

2021

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



FAST-TRACK

ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030

Octobre 2021

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

Aout 2021

PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 31 Octobre 2020

© 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, Mélia BOSSIKY, Yves OBOTELA, Lisa NTUMBA, Serge INYONGO, Jinette KAVIRA, Patrick KANGA (PNMLS), Aimé MBOYO, Apollinaire KILUNDU, Bijou MANKIADING, Felly EKOFO, Gaëtan NSIKU, François MPANGA, Bogol MBOPE, Célestin MBOMA (Ministère de la Santé Publique /PNLS), Michel KASWA, Judier DIALA (Ministère de la Santé Publique /PNLT), Marie-Josée MUJINGA, Serge TAMUNDELE (Ministère de la Justice et Droits humains), Susan KASEDDE, Adamou DAMBAGI (ONUSIDA), Etienne MPOYI (OMS), George BLOCK, Erick NGOIE (PNUD), Rogers Galaxy NGALAMULUME (CDC-PEPFAR), Ange MAVULA (UCOP+), Hilaire MBWOLIE, Dagobert N'TANGU (PSSP).

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 PNL 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 2021	11
<i>Indicateurs sans données disponibles en 2020 (comptant pour les exercices GAM 2021)</i>	14
<i>Indicateurs avec données disponibles en 2020 (comptant pour l'exercice GAM 2021)</i>	16
INTRODUCTION	21
MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT	22
I. TEST ET TRAITEMENT DU VIH DANS LE CADRE DES OBJECTIFS 90-90-90	24
1.1. <i>Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique</i>	24
1.2. <i>Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral</i>	25
1.3. <i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée</i>	27
CASCADE DE TRAITEMENT 90-90-90	28
1.4. <i>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</i>	30
1.5. <i>Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée</i>	30
1.6. <i>Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes</i>	31
1.7. <i>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</i>	33
II. ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT	34
2.1. <i>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</i>	34
2.2. <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 (Modélisation)</i>	35
2.3. <i>Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant</i>	36
2.4. <i>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</i>	39

2.5. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances).....	41
2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut VIH connu.....	41
III. ACCES AUX OPTIONS DE MESURES DE PREVENTION POUR AU MOINS 90% DES PERSONNES D'ICI 2020.....	43
3.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)	44
3.2. Estimations de la taille des populations clés.....	44
3.3. Prévalence du VIH parmi les populations clés	46
3.4. Test du VIH parmi les populations clés.....	49
3.5. Couverture du traitement antirétroviral au sein des PVVIH parmi les populations clés	49
3.6. Utilisation du préservatif parmi les populations clés	50
3.7. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés.....	52
3.8. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.....	53
3.9. Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues	54
3.10. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)	54
3.11. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active	55
3.12. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentant une syphilis active	55
3.13. Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés aux détenus.....	56
3.14. Prévalence de l'hépatite et de la coïnfection par le VIH parmi les populations clés.....	56
3.15. Nombre de personnes ayant reçu une PrEP orale au moins une fois au cours de la période de référence.....	57
3.18. 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.....	57
3.19. Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois.....	58
IV. ÉLIMINATION DES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES ET FIN DE TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE ET DE DISCRIMINATION ENVERS LES FEMMES ET LES FILLES, LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES POPULATIONS CLÉS D'ICI 2020.....	58

4.1. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.....	58
4.2. Évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination au sein des populations clés (travailleuses et travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et personnes transgenres)	59
4.3. Proportion des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	60
4.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé	61
V. ASSURANCE QUE 90 % DES JEUNES POSSEDENT LES COMPETENCES, LES CONNAISSANCES ET LA CAPACITE DE SE PROTEGER DU VIH ET DISPOSENT D'UN ACCES A DES SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE D'ICI 2020 AFIN DE REDUIRE A MOINS DE 100 000 PERSONNES PAR AN LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH PARMIS LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES	62
5.1. 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	63
5.2. Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes	63
VI. ASSURANCE QUE 75 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, AFFECTES PAR LE VIH OU A RISQUE BENEFICIENT DE LA PROTECTION SOCIALE INCLUANT LE VIH D'ICI 2020	64
VII. GARANTIE DE LA GESTION PAR LA COMMUNAUTE D'AU MOINS 30 % DES SERVICES FOURNIS D'ICI 2020	64
VIII. GARANTIE DE L'AUGMENTATION DES INVESTISSEMENTS LIES AU VIH A HAUTEUR DE US\$ 26 MILLIARDS D'ICI 2020, DONT UN QUART POUR LA PREVENTION DU VIH ET 6 % POUR LES ACTEURS SOCIAUX	65
8.3. Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)	65
IX. RESPONSABILISER LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, A RISQUE OU BIEN AFFECTEES PAR LE VIH AFIN QU'ELLES CONNAISSENT LEURS DROITS, AIENT ACCES A LA JUSTICE ET A DES SERVICES JURIDIQUES AFIN DE PREVENIR ET LUTTER CONTRE LES VIOLATIONS DES DROITS DE L'HOMME ..	72
X. ENGAGEMENT A SORTIR LE SIDA DE L'ISOLEMENT PAR LE BIAIS DE SYSTEMES CENTRES SUR LES POPULATIONS AFIN D'AMELIORER LA COUVERTURE DE SANTE UNIVERSELLE, NOTAMMENT LE TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE, LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES HEPATITES B ET C72	
10.1. 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.	73

10.2. Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.....	74
10.3A. Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence	75
10.3B. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH, recevant un traitement antirétroviral et ayant achevé un protocole sous traitement préventif de la tuberculose (TPT), parmi les patients ayant commencé un TPT	76
10.4. et 10.5. Infections sexuellement transmissibles : (i) Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois et (ii) Nombre de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire.....	76
10.6. Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)	77
10.7. Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC débutant le traitement VHC	77
10.8. Proportion de femmes vivant avec le VIH ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervico-vaginal (test de Pap) ou test du papillomavirus humain (HPV)	78
CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2021	79
a) Difficultés rencontrées	81
b) Mesures correctives	81

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
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
ESP	Ecole de Santé Publique
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
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
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 antiretroviral
TME	Transmission Mère-enfant
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 2021



Le rapport en 2021 (portant sur les données de 2020) est le dernier cycle de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA. Il s'agit d'une étape importante pour la réponse mondiale au sida : il s'agit de faire le bilan de la façon dont les pays (dont la RDC) ont progressé vers les objectifs de 2020, d'ouvrir la voie aux nouveaux objectifs de 2025 et de mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici à 2030. Il est essentiel de mesurer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs de développement durable et les efforts fournis pour le respect de cet engagement et des objectifs mondiaux.

Il sied de noter que la COVID-19 cause des difficultés aux systèmes de santé nationaux et à la capacité de relever les nouveaux défis. Les rapports nationaux ont aidé à le souligner dans le rapport Mondial 2020 « Agissons maintenant pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies ». Il présente des exemples de pays qui ont adapté leurs politiques, pratiques ou programmes pour relever les défis posés par la COVID-19. Fort de ces exemples, il est évident que la prochaine décennie verra le renforcement et l'intégration des efforts de santé, ce qui permettra d'obtenir les meilleurs résultats pour les citoyens qui ont besoin de différents services de santé.

En outre, les villes jouent un rôle essentiel dans la réussite des objectifs de la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur la fin du sida. 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.

Néanmoins, ce sont les villes qui ont historiquement pris les devants dans la riposte au sida. En tant que centres dynamiques de croissance économique, d'éducation, d'innovation, de changement social positif et de développement durable, les villes offrent des opportunités importantes et présentent des avantages indissociables dans l'accélération de la riposte et la réalisation d'actions de transformation pour veiller à ce que les services soient accessibles à tous de manière équitable et efficace. L'Initiative « Les villes s'engagent », démarrée à la veille de la JMS 2014, comprend des engagements sur l'accomplissement des objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA d'ici 2020 afin de maintenir les personnes vivant avec le VIH en bonne santé et de réduire le risque de transmission du virus. En RDC, les villes de Kinshasa, de Lubumbashi et Mbuji-Mayi se sont déjà lancées dans cette initiative.

Pour cette année, 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 de la Ville de Kinshasa pour chaque indicateur où cela était disponible. Cela se passe dans le cadre d'un processus pilote qui permettra de s'étendre sur les données des autres villes-cibles de l'Initiative « Les villes s'engagent » au cours des prochains exercices du GAM.

Bien que la collecte et le traitement des données pour ce round du GAM se soit réalisé dans un contexte qui continue à être marqué par l'épidémie à COVID-19 au niveau mondial et en RDC, il sied de noter la forte capacité d'adaptation au niveau national qui a favorisé le fait, pour la première fois, que la Revue annuelle au PNLIS (qui fournit plus de 50% des données validées pour le GAM) se déroule bien avant la date butoir. Ce qui facilite grandement le travail du GAM. Dans ce cadre, les experts-pays ont travaillé d'arrache-pied pour pouvoir renseigner les données dans les temps. Les données GAM de la RDC sont disponibles dans l'outil en ligne de l'ONUSIDA depuis le 1^{er} avril comme prévu.

Pour le présent round du GAM, chaque Etat membre se doit, comme à l'accoutumée depuis 2016, de rapporter sur les dix objectifs alignés sur le cadre de suivi de l'évolution du VIH pour la période 2016 à 2020, la stratégie « Fast-Track » (contrairement aux rounds passés où le rapportage était fait sur base des 10 objectifs de la Déclaration d'engagement des Chefs d'Etats de 2011). Ces objectifs sont :

(i) Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020 ;

(ii) Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018 ;

(iii) Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers ;

(iv) Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020 ;

(v) S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020

afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes ;

(vi) S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020 ;

(vii) Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020 ;

(viii) Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux ;

(ix) Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme ; et

(x) S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C.

Pour les populations clés, les résultats du BSS de 2019 ont été largement utilisés dans le cadre de ce round.

Au final, il sied de signaler, encore une fois, qu'en l'absence d'un nouvel EDS, les données du MICS de 2018 ont été 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 alignés sur la Stratégie Fast-Track de l'ONUSIDA sont présentés dans le respect des directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, édition 2021.

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. Un indicateur a été ajouté.

Les changements dans le cadre du rapport 2021 sont résumés ci-dessous :

- Un indicateur (10.3B Fin du traitement préventif contre la tuberculose) a été introduit pour rendre compte de la proportion de personnes sous traitement antirétroviral ayant terminé un traitement préventif contre la tuberculose.
- Huit indicateurs ont été modifiés pour le rapport de cette année :
 - 1.3 *Personnes vivant avec le VIH ayant une charge virale supprimée.*
Un facteur d'ajustement spécifique à la région a été intégré (l'ajustement sera fait automatiquement dans Spectrum).
 - 1.4 *Diagnostic tardif du VIH chez l'enfant.*
La ventilation de l'âge des enfants (de 12 à 35 mois, de 36 à 59 mois et de 5 à 14 ans) a été ajoutée avec les mesures respectives des CD4 qui indiquent une immunosuppression sévère.
 - 1.7 *Volume de dépistage et dépistage positif du VIH.*
Les cliniques de tuberculose ont été ajoutées parmi la ventilation des dépistages dans les établissements.

- 3.2 *Estimations de la taille des populations clés.*
Une note et de nouvelles ressources ont été ajoutées concernant les limites inférieures pour les estimations de la taille de la population d'hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 3.7, 3.9, 3.10 *Fourniture de services aux populations clés.*
Les options de type de prestataire comprennent désormais les services publics, les organisations régies par les populations clés, les organisations non gouvernementales (ONG) (y compris les organisations religieuses, nationales et internationales) ou d'autres entités (telles que les organisations privées à but lucratif).
- 3.15 *Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition.*
Le programme de dosage en fonction des événements pour les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été ajouté en tant que désagrégation.
- Ce qui était officiellement 10.3 est maintenant 10.3A (*lancement d'un traitement préventif contre la tuberculose*). Des ventilations ont été ajoutées par âge et par régime de TPT.

Indicateurs sans données disponibles en 2020 (comptant pour les exercices GAM 2021)¹

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

3.3D. Prévalence du VIH parmi les personnes transgenres

3.4D. Test du VIH parmi les personnes transgenres

3.5. Couverture du traitement ARV parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (PS, HSH, UDI et Personnes transgenres)

3.6D. Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

3.7BCD. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (HSH, UDI et personnes transgenres)

3.8. Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues

3.13 Programmes de prévention dans les prisons

3.18. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (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)

4.1. Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH)

¹ Au niveau de chaque indicateur, le premier chiffre représente le numéro de l'engagement (il y en a dix) et le second chiffre, le rang de l'indicateur dans l'ensemble de ceux calculés dans l'engagement.

4.2. Évitement des services de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination

4.3. Prévalence de la violence conjugale récente (Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou sont en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois)

4.4. Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de santé (Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé)

5.1. Connaissances en matière de prévention du VIH parmi les jeunes (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)

5.2. Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes (Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes)

10.3B. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH, recevant un traitement antirétroviral et ayant achevé un protocole sous traitement préventif de la tuberculose (TPT), parmi les patients ayant commencé un TPT

10.4. Hommes souffrant d'écoulement urétral (Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois)

10.5. Blennorragie chez les hommes (Nombre de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire)

10.6. Dépistage de l'hépatite C (Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC))

10.7. Personnes coinfectedées par le VIH et le VHC qui commencent un traitement anti-VHC (Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC débutant le traitement VHC)

10.8. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH (Proportion de femmes vivant avec le VIH ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervico-vaginal (test de Pap) ou test du papillomavirus humain (HPV)).

