière de sida. Ces huit domaines sont :

- (i) Prévention combinée du VIH pour tous ;
- (ii) Objectifs 95-95-95 liés au dépistage et au traitement du VIH ;
- (iii) Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale ;
- (iv) Egalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles ;
- (v) Leadership communautaire ;
- (vi) Réaliser les droits de l'homme et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination ;
- (vii) Couverture de santé universelle et intégration ;
- (viii) Investissements et ressources.

En ce qui concerne les populations clés, les résultats compris dans le « Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés » réalisées dans 9 provinces de la RDC en 2022, rapport dont les données sont utilisées depuis le round passé, ont été reconduites pour ce round en l'absence de données plus récentes. Les données des trois provinces appuyées par le PEPFAR en RDC (Lualaba, Kinshasa et Haut-Katanga) représentant les personnes qui ont initié la PrEP ont permis de fournir les informations en rapport avec les personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP).

En outre, suite à la certification à 80% de la file active des patients sous ARV réalisée en 2018 et après l'audit de qualité des données réalisé dans les provinces appuyées par le PEPFAR en RDC (Lualaba, Haut-Katanga et Kinshasa) en 2022, le pays a dû procéder à une coupe de la file active de 20% pour plus se rapprocher de la réalité. Ces deux exercices de vérification ont été justifiés par une discordance entre la consommation des ARV et le nombre des patients effectivement sous traitement. Un audit de la file active sera réalisé bientôt sur l'ensemble de la RDC pour être fixé complètement sur la situation réelle du pays.

Au final, il sied de signaler que dans l'attente des résultats de l'EDS en cours, les données du MICS 2017-2018 demeurent une source de choix pour les données de connaissance du VIH chez les jeunes et pour celles sur les attitudes discriminatoires liées au VIH.

Les indicateurs nationaux compris dans ce document sont présentés dans le respect des orientations de l'ONUSIDA pour l'élaboration d'indicateurs de base du suivi mondiale de lutte contre le sida, édition 2024.

Ils reprennent la valeur globale (la ventilation par sexe et/ou par tranches d'âge étant reprise dans la section consacrée aux détails des indicateurs du présent rapport), la période de collecte ainsi que la source de données pour chaque indicateur. De plus, une brève explication est donnée pour chaque indicateur dont le pays ne dispose partiellement ou totalement pas d'information.

Certains indicateurs ont été modifiés sur la base des recommandations issues de la revue du suivi mondial de la lutte contre le sida par le Groupe consultatif technique en la matière, en intégrant également les commentaires d'autres parties prenantes.

Changements pour le cycle de rapports 2024

Les changements dans le cadre du rapport 2024 sont résumés ci-dessous :

- Quatre nouveaux indicateurs ont été inclus concernant la réalisation de l'égalité des sexes, la concrétisation des droits de l'homme et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination :
 - 4.3 Réceptivité des services de prise en charge du VIH aux besoins des femmes.

- 6.8 Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH parmi le personnel des établissements de santé.
- 6.9 Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes issues des populations clés au sein du personnel des établissements de santé (A-D).
- 6.10 Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes issues des populations clés au sein de la police (A-D).
- Trois nouveaux indicateurs ont été ajoutés sur la prise en charge de la maladie à un stade avancé du VIH et la prestation de services différenciés :
 - 2.8 Prise en charge de l'infection cryptococcique.
 - 7.15 Couverture des modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale.
 - 7.16 Suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH qui suivent des modèles de thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prestation de services différenciés.
- La terminologie a été actualisée dans l'ensemble des lignes directrices, les «prisonniers» étant remplacés par les «personnes vivant en prison ou dans d'autres lieux fermés».
- 1.4 Dépistage du VIH parmi les populations clés (A-D) :
 - Le nom de l'indicateur a été mis à jour et devient «Test VIH et connaissance du statut VIH parmi les populations clés» afin de mieux refléter l'objectif de cet indicateur.
- 2.4 Diagnostic tardif du VIH :
 - Le nom de l'indicateur a été mis à jour et devient «Maladie à VIH avancée et diagnostic tardif du VIH» afin de mieux refléter l'objectif de cet indicateur.
 - Désagrégation en fonction de la date du test du taux des cellules CD4 (au moment du diagnostic initial, au moment de l'initiation ou de la réinitialisation du traitement antirétroviral).
 - Des données seront demandées sur le nombre total de personnes ayant bénéficié d'un test CD4 au moment du diagnostic initial et de la réinscription aux soins au cours de la période de référence dans quatre catégories de numération des cellules CD4 (>200, 200 à <350, 350 à <500, ≥500). Ces informations permettront d'examiner la qualité des données afin de garantir l'exhaustivité des données sur le nombre de cellules CD4, ainsi que la couverture et la représentativité des données.
- 3.1 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes :
 - Les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront désormais rendre compte de cet indicateur dans le cadre de Spectrum.
- 6.6 Évitement des soins de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination (A-D) :
 - Cet indicateur a été modifié pour se référer spécifiquement à l'évitement des services de santé en général parmi les personnes issues des populations clés. Les trois autres sous-éléments précédemment inclus dans la définition de l'indicateur ont été supprimés pour le rapport 2024 : le renoncement au dépistage du VIH parmi toutes les personnes interrogées qui déclarent ne pas avoir subi de test VIH au cours des 12 derniers mois ; le renoncement aux soins de santé spécifiques au VIH parmi les personnes interrogées qui ont indiqué vivre avec le VIH et qui n'ont pas reçu ou ont cessé de recevoir des soins liés au VIH ; et le renoncement au traitement du VIH parmi les personnes interrogées qui ont indiqué vivre avec le VIH et qui n'ont jamais pris ou ont cessé de prendre un traitement contre le VIH.
- 7.8 Personnes vivant avec le VIH et atteintes d'une tuberculose active :
 - La terminologie a été mise à jour dans la définition de l'indicateur, passant de «tuberculose active» à «tuberculose maladie».
- 8.2 Médicaments antirétroviraux : prix unitaires et volume :
 - Cet indicateur a été élargi pour inclure d'autres régimes liés au VIH en plus des médicaments antirétroviraux.

L'ICPN pour le rapport 2024 est le questionnaire complet composé des parties A et B. Certaines nouvelles questions ont été introduites, d'autres ont été supprimées et la formulation de certaines des questions retenues lors des cycles précédents a été affinée. Ces modifications sont basées sur

l'expérience acquise lors des rapports précédents et reflètent l'évolution des recommandations politiques et des technologies disponibles.

Indicateurs sans données disponibles en 2023 (comptant pour l'exercice GAM 2024)³

- 1.2ABCDE. Estimations de la taille des populations clés
- 1.3ABCD. Prévalence du VIH parmi les populations clés
- 1.4ABCD. Test du VIH parmi les personnes transgenres
- 1.5ABCD. Utilisation du préservatif parmi les populations clés
- 1.6ABCD. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés
- 1.8. Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues
- 1.9. Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues
- 1.10. Couverture de traitement d'entretien par agonistes opioïdes⁴
- 1.14. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque
- 1.16. Connaissances en matière de prévention du VIH chez les jeunes
- 2.6ABCDE. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés
- 2.8. Prise en charge de l'infection cryptococcique
- 3.7. Hépatite B chez les femmes enceintes
- 4.1ABCD. Expérience de violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés
- 4.2. Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes
- 4.3. Réponse au genre des services de VIH
- 6.1. Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH
- 6.2. Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH
- 6.3. Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires
- 6.4. Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de santé
- 6.5ABCD. Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés
- 6.6ABCD. Évitement des services de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- 6.7. Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours contre la violation des droits
- 6.8. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH parmi le personnel des établissements de santé
- 6.9ABCD. Attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés parmi le personnel des établissements de santé
- 6.10ABCD. Attitudes discriminatoires de la police à l'égard des populations clés
- 7.1. Hépatite virale parmi les populations clés
- 7.4ABCD. Prévalence de la syphilis parmi les populations clés
- 7.5. Hommes souffrant d'écoulement urétral

³ Au niveau de chaque indicateur, le premier chiffre représente le numéro de l'engagement (il y en a huit) et le second chiffre, le rang de l'indicateur dans l'ensemble de ceux calculés dans l'engagement.

⁴ Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) est une thérapie efficace contre la dépendance aux opioïdes comme l'héroïne, l'oxycodone, l'hydromorphone (Dilaudid), le fentanyl et le Percocet

7.6. Blennorragie chez les hommes

7.10. Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont achevé un protocole de traitement préventif de la tuberculose

7.12. Traitement du pré-cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH

7.13. Traitement du cancer du col de l'utérus invasif pour les femmes vivant avec le VIH

7.16. Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée

8.1. Budget national public pour la riposte au VIH

8.2. Antirétroviraux : prix unitaires et volume

8.3. Dépenses de lutte contre le VIH/Sida en fonction de l'origine des ressources

Indicateurs avec données disponibles en 2023 (comptant pour les exercices GAM 2024)

Tableau I : Synthèse des résultats des indicateurs avec données en 2022 et 2023 (comptant pour l'exercice GAM 2022 et 2023) de la RDC

Indicateurs	Désagréations	2023		
		% / Nbre	Année de collecte	Sources
1.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)	0-14 ans	0,11	2023	Estimations SPECTRUM 2024 v.6.35
	15-24 ans	0,21		
	15-49 ans	0,24		
	50 ans et plus	0,08		
	Total	0,17		
1.2. Estimations de la taille des populations clés	PS	525 719	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	210 173		
	PID	168 184		
	TG	56 530		
1.3E. Prévalence du VIH parmi les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés		1.4%	2023	Rapport d'activités du Ministère de la Justice
1.5. Utilisation du préservatif parmi les populations clés	PS	47.6%	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	56.9%		
	PID	29.5%		
	TG	51.6%		
1.6. Couverture des programmes de prévention VIH parmi les populations clés	PS	37.9%		Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	39.4%		
	PID	22.5%		
	TG	49.9%		
1.7. Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés aux détenus	Préservatifs distribués	38 992	2023	Rapport d'activités du Ministère de la Justice

Indicateurs	Désagrégations	% / Nbre	2023		
			Année de collecte	Sources	
	Détenus sous TARV	357			
	Détenus testés pour le VIH	2 793			
1.8. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Total	22.8%	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)	
1.11. Nombre de personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période de référence	Total	23 349	2023	Rapport d'activités PEPFAR 2023	
1.15. Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois	Préservatifs masculins	18 007 773	2023	Rapport annuel PNMLS 2023	
	Préservatifs féminins	770 512			
2.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	Enfants	51,9%	2023	Rapport PNLs 2023 (Numérateur) et SPECTRUM 2024 v.6.35 (Dénominateur)	
	Adultes	M			91,3%
		F			90,7%
	Total	87,1%			
2.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	Enfants	44,1%	2023	Rapport PNLs 2023 (Numérateur) et SPECTRUM 2024 v.6.35 (Dénominateur)	
	Adultes	M			91,1%
		F			90,5%
	Total	86,1%			
2.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a	Enfants	14,6%	2023	Rapport PNLs 2023	

Indicateurs	Désagrégations		2023		
			% / Nbre	Année de collecte	Sources
été supprimé	Adultes	M	32,2%	2023	(Numérateur) et SPECTRUM 2024 v.6.35 (Dénominateur)
		F	30,2%		
	Total	29,3%			
Cascade de traitement en RDC	1 ^{er} 95		87%	2023	Rapport PNLs 2023 et SPECTRUM 2024 v.6.35
	2 ^{ème} 95		86%		
	3 ^{ème} 95		77%		
2.4. Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm ³ et <350 cellules/mm ³ durant la période de référence	Enfants		9,5%	2023	Rapport PNLs 2023
	Adultes	M	30,1%		
		F	26,5%		
Total			25,5%		
2.5. Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier	Total		2,7%	2022	Rapport PNLs 2023
2.7. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	Hommes		8	2023	Estimations SPECTRUM 2024 v.6.35
	Femmes		9		
	Tous		9		
3.1. Pourcentage de femmes ayant un statut de VIH connu (basé sur le dénominateur basé sur la population)			44.0%	2023	Rapport PNLs 2023
3.2. Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours des deux premiers mois de vie			11.9%	2023	Rapport PNLs 2023 (Numérateur) et SPECTRUM 2024 v.6.35 (Dénominateur)

Indicateurs	Désagrégations	2023		
		% / Nbre	Année de collecte	Sources
3.3. Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois (Modélisation)		26.0%	2023	Estimations SPECTRUM 2024 v.6.35
3.4. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant		39.8%	2023	Rapport PNLS 2022 (Numérateur) et SPECTRUM 2024 v.6.35 (Dénominateur)
3.5C. Pourcentage de femmes fréquentant les services de soins prénatals avec une sérologie syphilis positive qui ont été traitées de manière adéquate		15.3%	2023	Rapport PNLS 2023
3.6. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)		0,04%	2023	Rapport PNLS 2023
4.1. Expérience de violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés	PS	27.8%	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	26.1%		
	PID	27.7%		
	TG	23.5%		
6.5. Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés	PS	33.2%	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	31.9%		
	PID	29.9%		
	TG	32.1%		
6.6. Évitement des services de santé par les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination	PS	13.5%	2022	Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés (PNLS 2022)
	HSH	17.8%		
	PID	14.0%		
	TG	18.0%		

Indicateurs	Désagrégations	2023		
		% / Nbre	Année de collecte	Sources
7.2. Pourcentage de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)		0.2%	2023	DHIS2
7.3. Pourcentage de personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC		31.8%		DHIS2
7.7. Pourcentage de cas incidents estimés de tuberculose (TB) liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH		ND	2022	Rapport PNLT/Rapport PNLS 2023 (Numérateur) et Rapport OMS 2023 (Dénominateur)
Nombre de patients atteints de la TB (nouveaux cas et rechutes) qui ont commencé un traitement contre la TB au cours de la période de référence et qui étaient déjà sous traitement antirétroviral, ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant le traitement contre la TB au cours de l'année de référence	Porte TB	13 096	2023	Rapport PNLT 2023
7.8. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence		6.5%	2022	Rapport PNLS 2023
7.9. Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence		59.0%	2022	Rapport PNLS 2023
7.11. Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus		348	2023	DHIS2
7.14A. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant moins de 3 mois de médicaments antirétroviraux	Moins de 15 ans	4.1%	2023	DHIS2
	15 ans et plus	1.7%		
	Tous	1.8%		
7.14B. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites	Moins de 15 ans	48.4%	2023	DHIS2

Indicateurs	Désagrégations	% / Nbre	2023		
			Année de collecte	Sources	
<i>sous traitement antirétroviral et recevant des médicaments antirétroviraux pendant 3 à 6 mois</i>	<i>15 ans et plus</i>	25.3%			
	<i>Tous</i>	26.6%			
<i>7.14C. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral et bénéficiant d'une dispensation multi mensuelle de médicaments antirétroviraux pendant 6 mois ou plus</i>	<i>Moins de 15 ans</i>	47.6%	2023	DHIS2	
	<i>15 ans et plus</i>	73.0%			
	<i>Tous</i>	71.6%			
<i>7.14D. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant une dispensation de plusieurs mois (3 mois ou plus) de médicaments antirétroviraux</i>	<i>Moins de 15 ans</i>	95.9%	2023	DHIS2	
	<i>15 ans et plus</i>	98.3%			
	<i>Tous</i>	98.2%			
<i>7.15. Pourcentage de personnes inscrites dans des modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée (DSD) parmi toutes les personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale</i>		42%	2023	DHIS2	
<i>8.3. Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources</i>	USD	2021	227 825 456	2022	Rapport REDES 2018-2019-2020-2021

INTRODUCTION

Le rapport GAM (Global AIDS Monitoring) vise à fournir un aperçu complet des progrès accomplis dans la réponse mondiale au VIH/sida, ainsi qu'à identifier les défis persistants et les opportunités d'amélioration. En tant qu'outil essentiel pour la surveillance et l'évaluation des réponses nationales au VIH, le GAM collecte des données critiques qui guident les politiques de santé et les allocations de ressources.

Lors de la Réunion de Haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2021, les chefs d'État ont reconnu les défis exacerbés par la pandémie de COVID-19 et ses conséquences sur la réponse au VIH. Cette déclaration a souligné la nécessité d'un renforcement des systèmes de santé, d'un engagement continu pour financer la lutte contre le VIH/sida, et d'adopter une approche plus intégrée qui aborde non seulement le VIH, mais aussi d'autres maladies et déterminants sociaux de la santé. Ils ont fixé des objectifs clairs pour accélérer les progrès vers l'élimination du sida, y compris la réduction des nouvelles infections et l'élimination de la stigmatisation associée au VIH.

Cette dernière déclaration fait suite à cinq déclarations précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, la Déclaration sur le VIH/sida de 2011, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2021.

Les États membres avaient adopté à l'unanimité la Déclaration de 2001 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Cette déclaration reflétait le consensus mondial reposant sur un cadre d'action pour atteindre l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement, visant à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance à l'horizon 2015. Elle reconnaissait la nécessité de mener une action multisectorielle et d'agir à la fois à l'échelle mondiale, régionale et nationale afin d'éviter de nouvelles infections à VIH, d'étendre l'accès aux soins de santé et d'atténuer l'impact de l'épidémie. La Déclaration politique 2006 reconnaissait le besoin urgent de proposer un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. La Déclaration politique de 2011 dressait 10 objectifs précis visant à intensifier les efforts pour éradiquer le VIH et le sida. La Déclaration politique de 2016 s'est concentrée sur les 5 années qui suivaient (2017-2021) avec, en ligne de mire, un accent particulier sur les Objectifs du Développement Durable (2015 à 2030). Il s'agissait d'une déclaration ambitieuse visant à « mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030 » et dont les éléments clés comprenaient l'engagement à atteindre les objectifs de traitement pour 30 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2020, la nécessité de promouvoir des stratégies de prévention efficaces, et l'importance de garantir l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables.

Bien que ce soit les gouvernements qui aient adopté ces différentes déclarations, la vision va bien au-delà du domaine étatique pour s'étendre au secteur privé et aux syndicats, aux organisations confessionnelles, aux organisations non gouvernementales (ONG) et autres entités de la société civile, notamment celles qui représentent les personnes vivant avec le VIH.

En effet, le succès de la riposte au sida doit se mesurer à la réalisation d'objectifs concrets et limités dans le temps, accompagnés d'un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements de la Déclaration politique sur le sida de 2021. Il est indispensable de suivre minutieusement les progrès de la mise en œuvre des engagements afin de permettre au Secrétaire Général des Nations Unies de publier un rapport annuel d'activités. C'est là qu'intervient la nécessité d'avoir un rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida qui présente les données et informations stratégiques actualisées, qui identifie les défis et contraintes, et qui recommande des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs fixés au niveau mondial.

Le nouveau cadre d'organisation du GAM pour le suivi de l'avancement vers les objectifs mondiaux est basé sur la structure de la Déclaration politique sur le sida de 2021. Il s'appuie sur huit domaines d'intervention fondamentaux, qui sont liés aux trois priorités stratégiques mondiales en matière de sida qui sont les suivantes :

- 1) Maximiser l'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH ;
- 1) Éliminer les obstacles à l'obtention de résultats en matière de VIH ; et

- 2) Consacrer toutes les ressources nécessaires à des ripostes efficaces et intégrées au VIH maintenir.

Le Rapport mondial du suivi de la réponse au sida 2024 (GAM 2024) constitue le septième du genre depuis l'établissement des Objectifs de Développement Durable (ODD) en remplacement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : le premier rapport en 2016, le deuxième ayant couvert les deux années suivantes, le troisième en 2019, le quatrième en 2020, le cinquième en 2021 et le sixième couvrant la période 2022-2023.

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires se sont associés afin de rassembler les directives unifiées concernant les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé, qui ont alimenté les directives associées aux rapports d'activités sur la riposte au sida dans le monde.

Dans les précédentes séries de rapports, les pays ont été encouragés à intégrer des indicateurs dans leurs efforts de surveillance continue. Ces indicateurs sont conçus afin de les aider à évaluer la situation de leur riposte nationale ainsi que leurs progrès pour atteindre les objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH. Ils contribuent également à mieux comprendre la riposte mondiale à l'épidémie du VIH, notamment les progrès pour atteindre les objectifs mondiaux présentés dans la Déclaration politique de 2021 et les Objectifs de Développement Durable.

Ces directives sont conçues pour améliorer la qualité et la pertinence des données collectées au niveau des Etats, favorisant la précision des conclusions tirées à l'échelle nationale, régionale et mondiale.

Le rapport GAM 2024 s'est inscrit dans ce contexte mondial, en fournissant des données et des analyses cruciales pour soutenir les efforts visant à atteindre les objectifs fixés dans les déclarations de 2016 et 2021. Il mettra également en lumière les meilleures pratiques et les innovations dans la réponse au VIH, tout en appelant à un engagement renouvelé de la part du pays, des donateurs et des organisations communautaires afin d'assurer que les promesses faites se traduisent par des résultats tangibles sur le terrain.

Ainsi la RDC, au travers un processus inclusif des acteurs engagés dans la lutte contre le VIH et le sida, vient de produire ce rapport narratif GAM 2024 (contenant, pour la plupart des indicateurs, les données de 2023)⁵ présentant les résultats finaux et les progrès qui placent la riposte au sida une fois encore parmi les priorités de l'Agenda du développement post-2015.

MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration du rapport GAM 2024 s'est déroulé sous le leadership du Secrétariat Exécutif National du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (SEN-PNMLS) avec la participation de l'ensemble des parties prenantes dans la lutte contre le sida au niveau national, plus particulièrement les Experts de la Task-Force national Suivi-Evaluation.

Ce processus s'inscrit dans la continuité d'un exercice commencé depuis 2005 et qui a obéi aux orientations fixées dans les directives du niveau mondial. Le groupe de travail mis en place par la task force suivi et évaluation avait pour tâche la collecte, le traitement et l'analyse des données des indicateurs, ainsi que la soumission des données sur l'outil ad hoc du site web de l'ONUSIDA (www.aidsreportingtool.unaids.org) intervenu le 30 mars 2024. Les différents programmes spécialisés du Ministère de la Santé (PNLS, PNLT, ...) ainsi que d'autres Ministères (en l'occurrence le Ministère de la Justice) ont contribué de manière significative à fournir les informations nécessaires pour le calcul de la majeure partie des indicateurs.

Malgré les multiples contraintes connues les rounds passés, il sied de saluer le travail des experts-pays qui ont travaillé d'arrache-pied pour pouvoir renseigner les données de tous les indicateurs disponibles dans les temps. Cette année, le travail a été largement facilité par l'organisation d'un atelier de remplissage des données tenu à Matadi du 22 au 25 mars 2024. Les données GAM de la RDC sont disponibles dans l'outil en ligne de l'ONUSIDA depuis le 30 mars 2024.

⁵ Avec l'avènement des ODD, le « Rapport global sur l'état d'avancement de la réponse au VIH » (GARP) est devenu « Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida » (GAM) pour sanctionner cet aspect de suivi continu voulu par les Chefs d'Etat dans le cadre du « Fast-track » de l'ONUSIDA.

Après cette première partie du processus, le Département de Suivi-Evaluation du SEN-PNMLS s'est chargé, comme à l'accoutumée, de la rédaction du présent rapport narratif dès la fin du premier semestre de l'année 2024.

RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

Cette section détaille le niveau d'atteinte des indicateurs tels que synthétisés dans le tableau 1 portant récapitulatif des indicateurs pertinents du Rapport GAM 2024. Elle renseigne sur les efforts du pays dans la réponse nationale au VIH/sida jusqu'au 31 décembre 2023.

Les informations sont fournies suivant l'ordre de classification des indicateurs, la séquence des huit domaines d'intervention fondamentaux et les cibles contenus dans le document des directives sur l'élaboration du rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida en 2024, à savoir :

- 1) Prévention combinée du VIH pour tous ;
- 2) Objectifs 95-95-95 liés au dépistage et au traitement du VIH ;
- 3) Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale ;
- 4) Egalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles ;
- 5) Leadership communautaire ;
- 6) Réaliser les droits de l'homme et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination ;
- 7) Couverture de santé universelle et intégration ;
- 8) Investissements et ressources.

En ce qui concerne les populations clés, les résultats compris dans le « Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés » réalisées dans 9 provinces de la RDC en 2022, données utilisées depuis le round passé, ont été reconduites pour ce round en l'absence de données plus récentes. Les données des trois provinces appuyées par le PEPFAR en RDC (Lualaba, Kinshasa et Haut-Katanga) représentant les personnes qui ont initié la PrEP ont permis de fournir les informations en rapport avec les personnes recevant un traitement prophylactique préexposition.

En outre, suite à la certification à 80% de la file active réalisée en 2018 et après l'audit de qualité des données réalisé dans les provinces appuyées par le PEPFAR en RDC (Lualaba, Haut-Katanga et Kinshasa) en 2022, le pays a dû procéder à une coupe de la file active de 20% pour plus se rapprocher de la réalité. Ces deux exercices de vérification ont été justifiés par une discordance entre la consommation des ARV et le nombre des patients sous traitement. Un audit de la file active sera réalisé bientôt sur l'ensemble de la RDC pour être fixé complètement sur la situation réelle du pays.

Au final, il sied de signaler que dans l'attente des résultats de l'EDS en cours, les données du MICS 2017-2018 demeurent une source de choix pour les données de connaissance du VIH chez les jeunes et pour celles sur les attitudes discriminatoires liées au VIH.

I. PREVENTION COMBINEE DU VIH POUR TOUS

Ce premier domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Réduire le nombre des nouvelles infections au VIH à moins de 370 000 d'ici à 2025 ;
- ii) Veiller à ce que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH - dans tous les groupes épidémiologiquement pertinents, toutes les tranches d'âge et tous les contextes géographiques - aient accès à des options de prévention combinée appropriées, hiérarchisées, centrées sur la personne et efficaces, et les utilisent ;
- iii) Réduire le nombre de nouvelles infections au VIH parmi les adolescentes et jeunes femmes à moins de 50 000 d'ici à 2025 ;

- iv) Veiller à la disponibilité de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour 10 millions de personnes exposées à un risque important de VIH et de la prophylaxie post-exposition (PEP) pour les personnes récemment exposées au VIH d'ici à 2025 ;
- v) 95 % des personnes exposées au VIH dans les contextes humanitaires utilisent des options de prévention combinée appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.

Ce domaine d'intervention comprend seize indicateurs dont la majeure partie contient des données disponibles pour 2022. En guise de nouveauté, les résultats contenus dans le Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés réalisées dans 9 provinces de la RDC en 2022 nous fournissent une mine d'informations qui nous permettent de remplir une grande partie des indicateurs en rapport avec ce domaine d'intervention.

1.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)

Cet indicateur représente la mesure de l'incidence du VIH. Il mesure les progrès accomplis dans l'élimination de l'épidémie de sida.

L'objectif final de la lutte mondiale contre le sida est de réduire le nombre de nouvelles infections à moins de 200 000 en 2030. Suivre l'évolution du nombre de nouvelles infections dans le temps permet de mesurer les progrès accomplis par rapport à cet objectif. Cet indicateur est l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS.

Les données ci-dessous proviennent du fichier SPECTRUM-RDC de 2024 (version 6.35).

Tableau II : Incidence du VIH par tranches d'âges

Paramètres	Tranches d'âges					TOTAL
	0-14 ans	15-24 ans	15-49 ans	50 ans et plus		
<i>Nombre de nouvelles infections pendant la période de référence</i>	6 446	4 900	13 360	928		20 734
<i>Nombre total de personnes non infectées (ou personnes-années exposées)</i>	57 711 754	23 686 166	54 622 086	11 323 364		123 664 258
1. Population générale	57 763 334	23 737 497	54 985 500	11 425 322		124 180 872
2. Personnes vivant avec le VIH	51 580	51 331	36 3414	10 1958		516 614
<i>Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1000 personnes non infectées</i>	0.11	0.21	0.24	0.08		0.17

Source : SPECTRUM-RDC de 2024 (version 6.35)

Sur base des données présentées ci-haut, il ressort que l'incidence globale du VIH est de 0,17 en 2023. Cette incidence est plus grande chez les 15-49 ans.

Tableau III : Incidence du VIH par sexe et par âge

Paramètres	Sexe et âge									
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Total	Total
	0-14 ans	0-14 ans	15-24 ans	15-24 ans	15-49 ans	15-49 ans	50 ans et plus	50 ans et plus	Hommes	Femmes
<i>Nombre de nouvelles infections pendant la période de référence</i>	3 257	3 189	1 376	3 524	4 547	8 813	363	565	8 160	12 606

Nombre total de personnes non infectées (ou personnes-années exposées)	28 927 176	28 784 578	11 817 204	11 868 962	27 155 137	27 466 949	5 345 081	5 978 283	61 431 490	62 233 268
1. Population générale	28 953 108	28 810 226	11 836 863	11 900 634	27 286 358	27 699 142	5 383 314	6 042 008	61 626 224	62 554 648
2. Personnes vivant avec le VIH	25 932	25 648	19 659	31 672	131 221	232 193	38 233	63 725	194 734	321 380
Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1000 personnes non infectées	0.11	0.11	0.12	0.30	0.17	0.32	0.07	0.09	0.13	0.20

Source : SPECTRUM-RDC de 2024 (version 6.35)

Sur base des données présentées ci-haut, il ressort que l'incidence globale du VIH est plus grande chez les femmes que chez les hommes.

1.2. Estimations de la taille des populations clés

Dans cet indicateur, il est question d'estimer le nombre de personnes adoptant les comportements qui exposent la population donnée au risque de transmission du VIH ou une mesure alternative pour ces types de comportements. Parmi cette population, il y a spécifiquement :

- Les Professionnels du sexe ;
- Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- Les Personnes qui s'injectent des drogues ;
- Les Personnes transgenres ;
- Les Prisonniers et autres détenus.

La planification du programme pour les populations clés peut s'avérer plus efficace si la taille de ces populations peut être évaluée avec précision. Les chiffres permettent aux programmes nationaux destinés à la lutte contre le sida, aux ministères de la santé, aux donateurs et aux organisations multilatérales à but non lucratif d'attribuer efficacement des ressources qui répondent de manière appropriée aux besoins en matière de prévention des populations spécifiques les plus exposées. Les estimations de la taille sont également importantes pour modéliser l'épidémie du VIH.

En RDC pour cette année, les estimations produites sont tirées du Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés réalisés dans 9 provinces en 2022 et concernait les professionnels de sexe⁶, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes⁷, les consommateurs de drogues injectables⁸ et les personnes transgenres⁹. Il n'existe pas encore d'estimation de la taille pour les personnes transgenres et les détenus.

6 Pour cette estimation de la taille, le professionnel de sexe est défini comme un individu de sexe féminin qui remplissaient les critères suivants ont été incluses dans l'étude : (1) Avoir atteint l'âge de 18 ans ou être un mineur émancipé (âgé d'au moins 15 ans et capable de subvenir à ses besoins sans assistance), (2) Avoir obtenu la majeure partie de leurs revenus des 12 derniers mois (plus de la moitié) à partir de l'exercice de la prostitution, (3) Avoir résidé dans la ville de l'étude pendant au moins 3 mois, et (4) Posséder un état mental sain et être capable et disposé à participer à l'étude.

7 Pour cette estimation de la taille, l'homme ayant des rapports sexuels avec des hommes est défini comme un individu : (1) Né de sexe masculin, (2) Avoir atteint l'âge de 18 ans ou être un mineur émancipé (âgé d'au moins 15 ans et capable de subvenir à ses besoins sans assistance), (3) Ayant eu des rapports sexuels anaux ou oraux (actifs ou passifs) avec un homme au cours des 12 derniers mois, (4) Avoir résidé dans la ville de l'étude pendant au moins 3 mois, (5) Posséder un état mental sain et être capable et disposé à participer à l'étude, et (6) Avoir été recommandé par un pair et disposer d'un coupon de recrutement valide.

8 Pour cette estimation de la taille, le consommateur de drogues injectables est défini comme tout homme et toute femme qui remplissaient critères suivants : (1) Avoir atteint l'âge de 18 ans ou être un mineur émancipé (âgé d'au moins 15 ans et capable de subvenir à ses besoins sans assistance), (2) Avoir utilisé la voie intraveineuse pour

Les données ci-dessous sont les données globales de l'étude d'estimation de la taille¹⁰ qui a été réalisée en 2022 dans 9 provinces (plus spécifiquement dans 9 villes de : Kinshasa, Kananga, Goma, Mbandaka, Kalemie, Lisala, Gemena, Tshikapa, Kindu).

Tableau IV : Estimation de la taille des populations clés en 2022

Catégories	Année	Taille / Nombre
<i>Professionnels de sexe (PS)</i>	2022	525 719
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</i>		210 173
<i>Personnes qui s'injectent des drogues (PID)</i>		168 184
<i>Personnes transgenres (TG)</i>		56 530

Source : Estimation de la taille des populations clés en 2022

Le tableau ci-haut révèle, comme on pouvait le pressentir, que les professionnels de sexe sont plus nombreux que les HSH et UDI. Ce rapport vient de fournir la première estimation des personnes transgenres en RDC. Il n'y a pas encore, à proprement parler, d'estimations pour les détenus. Pour ces derniers, il sied de retenir que la Direction des Services pénitentiaires du Ministère de la Justice de la RDC présente habituellement une moyenne de 30 000 détenus par an.

Ci-dessous le tableau d'estimation de la taille des populations clés par villes.

Tableau V : Estimation de la taille des populations clés par villes en 2022

Villes	PS	HSH	PID	TG
<i>Kinshasa</i>	35 877	17 430	6 905	2 765
<i>Kananga</i>	2 938	1 167	880	436
<i>Gemena</i>	2 642	246	1 098	
<i>Goma</i>	15 791	4 155		662
<i>Mbandaka</i>	2 493	1 142	1 369	332
<i>Kalemie</i>	4 171	1 030	766	285
<i>Tshikapa</i>	2 969			
<i>Lisala</i>	1 869	847	1 022	
<i>Kindu</i>	2 325	1 232	755	467

Source : Estimation de la taille des populations clés en 2022

Les PS des 9 villes ci-dessus ont fait l'objet d'une estimation directe par l'enquête. L'estimation indirecte a été utilisée pour d'autres villes¹¹. Même chose pour les HSH¹². Les PID ont été trouvés dans toutes les villes touchées dans le cadre de cette enquête sauf à Tshikapa, tandis que les personnes transgenres n'ont pas été trouvées à Tshikapa, Gemena et Lisala.

1.3. Prévalence du VIH parmi les populations clés

Il n'y a pas de données récentes disponibles pour les PS, les HSH et les PDI. Pour les prisonniers, le taux de séropositivité dans les prisons ciblées en 2023 a été de 1,4%. Ces données proviennent des activités du Ministère de la Justice réalisées dans les prisons de Bukavu, Kalemie, Goma, Kananga et Kinshasa.

consommer des drogues, sans raison médicale, au cours des 12 derniers mois, (3) Avoir résidé dans la ville de l'étude pendant au moins 3 mois, (4) Posséder un état mental sain et être capable et disposé à participer à l'étude, et (5) Avoir été recommandé par un pair et disposer d'un coupon de recrutement valide.

9 Pour cette estimation de la taille, la personne transgenre est tout individu : (1) né de sexe masculin se reconnaissant transgenre ; (2) Avoir eu un rapport pénétratif avec un homme dans les 6 derniers mois ; (3) Avoir au moins 18 ans d'âge ou être un mineur émancipé ayant au moins 15 ans ; (4) Résider dans la ville ou la région de l'étude depuis au moins 3 mois ; (5) Être mentalement sain et capable de fournir un consentement éclairé à participer à l'enquête/étude ; et (6) Avoir été recommandé par un pair et disposer d'un coupon de recrutement valide.

10 La méthodologie employée comprenait les méthodes suivantes : objet unique, Événement social et Capture-recapture.

11 Rapport de la cartographie et estimation de taille des populations clés réalisés dans 9 provinces, décembre 2022, p. 199

12 Op.cit., p.200

N.B. Effectif pour les cinq prisons : 2793 prisonniers ayant fait l'objet d'un dépistage, parmi lesquels 38 cas VIH+.

RAPPEL

Selon les résultats de l'IBBS en 2019, la prévalence du VIH est élevée dans différents groupes cibles enquêtés pour lesquelles les prévalences dépassaient nettement celle documentée dans la population générale. Il apparaissait néanmoins que les adolescents avaient des prévalences moins élevées par rapport aux personnes plus âgées.

Les prévalences du VIH étaient présentées par province. Le choix des provinces ayant été raisonné ne permet pas de prime à bord d'estimer les prévalences nationales pour chacune des cibles enquêtées. Cependant, les tailles des échantillons enquêtés étant substantielles, la majorité des sites où se trouvaient les populations clés étant inclus dans l'étude, on pouvait raisonnablement postuler que la fusion des échantillons de toutes les provinces pourrait donner une estimation des prévalences pour l'ensemble du pays.

Ainsi, la prévalence du VIH pour les PS au niveau national était estimée à 7,7% (IC à 95 : 6,7 – 8,7) ; celle des HSH étant de 7,1% (IC à 95% : 5,5 – 8,8), et celle des PDI étant estimée à 3,9% (IC à 95 : 2,0 – 5,8).

Peu de personnes ayant déjà fait le test de VIH, la proportion de ceux qui connaissaient leur statut sérologique, qui étaient sous traitement et dont la charge virale était supprimée ne représentait pas la réalité des choses vu le nombre peu élevé des personnes qui en réalité avaient déjà fait le test et en connaissaient le résultat.

Les données de cette enquête indiquaient les actions devant être menées en termes de sensibilisation, de promotion et d'offre de services conviviaux, non discriminant, non stigmatisant et complets auxquelles il faudra penser, les régions qu'il faudra particulièrement cibler pour l'atteinte des objectifs fixés dans le plan stratégique.

Les indicateurs en rapport avec les prisonniers et autres détenus permettent d'évaluer le taux de séropositivité dans les cachots, prisons et autres lieux de détention. On veut ici mesurer les efforts entrepris pour réduire la prévalence du VIH dans ces milieux.

En effet, dans beaucoup de pays, la prévalence du VIH chez les détenus est plus grande que celle de la population générale. Réduire la prévalence chez les détenus est un bon levier pour mesurer la riposte nationale au VIH.

Les données collectées en RDC proviennent souvent des séances de sensibilisation organisées par le Ministère de la Justice dans les prisons de quelques villes du pays. Les prisonniers de ces villes ont été sensibilisés et le nombre des patients sous TARV est tiré des services de santé pénitentiers.

A titre d'exemple, selon les données de 2015 (comptant pour le GARPR 2016, le taux de séropositivité dans les prisons des villes ciblées (Bukavu, Matadi, Goma, Mbuji-Mayi, Kisangani et Kinshasa) a été globalement estimé à 3,9%. En 2018, le taux de séropositivité dans les prisons ciblées a été de 1,6%.

Rappelons que ces données ne sont pas à comparer au fil du temps vu que les prisons touchées par les activités du Ministère de la Justice ne sont pas les mêmes chaque année.

En 2019, le taux de séropositivité dans les prisons ciblées a été de 0,8%. Ces données provenaient des activités du Ministère de la Justice réalisées dans 7 prisons de la RDC : Bukavu, Matadi, Bunia, Kalemie, Kikwit, Kananga et Goma. En 2020, les activités se sont déroulées dans 3 prisons centrales seulement : Kalemie, Bukavu et Kananga.

1.4. Test du VIH parmi les populations clés

S'assurer que les personnes vivant avec le VIH reçoivent les soins et les traitements nécessaires pour mener une vie saine et productive et réduire le risque de transmission du VIH exige qu'elles connaissent leur statut sérologique. Dans de nombreux pays, cibler le dépistage et le conseil sur les lieux et les populations les plus touchés par le VIH est le moyen le plus efficace d'atteindre les personnes vivant avec le VIH et de s'assurer qu'elles connaissent leur statut sérologique. Cet indicateur rend compte de l'efficacité des interventions de dépistage du VIH ciblant les populations à haut risque d'infection par le VIH.

Les données ne sont pas disponibles pour ce round pour toutes les populations clés. Les données les plus récentes sont celles de l'IBBS 2018-2019 renseignés dans le Rapport GAM 2021.

1.5. Utilisation du préservatif parmi les populations clés¹³

A. Les professionnels de sexe

Cet indicateur renseigne sur les progrès dans la prévention de l'exposition au VIH chez les professionnel(le)s du sexe par des rapports sexuels non protégés avec des clients.

Divers facteurs augmentent le risque d'exposition au VIH chez les professionnel(le)s du sexe, y compris des partenaires multiples et non réguliers et des rapports sexuels plus fréquents. Cependant, les professionnel(le)s du sexe peuvent réduire considérablement le risque de transmission du VIH, à la fois pour eux(elles)-mêmes et pour leurs clients, en utilisant systématiquement et correctement les préservatifs.

Remarque : les pays avec des épidémies généralisées peuvent également avoir une sous-épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Si tel est le cas, il serait utile de calculer et de rendre compte de cet indicateur pour cette population.

Les données placées dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

L'analyse des données de ce rapport indiquait que près d'une professionnelle de sexe sur deux a utilisé un préservatif avec leur dernier client. Dans le IBBS 2018-2019, on en était à 74% du taux d'utilisation du préservatif parmi les professionnelles de sexe, alors que dans l'EDS 2013-2014, ce même taux ne dépassait pas les 12% dans la population générale. Cela constituait une petite indication sur le fait que les professionnelles de sexe utilisent plus systématiquement le préservatif que dans la population générale, même si la situation reste préoccupante du fait de leur vulnérabilité.

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Cet indicateur mesure les progrès dans la prévention de l'exposition au VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire masculin.

Les préservatifs peuvent réduire considérablement le risque de transmission sexuelle du VIH. L'utilisation régulière et correcte des préservatifs est donc importante pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en raison du risque élevé de transmission du VIH lors de relations anales non protégées. En outre, les hommes qui ont des relations sexuelles anales avec d'autres hommes peuvent également avoir des partenaires féminines, qui pourraient également être infectées. L'utilisation du préservatif avec le partenaire masculin le plus récent est considérée comme un indicateur fiable du comportement à long terme.

Remarque : les pays avec des épidémies généralisées peuvent également avoir une sous-épidémie concentrée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Si tel est le cas, il serait utile de calculer et de rendre compte de cet indicateur pour cette population.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport montrait que près de 57% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme. Lors de l'IBBS 2018-2019, on était encore autour de 50%.

C. Les consommateurs de drogues injectables

Cet indicateur mesure les progrès dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

¹³ Les données collectées au moyen de la stratégie d'échantillonnage RDS ont été soumises à une analyse rigoureuse en utilisant le logiciel RDS Analyst. Ce dernier a été utilisé pour évaluer les proportions ajustées en fonction des populations cibles telles que les HSH, UDI, TG et PS, et cela dans les 9 villes touchées (Kinshasa, Kananga, Goma, Mbandaka, Kalemie, Lisala, Gemena, Tshikapa, Kindu).

Une injection et des pratiques sexuelles plus sûres parmi les personnes qui s'injectent des drogues sont essentielles, même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, car le risque² de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et les personnes qui s'injectent des drogues peuvent propager le VIH (comme par transmission sexuelle) à l'ensemble de la population.

Remarque : les pays avec des épidémies généralisées peuvent également avoir une sous-épidémie concentrée parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Si tel est le cas, il serait utile de calculer et de rendre compte de cet indicateur pour cette population.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport montrait que près de trois consommateurs de drogues injectables sur dix indiquent avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport. Lors de l'IBBS 2018-2019, la proportion était d'une PID sur quatre. Cette proportion s'avérait plus grande chez les hommes que chez les femmes (27,2% contre 18,5%), et plus forte chez les jeunes de moins de 25 ans que chez les personnes plus âgées (40,8% contre 20,6%). L'on peut conclure à ce niveau que les comportements à risque augmentent de plus en plus chez les consommateurs de drogues injectables avec l'âge.

D. Les personnes transgenres

Cet indicateur mesure les Progrès dans la prévention de l'exposition au VIH chez les personnes transgenres lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires.

Les préservatifs peuvent réduire considérablement le risque de transmission sexuelle du VIH. L'utilisation régulière et correcte des préservatifs est donc importante pour les personnes transgenres, en particulier les femmes trans, en raison du risque élevé de transmission du VIH lors de relations sexuelles anales non protégées. L'utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel avec pénétration le plus récent est considérée comme un indicateur fiable du comportement à long terme.

Remarque : les pays avec des épidémies généralisées peuvent également avoir une sous-épidémie concentrée parmi les personnes transgenres. Si tel est le cas, il serait utile de calculer et de rendre compte de cet indicateur pour cette population.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport montrait qu'une personne transgenre sur deux indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ou rapports anaux. L'IBBS 2018-2019 n'avait pris en compte les personnes transgenres.

1.6. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe
- B. Couverture des programmes de prévention du VIH auprès des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- C. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
- D. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transgenres.

Cet indicateur mesure les personnes appartenant aux populations clés ayant reçu au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois. Pour faire face avec succès à l'épidémie de VIH, il faut combiner comportement préventif et thérapie antirétrovirale. La couverture par des programmes de prévention fondés sur des données probantes est un élément essentiel de la riposte, dont l'importance se reflète dans la stratégie de l'ONUSIDA.

A. Les professionnels de sexe

Ce sous-indicateur renseigne sur la couverture des professionnel(le)s du sexe qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

Les données récentes de cet indicateur provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

L'analyse des données de ce rapport indiquait que près de quatre professionnelles de sexe sur dix déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH. La proportion est plus grande chez les plus de 25 ans (41%) que chez les moins de 25 ans (34%).

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Ce sous-indicateur renseigne sur la couverture des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport montrait que près de quatre hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources. La proportion est légèrement plus grande chez les personnes de moins de 25 ans.

C. Les consommateurs de drogues injectables

Ce sous-indicateur renseigne sur la couverture des personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport indiquait que deux consommateurs de drogues injectables sur dix indiquent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

D. Les personnes transgenres

Ce sous-indicateur renseigne sur la couverture des personnes transgenres qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

Les données contenues dans le Rapport GAM 2022-2023 provenaient du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

L'analyse des données de ce rapport montrait qu'une personne transgenre sur deux déclarent bénéficier d'au moins deux des services de prévention du VIH mentionnés ci-dessus de la part d'une ONG, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

1.7. Programmes de prévention du VIH dans les prisons

Cet indicateur mesure le nombre de détenus qui bénéficient de services de prévention ou de traitement du VIH pendant leur incarcération

Les détenus courent souvent le risque de contracter le VIH lorsqu'ils sont libérés et vivent dans la communauté. Cela est particulièrement vrai pour les personnes impliquées dans la consommation de drogues illicites ou pour lesquelles la vente de services sexuels est illégale. Offrir des services de prévention et de traitement du VIH dans les prisons peut réduire le risque de transmission du VIH à la fois au sein de la prison et dans la communauté après la libération. Une riposte nationale forte au VIH inclura de tels services aux détenus.

Les données du tableau ci-dessous proviennent des activités du Ministère de la Justice réalisées dans les prisons de Bukavu, Kalemie, Goma, Kananga et Kinshasa.

Tableau VI : Données de prévention du VIH dans les prisons

Paramètres	Données
<i>Nombre de préservatifs distribués aux détenus</i>	38 992
<i>Nombre de détenus sous traitement antirétroviral</i>	357
<i>Nombre de détenus ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH</i>	2 793

Source : Rapport d'activités du Ministère de la Justice, 2023

L'analyse des données ci-haut, recueillies dans les prisons touchées, montre la présence de 357 détenus sous traitement ARV.

1.8. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables.

En effet, les pratiques d'injection et les comportements sexuels à moindre risque sont essentiels chez les personnes qui s'injectent des drogues, y compris dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent, parce que : i) le risque de transmission du virus par du matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et ii) les personnes qui s'injectent des drogues peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Une injection et des pratiques sexuelles plus sûres parmi les personnes qui s'injectent des drogues sont essentielles, même dans les pays où prédominent d'autres modes de transmission du VIH, car le risque de transmission du VIH à partir de matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et les personnes qui s'injectent des drogues peuvent propager le VIH (comme par transmission sexuelle) à l'ensemble de la population.

A noter que les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les personnes qui s'injectent des drogues. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Les données les plus récentes pour cet indicateur proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022. Les désagrégations par sexe et par âge ne sont pas disponibles.

L'analyse des données de ce rapport montrait que plus d'une personne qui s'injecte des drogues sur cinq enquêtés disaient avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection. Lors de l'IBBS 2018-2019, la moitié des consommateurs de drogues injectables enquêtés disaient avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection. La proportion était légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (51% contre 46%), et aussi légèrement plus forte chez les plus de 25 ans que chez les jeunes de moins de 25 ans (51,5% contre 48,4%). Cette analyse des données montrait qu'il faut un regard particulier sur les villes en termes de disponibilité et de distribution de matériel.

1.9. Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues

Par cet indicateur, l'on veut mesurer les progrès accomplis dans l'amélioration de la couverture en matière d'aiguilles et de seringues fournies, un service de prévention du VIH essentiel chez les personnes qui s'injectent des drogues.

La consommation de drogues injectables est la principale cause de transmission pour approximativement 10% des infections à VIH dans le monde et 30% des infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. La prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est l'un des défis clés à relever pour réduire le poids du VIH.

Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues constituent l'un des neuf axes d'intervention de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues.

Ce sont ces programmes qui ont l'impact le plus important sur la prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. De nombreuses observations scientifiques attestent leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH.

Il n'y a aucune donnée disponible pour cet indicateur en 2023.

1.10. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables recevant un traitement d'entretien par agoniste opioïde

Cet indicateur mesure la capacité d'un programme à fournir un traitement d'entretien aux agonistes opioïdes aux personnes qui s'injectent des drogues comme méthode de réduction directe de la fréquence des injections. La couverture cible est de 50 %.

Le traitement d'entretien par agoniste opioïde représente un engagement à traiter la dépendance aux opioïdes et à réduire la fréquence des injections, de préférence à zéro. Il s'agit de l'outil de santé publique le plus efficace et fondé sur des données probantes pour réduire la consommation chez les personnes qui s'injectent des opioïdes. Le traitement d'entretien par agoniste opioïde apporte un soutien crucial au traitement d'autres problèmes de santé, notamment le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale.

Il n'y a aucune donnée disponible pour cet indicateur en 2023.

1.11. Nombre de personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période de référence

Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans l'intensification de la PrEP à l'échelle mondiale.

Cet indicateur est essentiel pour évaluer la disponibilité et l'utilisation de la PrEP, en particulier chez les personnes à haut risque d'infection à VIH. Il vise également, par la ventilation des données, le suivi de la disponibilité et de l'utilisation par population (base sur l'âge, le genre et la population clé).

Le recours des personnes séronégatives à des antirétroviraux avant leur exposition au VIH peut empêcher l'infection à VIH. En 2015, l'OMS a recommandé que la PrEP par voie orale contenant du tenofovir soit proposée comme option de prévention supplémentaire pour les personnes à haut risque d'infection à VIH dans le cadre d'approches associant des mesures de prévention du VIH. Sur la base des données cliniques disponibles, l'admissibilité au traitement en fonction de l'évènement (parfois connu sous le nom de « ED-PrEP ») pour prévenir l'acquisition du VIH par voie sexuelle a été élargie en 2022 à tous les hommes cisgenres et aux personnes transgenres et de genre différent assignées à l'homme à la naissance qui ne prennent pas d'hormones exogènes à base d'estradiol. Cette posologie réduite pourrait permettre de réduire le nombre de comprimés à prendre, la toxicité potentielle et le coût du traitement, tout en améliorant l'observance chez les personnes qui ont du mal à prendre un traitement au quotidien, néanmoins, ce dosage n'est actuellement pas recommandé parmi les autres types de populations. En 2021, l'OMS a recommandé l'anneau vaginal à la dapivirine (DVR) comme option supplémentaire de PrEP à proposer aux femmes cisgenres présentant un risque important d'infection à VIH.

La mise en œuvre de la PrEP doit être guidée par plusieurs facteurs. Il s'agit notamment d'informations relatives aux services locaux – telles que le contexte ou les tendances épidémiologiques, la faisabilité et la demande –, d'une évaluation individuelle et de la prise en compte de l'environnement sociétal local pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et leur accès aux services. Les critères de mise en œuvre de la PrEP peuvent varier selon les pays.

Les données de cette année proviennent du Rapport des activités du PEPFAR en RDC contenant les données des provinces appuyées par ce programme en RDC (Kinshasa, Lualaba et Haut-Katanga).

Tableau VII : Nombre de populations clés recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois en 2023

Paramètre	PS	HSH	PID	TG	Détenus	Total
Nombre de personnes ayant reçu un produit de PrEP au moins une fois au cours de la période de référence	739	4 225	2	0	0	4 966

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse des données ci-haut indique que les populations clés touchées par la PrEP sont principalement les PS et les HSH dans le cadre des activités réalisées par le PEPFAR.

Tableau VIII : Nombre de personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois en 2023

Paramètres	Total	Hommes	Femmes	Nombre de personnes ayant reçu un produit PrEP pour la première fois de leur vie au cours de la période considérée
Tous	23 349	11 126	12 223	ND
<15	0	0	0	0
15-19	1 756	656	101	ND
20-24	4 994	2 137	2 857	ND
25-49	1 5591	7 658	7 933	ND
50+	1 007	675	332	ND
Nombre de personnes ayant reçu un produit de PrEP pour la première fois de leur vie au cours de la période de référence	23 349	ND	ND	ND

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse des données ci-haut indique que 23.349 personnes ont reçu la PrEP en RDC dans le cadre des activités réalisées par le PEPFAR.

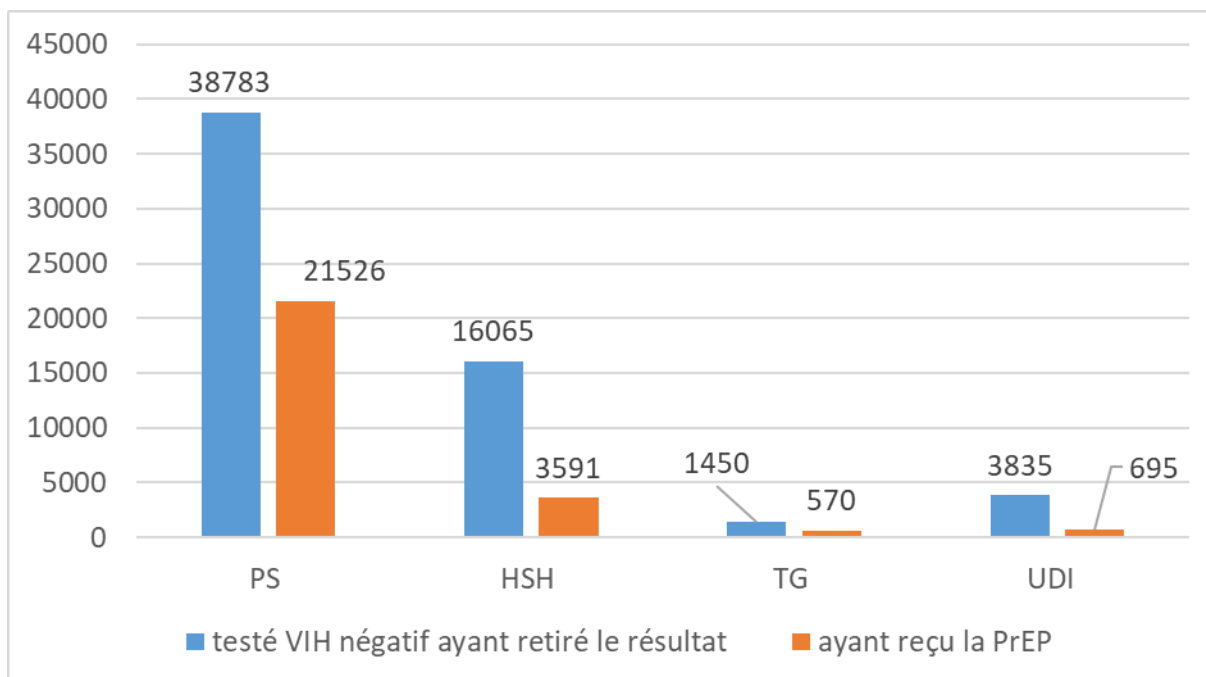
Tableau IX : Répartition par provinces des personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois en 2023

Provinces	Hommes	Femmes	Tous
Haut-Katanga	7 207	7 236	14 443
Kinshasa	2 477	3 079	5 556
Lualaba	1 244	1 655	2 899
Non désagrégés (Autres activités)	198	253	451

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse des données ci-haut indique que six personnes sur dix (61,8%) ayant reçu la PrEP en RDC dans le cadre des activités réalisées par le PEPFAR vivent dans le Haut-Katanga.

Graphique n°1 : Populations clés séronégatives ayant reçu la PrEP en 2023



Source : Rapport PNLIS 2023

Dans le Rapport PNLIS en 2023, plus de cinq PS sur dix testées séronégatives et ayant retiré leur résultat ont reçu la PrEP (55,5%) ; deux sur dix pour les HSH (22%) ; près de quatre sur dix pour les personnes transgenres (39%) ; et un sur cinq pour les personnes qui s'injectent des drogues (18%).

1.14. Pourcentage de personnes interrogées qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, parmi celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans la prévention de l'exposition au VIH du fait de rapports sexuels non protégés parmi les personnes ayant des partenaires non cohabitants. L'utilisation du préservatif est une importante mesure de protection contre le VIH, en particulier pour les personnes ayant des partenaires sexuels non réguliers.

Il n'y a pas de données disponibles depuis l'EDS2013-2014.

Le Rapport EDS 2013-2014 indiquait que près de trois personnes interrogées sur dix disaient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, parmi celles qui avaient eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois. La proportion était plus grande chez les hommes que chez les femmes (33% contre 24%), avec une proportion plus grande chez les jeunes de 20 à 24 ans.

1.15. Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans l'intensification de la distribution des préservatifs féminins et masculins.

Les préservatifs ont montré qu'ils étaient l'un des moyens les plus efficaces pour éviter la transmission du VIH par voie sexuelle et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les grossesses non désirées, avec une efficacité accrue lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement. Dans leurs recommandations, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA soulignent que la distribution de préservatifs et leur promotion sont une intervention efficace et des éléments essentiels de la prévention combinée du VIH.

Les données ci-dessous proviennent des rapports annuels du PNLIS et du PNMLS.

Tableau X : Nombre de préservatifs distribués en 2023

Paramètres	Public	Privé	ONG	Total
------------	--------	-------	-----	-------

Nombre de préservatifs masculins distribués au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	18 007 773
Nombre de préservatifs féminins distribués au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	770 512

Source : Rapports annuels PNLS et PNMLS 2023

Sur les **18.007.773** de préservatifs masculins distribués en 2023, **9.317.109** ont été captés par le Rapport annuel du PNMLS ; et sur les **770.512** préservatifs féminins qui ont été distribués, il y a **422.156** dans le Rapport PNMLS. Le reste des données provient du Rapport PNLS.

En ce qui concerne les jeunes et adolescents en 2023, le Rapport annuel des interventions multisectorielles des adolescents et jeunes en 2023 renseigne que 440.186 préservatifs masculins ont été distribués (dont 248.871 aux garçons et 191.315 aux filles) et 27.243 préservatifs féminins (dont 4.467 aux garçons et 22.776 aux filles). En étudiant les catégories, on retient que 107.421 préservatifs masculins ont été les plus distribués auprès des jeunes PS, suivi des étudiants et des PVVIH avec respectivement 79.390 pièces et 41.489 pièces distribuées.

1.16. Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement les deux moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH

Cet indicateur mesure les progrès vers une connaissance universelle des faits essentiels sur la transmission du VIH.

Les épidémies de VIH se perpétuent principalement par la transmission sexuelle de l'infection aux générations successives de jeunes. Une bonne connaissance du VIH et du SIDA est nécessaire (bien que souvent insuffisante) pour adopter un comportement réduisant le risque de transmission du VIH.

Cet indicateur est construit à partir des réponses à l'ensemble de questions suivantes :

- 1) Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit en ayant des relations sexuelles avec un seul partenaire non infecté et sans autre partenaire ?
- 2) Une personne peut-elle réduire le risque de contracter le VIH en utilisant un préservatif à chaque rapport sexuel ?
- 3) Une personne d'apparence saine peut-elle être séropositive ?
- 4) Une personne peut-elle contracter le VIH à la suite d'une piqûre de moustique ?
- 5) Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant de la nourriture avec une personne infectée ?

Il n'existe pas de données plus récentes que celles du Rapport EDS 2013-2014 qui renseignait qu'un jeune interrogé sur cinq répond correctement aux cinq questions et de ce fait manifeste une bonne connaissance du VIH, avec une proportion plus grande chez jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

II. OBJECTIFS 95-95-95 LIES AU DEPISTAGE ET AU TRAITEMENT DU VIH

Le deuxième domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Réduire le nombre de nouveaux décès liés au sida à moins de 250 000 par an d'ici à 2025 ;
- ii) Veiller à ce que 34 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH d'ici à 2025 ;
- iii) Atteindre les objectifs 95–95–95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale dans toutes les catégories démographiques et tous les groupes et contextes géographiques, y compris les enfants et les adolescents vivant avec le VIH :
 - a. 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH,

- b. 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH peuvent accéder à un traitement,
- c. 95 % des personnes sous traitement affichent une suppression de leur charge virale.
- iv) Veiller à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement préventif pour la tuberculose d'ici à 2025 ;
- v) Réduire de 80 % les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2025 (par rapport à une base de référence de 2010).

Ce domaine d'intervention comprend sept indicateurs dont deux manquent de données disponibles pour 2022.

2.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique

L'objet de cet indicateur est d'évaluer les progrès visant à accroître la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et l'efficacité des interventions de dépistage du virus.

Les personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique auront accès à des services de prise en charge nécessaires pour mener une vie saine et productive et réduire le risque de transmission du virus à d'autres personnes. La manière la plus efficace de garantir que les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut est de proposer des tests de dépistage sur les lieux et parmi les populations les plus touchées par le VIH.

Cette mesure constitue le premier objectif des objectifs 95–95–95 de l'ONUSIDA, visant à ce que 95 % de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici à 2025.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport du PNLIS de 2023 pour les numérateurs et des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) pour les dénominateurs.

Tableau XI : Répartition des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique

Paramètres	Catégories			
	Enfants	Adultes		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	26 132	154 675	268 648	449 455
Nombre de personnes vivant avec le VIH	50 396	169 395	296 323	516 114
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	51.9	91.3	90.7	87.1

Source : Rapports PNLIS 2023 (Numérateurs) et Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) (Dénominateurs)

L'analyse du tableau ci-haut montre que près de neuf personnes vivant avec le VIH sur dix connaissent leur statut sérologique au VIH en 2023 (82,6% en 2022 et 87,1% en 2023). Il se pose encore un problème criant de dépistage au niveau des enfants, avec seulement cinq enfants sur dix qui ont été dépistés en 2023.

2.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral

Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans l'administration d'un traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Il est prouvé que les traitements antirétroviraux réduisent la morbidité et la mortalité liées au VIH chez les personnes vivant avec le VIH, et ralentissent la transmission de l'infection. Des études ont également montré qu'un traitement précoce, indépendamment du taux de CD4 d'une personne, peut s'avérer plus

efficace et sauver des vies. L'OMS recommande actuellement de traiter toutes les personnes vivant avec le VIH.