Indicateurs avec données disponibles en 2020 (comptant pour l'exercice GAM 2021)

Tableau I : Synthèse des résultats des indicateurs avec données 2020 (comptant pour l'exercice GAM 2021) de la RDC

Indicateurs	Désagrégations	Données		
		2020		
		% / Nbre	Année de collecte	Sources
1.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	<i>Enfants</i>	ND	2020	Rapport PNLs 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 v.6.06 (Dénominateur)
	<i>Adultes</i>	ND		
	<i>M</i>	ND		
	<i>F</i>	ND		
	<i>Total</i>	75,9%		
1.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	<i>Enfants</i>	30,6%	2020	Rapport PNLs 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 v.6.06 (Dénominateur)
	<i>Adultes</i>	100,1%		
	<i>M</i>	74,3%		
	<i>F</i>	74,3%		
	<i>Total</i>	74,5%		
1.3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimé	<i>Enfants</i>	7,6%	2020	Rapport PNLs 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 v.6.06 (Dénominateur)
	<i>Adultes</i>	21,6%		
	<i>M</i>	16,9%		
	<i>F</i>	16,9%		
	<i>Total</i>	22,5%		
1.5. Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée	%	1,4%	2020	Rapport de gestion de stock PNLs 2020
1.6. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	< 5ans	28	2020	Estimations SPECTRUM 2021 v.6.06
	5 - 14 ans	6		
	15 ans et plus	16		
	Tous âges	15		

1.7. Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier	Dans les établissements de santé	2,7%	2020	Rapport PNLS 2020
	Déclarations des services de dépistage communautaire	ND		
	Total	2,7%		
2.1. 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		10,6%	2020	Rapport PNLS 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 v.6.06 (Dénominateur)
2.2. 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)		29,7%	2020	Estimations SPECTRUM 2021 v.6.06
2.3. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant		40,1%	2020	Rapport PNLS 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 v.6.06 (Dénominateur)
2.4. Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement		21,0%	2020	Rapport PNLS 2020
2.5. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)		ND	2020	Rapport PNLS 2020
2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut de VIH connu (basé sur le dénominateur basé sur la population)		49,3%	2020	Rapport PNLS 2020
3.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)	Masculin	0,13	2020	Estimations SPECTRUM 2021 v.6.06
	Féminin	0,24		
	Total	0,18		
3.2. Estimations de la taille des populations clés	PS	350 291	2016	Rapport Estimation de la taille des populations clés (PNLS 2017)
	HSH	194 870		
	CDI	155 773		

3.3. Prévalence du VIH parmi les populations clés	<i>PS</i>	7,5%	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>HSH</i>	7,1%		
	<i>CDI</i>	3,9%	2019	Rapport d'activités du Ministère de la Justice
	<i>Prisonniers</i>	0,8%		
3.4A. Nombre de professionnels du sexe ayant été dépistés et dont le résultat est positif	<i>Hommes</i>	ND	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>Femmes</i>	497		
	<i><25 ans</i>	138		
	<i>>25 ans</i>	359		
	<i>Total</i>	497		
<i>Taille échantillon: 6781</i>				
3.4B. Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant été dépistés et dont le résultat est positif	<i><25 ans</i>	63	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>>25 ans</i>	86		
	<i>Total</i>	149		
<i>Taille échantillon: 2129</i>				
3.4C. Nombre de personnes qui s'injectent des drogues ayant été dépistées et dont le résultat est positif	<i>Hommes</i>	40	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>Femmes</i>	24		
	<i><25 ans</i>	3		
	<i>>25 ans</i>	61		
	<i>Total</i>	64		
<i>Taille échantillon: 1706</i>				
3.5. Couverture du traitement antirétroviral parmi les populations clés	<i>PS</i>	ND	2019	Rapport d'activités du Ministère de la Justice
	<i>HSH</i>	ND		
	<i>CDI</i>	ND		
	<i>Prisonniers</i>	55,6%		
3.6. Utilisation du préservatif parmi les populations clés	<i>PS</i>	73,9%	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>HSH</i>	50,6%		
	<i>CDI</i>	26,5%		
3.7. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés	<i>PS</i>	31,8%	2018	Rapport IBBS 2018-2019
	<i>HSH</i>	ND		
	<i>CDI</i>	ND		
	<i>Prisonniers</i>	ND		

3.8. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	%	50,6%	2018	Rapport IBBS 2018-2019
3.11. Syphilis active parmi les populations clés	PS	2,5%	2019	Rapport PNLS 2019
	HSH	0,6%		
4.1. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	Masculin	56,7%	2013-2014	Rapport EDS II - RDC
	Féminin	46,5%		
	Total	49,5%		
4.3. Proportion des femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	15 - 19 ans	42,5%	2013-2014	Rapport EDS II - RDC
	20 - 24 ans	57,3%		
	25 - 49 ans	61,7%		
	15 - 49 ans	56,6%		
5.1. 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	15 - 24 ans	20,4%	2013-2014	Rapport EDS II - RDC
5.2. Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes	15 - 49 ans	19%	2013-2014	Rapport EDS II - RDC
8.1. Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)	2015	137 553 593	2019	Rapport REDES 2015-2016-2017
	2016	149 439 227		
	2017	174 572 249		
10.1. 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	2020	Rapport PNLT/Rapport PNLS 2020 (Numérateur) et Rapport OMS 2020 (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	10568	2020	Rapport PNLT 2020
	Porte VIH	5969		Rapport PNLS 2020

10.2. Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence		6,0%	2019	Rapport PNLS 2019
10.3A. Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence		48,2%	2019	Rapport PNLS 2019
10.6. Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)		0,02%	2019	Rapport PNLS 2019
10.7. Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC débutant le traitement VHC		27,8%	2019	Rapport PNLS 2019

INTRODUCTION

Sur base de la Déclaration politique 2016 sur le VIH/sida des Nations Unies, la stratégie d'accélération de la riposte contre le VIH et de la fin de l'épidémie du sida d'ici 2030, adoptée lors de la Réunion de Haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur l'éradication du sida en juin 2016, a permis aux Chefs d'Etat de donner mandat à l'ONUSIDA d'aider les pays à élaborer le rapport sur leurs engagements à l'égard de ladite Déclaration politique. Cette dernière déclaration fait suite aux trois déclarations précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011.

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 visant à intensifier les efforts pour éradiquer le VIH et le sida.

La Déclaration politique de 2016 se concentre sur les 5 prochaines années avec, en ligne de mire, un accent particulier sur les Objectifs du Développement Durable (2015 à 2030). Il s'agissait ici de porter une attention plus forte sur l'intégration de la riposte mondiale contre le VIH dans le programme plus vaste du développement mondial.

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 privée 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.

Comme le précise la Déclaration politique de 2016, la réussite de la riposte au sida doit se mesurer par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. Elle invite à suivre minutieusement les progrès de la mise en œuvre des engagements et prie le Secrétaire Général des Nations Unies de publier un rapport annuel d'activités. Ce rapport est conçu pour identifier les défis et les contraintes et recommandent des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs.

Le Rapport mondial du suivi de la réponse au sida 2021 est le cinquième (le premier rapport en 2016, le deuxième ayant couvert les deux années suivantes, le troisième en 2019 et le quatrième en 2020) qui suit la transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD). C'est ainsi la cinquième et la dernière année où sont consignés les résultats du cadre de suivi de l'évolution du VIH pour la période 2016 à 2020. Les lignes directrices de cette année correspondent à un bilan de l'ensemble des indicateurs utilisés pour les rapports mondiaux des années précédentes.

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 2016 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.

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 2021 (contenant, pour la plupart des indicateurs, les données de 2020)² 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 2021 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 1^{er} avril 2021. 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.

Bien que la collecte et le traitement des données pour ce round du GAM se soit réalisé dans un contexte qui continue à être marqué par l'épidémie à COVID-19 au niveau mondial et en RDC, il sied de noter la forte capacité d'adaptation au niveau national qui a favorisé le fait, pour la première fois, que la Revue annuelle au PNLS (qui fournit plus de 50% des données validées pour le GAM) se déroule bien avant la date butoir. Ce qui facilite grandement le travail du GAM. Dans ce cadre, les experts-pays ont travaillé d'arrache-pied pour pouvoir renseigner les données dans les temps. Les données GAM de la RDC sont disponibles dans l'outil en ligne de l'ONUSIDA depuis le 1^{er} avril comme prévu.

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.

² 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 continué voulu par les Chefs d'Etat dans le cadre du « Fast-track ».

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 2021. Elle renseigne sur les efforts du pays dans la réponse nationale au VIH/sida jusqu'au 31 décembre 2020.

Les informations sont fournies suivant l'ordre de classification des indicateurs, la séquence des objectifs et les cibles contenus dans le document des directives sur l'élaboration du rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 2021, à savoir :

- 1) Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020 ;
- 2) Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018 ;
- 3) Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers
- 4) Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020 ;
- 5) S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes ;
- 6) S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020 ;
- 7) Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020 ;
- 8) Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux ;
- 9) Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme ;
- 10) S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C.

Pour les populations clés, les résultats du BSS de 2019 ont été largement utilisés dans le cadre de ce round.

En ce qui concerne les données sur les prisonniers et autres détenus, il est à noter que le Ministère de la Justice de la RDC réalise, des activités dans quelques prisons ciblées (selon une planification et un ciblage réalisé chaque année), principalement les prisons urbaines où est concentrée la majeure partie de la population carcérale. Néanmoins, bien que les taux de séropositivité du VIH qui ressortent de ces activités puissent être utilisés à titre informatif, il ne faudrait surtout pas les comparer au fil des ans ou en tirer des conclusions hâtives. Pour une réelle photographie de la situation, une étude de prévalence ciblée spécifiquement sur les prisonniers de la RDC demeure nécessaire.

Au final, il sied de signaler, encore une fois, qu'en l'absence d'un nouvel EDS, les données du MICS de 2018 ont été 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. TEST ET TRAITEMENT DU VIH DANS LE CADRE DES OBJECTIFS 90-90-90

A travers ce premier objectif, l'on vise à garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020.

1.1. 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 qui connaissent leur statut sérologique auront accès aux prestations de soins et de traitement nécessaires pour mener une vie saine et productive, et ainsi réduire le risque de transmettre le virus à d'autres personnes. La manière la plus efficace de garantir que les personnes vivant avec le virus connaissent leur statut est de proposer des prestations de dépistage sur les lieux et parmi les populations où le poids de la morbidité lié au VIH est le plus élevé.

Cette mesure constitue l'un des 10 indicateurs mondiaux présentés dans les directives unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS 2015 concernant le VIH dans le secteur de la santé et elle permet de suivre le premier objectif des objectifs 90–90–90 : à savoir « 90% personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020 ».

Les données qui suivent ont été tirées du rapport du PNLS de 2020 (DHIS2) pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2021 pour le dénominateur.

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

Paramètres	Catégories			
	Enfants	Adultes		
		Masculin	Féminin	Total
Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	ND	ND	ND	383509
Nombre de personnes vivant avec le VIH	70900	124522	310047	505469
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	ND	ND	ND	75,9

Source : Rapport PNLS 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 version 6.06 (Dénominateur)

L'analyse du tableau II montre que plus de sept personnes vivant avec le VIH sur dix (75,9%) connaissent leur statut sérologique au VIH en 2020 (62,9% en 2019 et 58,4% en 2018). Il se pose un

problème de désagrégation par sexe et par âge des données de DHIS2 pour la connaissance du statut sérologique. Cela est dû au fait que l'outil de collecte, en l'état actuel, ne permet pas de capturer ces données avec ces désagrégations.

1.2. 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 nombre de CD4 d'une personne, peut s'avérer plus efficace et sauver des vies. L'OMS recommande actuellement de traiter toutes les personnes concernées.

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. Il s'agit de 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 2015 de l'OMS.

Cet indicateur permet de suivre le second des objectifs 90–90–90 : à savoir « 90 % personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral d'ici 2020 ».

Les données suivantes sont tirées du Rapport PNL 2020 (DHIS2) pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2021 pour le dénominateur.

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

Paramètres	Enfants	Catégories Adultes		
		Masculin	Féminin	Total
Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de la période	21669	124664	230284	376617
Nombre de personnes vivant avec le VIH	70900	124522	310047	505469
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période	30,6	100,1	74,3	74,5

Source : Rapport PNL 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 version 6.06 (Dénominateur)

L'analyse des données ci-haut présentées fait état de plus de sept PVVIH sur dix qui reçoivent un traitement antirétroviral en 2020. Pour le traitement antirétroviral des enfants, le pourcentage chute à 30,6% (24,9% en 2018 et 33,3% en 2019). Il y a lieu de regarder au plus près ces données pour déterminer pourquoi les données de DHIS2 semblent démontrer que la cible des hommes adultes est largement atteinte.

Les données ci-dessous sont tirées du Rapport PNLs 2020 et présentent le nombre de patients mis sous TARV par provinces.

Tableau IV : Répartition des patients recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH par provinces

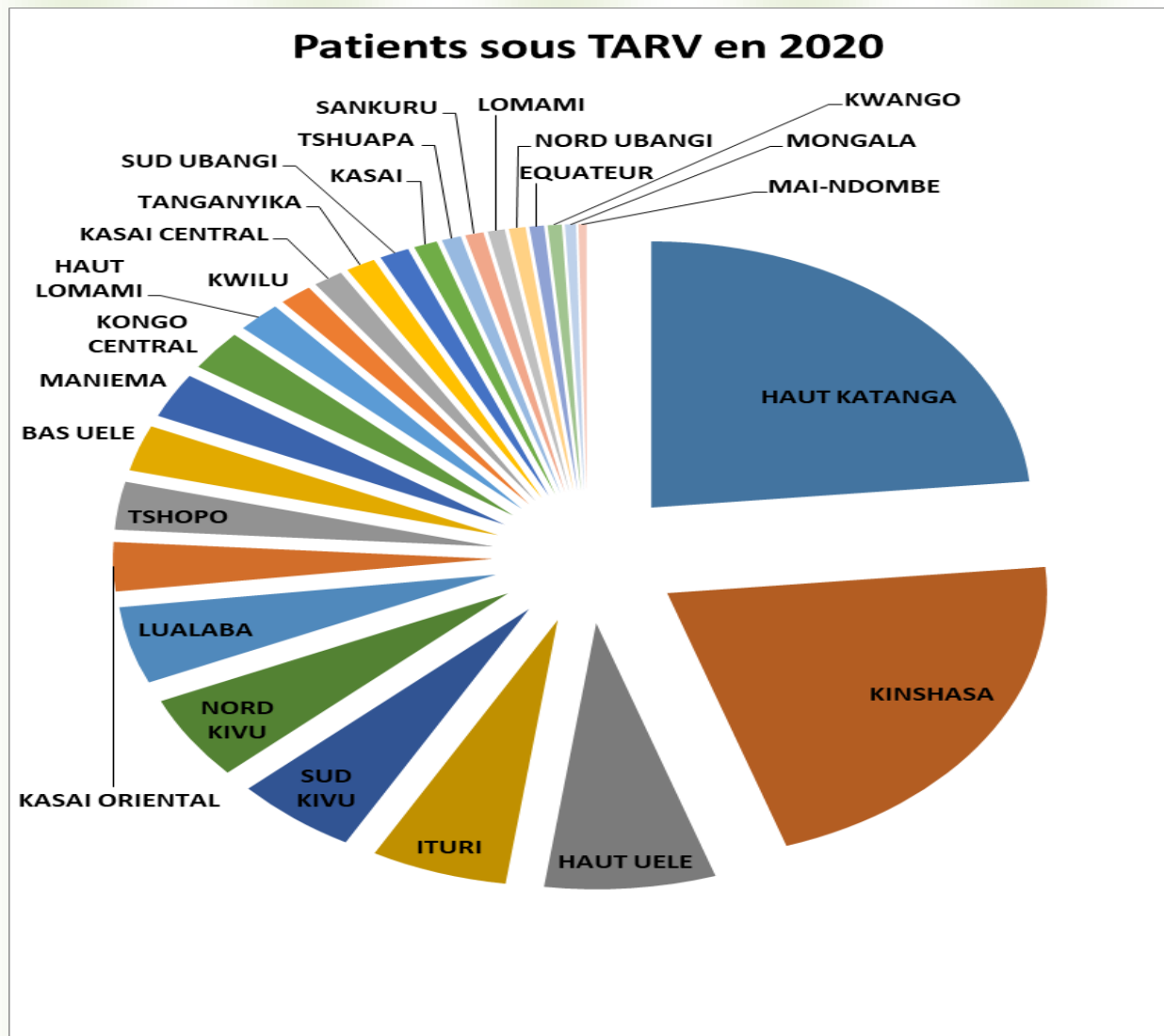
Province	Patients sous TARV en 2020
HAUT KATANGA	88235
KINSHASA	80935
HAUT UELE	27404
ITURI	21901
SUD KIVU	19655
NORD KIVU	19322
LUALABA	17631
KASAI ORIENTAL	11195
TSHOPO	10943
BAS UELE	10469
MANIEMA	10303
KONGO CENTRAL	9225
HAUT LOMAMI	7038
KWILU	5262
KASAI CENTRAL	4803
TANGANYIKA	4765
SUD UBANGI	4738
KASAI	3775
TSHUAPA	3103
SANKURU	2928
LOMAMI	2713
NORD UBANGI	2663
EQUATEUR	2326
KWANGO	2248
MONGALA	1739
MAI-NDOMBE	1298

Source : Rapport PNLs 2020

Quatre provinces (Haut-Katanga, Kinshasa, Haut-Uélé, Ituri, Sud-Kivu et Nord-Kivu) sur vingt-six³ portent, à elles seules, près de 70% du poids des patients mis sous ARV en RDC.