Le pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral parmi l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi à long terme des objectifs internationaux et la comparaison des progrès entre les pays. Considéré comme une proportion de l'indicateur 2.1, cet indicateur permet de suivre les progrès accomplis vers la réalisation du deuxième objectif 95 de l'ONUSIDA (95–95–95), à savoir que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité ont accès à un traitement d'ici 2025.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport du PNLIS de 2023 pour les numérateurs et des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) pour les dénominateurs.

Tableau XII : Répartition des adultes et enfants recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH

Paramètres	Catégories			
	Enfants	Adultes		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de la période	22 235	154 253	268 104	444 592
Nombre de personnes vivant avec le VIH	50 398	169 394	296 322	516 114
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période	44.1	91.1	90.5	86.1

Source : Rapports PNLIS 2023 (Numérateurs) et Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) (Dénominateurs)

L'analyse des données ci-haut présentées fait état de 86% des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral en 2023. Pour le traitement antirétroviral des enfants, le pourcentage chute à quatre PVVIH sur dix (une stagnation par rapport à 2022).

Précision importante : Suite à la certification à 80% de la file active de 2018 et après l'audit réalisé dans les provinces appuyées par le PEPFAR en RDC (Lualaba, Haut-Katanga et Kinshasa) en 2022, le pays a dû procéder à une coupe de la file active de 20% pour être plus conforme à la réalité. Ces deux exercices de vérification ont été justifiés par une discordance entre la consommation des ARV et le nombre des patients sous traitement.

2.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée

La charge virale individuelle est la mesure recommandée de l'efficacité du traitement antirétroviral et indique l'observance du traitement et le risque de transmission du VIH. Un seuil de charge virale <1000 copies/ml définit le succès du traitement selon les directives consolidées 2016 de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Les personnes dont les résultats des tests de charge virale sont inférieurs au seuil doivent être considérées comme ayant une charge virale supprimée.

La suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi des objectifs mondiaux dans le temps et un indicateur normalisé du succès du traitement et de la prévention du VIH, ce qui est essentiel pour mettre fin à l'épidémie de sida. Considéré comme une proportion du nombre de personnes sous traitement (le numérateur de l'indicateur 2.2), cet indicateur permet de suivre le troisième objectif 95 de l'ONUSIDA, à savoir que 95 % des personnes sous traitement antirétroviral auront supprimé leur charge virale d'ici à 2025.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport du PNLIS de 2023 pour les numérateurs et des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) pour les dénominateurs.

Tableau XIII : Répartition des adultes et enfants ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées

Paramètres	Catégories			
	Enfants	Adultes		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre de personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées	7 335	54 485	89 368	151 188
Nombre de personnes vivant avec le VIH	50 398	169 394	296 322	516 114
Pourcentage des personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées	14.6	32.2	30.2	29.3

Source : Rapports PNLS 2023 (Numérateurs) et Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) (Dénominateurs)

En considérant la totalité de l'estimation des personnes vivant avec le VIH en RDC, l'analyse des données révèle que trois PVVIH sur dix ont des charges virales supprimées parmi les personnes testées en 2023, avec un effort considérable qui doit continuer à être fait pour les enfants.

CASCADE DE TRAITEMENT 95-95-95

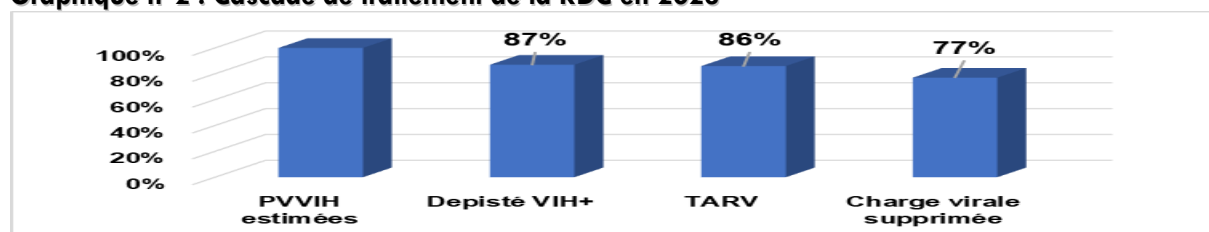
La cascade de traitement du VIH est un modèle de santé publique qui décrit les étapes clés nécessaires pour une gestion efficace du VIH chez les individus. Elle comprend plusieurs phases : d'abord, le dépistage et le diagnostic précoce du VIH ; ensuite, le lien avec les soins et le début du traitement antirétroviral (TAR) ; suivi par la rétention dans les soins continus et l'adhérence au traitement ; et enfin, l'obtention d'une suppression virale durable, où la charge virale du VIH est réduite à des niveaux indétectables. Chaque étape de la cascade est cruciale pour réduire la transmission du virus, améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, et progresser vers la fin de l'épidémie de VIH/Sida.

L'objectif 95-95-95 de l'ONUSIDA vise à mettre fin à l'épidémie de VIH/Sida en atteignant trois cibles mondiales d'ici 2030 : 95% des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique ; 95% des personnes diagnostiquées positives doivent avoir accès au traitement antirétroviral ; et 95% des personnes sous traitement doivent atteindre une suppression virale durable, c'est-à-dire une charge virale indétectable. Cet objectif ambitieux cherche à améliorer la détection, le traitement et la gestion du VIH, réduisant ainsi les nouvelles infections et les décès liés au Sida, tout en améliorant la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Le faible taux d'accès à un examen de la charge virale en RDC (seulement 169.514 PVVIH y ont eu accès en RDC en 2023) fait que la mesure des efforts des programmes dans ce domaine devrait intégrer cette donnée. Ainsi, l'ONUSIDA propose, pour des pays ayant ce problème comme la RDC, d'employer la formule suivante :

$$\text{Couverture charge virale} = \frac{\text{Nombre de PVVIH avec charge virale supprimée} \times \text{Nombre PVVIH sous traitement ARV}}{\text{Nombre de PVVIH ayant eu accès à la charge virale} \times \text{Nombre de PVVIH estimées}}$$

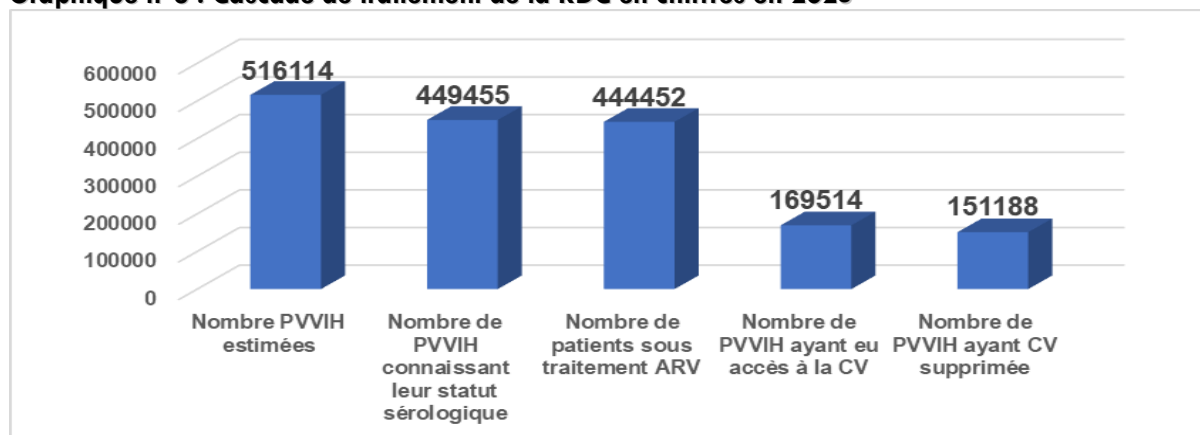
Graphique n°2 : Cascade de traitement de la RDC en 2023



Source : Rapport synthèse PNMLS 2023

En utilisant la formule citée ci-haut, proposée par l'ONUSIDA pour mieux intégrer la donnée du faible accès à la charge virale en RDC, la couverture de la charge virale est à 77%. De grands efforts sont encore à déployer pour un niveau conséquent de l'accès à la mesure de la charge virale car il se dégage que si tous les PVVIH en RDC y avaient accès, on aurait encore plus de personnes avec une charge virale supprimée.

Graphique n°3 : Cascade de traitement de la RDC en chiffres en 2023¹⁴



Source : Rapport synthèse PNMLS 2023

Le graphique ci-haut présentant la cascade de traitement de la RDC en chiffres montre encore mieux les grands efforts encore à déployer pour un niveau conséquent de l'accès à la mesure de la charge virale, car en ne considérant que les personnes vivant avec le VIH ayant eu accès à la charge virale, le taux de suppression grimpe à près de 90%.

2.4. Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm3 et <350 cellules/mm3 durant la période de référence (Infection par le VIH à un stade avancé et diagnostic tardif de l'infection par le VIH)

Cet indicateur mesure la proportion des Personnes vivant avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200 cellules/mm3, ce qui constitue un critère d'avancement de la maladie.

À mesure que les pays intensifient leurs services de VIH, il est important de vérifier si les personnes vivant avec le VIH sont à un stade avancé de leur infection. Le stade avancé de la maladie est associé à une mortalité et une morbidité nettement plus élevée dues au VIH, aux infections opportunistes et aux comorbidités. Il permet également d'identifier les personnes qui devraient recevoir l'ensemble des soins recommandés par l'OMS pour une maladie à un stade avancé du VIH afin de réduire le risque de résultats défavorables.

Les données suivantes sont tirées du système d'information des laboratoires du PNLS en 2023.

Tableau XIX : Répartition des personnes vivant avec le VIH dont la numération initiale des cellules CD4 <200 cellules/mm3 durant la période de référence

Paramètres	Enfants	Adultes		Total
		Homme 15 ans+	Femme 15 ans+	
Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <200 cellules/mm3 au moment du diagnostic	49	377	674	1 100
Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'une première numération des lymphocytes CD4 durant la période de référence	514	1 252	2 546	4 312

Paramètres	Enfants	Adultes		Total
		Homme 15 ans+	Femme 15 ans+	
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la numération initiale des cellules CD4 <200 cellules/mm3 durant la période de référence	9.5	30.1	26.5	25.5

Source : Système d'information des laboratoires PNL 2023

L'analyse des données ci-haut démontre qu'une personne vivant avec le VIH sur quatre ont une numération initiale des cellules CD4 inférieure à 200 cellules/mm3 en 2023.

2.5. Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés (volume de dépistage) et le pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier

Cet indicateur mesure les tendances dans le recours aux services de dépistage du VIH, notamment par le biais de différentes modalités, et leur efficacité dans l'identification des personnes vivant avec le VIH.

Le volume des tests et les données sur la positivité sont utiles pour le suivi du programme. Connaître le nombre de personnes testées chaque année et les modalités de dépistage ou de recours aux autotests est essentiel pour la prévision des produits et la planification des ressources en personnel. Les données de positivité parmi les personnes testées qui ont reçu un résultat peuvent également aider à valider le nombre de personnes signalées comme nouvellement diagnostiquées grâce aux systèmes de déclaration de routine et aux estimations de la prévalence du VIH à partir des données d'enquête. Enfin, une fois ventilées par âge, sexe, modalité de dépistage et statut VIH, ces données sont utiles pour évaluer l'efficacité de la prestation de services de dépistage du VIH et combler les lacunes dans divers contextes, contextes et populations.

Outre les activités de suivi du programme, les volumes annuels de tests et les taux de positivité sont des éléments d'entrée dans le modèle de l'ONUSIDA qui estime les progrès vers la première cible des 95 (95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique). Ce modèle est utilisé principalement dans les pays qui disposent d'enquêtes nationales pour mesurer la couverture historique des tests de dépistage de la population en fonction du statut sérologique du VIH, mais qui disposent de systèmes de notification des cas de VIH faibles (voir indicateur 2.1).

Les données suivantes proviennent du Rapport annuel 2023 du PNL.

Tableau XX : Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année

Paramètres	Enfants	Tranches d'âge		Total
		Adultes		
		Masculin	Féminin	
Nombre de tests réalisés dont le résultat positif a été communiqué à une personne (dépistage positif)	ND	31 324	51 526	82 850
Nombre de tests effectués dont les résultats ont été reçus par une personne (volume de dépistage)	ND	722 977	2 337 000	3 059 977
Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier		4.3	2.2	2.7

Source : Rapport PNL 2023

L'analyse des données révèle que la proportion des tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année est de deux sur cent en 2023, avec plus d'hommes (4,3%) que de femmes (2,2%). Les données des enfants ne sont pas disponibles pour ce round.

Tableau XXI : Répartition du nombre de tests de dépistage du VIH réalisés (volume de dépistage) et le pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) en 2023 (Dépistage dans les établissements de santé)

Paramètres	Dépistage dans les établissements de santé						Tous (Total)
	DCIP	Cliniques prénatales (travail et accouchement)	Centres CDV (au sein d'un établissement de santé)	Cliniques de traitement de la tuberculose	Centre de planification familiale	Autre dépistage dans les établissements de santé	
Nombre de tests réalisés dont le résultat positif a été communiqué à une personne (dépistage positif)	47 456	6 224	24 487	ND	ND	10 575	88 742
Nombre de tests effectués dont les résultats ont été reçus par une personne (volume de dépistage)	3 760 130	1 594 900	1 646 306	ND	ND	81 556	7 082 892
Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier	1.3	0.4	1.5			13.0	1.3

Source : Rapport PNL 2023

L'analyse des données révèle que sur l'ensemble des tests effectués dont les résultats ont été reçus par une personne (volume de dépistage), seulement 1,3% des tests dont le résultat est positif ont été communiqués aux personnes en 2023 dans les établissements de santé, avec une prédominance de la porte DCIP (suivis de la porte des centres CDV¹⁵). Les désagrégations par sexe et par âge ne sont pas disponibles pour ce round.

Il sied aussi de noter que les données par rapport aux services de dépistage communautaires (Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier) et à l'auto dépistage (Nombre total de kits d'auto dépistage individuels ayant été distribués en une année) ne sont pas disponibles pour ce round.

2.6. Pourcentage de populations clés vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès pour fournir un traitement antirétroviral à des personnes vivant avec le VIH dans des populations clés.

Le traitement antirétroviral a montré qu'il réduisait la morbidité liée au virus ainsi que la mortalité parmi les personnes vivant avec le virus et freinait sa transmission. Les personnes vivant avec le VIH au sein de populations clés doivent pouvoir avoir accès aux services traditionnels proposant des traitements antirétroviraux sans éprouver la crainte d'être victime de stigmatisation ou de discrimination. Il est essentiel qu'elles puissent recevoir des soins de la part de professionnels de santé disposant des connaissances médicales afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Idéalement, tous les services traditionnels doivent répondre aux normes afin d'être davantage sensibilisés aux besoins

¹⁵ Les données de CDV prennent en compte les clients testés dans les formations sanitaires et ceux testés dans la communauté. Le système de rapportage actuel ne permet pas de séparer les deux. Nous osons croire qu'avec le développement du DHIS2 communautaire cette situation sera tirée au clair dans les années à venir.

de ces populations clés. La couverture des traitements antirétroviraux est donc déterminante pour l'accès aux services traditionnels.

Au cours des dernières années, les directives en matière d'éligibilité pour le traitement antirétroviral ont changé plusieurs fois. Les directives nationales ne correspondent pas toujours aux principes directeurs à l'échelle mondiale. Il en est ressorti que la couverture du traitement antirétroviral utilisait de nombreuses définitions, notamment celles fondées sur les lignes directrices mondiales, nationales ou les deux. Lorsque les directives sont modifiées pour accroître l'éligibilité parmi les personnes vivant avec le VIH, les estimations de couverture diminuent. Afin d'éviter de multiples valeurs de couverture, le nombre de membres d'une population clé vivant avec le VIH doit être présenté et associé au nombre total de membres d'une population clé vivant avec le VIH. Cet indicateur sera aligné sur celui de la couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH.

Les données en rapport avec cet indicateur ne sont pas encore disponibles faute d'outils adéquats capables de renseigner les chiffres avec les désagréments.

2.7. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes (Mortalité due au sida)

La mortalité due au sida est une mesure des impacts des programmes de prévention, soins et traitement du VIH.

En effet, des efforts récents pour accroître l'accès à des médicaments antirétroviraux permettant de sauver des vies, notamment les directives 2016 de l'OMS qui recommandent de traiter tous les patients, devraient réduire considérablement le nombre de décès dus au sida, à condition que ces services soient accessibles et dispensés efficacement. Il est important d'évaluer l'impact de la lutte contre le VIH en suivant l'évolution dans le temps du nombre de décès dus au sida. Cet indicateur, qui correspond désormais au nombre total de personnes décédées d'une maladie liée au sida au cours de la période de référence divisé par la population (par tranches de 100 000), est aussi l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé de l'OMS.

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous sont tirés des estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35).

Tableau XXII : Répartition du nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 en 2023

Paramètres	Moins de 5 ans		5 - 14 ans		15 - 19 ans		20 - 24 ans		25 - 49 ans		50 ans et plus		Tous âges	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nombre de décès dus au sida	1 269	1 243	398	396	233	202	263	308	2 116	2 641	919	1 117	5 198	5 907
Total M&F	2 512		794		435		571		4 757		2 036		11 105	
Population totale indépendamment du statut VIH	11386576	11262281	17566532	17547945	6503164	6529871	5333698	5370763	15449496	15798509	5383314	6042008	61622780	62551376
Total M&F	22 648 857		35 114 477		13 033 035		10 704 461		31 248 005		11 425 322		124 174 156	
Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	11	11	2	2	4	3	5	6	14	17	17	18	8	9
Moyenne M&F	11		2		3		5		15		18		9	

Source : Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35)

Le tableau ci-dessus nous montre que le nombre total estimé de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes est de 9 en moyenne en 2023 (10 en 2022), avec 15 chez les 25 à 49 ans. A la lecture de ces données, il se dégage l'impérieuse nécessité d'avoir un focus sur la mortalité infantile.

III. METTRE FIN AU SIDA PEDIATRIQUE ET ELIMINER LA TRANSMISSION VERTICALE

Ce troisième domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Veiller à ce que 75 % de tous les enfants vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée d'ici à 2023 et 86 % d'ici à 2025, conformément aux objectifs de traitement 95–95–95 en matière de VIH ;
- ii) Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes aient accès au dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et d'autres infections sexuellement transmissibles d'ici à 2025 ;
- iii) Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes et allaitantes dans les milieux à forte charge de morbidité aient accès à un nouveau test de dépistage en fin de grossesse et pendant la période post-partum d'ici à 2025 ;
- iv) Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH bénéficient d'une thérapie antirétrovirale à vie, 95 % d'entre elles atteignant et maintenant une suppression virale avant l'accouchement et pendant l'allaitement d'ici à 2025 ;
- v) Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes séronégatives dans les milieux à forte charge de morbidité – ou ayant des partenaires masculins à haut risque de VIH dans tous les milieux – aient accès à la prévention combinée, y compris le PREP, et que 90 % de leurs partenaires masculins vivant avec le VIH reçoivent en permanence une thérapie antirétrovirale ;
- vi) Veiller à ce que 95 % des enfants exposés au VIH soient dépistés à l'âge de deux mois et le soient à nouveau après l'arrêt de l'allaitement.

Ce domaine d'intervention comprend sept indicateurs dont un seul manque de données disponibles pour 2022.

3.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives dont le statut VIH est connu

Cet indicateur mesure la couverture de la première étape de la prévention de la cascade de transmission verticale. Une couverture élevée permet une mise en route précoce des soins et du traitement pour les mères séropositives. Le nombre total de femmes séropositives identifiées fournit le nombre spécifique de femmes enceintes séropositives pour démarrer une prévention de la cascade de transmission verticale au sein de l'établissement.

Le risque de transmission verticale peut être considérablement réduit en : (a) fournissant des médicaments antirétroviraux – soit comme traitement à vie, soit comme prophylaxie – à la mère pendant la grossesse et l'accouchement ; (b) fournir une prophylaxie antirétrovirale au nourrisson et des médicaments antirétroviraux à la mère ou à l'enfant pendant l'allaitement (le cas échéant) ; (c) promouvoir des pratiques d'accouchement sans danger et une alimentation plus sûre des nourrissons.

Les données seront utilisées des manières suivantes : (a) pour suivre les progrès vers les objectifs mondiaux et nationaux d'élimination de la transmission verticale ; (b) éclairer la politique et la planification stratégique ; (c) contribuer aux efforts de plaidoyer ; et (d) mobiliser des ressources pour accélérer la mise à l'échelle. Il permettra de mesurer les tendances en matière de couverture de la prophylaxie et du traitement antirétroviraux et, une fois ventilé par type de schéma thérapeutique, d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques et de thérapies antirétrovirales plus efficaces.

Les données ci-dessous proviennent des Rapports PNL 2023.

Tableau XXIII : Pourcentage de femmes enceintes dont le statut VIH est connu

Paramètres	2023
<i>Nombre de femmes enceintes qui fréquentent des cliniques prénatales et/ou ont accouché dans un établissement médical et qui ont fait l'objet d'un dépistage du VIH pendant leur grossesse, le travail et/ou l'accouchement, ou qui savaient déjà qu'elles étaient séropositives lors de la première visite de soins prénataux</i>	10926
<i>1. Infection à VIH connue à l'admission dans une clinique prénatale</i>	4318
<i>2. Diagnostiquées séropositives lors de leur première consultation prénatale pendant leur grossesse, le travail et/ou l'accouchement</i>	6608
<i>3. Diagnostiquées séronégatives lors de leur première consultation prénatale pendant leur grossesse, le travail et/ou l'accouchement</i>	1561268
<i>Nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	24832
<i>Nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté une CPN ou ont accouché dans un établissement médical au cours des 12 derniers mois</i>	4826383
<i>Pourcentage de femmes enceintes dont le statut VIH est connu (basé sur le dénominateur basé sur la population)</i>	44.00

Source : Rapport PNL 2023

Selon les données de programme, plus de quatre femmes enceintes sur dix connaissent leur statut sérologique au VIH (39% en 2022).