³ La plupart des nouvelles provinces issues du démembrement n'ont pas beaucoup de patients mis sous TARV, pas forcément parce qu'il n'y a pas de personnes séropositives, mais aussi et souvent parce que soit la couverture en activités VIH y est encore faible, soit parce que l'approvisionnement en intrants y pose problème (ruptures de stock fréquentes).

Graphique n°1 : Répartition des patients recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH par provinces de la RDC en 2020



1.3. 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 parmi les personnes vivant avec le VIH est l'un des 10 indicateurs mondiaux dans les lignes directrices unifiées de 2015 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Cet indicateur permet également d'évaluer le troisième et dernier «objectif 90» de l'ONUSIDA : faire en sorte que 90 % des personnes sous traitement antirétroviral voient leur charge virale supprimée d'ici 2020.

Les données suivantes sont tirées du Rapport PNL 2020 (DHIS2) pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2021 pour le dénominateur.

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

	Enfants	Adultes		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre de personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées	5408	26941	52330	113647
Nombre de personnes vivant avec le VIH	70900	124522	310047	505469
Pourcentage des personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées	7,6	21,6	16,9	22,5

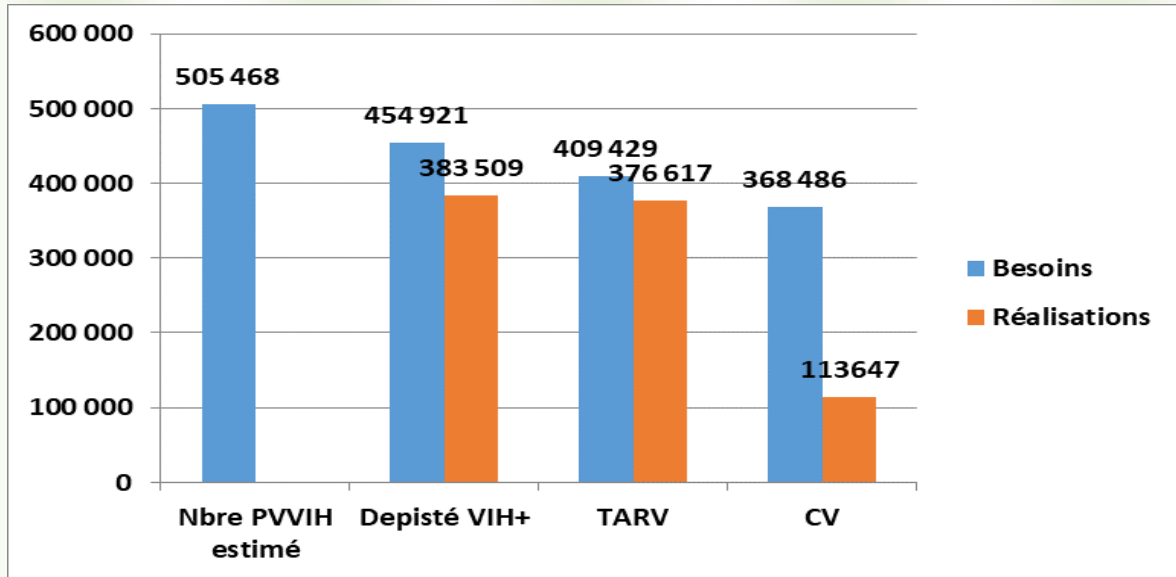
Source : Rapport PNL 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 version 6.06 (Dénominateur)

L'analyse des données révèle que plus d'une de deux personnes sur dix (près de 22,5%) ont des charges virales supprimées parmi les personnes testées en 2020, avec un effort considérable qui doit encore être fait pour les enfants.

CASCADE DE TRAITEMENT 90-90-90

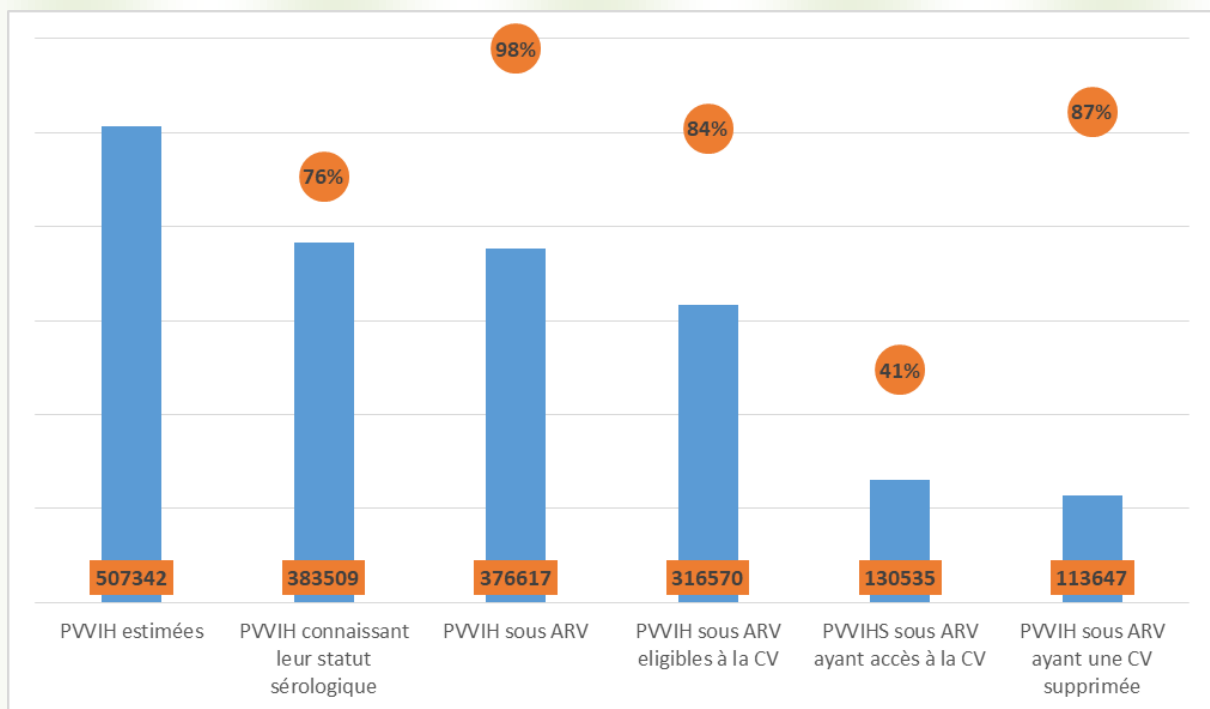


Graphique n°2 : Cascade de traitement 90-90-90 en RDC en 2020⁴



De grands efforts sont encore à déployer pour un niveau conséquent d'accès et de mesure de la charge virale.

Graphique n°3 : Cascade de traitement 90-90-90 en RDC en 2020⁵



⁴ Parmi les 376 617 patients sous ARV, 130 535 ont pu avoir accès à la mesure de la charge virale soit 35% des patients sous ARV.

⁵ Rapport PNL 2020

1.4. 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

Cet indicateur mesure les proportions de personnes qui n'ont pas reçu un diagnostic de VIH à temps.

Au fur et à mesure que les pays développent leurs services de lutte contre le VIH, il est important de surveiller si les personnes sont diagnostiquées à un stade précoce et quel pourcentage de personnes est encore diagnostiqué à un stade tardif. Un diagnostic tardif est préjudiciable à la santé des gens, et ceux qui ont un faible taux de CD4 sont plus susceptibles de transmettre le virus. A ce jour, les données sur le diagnostic tardif du VIH ne sont pas disponibles en RDC.

Les données suivantes sont tirées du Rapport PNLIS 2020.

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

<i>Paramètres</i>	<i>Total</i>
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <200 cellules/mm³ au moment du diagnostic</i>	<i>1522</i>
<i>Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'une première numération des lymphocytes CD4 durant la période de référence</i>	<i>7817</i>
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la numération initiale des cellules CD4 <200 cellules/mm³ durant la période de référence</i>	<i>19,5</i>

Source : Rapport PNLIS 2020 (Formulaire de déclaration des nouveaux cas)

L'analyse des données ci-haut démontre que deux personnes vivant avec le VIH sur dix ont une numération initiale des cellules CD4 inférieure à 200 cellules/mm³ en 2020.

1.5. Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée

Cet indicateur mesure les performances du système de gestion des achats et des approvisionnements pour la mise à disposition des médicaments. Les conséquences d'une rupture de stock (selon l'ampleur de l'interruption et le nombre de personnes dont le traitement sera perturbé par la rupture de stock) sont importantes (risque de résistance aux médicaments).

À mesure que les pays intensifient les services de traitement antirétroviral, il est important de veiller à ce que les médicaments antirétroviraux soient disponibles pour ceux qui en ont besoin. Le traitement antirétroviral est une stratégie à long terme pour les personnes vivant avec le VIH. Les interruptions peuvent entraîner un échec thérapeutique et une résistance du VIH aux médicaments. Une gestion efficace des approvisionnements est nécessaire afin d'assurer un approvisionnement ininterrompu en médicaments antirétroviraux.

En RDC, bien que le financement de la riposte au VIH dépend en grande partie des partenaires étrangers, le quadrillage et la répartition efficiente des zones d'intervention ont permis de limiter les

risques de rupture de stock. Néanmoins, les rares ruptures de stock qui peuvent ponctuellement arriver sont dues en grande partie à des problèmes de gestion d'approvisionnement et stock (surstock et préemption par-ci, rupture de stock par-là juste par manque d'une bonne quantification).

Les données chiffrées sur les ruptures de stock proviennent du Rapport annuel 2020 du PNLS (Gestion de stocks).

Tableau VII : Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires en 2020

<i>Paramètres</i>	<i>Clinique générale</i>	<i>Centre de soins maternels et infantiles</i>	<i>Centre spécialisé dans la tuberculose</i>	<i>Total</i>
<i>Nombre de services sanitaires administrant les médicaments antirétroviraux qui ont connu une rupture de stock de l'un ou de plusieurs des médicaments antirétroviraux sur une période donnée</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>65</i>
<i>Nombre total d'établissements médicaux qui administrent des médicaments antirétroviraux durant la même période</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>4790</i>
<i>Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>1,4</i>

Source : Rapport annuel PNLS 2020

L'analyse des données révèle que moins de 2% des sites de traitement sont ou ont été en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires en 2020 (2% en 2019 et 4% en 2018).

1.6. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes

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 tirées des estimations SPECTRUM 2021 version 6.06.

Tableau VIII : Répartition du nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 en 2020

Paramètres	Moins de 5 ans			5-14 ans			15 ans et plus			Tous âges		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Nombre de décès dus au sida	2722	2651	5373	912	895	1807	3221	6547	9768	6855	10092	16947
Population totale indépendamment du statut VIH	9780000	9590000	19360000	15580000	15330000	30910000	29900000	30060000	59960000	55250000	54970000	110220000
Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	28	28	28	6	6	6	11	22	16	12	18	15

Source : Estimations SPECTRUM 2021 version 6.06

Le tableau ci-dessus nous montre le nombre total estimé de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes est de 15 en moyenne en 2020 (avec une différence allant de 12 à 18 entre les hommes et les femmes). Dans ce nombre, il y a toujours un peu plus de femmes que d'hommes chez les personnes de plus de 15 ans.

1.7. 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 du nombre de tests VIH effectués et l'efficacité des services de dépistage du VIH pour atteindre les personnes séropositives.

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

Outre les activités de suivi du programme, les volumes de tests annuels et les taux de positivité sont des intrants dans le modèle de l'ONUSIDA pour suivre les progrès vers l'atteinte du premier 90 (pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH). Ce modèle est principalement utilisé dans les pays dont les systèmes de notification des cas sont faibles et qui disposent également d'enquêtes nationales sur le VIH basées sur la population (voir l'indicateur 1.1).

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous sont tirées du Rapport annuel du PNLS 2020.

Tableau IX : Répartition du 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 2020 (Dépistage dans les établissements de santé)

Paramètres	Dépistage dans les établissements de santé					
	DCIP	Cliniques prénatales (travail et accouchement)	Centres CDV (au sein d'un établissement de santé)	Centre de planification familiale	Autre dépistage dans les établissements de santé	Tous (Total)
Nombre de tests réalisés dont le résultat positif a été communiqué à une personne (dépistage positif)	82937	11103	27451	ND	ND	121491
Nombre de tests effectués dont les résultats ont été reçus par une personne (volume de dépistage)	2309706	1618409	535268	ND	ND	4463383
Pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (dépistage positif) au cours de l'année calendrier	3,6	0,7	5,1			2,7

Source : Rapport PNLS 2020

L'analyse des données révèle que l'ensemble des tests effectués dont les résultats ont été reçus par une personne (volume de dépistage), seulement 3% des tests dont le résultat est positif ont été communiqués aux personnes en 2020 dans les établissements de santé, avec une prédominance de la porte des centres CDV⁶ (suivis de la porte DCIP). 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'autodépistage (Nombre total de kits d'autodépistage individuels ayant été distribués en une année) ne sont pas disponibles pour ce round.

II. ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

En se fixant ce deuxième objectif, les Etats visaient à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018.

2.1. 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 de Rapports PNLIS 2020 pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2021 version 6.06 pour le dénominateur.

⁶ 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.

Tableau X : 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>	3383
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	31857
<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>	10,6

Source : Rapport PNLS 2020 (Numérateur) et SPECTRUM 2021 version 6.06 (Dénominateur)

L'analyse du tableau X montre qu'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 en 2020.

N.B. Il sied de signaler que, comme le demande les directives pour le GAM 2020, le nombre de mères ayant besoin de services PTME a été utilisé comme mesure alternative au dénominateur.

2.2. 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)

Cet indicateur mesure les progrès accomplis en matière d'accès des femmes aux médicaments antirétroviraux (ARV) afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Des efforts ont été déployés pour accroître l'accès aux interventions permettant de réduire considérablement la transmission mère-enfant du VIH, notamment l'association de la prophylaxie antirétrovirale et des schémas de traitements antirétroviraux et le renforcement des services de conseil en matière d'allaitement. Il est important d'évaluer l'impact des interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dans la réduction du nombre de nouvelles infections chez les enfants infectés par la transmission du virus.

Le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH devrait diminuer avec l'augmentation de la couverture des interventions de PTME et l'utilisation de schémas thérapeutiques plus efficaces.

Les données du tableau ci-dessous sont produites à partir des estimations SPECTRUM de 2021 version 6.06.

Tableau XI : 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
<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>	9461
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	31857
<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>	29,7

Source : Estimations SPECTRUM 2021 version 6.06 (numérateur et dénominateur)

L'analyse des données ci-haut présentées révèle que près de trois enfants sur dix ont été nouvellement infectés par le VIH (29,7%) dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives qui ont accouché en 2020 (26,1% en 2019 et 27,1% en 2018).

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

Le plan mondial de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du virus du sida vise l'atteinte d'un seuil inférieur à 5% pour le taux de la transmission de la mère à l'enfant du virus du sida ainsi que la réduction de 50% de la mortalité maternelle liée au VIH.

Pour ce faire, le choix d'options thérapeutiques est fondamental pour y parvenir et le meilleur choix fait appel à l'option B+. Il est donc indispensable de mesurer la réduction du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant ainsi que les efforts de maintenir les femmes enceintes séropositives en vie en fonction des différents régimes thérapeutiques auxquels ces femmes sont soumises.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes séropositives visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement. Lorsque les données ont été ventilées par schéma thérapeutique, cet indicateur peut révéler un accès accru à des traitements antirétroviraux plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Étant donné que cet indicateur évalue les antirétroviraux prescrits, il n'est dans la plupart des cas pas possible de déterminer le respect ou non du traitement.

Les données ainsi présentées dans le tableau ci-dessous proviennent :

- Pour le numérateur, du Rapport 2020 produit par le PNLS ;
- Pour le dénominateur, des estimations Spectrum de 2021 version 6.06.

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

Paramètres	Données
<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>	12763
<i>1. thérapie antirétrovirale nouvellement débutée pendant la grossesse en cours</i>	7756
<i>2. déjà sous thérapie antirétrovirale avant la grossesse en cours</i>	5007
	31857
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	
<i>Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant</i>	40,1

Source : Rapports PNLIS 2020 (Numérateurs) et SPECTRUM 2021 version 6.06 (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 en 2020 (46,4% en 2019).

Tableau XIII : Répartition par provinces des femmes enceintes séropositives au VIH sous TARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant

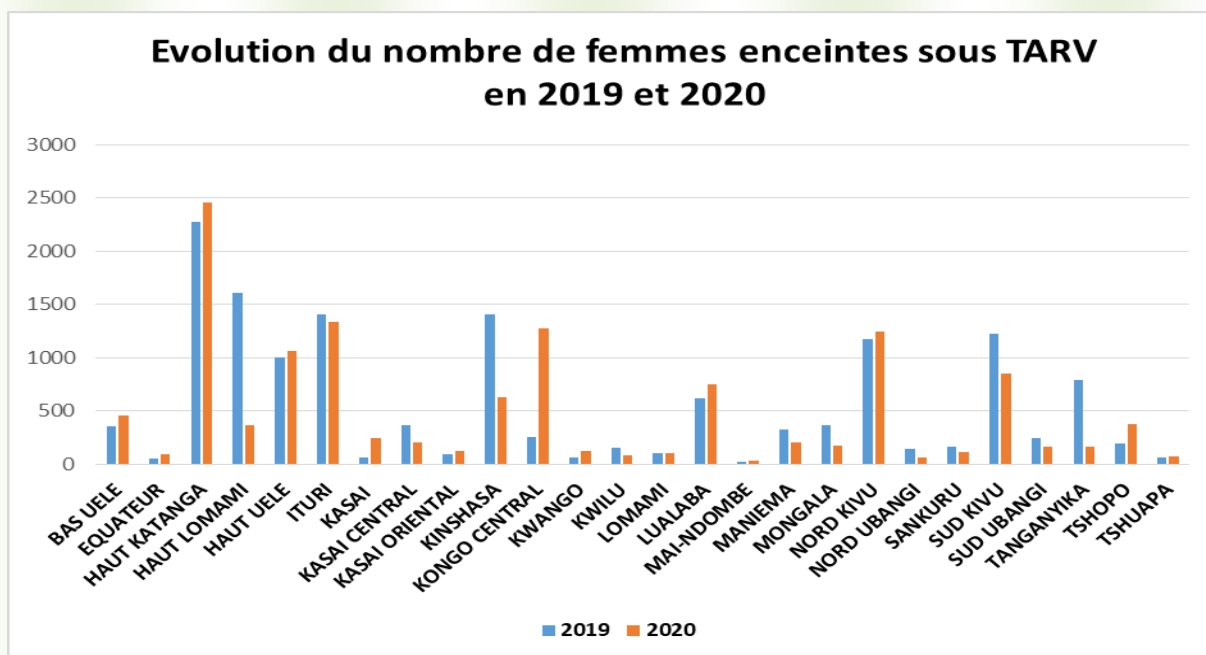
PROVINCES	Femmes enceintes sous TARV					
	Début ARV au cours de la grossesse		Antérieurement sous ARV		TOTAL	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
BAS UELE	181	315	171	139	352	454
EQUATEUR	24	35	27	63	51	98
HAUT KATANGA	1628	1680	642	774	2270	2454
HAUT LOMAMI	192	263	1412	100	1604	363
HAUT UELE	553	580	445	481	998	1061
ITURI	854	867	552	464	1406	1331
KASAI	35	204	33	46	68	250
KASAI CENTRAL	58	92	312	116	370	208
KASAI ORIENTAL	48	59	43	64	91	123
KINSHASA	822	83	588	542	1410	625
KONGO CENTRAL	171	1020	87	258	258	1278
KWANGO	47	88	13	39	60	127
KWILU	121	47	39	36	160	83
LOMAMI	13	37	89	68	102	105
LUALABA	423	501	201	248	624	749
MAI-NDOMBE	20	22	8	10	28	32
MANIEMA	156	38	173	163	329	201
MONGALA	43	117	320	58	363	175

NORD KIVU	708	742	465	499	1173	1241
NORD UBANGI	23	43	117	18	140	61
SANKURU	109	58	56	60	165	118
SUD KIVU	435	441	793	407	1228	848
SUD UBANGI	58	60	190	107	248	167
TANGANYIKA	149	113	644	48	793	161
TSHOPO	121	185	72	188	193	373
TSHUAPA	42	66	20	11	62	77
PAYS	7034	7756	7512	5007	14546	12763

Source : Rapports PNLIS 2019 et 2020

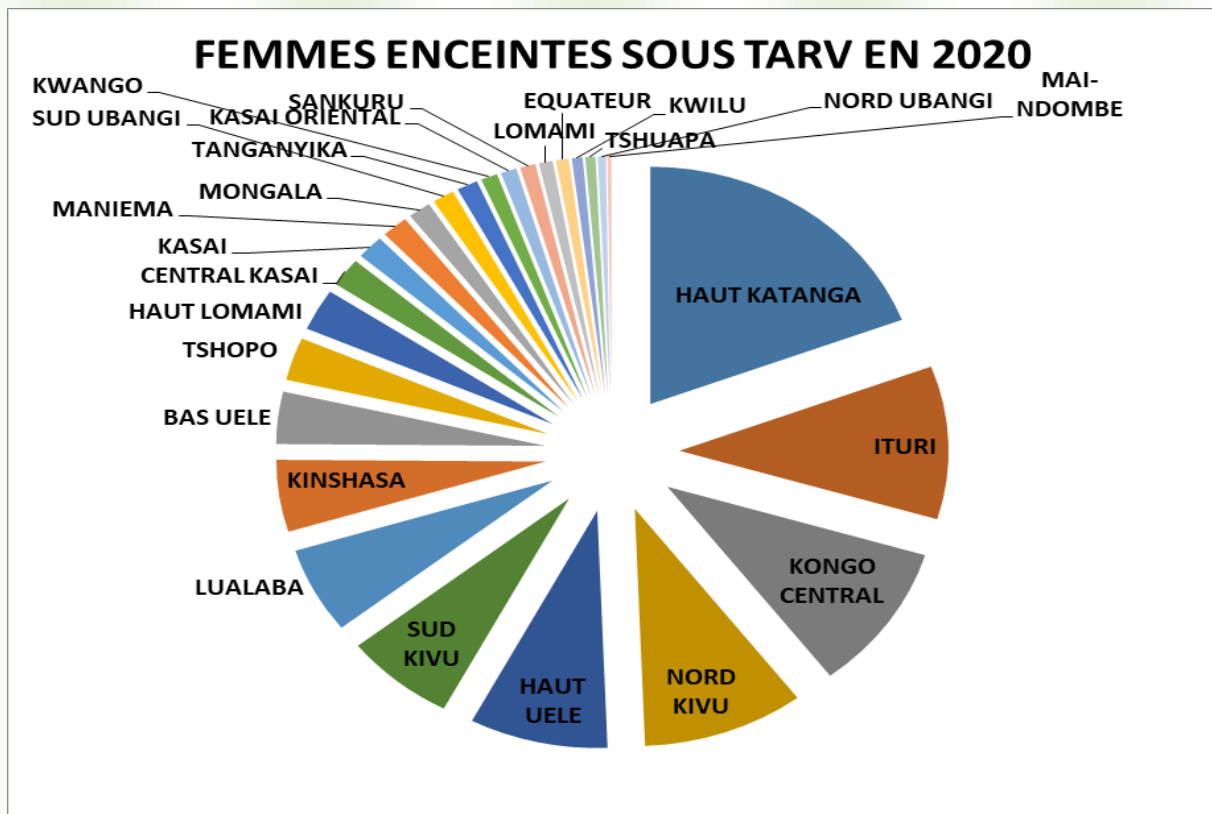
Il y a une diminution des femmes enceintes sous TARV en 2020 par rapport à 2019, sûrement un sous rapportage dans le DHIS2.

Graphique n°4 : Evolution du nombre de femmes enceintes sous TARV par provinces de la RDC en 2019 et en 2020



A la lecture de ce graphique, il y a un grand pic au Kongo Central et une chute à Kinshasa, au Sud-Kivu et au Tanganyika.

Graphique n°5 : Répartition des patients recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH par provinces de la RDC en 2020



Le poids des femmes enceintes est porté à plus de 60% par les provinces du Haut-Katanga, Ituri, Kongo Central, Nordkivu, Haut-Uele et Sud-Kivu.

2.4. 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

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 en début de grossesse est important pour la santé des femmes enceintes et du fœtus. Il contribue au suivi de la qualité des services de consultations prénatales et des services de prévention du VIH chez les femmes enceintes. Il s'agit également d'un indicateur essentiel dans le processus d'évaluation des progrès en matière d'élimination de la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis.

Tableau XIV : Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales (lors de n'importe quelle consultation)

Paramètres	Données
Nombre de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis (lors de n'importe quelle consultation)	343132
Nombre de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales	4331539
Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales (lors de n'importe quelle consultation)	7,9

Source : Rapport PNLIS 2020

L'analyse de ce tableau montre que près de huit femmes enceintes sur dix venant en CPN ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis en 2020.

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

L'infection de la syphilis parmi les femmes recevant des soins prénatals peut servir à orienter les programmes pour éviter les maladies sexuellement transmissibles et peut fournir une alarme précoce en matière de modification éventuelle sur la transmission du VIH pour la population en général.

Tableau XV : Taux des femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis

Paramètres	Données
Nombre de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif	28628
Nombre de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis	343132
Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis	8,3

Source : Rapport PNLIS 2020

Selon ces données, huit femmes enceintes sur dix reçues en CPN sont 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

Traiter les femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif permet de mesurer directement le programme visant à éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis et les efforts pour renforcer la prévention initiale du VIH. Il s'agit également d'un indicateur de processus pour la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis.

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

Paramètres	Données en %
<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>	6016
<i>Nombre de femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif</i>	28628
<i>Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement</i>	21,0

Source : Rapport PNL 2020

Deux femmes sur dix reçues en CPN, présentant une sérologie positive à la syphilis, sont soignées correctement.

2.5. 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 (PTME) 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 TME de la syphilis ont été mises en œuvre. Le taux de syphilis congénitale correspond à une mesure de l'incidence des programmes d'élimination de la TME de la syphilis.

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

Pour cet indicateur, il n'y a pas de données disponibles pour cette année.

2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut VIH connu

Cet indicateur mesure la couverture de la première étape de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Une couverture élevée permet l'initiation précoce des soins et des traitements pour les

mères séropositives. Le nombre total de femmes séropositives identifiées fournit le nombre de femmes enceintes séropositives pour démarrer une cascade de PTME basée sur les établissements.

Le risque de TME peut être considérablement réduit en fournissant des médicaments ARV à la mère pendant la grossesse et l'accouchement, soit en traitement à vie ou en prophylaxie, avec une prophylaxie antirétrovirale pour le nourrisson et des antirétroviraux. La mère ou l'enfant pendant l'allaitement, le cas échéant, et en encourageant des pratiques d'accouchement sûres et une alimentation plus sûre du nourrisson. Les données seront utilisées :

- pour suivre les progrès vers les objectifs mondiaux et nationaux pour éliminer la PTME; informer la politique et la planification stratégique;
- pour le plaidoyer; et tirer parti des ressources pour une mise à l'échelle accélérée. Elles aideront à mesurer les tendances de la couverture de la prophylaxie antirétrovirale et du traitement antirétroviral et, une fois ventilées par type de régime, permettront d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques et de traitements antirétroviraux plus efficaces.

Cet indicateur apparaît pour la deuxième fois dans le GAM.

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

Paramètres	Valeur
Nombre de femmes enceintes qui fréquentent des cliniques prénatales (ANC) et/ou ont accouché dans un établissement médical et qui ont fait l'objet d'un dépistage du VIH pendant leur grossesse ou savaient déjà qu'elles étaient séropositives	1780336
1. infection à VIH connue à l'admission dans une clinique prénatale	5007
2. diagnostiquée séropositive par l'ANC pendant la grossesse en cours	11134
3. diagnostiquée séronégative par l'ANC pendant la grossesse en cours	1764192
nombre total de femmes séropositives identifiées (1+2)	16144
Nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (Dénominateur basé sur la population)	3608173
Nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté une ANC ou ont accouché dans un établissement médical au cours des 12 derniers mois (Dénominateur basé sur les programmes)	4341539
Pourcentage de femmes enceintes dont le statut VIH est connu (en fonction du dénominateur basé sur la population)	49,3

Source : Rapport PNLIS 2020

Selon les données de programme, cinq femmes enceintes sur dix connaissent leur statut sérologique au VIH en 2020.

III. ACCES AUX OPTIONS DE MESURES DE PREVENTION POUR AU MOINS 90% DES PERSONNES D'ICI 2020

Les cibles de cet objectif sont les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les détenus.

Le troisième objectif vise à assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention pour au moins 90% des personnes d'ici 2020. Parmi ces mesures, il y a la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs.

Les populations cibles ici sont :

- les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence ; et
- les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.

Pour la RDC, la circoncision masculine volontaire n'étant pas un réel problème de santé (les circoncisions se font naturellement et systématiquement pour la majorité des enfants), elle est non applicable pour le processus GAM.

En guise de nouveauté, les résultats de l'Enquête IBBS 2018-2019 nous fournissent en ce round une mine d'informations qui nous permettent de remplir une grande partie des indicateurs en rapport avec cet objectif. Ces enquêtes qui devraient être menées de façon cyclique tous les deux ans fournissent des informations sur les indicateurs clés de suivi de l'infection par le VIH dans certains groupes cibles à haut risque de VIH. Il s'agit des PS, des HSH, des UDI, des miniers (creuseurs de diamant, d'or et/ou de coltan), des camionneurs (et leurs assistants ou apprentis) et des pêcheurs.

Selon les résultats de l'IBBS en 2019, le niveau des connaissances, notamment la connaissance approfondie et les comportements à risque restent encore une préoccupation majeure de manière générale. En effet, la proportion des personnes enquêtées ayant une connaissance approfondie du VIH/Sida est de manière générale très faible dans les différents sous-groupes enquêtés (PS, HSH, UDI, miniers, camionneurs et les pêcheurs), et varie selon les provinces.

La proportion des personnes qui rapportent des contacts sexuels à risque (rapports sexuels avec les PS, rapports sexuels avec les inconnues) reste encore élevée. Plus préoccupant encore est l'utilisation du préservatif lors de ce genre des rapports qui n'est pas universelle et qui se traduit par une prévalence élevée des symptômes évocateurs d'ISTs.