3.2. Pourcentage de nourrissons nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours des deux premiers mois de vie

Cet indicateur constitue une mesure des progrès réalisés pour que les nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH subissent des tests virologiques dans les deux mois suivant la naissance et leur éligibilité pour un traitement antirétroviral ventilé selon les résultats des tests.

Les nourrissons qui contractent le VIH durant la grossesse, l'accouchement ou au début du post-partum meurent souvent avant d'être reconnus porteur d'une infection à VIH. L'OMS recommande que les programmes nationaux se dotent des moyens pour réaliser des tests virologiques de dépistage précoce du VIH chez les nourrissons à six semaines ou dès que possible afin d'orienter la prise de décisions cliniques le plus tôt possible. L'infection à VIH progresse rapidement chez les enfants ; il est nécessaire qu'ils reçoivent un traitement aussi rapidement que possible car, sans traitement précoce, près de 50 % des enfants décèdent au cours de la deuxième année.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du Rapport PNL 2023 pour le numérateur, et des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) pour le dénominateur.

Tableau XXIV : Répartition des enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

Paramètres	Données
<i>Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois</i>	2 957
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	24 832
<i>Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie</i>	11.9

Source : Rapport PNL 2023 (Numérateur) et Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) (Dénominateur)

L'analyse du tableau ci-dessus montre qu'un peu plus d'un enfant sur dix nés de mère séropositive au VIH a subi un test virologique pour le VIH au cours de ses deux premiers mois de vie (14% en 2021 et 12% en 2022).

3.3. Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois (Modélisation)

Comparé aux valeurs antérieures, cet indicateur montre l'impact de l'accès des femmes aux médicaments antirétroviraux et de la rétention afin de réduire la transmission verticale du VIH.

Des efforts ont été déployés pour accroître l'accès aux interventions susceptibles de réduire de manière significative la transmission verticale du VIH, notamment les schémas de traitement et le renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. L'impact des interventions visant à prévenir la transmission verticale sur la réduction du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale doit être évalué.

Le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH devrait diminuer à mesure que la couverture des interventions visant à prévenir la transmission verticale et l'utilisation de régimes plus efficaces augmentent.

Les données présentées ci-dessous sont tirées des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35).

Tableau XXV : Répartition des enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Données 2023
<i>Nombre estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant parmi les enfants nés de femmes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	6446
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	24832
<i>Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	26.0

Source : Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35)

L'analyse des données ci-haut présentées révèle qu'un enfant sur quatre a été nouvellement infecté par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives qui ont accouché (26,5% en 2022). La proportion était légèrement plus élevée en 2020 avec près de trois enfants sur dix ont été nouvellement infectés par le VIH (29,7%).

3.4. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant

Cet indicateur mesure les progrès dans la prévention de la transmission verticale du VIH pendant la grossesse et l'accouchement grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de l'initiation des médicaments antirétroviraux chez les femmes enceintes vivant avec le VIH afin de réduire le risque de transmission du VIH aux nourrissons pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Étant donné que l'indicateur mesure généralement les médicaments antirétroviraux délivrés et non ceux consommés, l'observance du régime ne peut pas être déterminée dans la plupart des cas.

Fournir des médicaments antirétroviraux à une femme vivant avec le VIH – soit avant la conception, soit pendant la grossesse et pendant l'allaitement – peut réduire considérablement le risque de transmission verticale. Cette intervention est plus efficace si des médicaments antirétroviraux sont administrés avant la conception et soigneusement respectés tout au long de l'allaitement. Cet indicateur peut être utilisé

pour : (a) suivre les progrès vers les objectifs mondiaux et nationaux d'élimination de la transmission verticale, (b) éclairer la planification politique et stratégique ; (c) contribuer aux efforts de plaidoyer ; et (d) mobiliser des ressources pour accélérer la mise à l'échelle.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du Rapport PNLS 2023 pour le numérateur, et des Estimations SPECTRUM 2024 (version 6.35) pour le dénominateur.

Tableau XXVI : Répartition des femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

Paramètres	Donnée
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché et reçu des ARV au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement</i>	9894
<i>1. thérapie antirétrovirale nouvellement débutée pendant la grossesse en cours</i>	5576
<i>2. déjà sous thérapie antirétrovirale avant la grossesse en cours</i>	4318
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	24832
<i>Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant</i>	39.8

Source : Rapports PNLS 2023 (Numérateurs) et SPECTRUM 2024 version 6.35 (Dénominateur)

L'analyse des données révèle que près de quatre femmes enceintes séropositives au VIH sur dix reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant.

3.5. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage positif de la syphilis, et qui ont reçu un traitement

La couverture des tests (dépistage), la prévalence de la syphilis chez les femmes fréquentant les services de soins prénatals et la couverture du traitement sont tous des indicateurs clés pour évaluer les progrès d'un pays vers l'élimination de la transmission verticale de la syphilis. Au niveau national, ces données peuvent être utilisées pour identifier les zones ayant le plus grand besoin d'interventions globales de prévention de la syphilis congénitale. Au niveau mondial, ces données sont également utilisées pour estimer la mortalité et la morbidité périnatales causées par la syphilis qui pourraient être évitées grâce à des programmes efficaces visant à éliminer la transmission verticale de la syphilis.

Au niveau de cet indicateur les données sont présentées en trois catégories (A, B et C).

A. Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales

Le dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes au début de la grossesse est important pour la santé de la femme enceinte et celle du fœtus. Cet indicateur contribue également au suivi de la qualité des soins et services prénatals visant à prévenir les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH) chez les femmes enceintes.

Les données de couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales ne sont disponibles pour ce round. En 2022, une femme enceinte venant en CPN sur cinq ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis (20,5%).

B. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis

La prévalence de la syphilis chez les participantes aux soins prénatals peut être utilisée pour mettre en évidence les zones d'un pays qui nécessitent un soutien supplémentaire, et elle peut fournir une alerte précoce sur les changements potentiels dans la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Les données constituent également une source d'informations importante pour générer des estimations d'incidence et de prévalence aux niveaux national, régional et mondial pour la syphilis et la syphilis congénitale.

Le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis n'est pas disponible pour ce round. En 2022, huit femmes enceintes sur dix reçues en CPN étaient positives au dépistage de la syphilis.

C. Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement

Le traitement des participantes aux soins prénatals dont le test est positif pour la syphilis est essentiel pour réduire la transmission verticale de la syphilis.

Tableau XXVII : Taux des femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement

Paramètres	Données
<i>Nombre de femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif qui ont reçu au moins une dose de pénicilline benzathine 2.4 mU par voie intramusculaire</i>	13 571
<i>Nombre de femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif</i>	88 750
<i>Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement</i>	15.3

Source : Données DHIS2

L'analyse du tableau ci-haut indique que 15% des femmes reçues en CPN, présentant une sérologie positive à la syphilis, sont soignées correctement (17% en 2022).

3.6. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)

Ce taux mesure les progrès accomplis dans l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis.

L'absence de traitement de la syphilis pendant la grossesse peut non seulement augmenter le risque de transmission et d'acquisition du VIH chez la mère et l'enfant, mais également entraîner une mortinaissance, le décès du nourrisson et une maladie congénitale (ce que l'on appelle « syphilis congénitale »). Compte tenu de l'efficacité, de la simplicité et du coût peu élevé du dépistage et du traitement de la syphilis, des initiatives mondiales et régionales d'éliminations de la transmission verticale de la syphilis ont été mises en œuvre. Le taux de syphilis congénitale est une mesure de la surveillance nationale et de l'impact des interventions programmatiques visant à éliminer la transmission verticale de la syphilis.

Contrairement au round passé, les données sur le taux de syphilis congénital (naissances vivantes et mortinaissances) sont disponibles pour ce round.

Tableau XXVIII : Répartition des cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)

Paramètres	Données
<i>Nombre de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances) au cours des 12 derniers mois</i>	1660
<i>Nombre de naissances vivantes</i>	4254566
<i>Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)</i>	0.04

Source : Données DHIS2

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la proportion des cas de syphilis congénitale déclarés est de quarante pour mille en 2023.

3.7. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), qui ont été reconnues comme vivant avec le VHB, dont l'éligibilité au traitement a été évaluée et qui ont été traitées pour le VHB

Cet indicateur mesure :

- A. Pourcentage de femmes fréquentant les services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'antigène de surface du VHB (Ag HBs).
- B. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag Hbs et qui ont eu un test Ag Hbs positif.
- C. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales dont le test de détection de l'Ag HBs est positif et qui sont soumises à un test de détection supplémentaire de l'ADN du VHB ou, lorsque celui-ci n'est pas disponible, de l'antigène de l'enveloppe du VHB (Ag Hbe).
- D. Pourcentage de femmes éligibles bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été traitées selon la politique nationale, conformément aux directives de l'OMS.

Le raisonnement est que :

A. Le dépistage du VHB chez les femmes enceintes est important pour leur propre santé, et c'est aussi la première étape de la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant. La connaissance de la couverture du dépistage contribue à l'évaluation de la qualité de l'ensemble des services de soins prénatals. Cet indicateur permet également de suivre les objectifs programmatiques utilisés pour la validation dans les pays ayant une politique de vaccination ciblée contre le VHB à la naissance.

B. Le taux de positivité à l'Ag HBs chez les participantes aux consultations prénatales peut être utilisé pour suivre la prévalence du VHB dans la population et donner une indication de la charge du VHB chez les femmes enceintes.

C. Des tests supplémentaires pour différents marqueurs du VHB peuvent permettre d'identifier les femmes éligibles pour un traitement lorsqu'il existe un risque accru de transmission du VHB de la mère à l'enfant qui nécessite des interventions supplémentaires.

D. Toutes les femmes enceintes dont le test de détection de l'Ag HBs est positif ne sont pas éligibles pour un traitement visant à réduire le risque de transmission du VHB de la mère à l'enfant. La couverture thérapeutique constitue une autre mesure de la qualité soutenue du service tout au long des soins prénatals. Cet indicateur permet également de suivre les objectifs programmatiques utilisés pour la validation dans les pays ayant une politique de vaccination ciblée contre le VHB à la naissance.

Pour ce round, comme pour les deux rounds précédents, les données ne sont pas disponibles.

IV. ÉGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES

Le quatrième domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Réduire à 10 % au maximum le nombre de femmes, de filles et de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus qui subissent des inégalités fondées sur le sexe et des violences sexuelles et sexistes ;
- ii) Veiller à ce que 95 % des femmes et des filles en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de soins de santé sexuelle et génésique satisfaits, notamment en ce qui concerne les soins prénatals et maternels, l'information et le conseil.

Ce domaine d'intervention comprend deux indicateurs dont un manque de données disponibles pour 2022.

4.1. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés

Cet indicateur mesure les progrès pour réduire la violence physique et sexuelle parmi les populations clés.

A l'échelle mondiale, les taux élevés d'infection à VIH parmi les populations clés – notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres – ont mis en évidence le problème de la violence sexiste. Il est de plus en plus reconnu que les inégalités entre les sexes, profondément enracinées et omniprésentes, qui se reflètent dans la violence sexiste, déterminent le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité à cette infection.

La violence et le VIH sont liés par des voies directes et indirectes, et des études menées dans divers pays indiquent que de nombreux professionnel(le)s du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres ont subi des violences sous une forme ou une autre à un moment donné de leur vie. Il a également été démontré que la violence entrave les services de prévention, de soins et de traitement du VIH parmi les populations clés.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les professionnel(le)s du sexe
- B. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- C. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les personnes qui s'injectent des drogues
- A. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les personnes transgenres.

A. Les professionnelles de sexe

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XXIX : Répartition de professionnel(le)s du sexe qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de PS ayant déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	1 003	470	533	1 003
<i>Nombre de répondants PS</i>	2022	ND	3 611	1 563	2 048	3 611
<i>Pourcentage des PS qui ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	27.8	30.1	26.0	27.8

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut indique que 28% des professionnelles de sexe touchées par l'enquête ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois, avec une proportion plus grande chez les personnes de moins de 25 ans que chez celles de plus de 25 ans.

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXX : Répartition des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de HSH ayant déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	265	154	419
<i>Nombre de répondants HSH</i>	2022	789	819	1 608
<i>Pourcentage des HSH qui ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	33.6	18.8	26.1

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que plus d'un HSH sur quatre a déclaré avoir été victime de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans (34% contre 19%).

C. Les consommateurs de drogues injectables

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXXI : Répartition des consommateurs de drogues injectables qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes qui s'injectent des drogues ayant déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	ND	ND	143	162	305
<i>Nombre de répondants qui s'injectent des drogues</i>	ND	ND	445	655	1 100
<i>Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	ND	ND	32.1	24.7	27.7

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que sur dix personnes questionnées, parmi les consommateurs de drogues injectables, trois ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans (32% contre 25%).

D. Les personnes transgenres

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXXII : Répartition des personnes transgenres qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Hommes transgenres	Femmes transgenres	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes transgenres ayant déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	107	ND	64	43	107
<i>Nombre de répondants transgenres</i>	2022	455	ND	250	205	455
<i>Pourcentage des personnes transgenres qui ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois</i>	2022	23.5	ND	25.6	21.0	23.5

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que sur dix personnes transgenres questionnées, deux ont déclaré avoir été victimes de l'un ou l'autre de ces incidents au cours des 12 derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans (26% contre 21%).

4.2. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont d'accord pour dire qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques

Cet indicateur mesure les attitudes de la population à l'égard de la violence contre les femmes. De ce fait, il s'agit de présenter les progrès accomplis dans la réalisation de l'égalité des sexes.

L'inégalité des sexes continue à faire obstacle aux objectifs mondiaux de mettre fin au sida d'ici 2030. Les normes sexospécifiques inéquitables qui confinent les femmes et les hommes à des rôles spécifiques dans la société – ainsi que les disparités entre les sexes dans l'éducation et l'emploi – limitent considérablement les stratégies de prévention du VIH parmi les femmes, les filles et les minorités sexuelles. La peur, les expériences de violence et les déséquilibres de pouvoir dans les relations augmentent également la vulnérabilité au VIH de ces groupes, limitant leur accès aux services VIH et réduisant leur adhésion aux technologies de prévention ou de traitement du VIH. De ce fait, ces groupes sont touchés de manière disproportionnée par le VIH. Il est donc essentiel de renforcer les programmes visant à accroître l'égalité entre les sexes et d'intensifier les efforts pour parvenir à l'égalité des sexes si l'on veut mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique mondiale d'ici 2030.

Pour ce round, il n'y a aucune donnée disponible pour cet indicateur.

V. LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE

Le cinquième domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Veiller à ce que les organisations dirigées par la communauté fournissent 30 % des services de dépistage et de traitement d'ici à 2025, en mettant l'accent sur le dépistage du VIH, l'orientation vers le traitement, le soutien à l'observance et à la rétention, et la connaissance du traitement ;
- ii) Veiller à ce que, d'ici à 2025, les organisations dirigées par la communauté fournissent 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection par le VIH, y compris aux femmes de ces populations ;
- iii) Veiller à ce que, d'ici à 2025, les organisations dirigées par la communauté mettent en œuvre 60 % des programmes visant à soutenir la réalisation des catalyseurs sociétaux.

Il n'existe pas encore d'indicateurs pour ce domaine d'intervention. Néanmoins, une mesure du leadership communautaire dans les programmes de prévention combinés pour les populations clés est prise en compte dans l'indicateur 1.6, et pour des éléments spécifiques des programmes de réduction des méfaits pour les personnes qui s'injectent des drogues dans les indicateurs 1.9 et 1.10.

VI. REALISER LES DROITS DE L'HOMME ET METTRE FIN A LA STIGMATISATION ET A LA DISCRIMINATION

Dans le sixième domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021, les objectifs visés sont les suivants :

- i) Veiller à ce que, d'ici à 2025, moins de 10 % des pays disposent de cadres juridiques et politiques restrictifs conduisant au refus ou à la limitation de l'accès aux services, par l'examen et la réforme des lois et pratiques discriminatoires qui créent des obstacles ou renforcent la stigmatisation et la discrimination ;
- ii) Investir 3,1 milliards de dollars US dans les catalyseurs sociétaux - y compris la réforme du droit, la protection des droits de l'homme, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la promotion de l'égalité des sexes et l'élimination de la violence sexiste, le cas échéant - dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici à 2025 ;
- iii) Veiller à ce que, d'ici à 2025, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus soient victimes de stigmatisation et de discrimination.

Ce domaine d'intervention comprend sept indicateurs dont cinq n'ont pas de données pour ce round.

6.1. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui signalent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH

Cet indicateur mesure les progrès vers la réduction des attitudes discriminatoires et le soutien aux politiques discriminatoires.

La discrimination est une violation des droits de l'homme interdite par le droit international des droits de l'homme et par la plupart des constitutions nationales. La discrimination dans le contexte du VIH fait référence au traitement injuste (un acte ou une omission) d'un individu en raison de son statut VIH réel ou perçu. La discrimination exacerbe les risques et prive les gens de leurs droits et privilèges, alimentant ainsi l'épidémie de VIH. Cet indicateur ne mesure pas directement la discrimination mais mesure plutôt les attitudes discriminatoires pouvant entraîner des actes (ou omissions) discriminatoires. Un élément de l'indicateur mesure le soutien potentiel des répondants à la discrimination qui a lieu dans une institution et l'autre mesure la distance sociale ou les expressions comportementales de préjugés. L'indicateur composite peut être suivi en tant que mesure d'une manifestation clé de la stigmatisation liée au VIH et du potentiel de discrimination liée au VIH au sein de la population générale. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre et d'améliorer les interventions en matière de discrimination liée au VIH en : montrant l'évolution au fil du temps du pourcentage de personnes ayant des attitudes discriminatoires ; permettre des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, étatiques et plus locales ; et en indiquant les domaines d'action prioritaires.

Cet indicateur est construit à partir des réponses aux questions suivantes dans une enquête auprès de la population générale auprès des répondants qui ont entendu parler du VIH :

- 1) « Achèteriez-vous des légumes frais chez un commerçant ou un vendeur si vous saviez que cette personne est séropositive ? » (oui, non, je ne sais pas/pas sûr/ça dépend)
- 2) « Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir fréquenter l'école avec des enfants séronégatifs ? » (oui, non, je ne sais pas/pas sûr/ça dépend).

Tableau XXXIII : Répartition des personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 1

A répondu « Non » à la question 1, « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? »

Paramètres	Année	Hommes				Femmes				TOTAL
		15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	
<i>Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 1</i>	2017	196	100	194	491	353	189	575	1 118	1 609
<i>Nombre total des personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH</i>	2017	344	263	757	1366	697	488	1 810	2 996	4 362
<i>Pourcentage de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 1</i>	2017	57.0	38.0	25.6	35.9	50.6	38.7	31.8	37.3	36.9

Source : Rapport MICS 2017-2018

L'analyse du tableau ci-dessous nous renseigne que 37% des personnes interrogées indiquent qu'elles n'achèteraient pas des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si elles savaient que cette personne est atteinte du virus du SIDA.

Tableau XXXIV : Répartition des personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 2

Paramètres	Année	Hommes				Femmes				TOTAL
		15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	
<i>Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 2</i>	2017	112	43	97	252	154	71	258	484	736
<i>Nombre total des personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH</i>	2017	344	263	757	1 366	697	488	1 810	2 996	4 362
<i>Pourcentage de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question 2</i>	2017	32.6	16.3	12.8	18.4	22.1	14.5	14.3	16.2	16.9

Source : Rapport MICS 2017-2018

L'analyse du tableau ci-dessous nous renseigne que 17% des personnes interrogées indiquent qu'elles ne pensent pas que les enfants séropositifs doivent pouvoir aller à l'école avec des enfants non atteints par le VIH.

Tableau XXXV : Répartition des personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « non » à au moins une des deux questions

Indicateur composite : réponse "Non" à la question 1, question 2 ou les deux (veuillez seulement remplir ce tableau si les données pour les questions 1 et 2 proviennent de la même source)

Paramètres	Année	Hommes				Femmes				TOTAL
		15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	
<i>Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « non » à au moins une des deux questions</i>	2017	214	113	226	555	377	204	652	1 234	1 789

Paramètres	Année	Hommes				Femmes				TOTAL
		15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	15-49 ans	
<i>Nombre total des personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH</i>	2017	344	263	757	1366	697	488	1810	2 996	4 362
<i>Pourcentage de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « non » à au moins une des deux questions</i>	2017	62.2	43.0	29.9	40.6	54.1	41.8	36.0	41.2	41.0

Source : Rapport MICS 2017-2018

L'analyse du tableau ci-dessous nous renseigne que quatre personnes interrogées sur dix ont répondu « non » à au moins l'une des deux questions.

6.2. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui font état d'une stigmatisation internalisée

Cet indicateur mesure les progrès accomplis vers la réduction de la stigmatisation internalisée, aussi appelée « auto-stigmatisation », parmi les personnes vivant avec le VIH.