L'accès aux services notamment le dépistage du VIH est faible vu que de manière générale seule une personne sur trois a déjà fait un test de dépistage du VIH. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il existe encore une proportion notable des populations clés qui s'estiment ne pas être à risque d'attraper l'infection par le VIH ou qui ne savent pas toujours où ils peuvent aller pour se faire tester pour le VIH.

La prévalence du VIH est élevée dans différents groupes cibles enquêtés pour lesquelles les prévalences dépassent nettement celle documentée dans la population générale. Il apparaît néanmoins que les adolescents ont des prévalences moins élevées par rapport aux personnes plus âgées.

Les prévalences du VIH sont 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 trouvent les populations clés étant inclus dans l'étude, on peut 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 est 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 UDI 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 connaissent leur statut sérologique, qui sont sous traitement et dont la charge virale est supprimée ne représente pas la réalité des choses vu le nombre peu élevée des personnes qui en réalité ont déjà fait le test et en connaissent le résultat.

Les données de cette enquête indiquent 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.

3.1. 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 SPECTRUM-RDC 2021 (version 6.06).

Tableau XVIII : Incidence du VIH par tranches d'âges

Paramètres		Jeunes	Adultes	Adultes	Global
		15-24 ans	15-49 ans	plus de 15 ans	
Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées	<i>M</i>	0,01	0,01	0,01	0,13
	<i>F</i>	0,04	0,03	0,03	0,24
	TOTAL	0,02	0,02	0,02	0,18

Source : SPECTRUM 2021 version 6.06

Sur base des données présentées ci-haut, il ressort que l'incidence globale du VIH ne bouge pas, que ce soit en 2018 ou en 2019 comme en 2020 (0,2 pour mille). Cette incidence est plus grande chez les femmes que chez les hommes.

3.2. 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, le dernier rapport d'estimation de la taille des populations clés a été réalisé en 2018 par le PNLS et concernait les professionnels de sexe⁷, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes⁸ et les consommateurs de drogues injectables⁹. Il n'existe pas encore d'estimation de la taille pour les personnes transgenres et les détenus.

Les données ci-dessous sont les données globales de l'étude d'estimation de la taille¹⁰ qui a été réalisée dans 12 provinces (plus spécifiquement dans 20 villes de : Kasumbalesa, Likasi, Lubumbashi, Watsa, Ariwara, Bunia, Mbuji-Mayi, Boma, Matadi, Moanda, Kikwit, Mweneditu, Kolwezi, Fungurume, Beni, Goma, Bukavu, Uvira, Kisangani et Aru).

Tableau XIX : Estimation de la taille des populations clés en 2019

Catégories	Taille / Nombre
<i>Professionnels de sexe</i>	350291
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	194870
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	155773

Source : Estimation de la taille des populations clés en 2019

⁷ Pour cette estimation de la taille, le professionnel de sexe est défini comme un individu de sexe masculin ou féminin dont la majorité des ressources ou revenus provient du travail de sexe. Les critères d'éligibilité ici étaient les suivants : (1) être âgé d'au moins 18 ans ou être un mineur émancipé, (2) avoir la majorité de ses revenus des 12 derniers mois provenant du travail du sexe, (3) habiter la ville de l'étude depuis au moins 3 mois, et (4) être capable de donner un consentement éclairé.

⁸ Pour cette estimation de la taille, l'homme ayant des rapports sexuels avec des hommes est défini comme un individu né de sexe masculin qui a des rapports sexuels oraux ou anaux avec un autre homme quel que soit son identité sexuelle ou son identité de genre. Les critères d'éligibilité étaient les suivants : (1) être né de sexe masculin, (2) être présent sur site lors de la visite de l'équipe de recherche, (3) habiter la ville de l'étude depuis au moins 3 mois, (4) être capable de donner un consentement éclairé, (5) être âgé d'au moins 18 ans ou être un mineur émancipé, et (6) donner son consentement à participer à l'étude.

⁹ Pour cette estimation de la taille, le consommateur de drogues injectables est défini comme un Individu de sexe masculin ou féminin qui consomme de la drogue par voie injectable. Les critères d'éligibilité étaient les suivants : (1) être âgé d'au moins 18 ans ou être un mineur émancipé, (2) avoir eu recours au mode d'administration intraveineux au cours des 12 derniers mois pour s'injecter des drogues quel que soit le produit injecté, (3) habiter la ville de l'étude depuis au moins 3 mois, (4) être capable de donner un consentement éclairé, (5) donner son consentement à participer à l'étude, (6) être présent sur site lors de la visite de l'équipe de recherche

¹⁰ La méthodologie employée comprenait les méthodes suivantes : multiplicateur, capture-recapture et événement social.

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

3.3. Prévalence du VIH parmi les populations clés

A. Les professionnels de sexe

Les professionnel(le)s du sexe ont généralement une prévalence du VIH plus élevée que la population générale dans les épidémies concentrées et généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus du double de la prévalence dans la population générale. La réduction de la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe est une mesure critique d'une riposte au VIH au niveau national.

Les professionnel(le)s de sexe (travailleurs de sexe) font partie des populations clés identifiées dans le plan stratégique national 2020-2023. Par conséquent, il est important de mesurer les efforts déployés dans le cadre des interventions qui leur sont adressées en vue de se rendre compte du niveau d'atteinte des objectifs définis.

Les dernières données sur les PS ont été présentées dans les rapports GARPR 2015 et 2016 (données tirées de l'enquête BSS réalisée en 2012 – qui est la dernière source en date) et elles ont été collectées exclusivement chez les professionnels de sexe féminin. Pour rappel, la prévalence des PS était estimée à 6,9%.

Les résultats pour ce round du GAM proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019¹¹. Cette enquête n'a concerné que les professionnelles de sexe et non les hommes de cette catégorie.

Tableau XX : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui reçoivent un résultat positif au test du VIH</i>	ND	497	138	359	497
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test de dépistage du VIH</i>	ND	6661	2868	3748	6661
<i>Pourcentage de professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH</i> Taille d'échantillon : 6781	ND	7,5	4,8	9,6	7,5

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut nous indique que sept professionnelles de sexe sur dix vivent avec le VIH. Cette prévalence est plus élevée chez les PS de plus de 25 ans (soit 9,6%).

B. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

¹¹ Pour les professionnel(le)s de sexe, les critères d'inclusion étaient :

- S'auto-déclarer avoir échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent ou des cadeaux au moins une fois au cours des 12 derniers mois ;
- Être âgée de 15 à 49 ans ;
- Avoir la capacité et exprimer la volonté de participer à l'étude ;
- Avoir été référée par une paire et être en possession d'un coupon de recrutement valable pour la procédure RDS (Respondent Driven Sampling).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont généralement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays où les épidémies sont concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus du double de la prévalence dans la population générale. La réduction de la prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est une mesure essentielle d'une riposte au VIH au niveau national.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes font partie des populations clés identifiées dans le Plan Stratégique National 2020-2023. Par conséquent, il est important de mesurer les efforts déployés dans le cadre des interventions qui leur sont adressées en vue de se rendre compte du niveau d'atteinte des objectifs définis.

Ces données proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019¹².

Tableau XXI : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH

Paramètres	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui reçoivent un résultat positif au test du VIH</i>	63	86	149
<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test de dépistage du VIH</i>	1297	795	2092
<i>Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH</i>	4,9	10,8	7,1

Taille de l'échantillon : 2129

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut nous indique que sept hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur dix vivent avec le VIH. Cette prévalence est plus élevée chez les HSH de plus de 25 ans (soit 10,8%).

C. Les consommateurs de drogues injectables

Les consommateurs de drogues injectables constituent une population considérée comme prioritaire dans le plan stratégique national.

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.¹³ 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.

Ces données proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019¹⁴.

¹² Étaient éligibles pour l'enquête, les hommes qui répondaient à tous les critères énumérés ci-dessous:

- S'auto-déclarer avoir des rapports sexuels avec pénétration avec les partenaires sexuels du même genre qu'eux (les hommes) au cours de la période de 12 mois précédant l'enquête ;
- Être âgés de 15 à 55 ans ;
- Avoir la capacité et exprimer la volonté de participer à l'étude ;
- Avoir été référé par un pair et être en possession d'un coupon de recrutement valable.

¹³ Directives GARPR 2016, ONUSIDA, 2016

¹⁴ Étaient éligibles pour l'enquête, les personnes qui répondaient à tous les critères énumérés ci-dessous :

- Être âgés de 15 à 55 ans pour les hommes et 15 à 49 ans pour les femmes ;
- S'auto-déclarer s'injecter de la drogue (morphine, cocaïne) par voie intraveineuse et/ou par scarification au cours de 12 derniers mois précédant l'enquête ;
- Avoir la capacité et exprimer la volonté de participer à l'étude ;
- Avoir été référé par un pair et être en possession d'un coupon de recrutement valable.

Tableau XXII : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de personnes qui s'injectent des drogues qui reçoivent un résultat positif au test du VIH</i>	40	24	3	61	64
<i>Nombre de personnes qui s'injectent des drogues qui ont subi un test de dépistage du VIH</i>	1541	121	477	1185	1662
<i>Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH</i> Taille de l'échantillon : 1709	2,6	19,8	0,6	5,1	3,9

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut indique que quatre consommateurs de drogues injectables sur dix vivent avec le VIH. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (19,8% contre 2,6%).

D. Les personnes transgenres

La problématique des personnes transgenres est encore peu connue dans le pays, bien que la société civile commence à s'y intéresser de plus en plus. A titre d'exemple, en 2015, le taux de séropositivité pour les personnes transgenres touchées a été estimé globalement à 7,9% dans les activités de l'ONGD PSSP. Mais il sied de ne pas prétendre généraliser ce résultat vu la faiblesse au niveau de la représentativité.

Néanmoins, quelques études en cours pourront permettre à la RDC de renseigner cet indicateur au round prochain du GAM.

E. Les détenus

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 pénitenciers.

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.

N.B. Effectif pour les trois prisons : nombre des prisonniers ayant fait l'objet d'un dépistage (856, dont 47 femmes et 1 Trans) et cas VIH+ (21, dont 2 femmes et 1 Trans).

3.4. 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 de l'IBBS 2018-2019 ont été renseignées le round passé.

3.5. Couverture du traitement antirétroviral au sein des PVVIH parmi les populations clés

Il s'agit ici de mesurer les progrès en matière de traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH populations clés.

Il a été démontré que la thérapie antirétrovirale réduisait la morbidité et la mortalité liées au VIH chez les personnes vivant avec le VIH, ainsi que la transmission du VIH. Les personnes vivant avec le VIH dans les populations clés devraient pouvoir accéder aux services traditionnels qui fournissent une thérapie antirétrovirale sans craindre d'être stigmatisés ou discriminés et pouvoir recevoir des soins de la part d'agents de santé ayant les connaissances cliniques nécessaires pour répondre à leurs besoins spécifiques. Idéalement, tous ces services traditionnels devraient répondre aux normes pour être sensibilisés aux besoins des populations clés. En conséquence, la couverture du traitement antirétroviral est un moyen essentiel d'évaluer l'accès aux services traditionnels.

Ces dernières années, les lignes directrices sur l'admissibilité au traitement antirétroviral ont changé à plusieurs reprises. Les directives nationales ne correspondent pas toujours aux directives mondiales. En conséquence, la couverture du traitement antirétroviral a été rapportée en utilisant de nombreuses définitions, y compris celles basées sur des directives mondiales, ou nationales, ou les deux. Lorsque les directives sont modifiées pour accroître l'éligibilité des personnes vivant avec le VIH, les estimations de couverture diminuent. Pour éviter de multiples valeurs de couverture du traitement antirétroviral, le nombre de membres de la population clé vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral sera présenté par rapport au nombre total de membres de la population clé vivant avec le VIH.

Cet indicateur sera aligné sur celui de la couverture du traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH.

Seules les données en rapport avec les détenus sont disponibles. Ces données proviennent des activités du Ministère de la Justice en 2020 réalisées dans 3 prisons de la RDC: Bukavu, Kalemie et Kananga.

L'analyse des données du Ministère de la Justice indique que toutes les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral dans les prisons touchées.

3.6. Utilisation du préservatif parmi les populations clés

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 ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XXIII : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</i>	ND	5007	2028	2979	5007
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois</i>	ND	6775	2935	3840	6775
<i>Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</i>	ND	73,9	69,1	77,6	73,9

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut indique que huit professionnelles de sexe sur dix ont utilisé un préservatif avec leur dernier client. Dans le BSS 2012, on en était à 69% du taux d'utilisation du préservatif parmi les professionnelles de sexe, alors que dans l'EDS 2013-2014, ce même taux ne dépasse pas les 12%. Dans la population générale. Cela constitue une petite indication sur le fait que les professionnelles de sexe utilisent plus systématiquement le préservatif que dans la population générale.

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 du tableau ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019.

Tableau XXIV : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif alors de leur dernier rapport anal avec un homme

Paramètres	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal</i>	599	362	961
<i>Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois</i>	1177	723	1900
<i>Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme</i>	50,9	50,1	50,6

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut montre que la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme. Le BSS 2012 n'avait pas pris en compte cette catégorie de population.

A. 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.

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.

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 du tableau ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019.

Tableau XXV : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</i>	427	23	203	247	450
<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent</i>	1572	124	498	1198	1696
<i>Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport</i>	27,2	18,5	40,8	20,6	26,5

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut montre que un consommateur de drogues injectables sur quatre indique avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport. La proportion est 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.

Rappelons que le BSS 2012 n'avait pas pris en compte cette catégorie de population.

B. 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.

L'IBBS 2018-2019 n'ayant pas pris en compte cette catégorie de populations, aucune donnée n'est disponible pour ce round.

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

Par cet indicateur, l'on veut déterminer la couverture des programmes de prévention parmi les populations clés qui ont reçu au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois.

Pour réussir à faire face à l'épidémie de VIH, il faut combiner comportement préventif et traitement antirétroviral. La couverture par des programmes de prévention fondés sur des données probantes est une composante essentielle de la riposte, dont l'importance est reflétée dans la stratégie de l'ONUSIDA. Il n'y a pas de données disponibles pour les hommes ayant des rapports sexuels, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et les détenus.

Les données ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XXVI : Pourcentage de professionnels du sexe déclarant avoir reçu un ensemble combiné d'interventions en matière de prévention du VIH

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de professionnels du sexe ayant répondu « Oui »</i>	ND	1038	372	666	1038
<i>Nombre de répondants professionnels du sexe</i>	ND	3261	1388	1873	3261
<i>Pourcentage des personnes interrogées ayant répondu « Oui » à la question « Au cours des trois derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs et un lubrifiant (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité, dans un centre de consultation sans RDV ou dans un dispensaire de santé sexuelle) ? »</i>	ND	31,8	26,8	35,6	31,8

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut indique que trois professionnelles de sexe sur dix déclarent avoir reçu un ensemble combiné d'interventions en matière de prévention du VIH, c'est-à-dire ont répondu « Oui » à la question « Au cours des trois derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs et un lubrifiant (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité, dans un centre de consultation sans RDV ou dans un dispensaire de santé sexuelle) ? ».

3.8. 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 du tableau ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019.

Tableau XXVII : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Paramètres	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 ans et plus	Total
<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue</i>	804	57	242	619	861
<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier</i>	1577	124	500	1201	1701
<i>Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection</i>	51,0	46,0	48,4	51,5	50,6
Taille de l'échantillon : 12000					

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut montre que la moitié des consommateurs de drogues injectables enquêtés disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection. La proportion est 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%).

3.9. 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 2020.

3.10. Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Cet indicateur mesure la capacité des programmes à proposer un TSO aux personnes qui s'injectent des drogues pour réduire directement la fréquence d'injection. La cible de couverture est fixée à 40%.

Le TSO représente un engagement contre la dépendance aux opiacés afin de réduire la fréquence d'injection, de préférence à zéro. Il s'agit de l'outil de santé publique le plus efficace, fondées sur des données avérées, pour réduire la consommation des personnes qui s'injectent des opiacés. Le TSO joue un rôle essentiel dans le traitement d'autres maladies, y compris le VIH, la tuberculose et les hépatites virales.

Il n'y a aucune donnée disponible pour cet indicateur dans ce round.

3.11. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active

Au niveau de la syphilis active, l'on mesure les progrès accomplis dans la réduction des comportements sexuels à haut risque et le contrôle de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le dépistage de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe est essentiel à la fois pour leur santé et les objectifs de surveillance de deuxième génération.

Les données de cette année proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019 qui n'a concerné que les professionnelles de sexe femmes.

Tableau XXVIII : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active

Paramètres	Hommes	Femmes	Total
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active</i>	ND	83	83
<i>Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis</i>	ND	3386	3386
<i>Pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active</i>	ND	2,5	2,5

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut indique que près de trois professionnelles de sexe sur cent présentent une syphilis active.

3.12. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentant une syphilis active

Au niveau de la syphilis active, l'on mesure les progrès accomplis dans la réduction des comportements sexuels à haut risque et le contrôle de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le dépistage de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est essentiel à la fois pour leur santé et les besoins de la surveillance de deuxième génération.

Les données du tableau ci-dessous proviennent de l'Enquête IBBS 2018-2019 qui est l'enquête la plus récente avec des données représentatives du pays.

Tableau XXIX : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentant une syphilis active

Paramètres	Total
<i>Nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui font l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active</i>	12
<i>Nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active</i>	2092
<i>Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentant une syphilis active</i>	0,6

Source : Rapport IBBS-RDC 2018-2019

L'analyse des données ci-haut montre que moins d'un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes sur cent a présenté une syphilis active.

3.13. Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés aux détenus

Il s'agit ici de déterminer le nombre de détenus qui reçoivent des services de prévention ou de traitement du VIH.

En effet, les détenus risquent souvent de contracter le VIH après leur libération. C'est en particulier le cas des personnes impliquées dans la consommation illicite de drogues ou vivant dans un pays où le commerce du sexe est illégal. L'offre de services de prévention et de traitement du VIH dans les prisons peut réduire le risque de transmission du VIH à la fois dans la prison et dans la collectivité après la libération. Une riposte nationale forte au VIH inclura ces services auprès des détenus.

Aucune donnée disponible pour cet indicateur en 2020.

Il sied de noter que vu les difficultés de l'Etat à trouver des financements pour tous les domaines de la lutte contre le VIH (voire REDES), il n'existe pas, à proprement parler, de programme de prévention et de traitement du VIH proposés aux détenus. Néanmoins, selon les financements disponibles au niveau des partenaires et du Ministère de la Justice, des projets ponctuels sont souvent mis en œuvre, surtout dans les prisons des grandes villes du pays où se concentre la majeure partie de la population carcérale de la RDC.

3.14. Prévalence de l'hépatite et de la coinfection par le VIH parmi les populations clés

L'identification de la coinfection hépatite-VIH s'est récemment améliorée. De nombreuses personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral meurent d'une maladie du foie résultant d'une hépatite virale non traitée. Les protocoles de traitement du VIH peuvent être adaptés pour traiter également une hépatite B chronique. Un nouveau traitement très efficace est disponible pour l'hépatite C ; il présente un taux élevé de clairance virale quel que soit le sous-type de virus de l'hépatite C. L'évaluation du poids de l'hépatite parmi les populations clés vivant avec le VIH peut aider les planificateurs nationaux à déterminer les moyens nécessaires pour combattre la syndémie¹⁵.

15 Une **syndémie** caractérise un entrelacement de problèmes de santé pour une personne (physiques, et/ou psychiques) qui se renforcent mutuellement les uns les autres, et portent atteinte à la santé globale de la personne. Le terme a été développé par Merrill Singer dans le milieu des années 1990. Le terme de syndémie est souvent utilisé

La recherche en matière d'hépatites est très récente en RDC et nécessite plusieurs approfondissements pour que les données de ce genre d'indicateurs soient un jour rendus disponibles.

3.15. Nombre de personnes ayant reçu une PrEP orale au moins une fois au cours de la période de référence

Par cet indicateur, l'on vise à mesurer les progrès accomplis dans l'intensification de la PrEP et la réalisation de l'objectif d'accélération afin d'atteindre trois millions de personnes avec la prophylaxie pré-exposition d'ici 2020.

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 de la PrEP par population (âge, sexe et population clé).

Le recours des personnes séronégatives à des antirétroviraux avant leur exposition au VIH peut empêcher l'infection à VIH. Des essais cliniques ont montré que la PrEP orale peut réduire le nombre de personnes qui contractent le VIH parmi les couples sérodiscordants, les hommes hétérosexuels, les femmes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les femmes transgenres.

L'OMS recommande que la PrEP orale contenant du ténofovir disoproxil fumarate (TDF) 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. L'OMS définit provisoirement un risque important d'infection à VIH comme étant une incidence du VIH d'environ 3/100 personnes-années ou plus en l'absence de PrEP. La mise en œuvre doit être éclairée par des informations locales, y compris le contexte ou les tendances épidémiologiques, la faisabilité, la demande ainsi que l'évaluation et l'examen de l'environnement local des personnes vivant avec le VIH et des populations clés pour protéger leur sécurité. Les critères de mise en œuvre peuvent varier selon les pays.

La PrEP existe en RDC mais les données ne sont pas encore disponibles pour renseigner clairement le GAM selon ses directives.

3.18. 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.

N.B. Données non disponibles.

dans la littérature médicale autour des affections liées au VIH ou à la toxicomanie (voire <https://fr.wikipedia.org/wiki/Synd%C3%A9mie>).

3.19. 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.

Selon les données du PNMLS en 2019¹⁶, **36 169 500** préservatifs masculins et **981 123** préservatifs féminins ont été distribués, avec près de la moitié distribués dans le circuit de la santé (Hôpitaux, cliniques, ...).

IV. ÉLIMINATION DES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES ET FIN DE TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE ET DE DISCRIMINATION ENVERS LES FEMMES ET LES FILLES, LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES POPULATIONS CLÉS D'ICI 2020

Ce quatrième objectif vise à éliminer les inégalités entre les sexes et à mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020.

4.1. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

La discrimination constitue une violation des droits de l'homme ; elle est prohibée par la législation internationale sur les droits de l'homme et par la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination désigne un traitement injuste ou inique (par acte ou par omission) à l'égard d'une personne, en raison de son statut VIH présumé ou réel. Ces discriminations augmentent les risques et privent les individus de leurs droits, ce qui a pour effet de nourrir l'épidémie de VIH.

Cet indicateur ne constitue pas une mesure directe des discriminations, mais plutôt une mesure des attitudes discriminatoires susceptibles de résulter de certains comportements (ou omissions). L'une des données qui entrent dans le calcul de cet indicateur évalue le soutien potentiel apporté par les personnes interrogées aux discriminations qui interviennent au sein d'une institution ; l'autre évalue l'isolement social et les comportements induits par des préjugés. D'une manière générale, cet indicateur composite constitue une mesure de l'ampleur des préjugés et discriminations potentielles induits par le VIH au sein de la population générale. Cet indicateur peut améliorer la compréhension des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières :

- i) à travers l'évolution du pourcentage d'individus adoptant des attitudes discriminatoires ;
- ii) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales ; et
- iii) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

¹⁶ Rapport Task Force Préservatifs, PNMLS 2019

Cet indicateur est construit à partir des réponses données aux questions suivantes par un échantillon du grand public ayant entendu parler du VIH :

- 1) Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e))
- 2) Pensez-vous que les enfants séropositifs devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e))

Le rapport EDS 2013-2014 n'a répondu qu'à la première question ; ce qui peut nous donner une impression déjà sur les attitudes discriminatoires. Bien que les directives d'élaboration du GAM 2020 recommandent de présenter les réponses « Non », l'EDS 2013-2014 présente plutôt les personnes qui ont répondu « Oui » à cette question.

Pour rappel, une personne interrogée sur deux (49,5%) est prête à acheter des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur, bien que sachant que la personne est atteinte du VIH, avec une prédominance chez les hommes (56,7%) que chez les femmes (46,5%).

Le BSS 2012 réalisé en RDC fait ressortir quelques informations sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH au niveau des quatre groupes de populations ciblées par cette étude : les enfants de la rue, les miniers, les camionneurs et les professionnelles de sexe.

- Dans l'ensemble, très peu des jeunes de la rue montrent une attitude positive vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. La proportion est deux fois plus faible parmi les garçons (7%) que parmi les filles (14%).
- Pratiquement 98% des miniers avaient déjà entendu parler du VIH et parmi eux seulement 28,3% avaient une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH. En effet ces personnes seraient prêtes à travailler avec une personne vivant avec le VIH, et en même temps à partager le repas et voir acheter une nourriture vendue par une PVVIH connue.
- De manière générale les camionneurs ont une attitude positive vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. En effet, la grande majorité (96%) avait une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH.
- Environ trois quarts des PS (72,2%) avaient un proche parent ou un ami infecté par le VIH ou qui en était décédé et cela dans toutes les provinces. La grande majorité (97,5%) des PS ont une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH¹⁷.

Selon les résultats du MICS-Palu en 2018¹⁸, le pourcentage de femmes et hommes âgés de 15-49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH¹⁹ est de 58% pour les femmes et 49,5% pour les hommes.

4.2. Évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination au sein des populations clés (travailleuses et travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et personnes transgenres)

Les données sur l'indicateur 4.2 sur « l'évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination au sein des populations clés » ne sont pas disponibles en RDC. Il faudrait qu'une

¹⁷ Rapport enquête BSS 2012

¹⁸ MICS-Palu 2018, page 11

¹⁹ Femmes qui répondent Non à l'une des 2 questions suivantes : 1) Achèteriez-vous des légumes frais à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ? 2) Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH peuvent fréquenter l'école en même temps que les enfants qui n'ont pas le VIH ?

enquête soit réalisée sur l'accès aux services de soins des populations clés pour avoir une image de la situation réelle dans le pays. Il y a lieu d'espérer qu'une étude pourra permettre de renseigner cet indicateur.

Néanmoins, selon l'IBBS 2018-2019, les principales raisons pour lesquelles les populations enquêtées ne se faisaient pas dépister pour le VIH sont les suivantes :

1) Pour les PS, le manque de temps pour aller se faire tester (Buta, Matadi et Isiro), la peur d'apprendre son statut VIH positif (Bunia, Isiro, Kindu et Goma), et le fait de ne pas connaître l'endroit où aller (Isiro, Kolwezi, Kisangani et Mwene-Ditu) sont les raisons les plus évoquées. A Kinshasa par exemple, il y a la non-connaissance des lieux de dépistage (31,8%), la peur de connaître son statut sérologique (15,3%) et le fait de ne pas se sentir à risque par rapport au VIH (12,9%).

2) Pour les HSH, il y a le fait de ne pas se sentir à risque d'attraper le VIH (Lubumbashi, Bunia et Kinshasa), le manque de temps pour aller faire un test (Matadi, Bunia et Kinshasa), ainsi que le fait de ne pas connaître l'endroit où aller faire le test (Kinshasa, Lubumbashi et à Bunia).

3) En ce qui concerne les UDI, les principales raisons pour n'avoir pas fait le test étaient le fait de ne pas se sentir à risque de contracter le VIH (Lubumbashi et Kinshasa) et le manque de temps pour aller se faire tester (Bunia et Matadi), évoquées par environ un tiers des UDI ayant participé à l'étude. Toutefois, le fait de ne pas connaître l'endroit où aller a été évoqué par un UDI sur cinq dans plusieurs villes.

Les personnes transgenres n'ont pas été prises en compte pour cette enquête.

4.3. Proportion des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois²⁰

À l'échelle mondiale, et en particulier en Afrique subsaharienne, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. Il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur encontre. La violence et le VIH ont été reliés de façon directe ou indirecte. Les études menées dans de nombreux pays indiquent que de très nombreuses femmes ont subi des violences, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie.

L'OMS estime qu'une femme sur trois dans le monde a subi, au cours de sa vie, des violences au sein du couple et/ou des violences sexuelles d'un homme autre que leur partenaire. Des études menées au Rwanda, en Tanzanie et en Afrique du Sud, ont montré que les femmes ayant subi ces violences sont trois fois plus exposées au VIH que celles qui ne les ont pas subies.

L'analyse des données de l'EDS 2013-2014 montrait qu'environ plus de cinq femmes âgées de 15-49 ans sur dix ont été victime des violences physiques ou sexuelles de la part de leurs maris ou conjoints. Ce chiffre montait jusqu'à six femmes sur dix dans la tranche d'âges de 25-49 ans. La proportion des femmes ayant été victimes de violences était superposable à la tranche d'âges de 20-24 ans soit 57,3%, alors qu'elle baisse à 42,5% pour la tranche d'âges de 15-19 ans.

En prenant en compte la composante type des violences, l'on notait que près d'une femme sur deux a été victime de violences physiques avec la proportion la plus considérable parmi les femmes dont l'âge varie entre 20 et 24 ans soit 49,5%, suivi de celles dont l'âge est compris entre 25-49 ans soit 46,2%.

²⁰ Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence de la violence des partenaires intimes contre les femmes (et constitue une estimation approximative de l'inégalité des sexes). On définit le « partenaire intime » comme le partenaire avec lequel la personne habite ou a habité, en étant mariés ou non. La violence peut intervenir après leur séparation.

Cependant, on notait que plus d'une femme de 15-49 ans sur cinq a été victime des violences sexuelles avec les proportions considérables dans les tranches d'âges de 15-19 ans et de 25-49 ans soit respectivement 28,1% et 25,4%.

En rentrant dans les chiffres de l'EDS 2007, on constate une baisse globale de violences (physiques ou sexuelles) de plus de 10%. Par exemple, pour les violences sexuelles, on passe de 35,3% (EDS 2007) à 25,4% (EDS 2013-2014) ; et pour les violences physiques, de 62,1% (EDS 2007) à 45,8% (EDS 2013-2014).

4.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes 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, 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.

Dans le calcul de cet indicateur, il est demandé aux personnes interrogées si elles ont été victimes de discrimination liée au VIH lors de la recherche des soins de santé spécifiques et/ou non spécifiques au VIH au cours des 12 derniers mois, notamment :

- Se voir refuser des soins en raison du statut VIH ;
- Etre conseillé de ne pas avoir de rapports sexuels à cause du statut VIH ;
- Faire l'objet de commérages ou de propos négatifs à cause du statut VIH ;
- Subir un abus verbal à cause du statut VIH ;
- Subir une violence physique à cause du statut VIH ;
- Eviter le contact physique à cause du statut VIH ;
- Voir son statut VIH partagé sans consentement.

Après l'Enquête INDEX STIGMA - RDC des PVVIH réalisée en 2012²¹, une deuxième enquête du même genre a été réalisée en 2019²². De manière globale, on note une baisse du niveau de stigmatisation et de discrimination des PVVIH, en comparaison avec le niveau de 2012.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, 4,45% des répondants ont été victimes d'un refus d'accès aux soins de santé, y compris des soins dentaires, à cause de leur statut sérologique, les 12 mois précédant l'enquête. Cette prévalence de la discrimination en milieu de soins de santé a influencé les attitudes des PVVIH, car 20,9% des répondants ont évité d'aller dans une formation sanitaire (Hôpital ou Centre de santé) au moment où ils en avaient besoin.