La stigmatisation internalisée, qui consiste pour les personnes vivant avec le VIH à absorber cognitivement ou émotionnellement des messages négatifs ou des stéréotypes sur le VIH et à appliquer ensuite ces sentiments négatifs à elles-mêmes, a été liée au refus d'accepter la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées. La stigmatisation internalisée entrave également l'observance du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH en compromettant le soutien social et la capacité d'adaptation, et elle a aussi été liée à une moindre suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral.

Cet indicateur peut être suivi comme une mesure d'une manifestation clé de la stigmatisation liée au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH.

Pas de données disponibles pour ce round du GAM.

6.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans la communauté générale au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires.

La stigmatisation est un stéréotype négatif fondé sur des caractéristiques distinctives, telles que le comportement, le sexe ou l'état de santé. Il s'agit d'un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement. La stigmatisation liée au VIH résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment des attitudes négatives et de jugement à l'égard des personnes vivant avec le VIH, la honte de la séropositivité et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, notamment la discrimination, qui privent les personnes vivant avec le VIH d'une pleine acceptation sociale. Ce qui les dissuade d'accéder aux services essentiels et alimente les inégalités sociales. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH est essentielle pour accroître l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale, ce qui améliorera l'état de santé des personnes vivant avec le VIH.

Des recherches antérieures suggèrent qu'il est important de mesurer la stigmatisation communautaire séparément de la stigmatisation vécue dans les établissements de soins de santé. Cela, en raison des différents impacts de la stigmatisation vécue dans ces contextes et des différentes réponses programmatiques nécessaires pour y remédier.

Pas de données disponibles pour ce round du GAM.

6.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui rapportent des expériences de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé

Cet indicateur mesure les progrès dans la réduction de la discrimination liée au VIH vécue par les personnes vivant avec le VIH lors de la recherche de soins de santé.

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou supposé. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH.

La stigmatisation est l'attribution de caractéristiques indésirables à un individu ou un groupe qui réduit leur statut aux yeux de la société. Il conduit fréquemment à des expériences de discrimination.

Le secteur de la santé est l'un des principaux lieux où les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont perçues comme vivant avec le VIH sont victimes de discrimination. Cet indicateur mesure directement la discrimination subie par les personnes vivant avec le VIH lorsqu'elles recherchent des services dans des établissements de soins de santé.

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en : (a) montrant le changement dans le temps du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victime de discrimination dans les établissements de soins de santé et (b) indiquant les domaines d'action prioritaires.

Pas de données disponibles pour ce round du GAM.

6.5. Pourcentage de populations clés qui déclarent avoir été victimes de discrimination dans les établissements de santé

Cet indicateur mesure les progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les populations clés.

La stigmatisation des populations clés est un stéréotype négatif basé sur l'appartenance d'un individu à un groupe de population clé. La stigmatisation est un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement, en particulier pour les populations clés (y compris les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres). La stigmatisation des populations clés résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment : des attitudes négatives et de jugement à l'égard des populations clés ; la honte liée à la profession, à la consommation de drogues ou à l'identité sexuelle et de genre d'un individu ; et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, dont la discrimination, qui privent les populations clés d'une pleine acceptation sociale, réduisant ainsi leurs chances dans la vie, les dissuadant d'accéder aux services essentiels et alimentant les inégalités sociales.

La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les populations clés est essentielle pour accroître le dépistage du VIH, l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale et ainsi améliorer leur état de santé.

Cet indicateur a été établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants qui déclarent appartenir à un groupe de population clé (c'est-à-dire les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres).

- 1) « Vous êtes-vous déjà senti(e) exclu(e) des activités familiales parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? » (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas)

- 2) « Quelqu'un vous a-t-il déjà réprimandé parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? » (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas)
- 3) « Quelqu'un vous a-t-il déjà fait chanter parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? » (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les professionnel(le)s du sexe.
- B. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes transgenres.

A. Les professionnels de sexe

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XXXVI : Répartition de professionnel(le)s du sexe qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de professionnels du sexe qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs de ces trois expériences au cours des six derniers mois</i>	2022	ND	1 199	566	633	1 199
<i>Nombre total de répondants professionnels du sexe</i>	2022	ND	3 611	1 563	2 048	3 611
<i>Pourcentage de professionnels du sexe qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs de ces trois expériences au cours des six derniers mois</i>	2022	ND	33.2	36.2	30.9	33.2

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut indique que plus de trois professionnelles de sexe sur dix touchées par l'enquête ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, avec une proportion plus grande chez les personnes de moins de 25 ans que chez celles de plus de 25 ans.

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXXVII : Répartition des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois

Paramètres	Année	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent qu'une ou plusieurs des trois expériences leur sont arrivées au cours des 6 derniers mois</i>	2022	296	217	513
<i>Nombre total de répondants ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	2022	792	816	1 608
<i>Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs des trois expériences au cours des 6 derniers mois</i>	2022	37.4	26.6	31.9

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que plus de trois HSH sur dix ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans.

C. Les consommateurs de drogues injectables

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXXVIII : Répartition des consommateurs de drogues injectables qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes qui s'injectent des drogues et qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs des trois expériences au cours des six derniers mois</i>	2022	ND	ND	143	186	329
<i>Nombre total de répondants qui s'injectent des drogues</i>	2022	ND	ND	445	655	1 100
<i>Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs des trois expériences au cours des six derniers mois</i>	2022	ND	ND	32.1	28.4	29.9

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que dix personnes qui s'injectent les drogues qui ont été questionnées, trois ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, avec une proportion plus grande chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans.

D. Les personnes transgenres

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XXXIX : Répartition des personnes transgenres qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois

Paramètres	Année	Hommes transgenres	Femmes transgenres	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes transgenres qui déclarent avoir vécu une ou plusieurs des trois expériences au cours des six derniers mois</i>	2022	146	ND	85	61	146
<i>Nombre total de personnes transgenres interrogées</i>	2022	455	ND	250	205	455
<i>Pourcentage de personnes transgenres qui rapportent qu'une ou plusieurs des trois expériences leur est arrivée au cours des 6 derniers mois</i>	2022	32.1	ND	34.0	29.8	32.1

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que sur dix personnes transgenres questionnées, plus de trois ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans.

Ci-dessous les données de cet indicateur par province touchée par l'enquête.

Tableau XL : Pourcentage de populations clés qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois

Villes	PS		HSH		PID		TG	
	Taille	%	Taille	%	Taille	%	Taille	%
<i>Kinshasa</i>	1350	34.4	582	28.9	381	40.7	194	43.8
<i>Kananga</i>	275	18.2	147	15.6	95	28.4	46	34.8
<i>Goma</i>	462	31.4	216	73.1	126	31.7	98	17.3
<i>Mbandaka</i>	251	48.2	149	5.4	100	27	50	22
<i>Kalemie</i>	300	45	81	51.9	100	24	28	46.4
<i>Lisala</i>	240	7.1	145	2.1	98	9.2		
<i>Gemena</i>	248	46.8	14	28.6	102	25.5		
<i>Tshikapa</i>	250	24.4	125	44				
<i>Kindu</i>	235	37.9	149	34.9	98	9.4	39	10.3

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

A Tshikapa, Gemena et Lisala, les personnes transgenres n'ont pas été trouvées dans la période d'enquête.

6.6. Evitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires dans les services de santé.

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou suppose. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH. La stigmatisation liée au VIH désigne des attitudes, croyances et sentiments négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des

groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, leur famille) et des autres populations clés à haut risque d'infection à VIH, telles que les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. Outre la stigmatisation liée au VIH, les personnes issues de populations clés subissent une discrimination supplémentaire en raison de la stigmatisation liée à l'attraction pour le même sexe et au comportement sexuel, à l'engagement dans le commerce du sexe, à la consommation de drogues et à l'expression non-conforme ou diverse du genre.

Cet indicateur est important pour mesurer la proportion de membres des populations clés qui ont évité l'accès aux services généraux de santé, au dépistage du VIH, aux soins médicaux contre le VIH et au traitement du VIH par peur de la stigmatisation et de la discrimination. Les raisons connexes pour éviter de tels services peuvent inclure (mais ne sont pas limitées à) ce qui suit : un manque (ou un manque perçu de) confidentialité dans les milieux de soins de santé ; attitudes et comportements négatifs chez les fournisseurs de soins de santé ; et les craintes de divulguer ou de suggérer des comportements individuels et des préférences / orientations sexuelles.

Les données relatives à l'évitement des services de santé sont importantes pour mesurer la proportion de populations clés qui ne répondent pas à leurs besoins de base en matière de soins de santé (comme les examens médicaux de routine) et sont donc moins susceptibles d'aller en soins de santé pour des services et des soins plus spécialisés (tels que le dépistage du VIH, le traitement et les soins médicaux).

Les données relatives à l'évitement des services de dépistage du VIH sont importantes pour éliminer les obstacles aux comportements de recours à la santé, en particulier lorsque les établissements de soins de santé sont disponibles et accessibles.

Cet indicateur est important pour comprendre et éliminer les obstacles à la réalisation des objectifs 95-95-95 parmi les membres des populations clés. Les données de cet indicateur mesurent directement la peur de la stigmatisation ou de la discrimination. Cet indicateur peut améliorer la compréhension de la stigmatisation et des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus percevant ou subissant une stigmatisation, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et (3) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

Cet indicateur a pour objectif de saisir l'évitement de quatre caractérisations des services de santé :

- 1) Évitements des services de santé en général parmi tous les répondants
- 2) Évitements du dépistage du VIH chez tous les répondants qui déclarent ne pas avoir subi de test du VIH au cours des 12 derniers mois
- 3) Évitements des soins de santé spécifiques au VIH chez les répondants qui ont indiqué vivre avec le VIH et qui n'ont pas reçu ou ont cessé de recevoir des soins VIH
- 4) Évitements du traitement anti-VIH parmi les personnes interrogées qui ont indiqué qu'elles vivent avec le VIH et qui n'ont jamais suivi ou arrêté de prendre un traitement du VIH.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Évitements des services de santé par les professionnel(le)s du sexe en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- B. Évitements des soins de santé par les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- C. Évitements des services de santé par les personnes qui s'injectent des drogues en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- D. Évitements des services de santé par les personnes transgenres en raison de la stigmatisation et de la discrimination.

A. Les professionnels de sexe

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XLI : Répartition de professionnel(le)s du sexe qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de travailleuses et travailleurs sexuels qui ont déclaré avoir évité de se faire soigner au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	488	252	236	488
<i>Nombre de répondants</i>	2022	ND	3 611	1 563	2 048	3 611
<i>Pourcentage de professionnel (le)s du sexe qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	13.5	16.1	11.5	13.5

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut indique que 14% des professionnelles de sexe touchées par l'enquête ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois, avec une proportion plus grande chez les personnes de moins de 25 ans que chez celles de plus de 25 ans.

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XLII : Répartition des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre d'hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes qui ont déclaré avoir évité de consulter un médecin au cours des 12 derniers mois</i>	2022	174	113	287
<i>Nombre de répondants</i>	2022	789	819	1 608
<i>Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois</i>	2022	22.1	13.8	17.8

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que 18% des HSH questionnés ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans.

C. Les consommateurs de drogues injectables

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XLIII : Répartition des consommateurs de drogues injectables qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes qui s'injectent des drogues et qui ont déclaré avoir évité de se faire soigner au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	ND	80	74	154

Paramètres	Année	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de répondants</i>	2022	ND	ND	445	655	1100
<i>Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues et qui évitent de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois</i>	2022	ND	ND	18.0	11.3	14.0

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut indique que 14% des personnes qui s'injectent des drogues touchées par l'enquête ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois, avec une proportion plus grande chez les personnes de moins de 25 ans que chez celles de plus de 25 ans.

D. Les personnes transgenres

Les données ci-dessous proviennent du Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC de 2022.

Tableau XLIV : Répartition des personnes transgenres qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois

Paramètres	Année	Hommes transgenres	Femmes transgenres	Moins de 25 ans	Plus de 25 ans	TOTAL
<i>Nombre de personnes transgenres qui ont déclaré avoir évité de consulter un médecin au cours des 12 derniers mois</i>	2022	82	ND	46	36	82
<i>Nombre de répondants</i>	2022	455	ND	250	205	455
<i>Pourcentage de personnes transgenres qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois</i>	2022	18.0	ND	18.4	17.6	18.0

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

L'analyse des données ci-haut montre que 18% des personnes transgenres questionnées ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois, avec une proportion très marquée chez les moins de 25 ans que chez les plus de 25 ans.

Ci-dessous les données de cet indicateur par province touchée par l'enquête.

Tableau XLV : Pourcentage de populations clés qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois

Villes	PS		HSH		PID		TG	
	Taille	%	Taille	%	Taille	%	Taille	%
<i>Kinshasa</i>	1350	15.6	582	17.9	381	20.7	194	27.3
<i>Kananga</i>	275	1.1	147	12.2	95	9.5	46	17.4
<i>Goma</i>	462	15.2	216	46.8	126	14.3	98	10.2
<i>Mbandaka</i>	251	15.5	149		100	10	50	2
<i>Kalemie</i>	300	6.7	81	7.4	100	4	28	7.1

Villes	PS		HSH		PID		TG	
	Taille	%	Taille	%	Taille	%	Taille	%
Lisala	240	5	145	1.4	98	5.1		
Gemena	248	15.3	14	7.1	102	10.8		
Tshikapa	250	19.2	125	20.8				
Kindu	235	20.4	149	19.5	98	18.4	39	20.5

Source : Rapport de cartographie et estimation de la taille des populations clés dans 9 provinces de la RDC (PNLS, Décembre 2022)

A Tshikapa, Gemena et Lisala, les personnes transgenres n'ont pas été trouvées dans la période d'enquête.

6.7. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes de violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et qui ont cherché une voie de recours

Cet indicateur mesure les progrès accomplis vers le respect des droits des personnes vivant avec le VIH.

L'existence de mécanismes de recours formels et informels, et de mécanismes d'accès à des services d'assistance juridique abordables, est essentielle pour garantir que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés puissent accéder à la justice en cas de non-respect de leurs droits.

Cependant, disponibilité n'est pas nécessairement synonyme d'utilisation. Il est important de connaître le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de populations clés qui ont recours à ces services afin d'identifier les obstacles potentiels à l'accès ou à l'acceptabilité de ces mécanismes, notamment la situation géographique, la sociodémographie ou le statut de population clé.

Pas de données disponibles pour ces deux rounds du GAM.

VII. COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE ET INTEGRATION

L'avant dernier domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021 vise les objectifs suivants :

- i) Investir dans des systèmes de santé et de protection sociale solides, résilients, équitables et financés par des fonds publics, qui fournissent à 90% des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés au contexte pour : le VIH et d'autres maladies transmissibles ; les maladies non transmissibles ; les soins de santé sexuelle et reproductive ; la violence sexiste ; la santé mentale ; les soins palliatifs ; le traitement de la dépendance à l'alcool ; les services juridiques liés à la consommation de drogues; et d'autres services dont ils ont besoin pour leur santé et leur bien-être général ;
- ii) Veiller à ce que, d'ici à 2025, 45 % des personnes vivant avec le VIH et le sida, exposées au risque de contamination ou affectées par le virus ont accès aux prestations de protection sociale ;
- iii) Veiller à ce que 90 % des personnes vivant dans des contextes humanitaires aient accès à des services intégrés de lutte contre le VIH ;
- iv) Veiller à ce que l'engagement systématique des ripostes au VIH dans les infrastructures et les dispositifs de riposte aux pandémies, en s'appuyant sur les plans stratégiques nationaux en matière de VIH pour orienter les éléments clés de la planification de la préparation aux pandémies et en veillant à ce que 95 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH soient protégées contre les pandémies, y compris le COVID-19.

Ce domaine d'intervention comprend seize indicateurs dont seulement huit ont des données pour ce round.

7.1. Prévalence de l'hépatite et de la co-infection par le VIH parmi les populations clés

Cet indicateur mesure la comorbidité avec le VIH et le besoin potentiel d'un traitement approprié.

L'appréciation de la co-infection hépatite-VIH s'est récemment améliorée. De nombreuses personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral meurent d'une maladie du foie résultant d'une hépatite virale non traitée. Les schémas thérapeutiques du VIH peuvent également être ajustés pour traiter l'infection chronique par l'hépatite B. Un nouveau traitement très efficace contre l'hépatite C est disponible et présente un taux élevé d'élimination du virus, quel que soit le sous-type du virus de l'hépatite C. Mesurer le fardeau de l'hépatite parmi les populations clés vivant avec le VIH peut aider les planificateurs nationaux à déterminer les ressources nécessaires pour lutter contre la syndémie.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.2. Proportion de personnes commençant un traitement antirétroviral qui ont subi un test de dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

Au travers cet indicateur, il s'agit de surveiller les tendances en matière de dépistage de l'hépatite C, une intervention essentielle pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'hépatite C.

Le test de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de la co-infection par le VIH et le VHC, informant les cliniciens sur la nécessité d'une évaluation clinique et de laboratoire plus approfondie et d'un traitement. Le dépistage de l'hépatite C permet d'identifier la co-infection VIH-VHC pour adapter le traitement.

Tableau XLVI : Répartition des personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

Paramètres	Tous
<i>Nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale dont les résultats pour l'hépatite C sont positifs durant la période de recensement utilisant la séquence de dépistage d'anticorps anti-VHC suivi d'une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) pour ceux qui sont anti-VHC positifs</i>	179
<i>Nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale pendant la période de recensement</i>	79 576
<i>Pourcentage de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)</i>	0.2

Source : Données DHIS2

L'analyse des données dans le tableau ci-haut révèle que seulement 0,2% des personnes en début de traitement antirétroviral ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) en 2023. Les désagréments par sexe et par âge ne sont pas disponibles.

7.3. Proportion de personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC

Cet indicateur mesure l'initiation du traitement contre le VHC pour les personnes coinfectedes par le VIH et le VHC parmi les personnes inscrites dans les soins du VIH.

La prévalence de la co-infection par le VHC est particulièrement élevée parmi les personnes vivant avec le VIH dans la Région européenne de l'OMS en raison de la consommation de drogues injectables. Le traitement des personnes vivant avec le VIH contre l'hépatite C influence la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité.

Tableau XLVII : Répartition des personnes présentant une co-infection VIH/VHC diagnostiquée qui ont débuté un traitement contre le VHC

Paramètres	Personnes qui s'injectent les drogues	Tous
<i>Nombre de personnes diagnostiquées avec une co-infection VIH-VHC commençant un traitement pour le VHC pendant la période de déclaration</i>	ND	57
<i>Nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH et la co-infection VHC inscrites dans un programme de soins pour le VIH pendant la période de déclaration</i>	ND	179
<i>Pourcentage de personnes présentant une co-infection VIH/VHC diagnostiquée qui ont débuté un traitement contre le VHC</i>		31.8

Source : Données DHIS2

L'analyse des données dans le tableau ci-haut révèle que trois personnes sur dix présentant une co-infection VIH/VHC diagnostiquée ont débuté un traitement contre l'hépatite C en 2023. Il serait judicieux de capter les données spécifiques des personnes qui s'injectent des drogues pour cet indicateur à l'avenir.

7.4. Prévalence de la syphilis parmi les populations clés

Cet indicateur mesure les progrès en matière de réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés.

La prévalence de la syphilis est généralement beaucoup plus élevée dans les populations clés que dans la population générale. La réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés est importante pour la santé des populations et constitue également une mesure essentielle de la réponse à la syphilis au niveau national. L'utilisation croissante des tests rapides pour le dépistage de la syphilis a permis d'améliorer l'accès au dépistage de la syphilis dans des milieux qui n'en avaient pas la capacité auparavant. En conséquence, cet indicateur a été étendu à la prévalence de la syphilis plutôt que de se concentrer uniquement sur la syphilis active. Le dépistage de la syphilis dans les populations clés est une composante de la surveillance du VIH de deuxième génération.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps. Le dépistage peut être effectué avec soit un test non tréponémique (par exemple, le test VDRL (venereal disease research laboratory) soit un test RPR (rapid plasma reagin)), un test tréponémique (par exemple, le TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), un TPPA (Treponema pallidum particle agglutination assay), un test immunoenzymatique ou un test tréponémique rapide). Bien que les tests sérologiques non néponémiques soient sensibles, ils manquent de spécificité et peuvent donner lieu à des résultats faux positifs. Les tests tréponémiques sont plus spécifiques mais ne peuvent pas faire la différence entre une infection actuelle et une infection passée ou entre une infection traitée et une infection non traitée. Pour les besoins de cet indicateur (conçu pour mesurer la séropositivité), il est acceptable de s'appuyer sur un seul test pour déclarer un diagnostic positif. Toutefois, si des résultats de tests tréponémiques et non tréponémiques sont disponibles pour un même patient, on considère que ce patient est atteint par la syphilis si les résultats des deux tests sont positifs. Les pays sont tenus de communiquer l'algorithme de test utilisé pour déterminer la positivité afin que les estimations de prévalence puissent être ajustées pour examiner les tendances dans le temps et générer des estimations régionales et mondiales.

Cet indicateur est divisé en trois sous-indicateurs :

- A. Prévalence de la syphilis parmi les professionnel(le)s du sexe
- B. Prévalence de la syphilis parmi les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- D. Prévalence de la syphilis parmi les personnes transgenres.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.5. Nombre d'hommes ayant signalé un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès dans la réduction des rapports sexuels non protégés chez les hommes.