Il a été noté une augmentation statistiquement significative de 10 % en 2012 à 13% en 2019 des répondants qui ont reconnu avoir subi la pression de la part d'autres personnes pour dévoiler leur statut sérologique. Même si l'ampleur a sensiblement diminué entre 2012 et 2019, c'est auprès des conjoints, puis auprès d'autres adultes membres du ménage, que les PVVIH éprouvent le plus souvent une réaction très discriminatoire.

Plus de 80 % (vs 81,64% RDC 2012 $p=0,13$) des PVVIH ont jugé leur état général soit bon, soit très bon, soit encore excellent au moment de l'enquête, qu'elles soient sous traitements antirétroviraux ou non. En ce qui concerne l'accès au traitement ARV, la majorité des répondants (90 %) affirment y avoir accès, quel que soit le lieu de résidence.

Pour améliorer l'accès aux ARV, près de deux répondants sur dix (17,4% CS et 22,3% PODI) proposent d'améliorer la qualité des services et la disponibilité des intrants (ARV, IO, équipement laboratoire).

Concernant les femmes enceintes séropositives, 7,67% (vs 11% RDC 2012 $p=0,001$) ignorent l'existence d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants, tandis que 44,69% (34,78% RDC 2012 $p<0,001$) ont reçu ledit traitement.

La moitié des PVVIH ($n=2541$) n'ont subi l'examen de mesure de la charge virale qu'une fois l'an, ou pas du tout en un an.

Il a été noté une baisse de proportion des répondants qui ont eu des conseils sur les options en matière de santé de reproduction, soit de 63,36% en 2012, contre 54,1% en 2019, $p=0,003$). La proportion des professionnels de soins de santé ayant forcé les répondants à se faire stériliser a chuté près de moitié, soit de 7% RDC 2012 à 3,7% ($p<0,001$).

V. ASSURANCE QUE 90 % DES JEUNES POSSEDENT LES COMPETENCES, LES CONNAISSANCES ET LA CAPACITE DE SE PROTEGER DU VIH ET DISPOSENT D'UN ACCES A DES SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE D'ICI 2020 AFIN DE REDUIRE A MOINS DE 100 000 PERSONNES PAR AN LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH PARMIS LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

Par cet objectif, les Etats ont pour but de s'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé

²¹ PNUD, *Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH en RDC*, Rapport d'enquête, pages 12-14

²² PNLS, *Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH en RDC*, Rapport d'enquête, pages 8-11

sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes.

5.1. 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 vise à mesurer les progrès accomplis vers la généralisation de la connaissance des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Les épidémies de VIH se propagent principalement par transmission sexuelle de l'infection à des générations successives de jeunes. Il est donc essentiel et primordial que les jeunes possèdent de bonnes connaissances sur le VIH et le sida (même si ce n'est souvent pas suffisant) pour qu'ils adoptent des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH.

Les données quant à cet indicateur sont habituellement tirées des enquêtes représentatives de la population générale comme le MICS ou l'EDS. En RDC, le dernier rapport MICS date de 2018 et le dernier Rapport EDS produit est celui de 2013-2014 qui est encore à ce jour, pour beaucoup d'indicateurs, la seule source de données disponible en attendant le prochain exercice de l'EDS.

Pour rappel, lors de l'EDS 2013-2014, le constat est que 20,4% des jeunes de 15-24 ans ont décrit correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et ont rejeté les principales idées fausses y relatives (dans le rapport MICS 3 de 2010 - qui a renseigné les exercices du GARPR 2012 et 2013, et qui ne prend en compte que les femmes - on en était à 15,2%). Cette répartition se présente différemment selon les tranches d'âges avec 22,9% dans la tranche d'âge allant de 20-24 ans contre 18% dans la tranche d'âge allant de 15-19 ans.

Selon le MICS de 2018, la proportion des femmes et hommes âgés de 15-24 ans qui identifient correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH est de 19,9% chez les femmes contre 28,1% chez les hommes²³.

5.2. Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes

Cet indicateur sert de mesure des progrès accomplis dans le renforcement de la capacité des femmes et des adolescentes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en utilisant les méthodes les plus efficaces. Il s'agit ici de mesurer les progrès accomplis dans le renforcement de la capacité des femmes et des adolescentes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et à exercer leur droit de maîtriser les questions ayant trait à leur sexualité et leur santé sexuelle et reproductive, et d'en décider en toute liberté.

Cet indicateur reflète le droit des femmes et des adolescentes de décider si et quand avoir des enfants et de disposer des moyens nécessaires pour appliquer cette décision.

Cet indicateur sert également à mesurer les progrès accomplis sur la cible 3.7 des objectifs de développement durable : *assurer l'accès de tous à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux d'ici 2030.*

²³ MICS-Palu 2018, page 11

Les services de santé sexuelle et reproductive constituent également un point d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH. Leur intégration est donc essentielle pour assurer la pérennité des services liés au VIH.

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. Au cours de l'EDS-RDC II réalisée en 2013-2014²⁴, on a demandé aux femmes si elles utilisaient actuellement une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses obtenues ont permis d'estimer le niveau d'utilisation actuelle de la contraception ou prévalence contraceptive au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, 19% des femmes utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive : 8% une méthode moderne et 11% utilisaient une méthode traditionnelle. La proportion de femmes qui utilisent une méthode moderne augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, de 4% parmi les femmes sans niveau d'instruction à 19% parmi celles ayant un niveau supérieur.

Selon le MICS de 2018, trois femmes d'âge reproductif (15 à 49 ans) sur dix (soit 30,9%) ont vu leurs besoins satisfaits en planification familiale avec des méthodes modernes est de

VI. ASSURANCE QUE 75 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, AFFECTES PAR LE VIH OU A RISQUE BENEFCIENT DE LA PROTECTION SOCIALE INCLUANT LE VIH D'ICI 2020

En attendant que les indicateurs de cet objectif soient inclus dans l'outil GAM en 2020, les acteurs de la RDC réunis dans le cadre de l'Enquête sur « l'Indice Composite des Politiques Nationales » ont décelé quelques obstacles qui limitent l'accès aux programmes de protection sociale²⁵ en RDC, notamment :

- α Le manque d'informations disponibles sur ces programmes ;
- α Les procédures souvent complexes ;
- α La crainte de la stigmatisation et de la discrimination ;
- α Le manque de pièces justificatives permettant l'éligibilité, telles que les cartes nationales d'identité ;
- α Les lois ou les politiques qui limitent l'accès (bien que de grands efforts aient été déployés sur ce point) ;
- α Les frais restant à la charge du patient qui demeurent élevés (le fardeau de la maladie pèse encore grandement sur les ménages).

VII. GARANTIE DE LA GESTION PAR LA COMMUNAUTE D'AU MOINS 30 % DES SERVICES FOURNIS D'ICI 2020

Comme pour l'objectif 6, les acteurs de la RDC réunis dans le cadre de l'Enquête sur « l'Indice Composite des Politiques Nationales » ont pu démontrer²⁶ que la RDC n'a :

- α Pas de restrictions relatives à l'enregistrement et aux activités des organisations de la société civile et des organisations communautaires ;
- α Pas d'entraves à des prestations de service de proximité au niveau règlementaire, que ce soit pour les services liés au VIH, pour ceux spécifiques aux populations clés, ou des critères d'éligibilité restrictifs ;

²⁴ Rapport EDS-RDC II 2013-2014, pages 91-99

²⁵ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2990/72/>

²⁶ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2991/72/>

- α Pas de lois, de politiques ou de règlements entravant l'accès aux financements des organisations de la société civile et des organisations communautaires pour les activités relatives au VIH.

VIII. GARANTIE DE L'AUGMENTATION DES INVESTISSEMENTS LIES AU VIH A HAUTEUR DE US\$ 26 MILLIARDS D'ICI 2020, DONT UN QUART POUR LA PREVENTION DU VIH ET 6 % POUR LES ACTEURS SOCIAUX

Cet objectif ne comprenait qu'un seul indicateur à calculer pendant des années : les dépenses liées au VIH. Pour ce round, deux nouveaux indicateurs ont été ajoutés :

- Le Budget national public pour la riposte au VIH, et
- Les prix unitaires et le volume des antirétroviraux.

Les équipes de collecte n'ont pu rendre disponibles que les données des dépenses.

8.3. Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)²⁷

Il est question ici de mesurer le flux de financement des programmes/services nationaux liés au VIH et dépenses engagées par ces derniers, par source et par catégorie, de façon standardisée et comparable. 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 ailleurs.

Le montant total des ressources financières internationales et nationales pour les ripostes au VIH dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a atteint 19.1 milliards de dollars en 2016, selon les estimations. 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 à l'échelon national, 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/services liés au VIH dans le cadre du ciblage des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

Il est recommandé d'utiliser, comme cadre de suivi et de déclaration des dépenses liées au VIH, la classification et les définitions du cadre d'estimation nationale des dépenses relatives au sida (REDES), établies par l'ONUSIDA.

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

²⁷ REDES 2015-2016-2017, novembre 2019

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.

Les catégories de dépenses relatives au sida (ASC) et les sous-indicateurs proviennent, en grande majorité, de cadres existants et sont désormais articulés autour des 10 engagements découlant de la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

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.

En fin de compte, il sied de noter la nécessité d'enquêtes plus approfondies en vue d'une traçabilité des dépenses déclarées par le niveau central dans le secteur public et par les organismes internationaux face aux informations disponibles en provinces.

La RDC a finalisé l'Enquête REDES qui couvre trois années (2015, 2016 et 2017). Dans cet exercice, le pays a procédé à un travail de fond en collectant les données dans les 26 provinces que compte la RDC, au moyen de l'apport de points focaux sur terrain (provinces et secteurs de lutte contre le VIH/sida) préalablement renforcés en capacité. Ce sont les données les plus récentes à ce jour, car une nouvelle Enquête REDES (2018-2019-2020) est déjà planifiée et la mise en œuvre intervient incessamment.

Les résultats ci-dessous ont été présentés dans le Rapport GAM 2020.

Synthèse de financement de la lutte contre le VIH/sida en RDC de 2015 à 2017 en USD

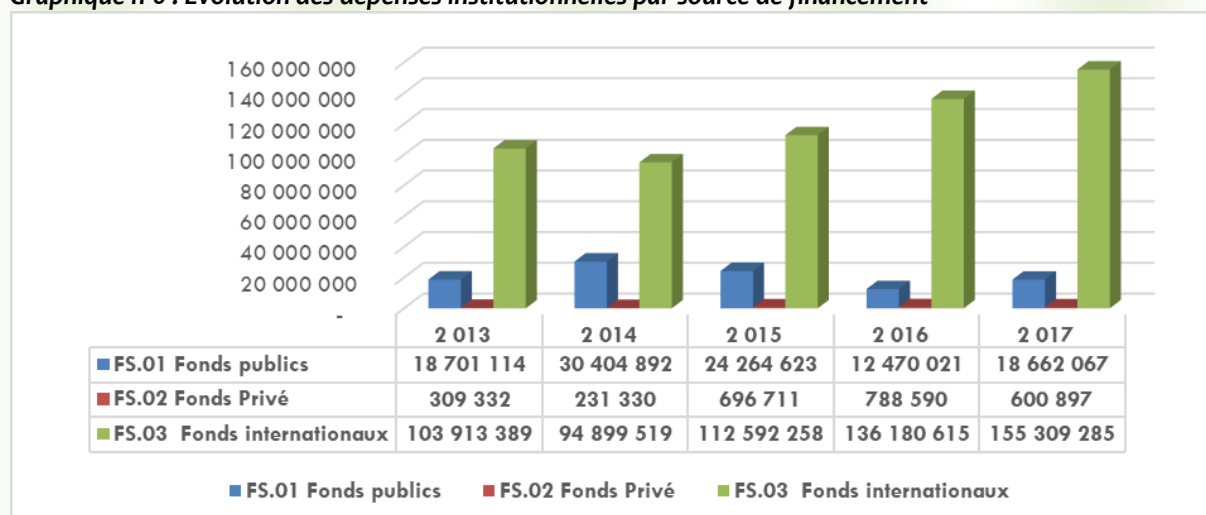
Tableau XXX : Evolution de dépenses institutionnelles par source de financement (1), Interventions (2) et Population bénéficiaire (3)

Indicateurs	2015	%	2016	%	2017	%
Sources de financement	137 553 593	100	149 439 227	100	174 572 249	100
Fonds publics	24 264 623	17,64	12 470 267	8,34	18 662 067	10,69
Fonds Privé	696 711	0,51	788 344	0,53	600 897	0,34
Fonds internationaux	112 592 258	81,85	136 180 615	91,13	155 309 285	88,97
Interventions	137 553 593	100	149 439 227	100	174 572 249	100
Prévention	20 673 867	15,03	17 251 042	11,54	22 897 543	13,12
Soins et traitement	37 797 597	27,48	52 464 070	35,11	40 505 122	23,2
OEV	882 484	0,64	2 618 415	1,75	6 599 783	3,78
Gestion et administration de programmes	70 956 884	51,58	61 952 162	41,46	90 657 578	51,93
Ressources humaines	5 314 450	3,86	12 599 316	8,43	8 569 712	4,91
Protection sociale et service sociaux	611 324	0,44	1 165 987	0,78	3 756 654	2,15
Environnement favorable	1 211 957	0,88	884 484	0,59	1 412 052	0,81
Recherche liées au VIH	105 031	0,08	503 750	0,34	173 805	0,1
Populations bénéficiaires	137 553 593	100	149 439 227	100	174 572 249	100
Personnes vivant avec le VIH	44 635 088	32,45	55 339 497	37,03	42 363 603	24,27
Population particulièrement vulnérables	3 690 094	2,68	5 163 465	3,46	4 327 555	2,48
Autres groupes de population clés	9 497 699	6,9	9 633 618	6,45	19 702 551	11,29
Population spécifiques accessibles	9 563 214	6,95	17 938 650	12	23 132 740	13,25
Ensemble de la population	8 076 796	5,87	12 151 820	8,13	14 606 723	8,37
Initiatives non ciblées	62 090 702	45,14	49 212 177	32,93	70 439 077	40,35

Source : Rapport REDES 2015-2016-2017

Le Rapport REDES (Enquête sur l'estimation du flux des dépenses engagées dans la riposte au sida en RDC) a retracé globalement **137 553 593 USD** en 2015, **149 439 227 USD** en 2016 et **174 572 249 USD** en 2017. Ces fonds ne couvrent pas les dépenses des ménages, mais seulement les dépenses institutionnelles. 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.