L'écoulement urétral chez l'homme est un syndrome d'infection sexuellement transmissible généralement provoqué par *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*. La présentation d'un syndrome aigu d'infection sexuellement transmissible, tel qu'un écoulement urétral, est un marqueur de rapports sexuels non protégés, et l'écoulement urétral facilite la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance des écoulements urétraux contribue donc à la surveillance du VIH de deuxième génération en fournissant une alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH dû à la transmission sexuelle et à l'activité sexuelle continue à haut risque qui peut nécessiter des interventions programmatiques plus agressives pour réduire le risque. Un écoulement urétral non traité peut entraîner l'infertilité, la cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux options de traitement recommandées pour *Neisseria gonorrhoeae* peut rendre cette infection incurable.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.6. Taux de gonorrhée diagnostiquée en laboratoire chez les hommes dans les pays disposant de capacités de laboratoire pour le diagnostic

Cet indicateur mesure les progrès dans la réduction du nombre d'hommes ayant des relations sexuelles non protégées.

L'infection par une infection bactérienne sexuellement transmissible aiguë telle que la gonorrhée est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de la gonorrhée contribue donc à la surveillance du VIH de deuxième génération en fournissant une alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH dû à la transmission sexuelle et à l'activité sexuelle continue à haut risque qui peut nécessiter des interventions programmatiques plus agressives pour réduire le risque. De plus, une gonorrhée non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse extra-utérine, l'infertilité, la cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux options de traitement actuellement recommandées peut rendre cette infection incurable.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.7. Pourcentage de cas incidents estimés de tuberculose (TB) liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.

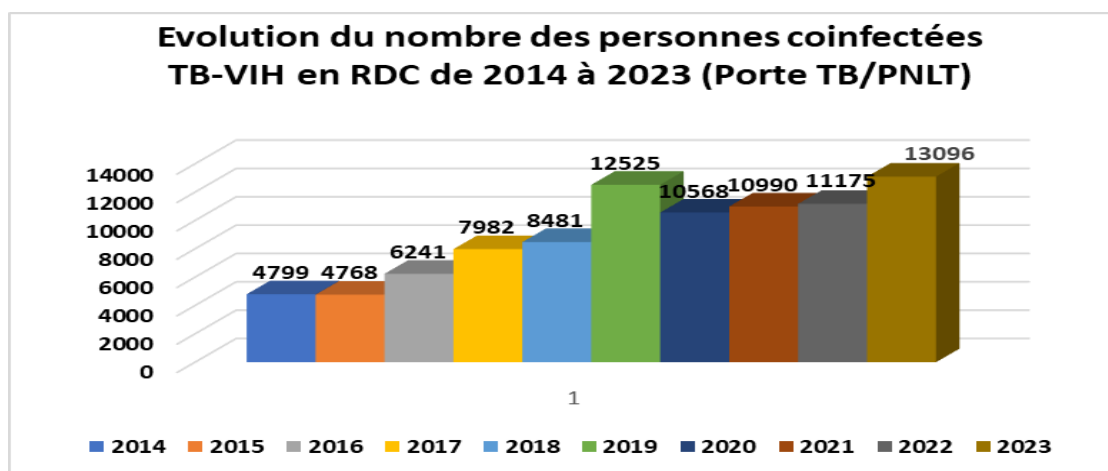
Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB et du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose associée au VIH.

En effet, la tuberculose est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris chez les patients sous traitement antirétroviral. L'intensification du dépistage de la TB et de l'accès à un diagnostic et un traitement de qualité, conformément aux directives nationales/internationales, est essentielle pour améliorer la qualité et la durée de vie des personnes vivant avec le VIH. Il est important de calculer le pourcentage de patients séropositifs et atteints de la TB qui bénéficient d'un traitement approprié contre la TB et le VIH.

L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. L'estimation du dénominateur, calculée en fonction des données sur les nouveaux cas et la couverture des traitements antirétroviraux communiquées par les pays, n'est pas disponible pour 2021 et pour 2022.

Pour les patients TB à qui l'on a diagnostiqué le VIH16, 13.096 ont eu accès au traitement conformément au protocole national de prise en charge de deux affections en 2023. Le taux de détection de la TB parmi les PVVIH+ à 7% en 2023.

Graphique n°4 : Evolution du nombre des patients coinfectés TB-VIH de 2014 à 2023 (Porte TB)



Source : Rapports d'activités du PNLT de 2013 à 2022

7.8. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active parmi celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

Cet indicateur mesure le fardeau de la tuberculose active parmi les personnes vivant avec le VIH qui sont nouvellement inscrites aux soins du VIH. Il mesure également indirectement les efforts de détection précoce de la tuberculose associée au VIH.

Les principaux objectifs de l'intensification du dépistage des cas de tuberculose dans les contextes de soins du VIH et du dépistage du VIH et du conseil initié par les prestataires pour les patients tuberculeux sont la détection précoce de la tuberculose associée au VIH et la fourniture rapide d'une thérapie antirétrovirale et d'un traitement antituberculeux.

Bien que le dépistage intensifié des cas de tuberculose doit être mis en œuvre parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque visite dans les centres de soins et de traitement du VIH, il est particulièrement important au moment de l'inscription, car le risque de tuberculose non détectée est plus élevé parmi les patients nouvellement inscrits que parmi ceux reçoivent déjà un traitement antirétroviral. En outre, les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites peuvent être moins conscientes des symptômes de la tuberculose et de l'importance du dépistage et du traitement précoce, et elles peuvent ne pas chercher à se faire soigner pour des symptômes généraux ou spécifiques de la tuberculose.

Le dépistage intensifié des cas de tuberculose offre l'opportunité d'éduquer les personnes vivant avec le VIH et de détecter la tuberculose à un stade précoce. Toutes les personnes vivant avec le VIH et diagnostiquées avec la tuberculose doivent commencer immédiatement un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral dans les huit semaines (si elles ne reçoivent pas déjà de médicaments antirétroviraux).

Les données ci-dessous sont issues de la base de données DHIS2.

Tableau XLVIII : Proportion des personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral

Paramètres	Année
	2023
Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral et souffrant d'une TB active au cours de la période de référence	5445
Nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral (ex : ceux/celles qui se sont enregistré(e)s pour un traitement antirétroviral au cours de la période de référence)	83436
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active parmi les personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence	6.5

Source : Données DHIS2

Il ressort des données ci-haut qu'environ sept personnes vivant avec le VIH sur cent souffrant d'une tuberculose active ont débuté un traitement antirétroviral en 2023 (6,5% en 2023 contre 7,0% en 2022).

7.9. Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence

Cet indicateur constitue la mesure dans laquelle les personnes sous traitement antirétroviral ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose.

Le traitement préventif contre la tuberculose (TPT) réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé de pratiquer un dépistage de la TB chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'OMS. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un TPT.

L'OMS recommande un certain nombre d'outils de dépistage qui peuvent être utilisés pour écarter la possibilité d'une tuberculose active (par exemple, radiographie pulmonaire, protéine c-reactive).

Les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif contre la tuberculose, qu'ils reçoivent ou non une thérapie antirétrovirale.

Le dépistage intensifié des cas de tuberculose offre l'opportunité d'éduquer les personnes vivant avec le VIH et de détecter la tuberculose à un stade précoce. Toutes les personnes vivant avec le VIH et diagnostiquées avec la tuberculose doivent commencer immédiatement un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral dans les huit semaines (si elles ne reçoivent pas déjà de médicaments antirétroviraux).

Les données ci-dessous sont issues du Rapport PNLIS 2023.

Tableau XLIX : Proportion de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence

Paramètres	Tous
Nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites sous thérapie antirétrovirale qui ont également commencé un traitement préventif contre la tuberculose au cours de la même période de référence	49 209

Paramètres	Tous
Nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites sous thérapie antirétrovirale (c'est-à-dire celles qui ont été enregistrées pour une thérapie antirétrovirale pendant la période de déclaration). Ce dénominateur doit être le même que le dénominateur de l'indicateur 7.8.	83 436
Pourcentage de personnes nouvellement inscrites sous traitement antirétroviral qui ont commencé un traitement préventif contre la tuberculose pendant la période considérée	59.0

Source : Rapports d'activités du PNLS 2023

Il ressort des données ci-haut que six personnes sur dix nouvellement inscrites sous traitement antirétroviral ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) en 2023.

7.10. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH initiant un traitement préventif de la tuberculose (TB) et sous traitement antirétroviral qui ont terminé un protocole de traitement préventif de la tuberculose

Cet indicateur mesure l'efficacité des programmes élargis de traitement préventif de la tuberculose en évaluant la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont suivi un traitement préventif de la tuberculose recommande pendant la période considérée.

Le traitement préventif de la tuberculose réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH.

Le fait d'achever un traitement préventif de la tuberculose tel qu'il a été prescrit optimise son efficacité. Toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral doivent faire l'objet d'un dépistage de la TB à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommande par l'OMS. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un TPT. De même, les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif de la tuberculose.

Alors que de nombreux pays ont augmenté le nombre des traitements préventifs de la tuberculose initiée chez les personnes vivant avec le VIH qui y sont éligibles, les taux d'achèvement des traitements restent faibles ou indéterminés. L'évaluation de ce taux d'achèvement des traitements préventifs de la tuberculose joue un rôle essentiel dans la cascade des services de prise en charge de la TB/du VIH et dans la concrétisation de leur impact.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.11. Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé

Cet indicateur mesure les progrès vers l'intensification du dépistage en population pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et le recours au dépistage pour prévenir le cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH. Pour prévenir le cancer invasif du col de l'utérus, les femmes peuvent être dépistées à l'aide de différents tests afin d'identifier celles qui présentent ou risquent de présenter un précancer du col. Il existe des méthodes de dépistage peu coûteuses et de technologie appropriée qui permettent d'identifier la plupart des lésions précancéreuses a des stades où elles peuvent facilement être traitées et guéries. Une couverture élevée du dépistage chez les femmes – avec traitement des lésions précancéreuses détectées par le dépistage – peut conduire à une faible incidence du cancer invasif du col de l'utérus.

La méthode traditionnelle de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes est la cytologie (le test de Papanicolaou, également appelé test de Pap ou frottis). Les tests de dépistage plus récents comprennent l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et les tests moléculaires, principalement les

tests à haut risque basés sur l'ADN du VPH, qui peuvent être utilisés dans tous les contextes. D'autres tests moléculaires – ainsi que des tests d'inspection visuelle plus avancés basés sur des plateformes d'intelligence artificielle/apprentissage automatique – ont également été développés. Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être effectué à l'aide de différents tests de dépistage primaire et de triage, et il existe de nombreuses combinaisons ou algorithmes utilisés dans différents contextes.

Tableau L : Proportion de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, quelle que soit le test de dépistage utilisé, et qui ont été dépistées pour la première fois de leur vie

Paramètres	30 - 49 ans
Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, quelle que soit le test de dépistage utilisé	348
Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, quelle que soit le test de dépistage utilisé, et qui ont été dépistées pour la première fois de leur vie	ND

Source : Données DHIS2

Ce tableau nous révèle que 348 femmes vivant avec le VIH ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois.

7.12. Pourcentage de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est positif et qui ont reçu un traitement pour ces lésions au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès vers l'objectif de couverture du traitement de 90% des femmes dont le test de dépistage est positif et qui reçoivent un traitement.

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité, l'accès et la couverture du traitement des lésions précancéreuses chez les femmes vivant avec le VIH chez qui des lésions précancéreuses ont été diagnostiquées lors du dépistage et qui ont été jugées éligibles pour un traitement des lésions précancéreuses conformément aux recommandations de l'OMS en matière de dépistage et de traitement pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

Les objectifs de la stratégie mondiale de l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus sont de vacciner 90 % des jeunes filles éligibles contre le virus du papillome humain (VPH), de dépister 70% des femmes éligibles au moins deux fois au cours de leur vie et de traiter efficacement 90% de celles dont le test de dépistage est positif ou qui présentent une lésion du col de l'utérus, y compris par des soins palliatifs si nécessaire, le tout d'ici à 2030.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.13. Pourcentage de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus qui ont été traitées au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur mesure les progrès vers un meilleur accès au traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et l'accès aux services de traitement du cancer invasif du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH au fil du temps. À plus long terme, on s'attend à ce que le nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement pour un cancer invasif du col de l'utérus se stabilise et diminue lentement, car les programmes de dépistage élargiront la détection et le traitement des lésions précancéreuses, et la couverture de la vaccination contre le

papillomavirus humain (HPV) augmentera conformément aux objectifs d'élimination 90–70–90¹⁷ de l'OMS.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

7.14. Proportion de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral qui bénéficient d'une distribution multi mensuelle de médicaments antirétroviraux

Cet indicateur mesure la proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral, qui ont reçu un approvisionnement de plusieurs mois (comme spécifié ci-dessous) de médicaments antirétroviraux la dernière fois qu'elles ont récupéré leurs médicaments antirétroviraux.

La possibilité pour les personnes vivant avec le VIH, qui sont cliniquement stables ("établies sous traitement antirétroviral" – voir les définitions ci-dessous), de recevoir des médicaments antirétroviraux pendant plusieurs mois est un élément clé des soins qui répondent aux besoins et aux préférences des personnes vivant avec le VIH (connu sous le nom de « prestation différenciée des services »¹⁸). Pour les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement antirétroviral, la distribution multimensuelle peut améliorer les résultats de santé et favoriser l'observance du traitement à long terme, tout en réduisant la fréquentation inutile des cliniques, ce qui contribue à l'efficacité du système. De manière générale, la distribution multimensuelle peut contribuer aux efforts visant à atteindre les objectifs de 95–95–95.

L'adoption et le déploiement de la distribution multimensuelle dans le cadre des stratégies et des plans des gouvernements nationaux sont en augmentation. Depuis 2016, la prestation différenciée des services – y compris l'option de la distribution multimensuelle – est recommandée dans les lignes directrices de l'OMS relatives au traitement du VIH et à la santé publique. La pandémie de COVID-19 a particulièrement mis en évidence la fragilité des systèmes de santé et, en réponse, la recherche de moyens pour maintenir la prestation des services et réduire la fréquentation inutile des cliniques a été une priorité.

La mesure dans laquelle ces modèles de soins ont été étendus dans de nombreux pays est incertaine et le rapport sur cet indicateur soutiendra les efforts visant à étendre l'offre de distribution multimensuelle.

Les données pour ce round proviennent du Rapport PEPFAR de 2023.

Tableau LI : Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant moins de 3 mois de médicaments antirétroviraux

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu moins de 3 mois de médicaments antirétroviraux lors de leur dernière visite à la clinique, ou dans un autre cadre, avant la date de l'analyse</i>	461	3 263	1 206	2 057	3 724
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral à la fin de la période de déclaration. Ce chiffre doit correspondre aux valeurs nationales soumises par l'intermédiaire de l'outil de suivi mondial du sida</i>	11 336	194 429	76 657	117 772	205 765

17 Cette stratégie est composée de trois objectifs clés – les objectifs 90-70-90 – à atteindre d'ici 2030 : (i) 90 % des filles complètement vaccinées avec le vaccin contre le VPH à l'âge de 15 ans ; (ii) 70 % des femmes dépistées avec un test de haute performance à 35 ans et à nouveau à 45 ans ; et (iii) 90 % des femmes identifiées comme atteintes d'une maladie cervicale recevant un traitement (90 % des femmes atteintes d'un cancer précancéreux traitées et 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif pris en charge).

18 La prestation différenciée des services est une approche axée sur le client consistant à simplifier et à restructurer les services afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et de soulager les systèmes de santé.

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
Si cet indicateur n'est disponible que pour une proportion de personnes sous traitement, veuillez saisir le nombre sur lequel le pourcentage est basé	11 336	194 435	76 663	117 772	205 771
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant moins de 3 mois de médicaments antirétroviraux	4.1	1.7	1.6	1.7	1.8

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse du tableau ci-haut indique que près de deux personnes vivant avec le VIH sur dix actuellement inscrites sous traitement antirétroviral reçoivent moins de 3 mois de médicaments antirétroviraux.

Tableau LII : Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant des médicaments antirétroviraux pendant 3 à 6 mois

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu 3 - < 6 mois de médicaments antirétroviraux lors de leur dernière visite à la clinique, ou dans un autre cadre, avant la date de l'analyse	5 481	49 181	17 617	31 564	54 662
Nombre de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral à la fin de la période de déclaration. Ce chiffre doit correspondre aux valeurs nationales soumises par l'intermédiaire de l'outil de suivi mondial du sida	11 336	194 429	76 657	117 772	205 765
Si cet indicateur n'est disponible que pour une proportion de personnes sous traitement, veuillez saisir le nombre sur lequel le pourcentage est basé	11 336	194 435	81 344	124 319	205 771
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant des médicaments antirétroviraux pendant 3 à 6 mois	48.4	25.3	23.0	26.8	26.6

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse du tableau ci-haut indique qu'une personne vivant avec le VIH sur quatre actuellement inscrites sous traitement antirétroviral reçoivent des médicaments antirétroviraux pendant trois à six mois.

Tableau LIII : Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral et bénéficiant d'une dispensation multi mensuelle de médicaments antirétroviraux pendant 6 mois ou plus

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu 6 mois ou plus de médicaments antirétroviraux lors de leur dernière visite à la clinique, ou dans un autre cadre, avant la date de l'analyse</i>	5 394	141 985	57 834	84 151	147 379
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral à la fin de la période de déclaration. Ce chiffre doit correspondre aux valeurs nationales transmises par l'intermédiaire de l'outil de suivi mondial du sida</i>	11 336	194 429	76 657	117 772	205 765
Si cet indicateur n'est disponible que pour une proportion de personnes sous traitement, veuillez saisir le nombre sur lequel le pourcentage est basé	11 336	194 435	81 344	124 319	205 771
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral et bénéficiant d'une dispensation multi mensuelle de médicaments antirétroviraux pendant 6 mois ou plus</i>	47.6	73.0	75.4	71.5	71.6

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse du tableau ci-haut indique que sept personnes vivant avec le VIH sur dix actuellement inscrites sous traitement antirétroviral bénéficient d'une dispensation multimensuelle de médicaments antirétroviraux pendant 6 mois ou plus.

Tableau LIV : Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant une dispensation de plusieurs mois (3 mois ou plus) de médicaments antirétroviraux

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu 3 mois ou plus de médicaments antirétroviraux lors de leur dernière visite à la clinique, ou dans un autre cadre, avant la date de l'analyse</i>	10 875	191 166	75 451	115 715	202 041
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral à la fin de la période de déclaration. Ce chiffre doit correspondre aux valeurs nationales transmises par l'intermédiaire de l'outil de suivi mondial du sida</i>	11 336	194 429	76 657	117 772	205 765
Si cet indicateur n'est disponible que pour une proportion de personnes sous traitement, veuillez saisir le nombre sur lequel le pourcentage est basé	11 336	194 435	81 344	124 319	205 771

Paramètres	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Hommes (15 ans et plus)	Femmes (15 ans et plus)	Tous âges
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites sous traitement antirétroviral et recevant une dispensation de plusieurs mois (3 mois ou plus) de médicaments antirétroviraux</i>	95.9	98.3	98.4	98.3	98.2

Source : Rapport PEPFAR 2023

L'analyse du tableau ci-haut indique que près de la totalité des personnes vivant avec le VIH sur dix actuellement inscrites sous traitement antirétroviral bénéficient d'une dispensation de plusieurs mois (3 mois ou plus) de médicaments antirétroviraux.

7.15. Couverture des modèles de prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale

Cet indicateur mesure le déploiement et la mise en œuvre des modèles de thérapie antirétrovirale DSD (Differentiated Service Delivery) au cours de la période couverte par le rapport.

L'OMS recommande des modèles de soins à domicile pour les personnes éligibles, y compris celles qui suivent déjà une thérapie antirétrovirale, afin de garantir que les soins répondent à la diversité des besoins des personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur mesure la proportion de personnes sous traitement qui bénéficient de modèles de soins de thérapie antirétrovirale DSD - et, si possible, si les personnes éligibles à une thérapie antirétrovirale DSD bénéficient de tels services.

La prestation différenciée de services pour le traitement du VIH vise à améliorer la rétention dans les soins et la suppression virale en optimisant les modèles de traitement et de prestation de soins afin d'améliorer l'expérience des clients et les résultats en matière de santé et de tirer parti des ressources pour améliorer l'efficacité des programmes.

Les modèles de DSD pour le traitement du VIH peuvent être classés en quatre catégories : les modèles de groupe gérés par le personnel de santé ; les modèles de groupe gérés par les clients ; les modèles individuels basés dans les établissements ; et les modèles individuels non basés dans les établissements. Au sein de ces quatre catégories, de nombreuses adaptations peuvent être apportées pour fournir des services centrés sur la personne afin de répondre aux besoins distincts et évolutifs des personnes appartenant à des populations spécifiques, telles que les personnes recevant des traitements de deuxième ou troisième intention, les personnes présentant des comorbidités contrôlées, les personnes appartenant à des populations clés, les femmes enceintes, les enfants et les adolescents.

Parmi les modèles de thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prestation différenciée de services, on peut citer la distribution de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois, le renouvellement accéléré des médicaments antirétroviraux, les groupes d'observance dans les établissements, les points de distribution communautaires de thérapie antirétrovirale, les groupes de thérapie antirétrovirale pour les clients, les groupes de thérapie antirétrovirale dirigés par des agents de santé communautaires ou des éducateurs pour les pairs, et les kits de soins avancés pour les maladies liées au VIH.

Les pays ont mis au point un large éventail de modèles de thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prestation différenciée de services, adaptés aux différents contextes et populations. Une multitude de modèles de prestation de services différenciés sont mis en œuvre dans le cadre de ce programme en pleine évolution. Quels que soient les modèles de thérapie antirétrovirale DSD adoptés, il est important d'évaluer la couverture afin d'élargir les services et de renforcer la mise en œuvre.

Les données pour ce round proviennent de la base de données DHIS2.

Tableau LV : Proportion de personnes inscrites dans les modèles DSD TAR parmi toutes les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un TAR à la fin de la période de référence

Paramètres	Total
Nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites dans des modèles TAR DSD au cours de la période couverte par le rapport	143853
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR pendant la période couverte par le rapport	
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR éligibles aux modèles TAR DSD pendant la période couverte par le rapport	342781
Pourcentage de personnes inscrites dans les modèles DSD TAR parmi toutes les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un TAR à la fin de la période de référence	42.0

Source : Données DHIS2

L'analyse du tableau ci-haut indique que plus de quatre personnes vivant avec le VIH sur dix inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD parmi toutes les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral au 31 décembre 2023.

7.16. Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée

Cet indicateur mesure la suppression de la charge virale parmi les personnes engagées dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD. Il s'agit d'une mesure de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale qui indique l'adhésion au traitement et le risque de transmission du VIH.

Cet indicateur permet de suivre la suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD. La suppression virale étant un résultat clé du traitement, il est important de contrôler et d'évaluer si les personnes inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD ont une suppression de la charge virale meilleure ou similaire à celle des personnes recevant les soins habituels, afin de garantir la qualité des services. La suppression de la charge virale est également la meilleure mesure disponible de l'adhésion à la thérapie antirétrovirale.

Pour ce round, aucune donnée n'est disponible pour cet indicateur.

VIII. INVESTISSEMENTS ET RESSOURCES

Dans ce dernier domaine d'intervention de la Déclaration politique de 2021, l'objectif est de financer pleinement la riposte au VIH en portant à 29 milliards de dollars US les investissements annuels consacrés au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, d'ici à 2025, en :

- i) mobilisant des ressources nationales supplémentaires durables pour les ripostes au VIH par le biais d'un large éventail de stratégies et d'approches, notamment les partenariats public-privé, le financement de la dette, l'allègement de la dette, la restructuration de la dette et la gestion saine de la dette, la fiscalité progressive, la lutte contre la corruption et la fin des flux financiers illicites, ainsi que l'identification, le gel et le recouvrement des avoirs volés et leur restitution à leur pays d'origine ;
- ii) veillant à l'intégration progressive du financement des ripostes au VIH dans le financement national de la santé, de la protection sociale, des réponses d'urgence et des ripostes aux pandémies ;
- iii) respectant les engagements en matière d'aide publique au développement, notamment l'engagement d'atteindre l'objectif de 0,7 % du revenu national brut en tant qu'aide publique au développement et de 0,15-0,20 % du revenu national brut en tant qu'aide publique au développement pour les pays les moins avancés, et en augmentant le pourcentage de l'aide publique au développement de la riposte au VIH.

Ce domaine d'intervention ne comprend trois dont un seul a des années pour ces rounds : les dépenses liées au VIH.

8.1. Budget alloué aux programmes de riposte face au VIH et au sida, à partir de sources nationales publiques

Le budget gouvernemental alloué et exécuté pour les programmes de lutte contre le VIH, ainsi que les tendances perçues à court terme dans le budget (c'est-à-dire le budget de l'année prochaine).

Les données rapportées sont les ressources nationales publiques totales allouées et exécutées pour la riposte face au VIH, aux niveaux central et sous-national.

Depuis 10 ans, les ressources nationales occupent une place significative dans le financement de la riposte au VIH. Ces dernières années, ces ressources ont représenté plus de la moitié des ressources financières totales pour la riposte face au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le suivi des budgets nationaux publics et des prévisions à court terme a pour objectif de renforcer les efforts visant à mobiliser des ressources dans le monde entier, en vue de concrétiser les objectifs d'élimination du sida d'ici à 2030.

Ces données n'ont pas été captées pour ce round.

8.2. Antirétroviraux : prix unitaires et volume

Cet indicateur mesure Les prix unitaires moyens des traitements antirétroviraux prévus dans les programmes nationaux de riposte face au VIH, et les volumes achetés.

Les prix unitaires moyens des antirétroviraux et les volumes achetés permettent de surveiller la dynamique du marché en ce qui concerne ces traitements, tout en contribuant au processus de triangulation des personnes signalées comme suivant un traitement antirétroviral.

Ces données n'ont pas été captées pour ce round.

8.3. Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)¹⁹

Cet indicateur mesure les dépenses nationales des programmes et services de lutte contre le VIH en fonction de la source, selon une méthode standardisée et comparable par rapport à des catégories mutuellement exclusives. Les dépenses liées au VIH par programme ou service qui sont déclarées ici doivent être cohérentes avec le nombre de personnes ayant utilisé les services (qui est déclaré dans une autre partie du suivi mondial de la lutte contre le sida).

L'indicateur à renseigner correspond aux dépenses totales et sous-totales associées au VIH, par service ou catégorie de programmes et par source de financement. Il y a huit sous-indicateurs de base qui correspondent à ce rapportage.

Fin 2021, les ressources internationales et nationales disponibles pour la riposte au VIH ont atteint un montant estimé à 21,4 milliards de dollars US (en dollars constants de 2019) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour atteindre les objectifs nationaux et mondiaux, il faut intensifier les efforts, augmenter les ressources et accroître l'efficacité des programmes afin de fournir les services de prévention, de traitement et de soins nécessaires pour réduire l'incidence du VIH et prolonger des vies.

Il est essentiel de trouver des sources de financement durables à long terme, notamment en mobilisant des ressources nationales, afin de pérenniser les résultats obtenus et continuer à progresser. Cela étant, on ne peut combler le déficit de financement et continuer à allouer des ressources de manière efficace qu'en évaluant et en gérant les ressources disponibles et leur utilisation.

La quantification des flux de financement et des dépenses est utile pour savoir qui bénéficie des programmes VIH et pour déterminer l'état actuel des allocations pour les programmes et services liés au VIH axes sur des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

¹⁹ REDES 2015-2016-2017, novembre 2019

La grande majorité des catégories de dépenses liées au sida (ou ASC, selon les classifications de l'Évaluation nationale des dépenses liées au sida [NASA ou REDES]) ou des sous-indicateurs sont tirés de cadres existants et sont désormais structurés autour de la Déclaration politique sur l'élimination du sida de 2021. Les besoins en ressources des pays à revenu faible et intermédiaire ont conduit à un objectif de mobilisation d'au moins 29 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) d'ici 2025.

La méthodologie NASA est appliquée dans plus de 70 pays à travers le monde. La classification REDES a été établie en associant les catégories de dépenses relatives au sida (ASC) aux programmes ou services chiffrés dans le cadre du processus d'estimation des besoins en ressources, à savoir les interventions/services ayant un impact connu sur les résultats concernant le VIH, c'est-à-dire l'incidence du VIH et la mortalité associée au sida.

En outre, le cadre du REDES propose un ensemble complet de catégories de dépenses relatives au sida pour classer les éventuelles dépenses supplémentaires d'un pays, même si elles ne correspondent pas à l'estimation des besoins en ressources. L'alignement entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires aux services ou programmes vise à mesurer le déficit de financement et à indiquer un manque de ressources ou des gains d'efficacité potentiels à réaliser par programme pour la combinaison de sources et de prestataires.

Il existe d'autres méthodes de suivi des ressources également appliquées pour évaluer les investissements dans la riposte au VIH provenant de sources nationales et internationales, notamment le système des comptes de santé, les examens budgétaires et les enquêtes ad hoc. Il est recommandé d'utiliser les cadres de comptabilité sociale (NASA) pour rendre compte au mieux de cet indicateur.

L'indicateur et les sous-indicateurs décrits ici peuvent être extraits directement d'un exercice NASA. Il se peut que les autres approches ne fournissent pas directement l'ensemble des sous-indicateurs énumérés ci-dessous. Dans ce cas, il est recommandé de renseigner la Matrice de financement pour la lutte contre le sida au niveau de granularité disponible avec la méthodologie de suivi des ressources employée par le pays et d'indiquer explicitement l'indisponibilité d'informations ventilées, le cas échéant.

Comme les années précédentes, la base de ce rapport est la Matrice nationale de financement, un modèle de rapport qui établit des domaines programmatiques VIH ventilés par intervention ou service et par source de financement. Cette matrice a été conçue pour inclure toutes les ressources investies dans la riposte au VIH par toutes les sources au cours d'une année donnée. Elle contient donc une longue liste de services/programmes que l'on peut utiliser pour décrire l'utilisation des ressources, alors que l'on utilisera uniquement un sous-ensemble pour renseigner les sous-indicateurs.

En RDC, lors de l'Enquête REDES 2013-2014, l'on a constaté que le financement de la lutte contre le VIH/Sida repose sur un trépied constitué des apports extérieurs (PEPFAR et FM, 42,7%), des privés (les ménages, 43,7% des dépenses globales) et du Gouvernement de la République (13,7%).

Les ménages (spécifiquement les PVVIH) consentent des dépenses importantes dans la lutte contre le VIH/sida et sont encore obligés de faire face à des coûts parfois énormes pour leur auto-prise en charge, en dépit de multiples subventions de lutte contre le sida en RDC.

On a constaté une amélioration des apports publics qui étaient de 1,4% en 2010. En même temps, le Gouvernement de la République, avec ses moyens limités, a multiplié les efforts en vue d'améliorer le financement de la riposte au VIH/Sida. Dans les dépenses institutionnelles, les fonds publics du gouvernement ont connu une nette amélioration passant de 1,9% à 24,1%.

Près de la moitié des dépenses (plus de 43%) a été consacrée aux soins et traitement des PVVIH. Les autres interventions d'envergure ont concerné notamment la prévention contre le VIH (24% en 2013 et 22% en 2014) et la gestion administrative du programme (20% en 2013 et 24% en 2014).

Dans le même ordre d'idée, environ la moitié des ressources a été consacrée aux interventions en faveur des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des enfants dans le cadre de la vision de la génération sans sida en RDC.

Par contre, les groupes de population particulièrement vulnérable (HSH, CDI, PS et leurs clients) n'ont bénéficié que de moins d'un pourcent des dépenses institutionnelles, alors que la population générale a pu bénéficier de plus de 5% en 2013 et 7% en 2014.

D'une manière générale, le niveau de financement de la réponse nationale au sida est resté très faible en 2014, en deçà de 30% des besoins exprimés dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014.

Lors de l'Enquête REDES (Enquête sur l'estimation du flux des dépenses engagées dans la riposte au sida en RDC) réalisée par la RDC pour les années 2015, 2016 et 2017, les résultats ont retracé globalement **137 553 593 USD** en 2015, **149 439 227 USD** en 2016 et **174 572 249 USD** en 2017. Ces fonds ne couvraient pas les dépenses des ménages, mais seulement les dépenses institutionnelles²⁰.

Les résultats ci-dessous proviennent du Rapport REDES 2018-2019-2020-2021 finalisé par le PNMLS en 2023.

²⁰ Les dépenses institutionnelles englobent tous les fonds engagés provenant des institutions publiques, privées et internationales. Tandis que les dépenses des ménages sont celles engagées par les familles pour payer les services ou les intrants y afférent.

Synthèse de financement de la lutte contre le VIH/sida en RDC de 2018 à 2021 en USD

Tableau LVI : Evolution de dépenses institutionnelles par source de financement (1), Interventions (2) et Population bénéficiaire (3)

1. Sources de financement (2018 – 2021)								
Années	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Entités publiques	30 519 241	20%	37 206 259	20%	38 817 127	21%	45 095 804	20%
Entités privées domestiques	15 106 418	10%	15 408 546	8%	14 771 554	8%	14 868 522	7%
Entités internationales	103984061	70%	131552239	71%	131054917	71%	167861131	74%
2. Interventions (2018 – 2021)								
Années	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Prévention	9 975 266	7%	9 044 148	5%	8 362 414	5%	6 361 203	3%
Conseil et dépistage	5 734 716	4%	6 697 630	4%	8 746 308	5%	9 431 065	4%
Soins et traitement	88 808 973	59%	114 905 116	62%	110 896 919	60%	148 506 245	65%
Protection sociale et services sociaux	7 117 783	5%	4 084 118	2%	4 205 855	2%	5 569 846	2%
Vecteurs sociaux	1	1%	1 465 341	1%	1 063 693	1%	1 294 981	1%
Vecteurs de programme et renforcement des systèmes	36 575 009	24%	46 826 409	25%	50 733 509	27%	48 018 958	21%
Synergie de développement	27 004	0%	73 261	0%	307 053	0%	29 786	0%
Recherche	40 970	0%	1 071 022	1%	327 846	0%		0%
COVID		0%		0%		0%	8273239	4%
3. Populations bénéficiaires (2018 - 2021)								
Années	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Personnes vivant avec le VIH	88 850 158	59%	114 905 116	62%	110 926 615	60%	148 575 168	65%
Population clés	2 819 038	2%	2 632 468	1%	3 661 114	2%	2 067 413	1%
Population vulnérables accessibles	11 132 293	7%	7 223 680	4%	7 720 018	4%	8 457 579	4%
Population générale	9 106 815	6%	10 242 965	6%	10 047 324	5%	11 004 196	5%
Interventions non ciblées	37 101 416	25%	49 162 815	27%	52 288 526	28%	57 721 100	25%
TOTAL	149 629 720	100%	184 167 065	100%	184 643 598	100%	227 825 456	100%

Le Rapport REDES (Enquête sur l'estimation du flux des dépenses engagées dans la riposte au sida en RDC) a retracé globalement **149 629 720 USD** en 2018, **184 167 069 USD** en 2019, **184 643 598 USD** en 2020 et **227 825 456 USD** en 2021. Ces fonds ne couvrent pas les dépenses des ménages, mais seulement les dépenses institutionnelles.

En termes de sources de financement, la réponse nationale au VIH est financée à plus de 70% par les entités internationales (Fonds Mondial, PEPFAR, etc.). Au niveau des interventions, le gros des financements est acheminé vers les soins et traitement (de 59% en 2018 à 65% en 2021) ainsi que les Vecteurs de programme et renforcement des systèmes (autour de 20 à 25%). Les PVVIH sont les premières populations bénéficiaires des fonds alloués à la réponse nationale au VIH (de 59% en 2018 à 65% en 2021).

CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2022-2023

Le Rapport mondial du suivi de la réponse au sida 2024 (GAM 2024) constitue le sixième du genre depuis l'établissement des Objectifs de Développement Durable (ODD) en remplacement des les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : le premier rapport en 2016, le deuxième ayant couvert les deux années suivantes, le troisième en 2019, le quatrième en 2020, le cinquième en 2021, le cinquième pour les deux années suivantes.

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires se sont associés afin de rassembler les directives unifiées concernant les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé, qui ont alimenté les directives associées aux rapports d'activités sur la riposte au sida dans le monde.

Dans les précédentes séries de rapports, les pays ont été encouragés à intégrer des indicateurs dans leurs efforts de surveillance continue. Ces indicateurs sont conçus afin de les aider à évaluer la situation de leur riposte nationale ainsi que leurs progrès pour atteindre les objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH. Ils contribuent également à mieux comprendre la riposte mondiale à l'épidémie du VIH, notamment les progrès pour atteindre les objectifs mondiaux présentés dans la Déclaration politique de 2021 et les Objectifs de Développement Durable.

En outre, ce round du GAM s'est déroulé dans un contexte où le pays était dans un processus de mise en œuvre des différentes planifications produites en 2021 et en 2022 :

- α Elaboration du Plan Stratégique National 2023-2027 de lutte contre le VIH/sida ;
- α Elaboration de la note conceptuelle NMF4-GC7 du Fonds Mondial ;
- α COP 22 et COP 23.

Le Plan de Suivi-Evaluation du PSN 2023-2027 a été produit et le plan opérationnel est en cours d'élaboration. Le nouvel exercice de l'EDS est en cours et fournira ses premiers résultats vers la fin de l'année 2024.

Les besoins en informations en RDC restent énormes, comme en atteste la liste d'indicateurs sans données disponibles dans ce rapport (voire résumé exécutif).

En outre, il sied de noter l'organisation, pour la deuxième année, d'un Atelier de remplissage et de soumission des données GAM ainsi que la continuité dans l'organisation des ateliers de production des estimations et projections VIH (Logiciel SPECTRUM) pour les 26 provinces que compte la RDC, ainsi que pour les Zones de santé, processus qui sont grandement bénéfiques au pays. Cela malgré le grand défi du toilettage de la file active des patients sous ARV qui demeure un problème crucial pour assurer la crédibilité des données du pays.

Il va sans dire aussi que la rareté des financements dans le domaine de la riposte globale au VIH, qui affecte directement les aspects de suivi-évaluation, se dresse comme une contrainte dont il faudra toujours tenir compte dans l'utilisation efficace et efficiente des fonds disponibles.

a) Difficultés rencontrées

Malgré plusieurs grandes avancées, quelques principales difficultés suivantes ont été rencontrées dans la mise en œuvre actuelle du système national de S&E en 2021 et en 2022 :

- α Le faible niveau de disponibilité et de désagrégation des données concernant les adolescents et jeunes ;
- α L'insuffisance de données chiffrées sur certains indicateurs de droits humains en lien avec le VIH (Autostigmatisation, Stigmatisation en milieux communautaires, Attitudes face à la violence contre les femmes, etc.).

Au niveau plus global, il existe d'autres difficultés :

- ✚ Insuffisance des ressources par rapport au besoin pour le passage à l'échelle des interventions de la prévention, traitement, soins et soutien ;

- ✚ Non allocation par le gouvernement de fonds aux différents cellules ministérielles et divisions provinciales pour leur faciliter la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/Sida en conformité avec leurs rôles et responsabilités ;
- ✚ Insuffisance dans la couverture holistique et effective des services VIH à travers le pays (soins, traitement, suivi biologique, charge virale, accompagnement psychosocial, ...) ;
- ✚ Persistance de la discrimination des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en milieux de soins, communautaire et judiciaire ;
- ✚ Absence des directives actualisées sur la politique et les orientations stratégiques de la lutte contre le sida depuis la réunion du CNMLS de 2014 et des CPMLS quelques fois tenues à travers les provinces.

b) Mesures correctives

Des mesures correctives ont été apportées pour surmonter les difficultés rencontrées. Il s'agit principalement de la continuité d'activités déjà enclenchées telles que :

- α L'organisation d'ateliers pour la formulation correcte des indicateurs et l'élaboration des outils de collecte et de rapportage concernant les données des adolescents et jeunes dans le cadre de l'Initiative ALL-IN ;
- α Le travail de formulation correcte des indicateurs autres que santé avec explications et méthodes de calcul, travail qui doit aboutir à un renforcement de capacités de toutes les parties prenantes dans le système national de suivi et évaluation ;
- α L'alimentation progressive de la base de données multisectorielle du PNMLS par les acteurs tant nationaux que provinciaux.

Au final, il importe toujours de relever l'importance de quelques points importants pour une amélioration du système national de suivi-évaluation :

- α Le renforcement de capacité des parties prenantes dans divers domaines du S&E (collecte et analyse des données, surveillance sentinelle du VIH, etc.) et ce, au regard de l'implication des différentes parties prenantes dans la fonctionnalité du système ;
- α L'affectation des personnes requises aux fonctions clés (S&E, surveillance du VIH, gestion des données) à différents niveaux du système (sectoriel, provincial, etc.) ;
- α La motivation du personnel ;
- α Enfin, le partenariat en vue de planifier, coordonner et gérer le système de S&E du VIH/sida sous forme de revues à tous les niveaux (structures, zones de santé, au niveau provincial et national) avec l'implication de toutes les parties prenantes à chaque niveau qui facilite l'échange et l'utilisation de l'information.

L'analyse globale de la situation épidémiologique du VIH/Sida en RDC, en corrélation avec les moyens disponibles, révèle qu'avec les mêmes ressources, la baisse des nouvelles infections restera relativement lente. Néanmoins, les nouvelles infections peuvent être réduites rapidement avec l'élaboration d'un plan d'accélération qui nécessite une mobilisation des ressources supplémentaires et l'engagement politique tant du niveau national que provincial pour tendre vers l'objectif « zéro nouvelles infections ».

En outre, l'amélioration de la prise en charge pédiatrique, de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'accès à la mesure de la charge virale, et l'extension de la couverture des services VIH dans le pays nécessitent une attention soutenue pour continuer à inverser la tendance de l'infection à VIH en RDC.

Concernant particulièrement les adolescents et jeunes, dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans²¹, de 2015 à 2023, on observe une diminution de 34% des nouvelles infections, de 46% des décès dus au sida, et de 14% de ceux qui vivent avec le VIH.

Avec la stigmatisation et la discrimination qui demeurent très présente à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, les actions de renforcement de capacité et de sensibilisation devront continuer, tout en veillant à toucher les milieux sanitaires, judiciaire et communautaire.