Graphique n°6 : Evolution des dépenses institutionnelles par source de financement

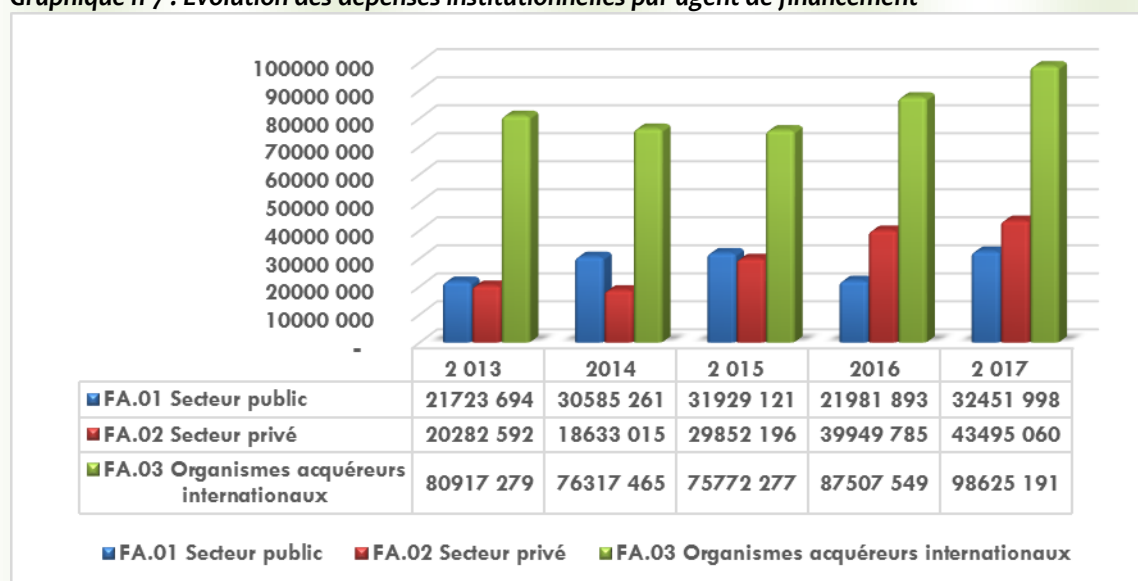


Source : Rapport REDES 2015-2016-2017

Le graphique ci-haut nous montre un pic des fonds publics en 2014 et 2015 avant une baisse sensible en 2016 (plus de la moitié), puis une légère remontée en 2017. Pour les fonds internationaux, excepté une chute en 2014, les fonds disponibles vont crescendo depuis 2013.

Durant les cinq dernières années, la tendance de la mobilisation des ressources financières n'a pratiquement pas changé. Bien que le financement de la riposte nationale demeure extraverti, il sied de noter que les fonds publics ont connu une certaine amélioration mais qui nécessite encore des efforts considérables.

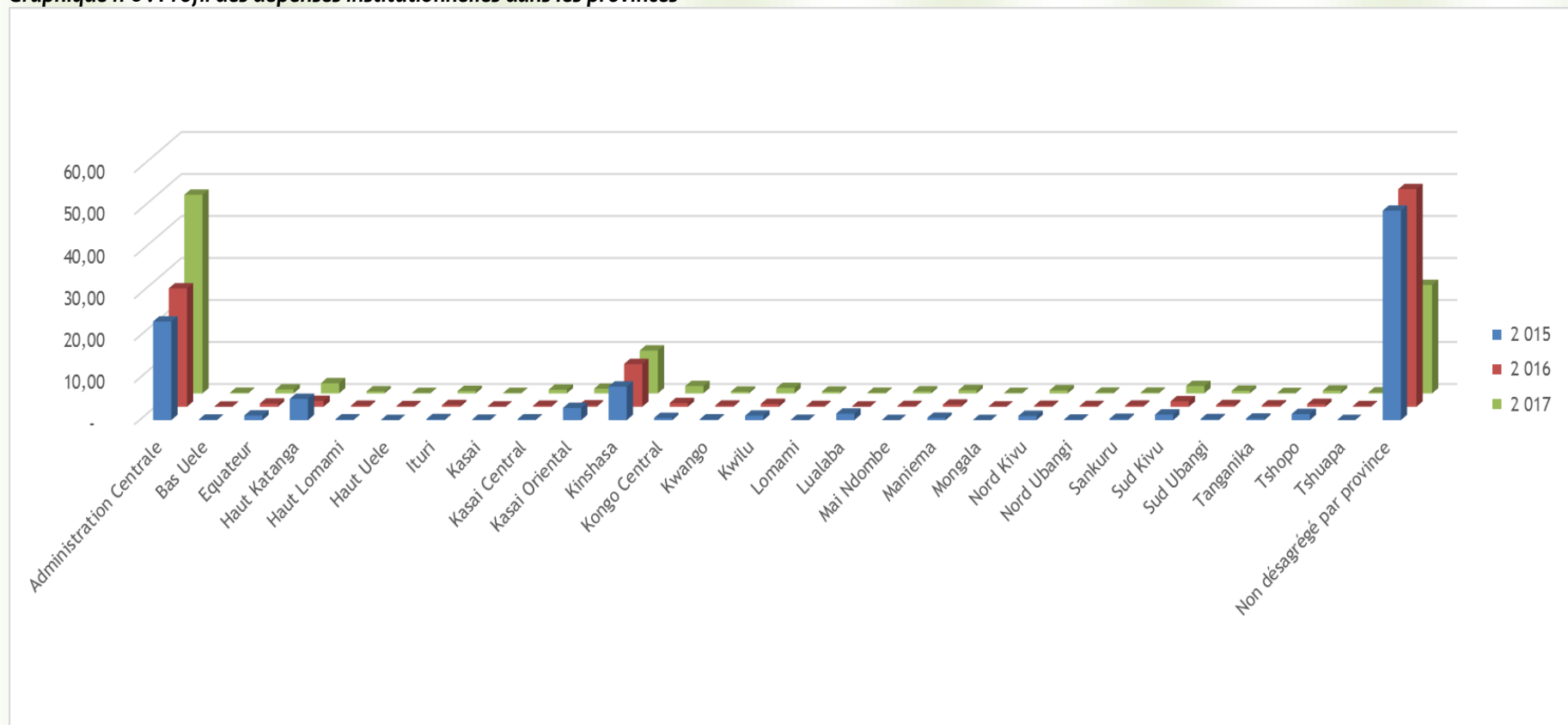
Graphique n°7 : Evolution des dépenses institutionnelles par agent de financement



Source : Rapport REDES 2015-2016-2017

Le graphique ci-haut nous montre une chute des fonds publics au niveau des agents de financement en 2016 avant de remonter en 2017. Même si l'on pourrait penser à une faiblesse dans le financement, l'on peut aussi juste penser à un sous-rapportage. Au fil du temps, une tendance à la baisse des fonds gérés par le secteur public est constatée au profit du secteur privé et des organismes acquéreurs internationaux.

Graphique n°8 : Profil des dépenses institutionnelles dans les provinces



Source : Rapport REDES 2015-2016-2017

Seul, le niveau central a renseigné le gros des dépenses orientées vers les provinces (Administration centrale et non désagrégé par province), cette situation pourrait être inversée si les provinces arrivent à produire leur rapport REDES dans le strict respect de la méthodologie REDES. La ville province de Kinshasa s'est démarquée des autres provinces avec un taux de complétude qui se rapproche de celui du niveau national.

IX. RESPONSABILISER LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, A RISQUE OU BIEN AFFECTEES PAR LE VIH AFIN QU'ELLES CONNAISSENT LEURS DROITS, AIENT ACCES A LA JUSTICE ET A DES SERVICES JURIDIQUES AFIN DE PREVENIR ET LUTTER CONTRE LES VIOLATIONS DES DROITS DE L'HOMME

Avec la dernière collecte de données sur l'Indice composite de politiques nationales du round du GAM 2019, l'on notera quelques points importants.²⁸

D'abord, il y a lieu de noter qu'au cours de ces deux dernières années, des programmes de formation et/ou de renforcement de capacités destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés visant à les informer et à les sensibiliser sur leurs droits ont été mis en œuvre.

En effet, avec l'appui d'acteurs de tout genre (PNMLS, PNUD, Fonds Mondial, ...), plusieurs sessions ont été organisées par le Ministère de la Justice dans plusieurs provinces de la RDC. Bien qu'ayant une visée à s'étendre au niveau de toute la RDC, le grand obstacle demeure le faible financement disponible dans ce domaine.

Bien que des cliniques juridiques naissent par-ci par-là en RDC, le pays n'a pas mis en place des mécanismes (institutions spécialisées sur les droits humains spécifiques, médiateur, tribunal ou commission) pour enregistrer et examiner les plaintes pour discrimination liée au VIH (fondée sur la séropositivité perçue et/ou l'appartenance à une population clé). Cela n'empêche, en cas de conflits, que les structures existantes (cours et tribunaux, CNDH, ...) ne soient saisies.

Nonobstant cela, la RDC a des mécanismes pour lutter contre la discrimination et les violations de droits humains dans les établissements de santé (plaintes, recours, ...). Mais par manque de moyens financiers ou par manque de bonne connaissance sur le fonctionnement de ces mécanismes, les PVVIH et les populations clés étant ne se lancent pas, ne saisissent pas la justice ou les autorités compétentes.

Beaucoup d'efforts ont été déployés ces dernières années pour améliorer l'accès à la justice (essentiellement la promotion des cliniques juridiques).

X. ENGAGEMENT A SORTIR LE SIDA DE L'ISOLEMENT PAR LE BIAIS DE SYSTEMES CENTRES SUR LES POPULATIONS AFIN D'AMELIORER LA COUVERTURE DE SANTE UNIVERSELLE, NOTAMMENT LE TRAITEMENT POUR LA TUBERCULOSE, LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET LES HEPATITES B ET C

Par cet objectif, les Etats s'engagent à sortir le sida de l'isolement par le biais des systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col, de l'utérus et les hépatites B et C.

Outre les données sur le traitement de la tuberculose, la RDC n'a pas organisé un système de suivi-évaluation tenant compte des liens éventuels entre le sida et les cancers associés, entre le sida et les hépatites.

²⁸ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2992/72/>

10.1. 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 chez les personnes vivant avec le 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.

Le tableau ci-dessous présente les patients coïnfectés sous traitement antituberculeux et ARV issus de la sommation des données du Rapport PNLT 2020 (Porte TB) et du Rapport PNL 2020 (Porte VIH) en RDC.

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 disponible qu'en août de l'année de référence et n'a pas besoin d'être précisée au moment du rapport. Donc, pour 2020, les données du dénominateur ne sont pas encore disponibles.

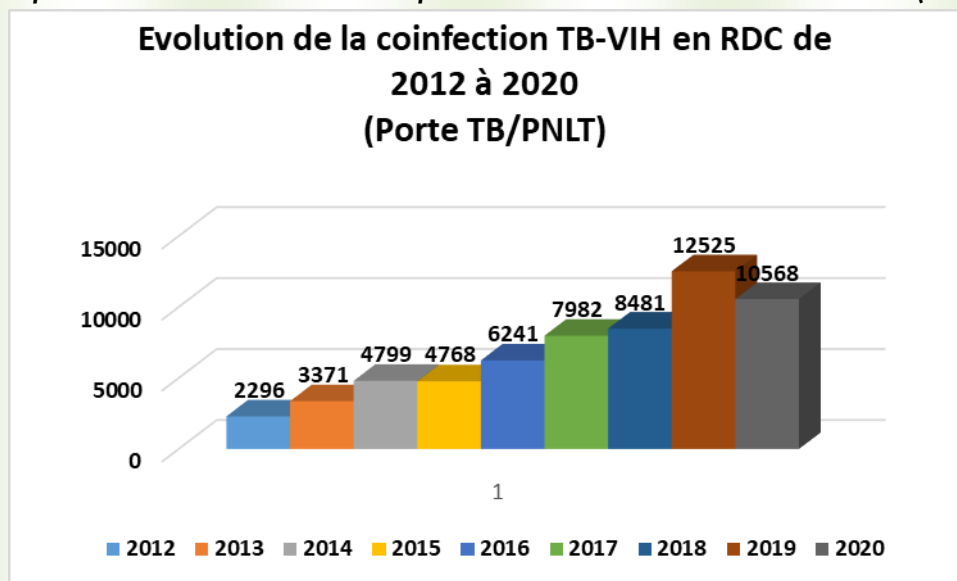
Tableau XXXI : Proportion des PVVIH qui présentent en même temps la tuberculose et ayant bénéficié du traitement contre la tuberculose ainsi que des ARV conformément au protocole en 2020

Paramètres	Années	Hommes	Femmes	< 15 ans	15 ans et plus	Total
<i>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</i>	2019	ND	ND	ND	ND	16537
<i>Nombre estimé de cas de tuberculose associé au VIH</i>	2019	ND	ND	ND	ND	ND
<i>Pourcentage de malades présentant à la fois l'infection à VIH et la Tuberculose qui reçoivent les ARV et ayant déjà débuté les antituberculeux conformément aux protocoles nationales</i>	2019	ND	ND	ND	ND	ND

Source : Rapport PNLT + Rapport PNL 2020 (Numérateurs) et Rapport OMS (Dénominateurs)

Il ressort du rapport du PNLT de 2020 que 16 537 personnes vivant avec le VIH présentent une tuberculose et ont bénéficié en même temps d'un traitement contre la tuberculose et d'un traitement aux ARV conformément à la politique nationale (10 568 pour la porte TB et 5 969 pour la porte VIH).

Graphique n°9 : Evolution du nombre des patients coïnfectés TB-VIH de 2012 à 2020 (Porte TB)



Source : Rapports d'activités du PNLT de 2012 à 2020

10.2. Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de 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 milieux de soins du VIH, du dépistage du VIH et du conseil à l'initiative des prestataires de soins 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 doive être mis en œuvre chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque visite dans les établissements 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. De plus, les personnes nouvellement inscrites vivant avec le VIH peuvent être moins conscientes des symptômes de la tuberculose et de l'importance de la détection et du traitement précoces et peuvent ne pas demander de soins pour des symptômes généraux ou spécifiques de la tuberculose. Le dépistage intensifié des cas de tuberculose offre une 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 dépistées avec une tuberculose doivent commencer immédiatement un traitement antituberculeux et une thérapie antirétrovirale dans les huit semaines si elles ne reçoivent pas déjà des médicaments antirétroviraux.

Les données ci-dessous sont issues du Rapport PNL 2020.

Tableau XXXII : Proportion des personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral en 2020

Paramètres	Total
<i>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</i>	6483
<i>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)</i>	107468
<i>Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence</i>	6,0

Source : Rapport PNLIS 2020

Il ressort des données ci-haut que six personnes vivant avec le VIH sur cent souffrant d'une tuberculose active ont débuté un traitement antirétroviral en 2020.

10.3A. Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

Cet indicateur calcule dans quelle mesure les personnes recevant un traitement antirétroviral et éligibles à un TPT prennent effectivement un TPT (Traitement Préventif de la TB).

Le TPT réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes les personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé de pratiquer un dépistage de la TB chez toutes les personnes vivant avec le VIH lors de toutes les consultations, 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. De même, il convient de proposer un TPT aux enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas une faible prise de poids, une fièvre ou une toux.

Les données ci-dessous sont issues des registres des patients recevant une thérapie antirétrovirale.

Tableau XXXIII : Proportion des personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral en 2020

Paramètres	Total
<i>Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral et un traitement contre l'infection tuberculeuse latente au cours de la période de référence</i>	48714
<i>Nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.</i>	101068
<i>Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral et éligibles à un TPT pendant la période de référence</i>	48,2

Source : Registres des patients recevant une thérapie antirétrovirale en 2020

Il ressort des données ci-haut que près de cinq personnes sur dix ayant débuté un traitement antirétroviral ayant débuté ont à la fois débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse en 2020.

10.3B. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH, recevant un traitement antirétroviral et ayant achevé un protocole sous traitement préventif de la tuberculose (TPT), parmi les patients ayant commencé un TPT

Cet indicateur a été introduit au cours de ce round pour rendre compte de la proportion de personnes sous traitement antirétroviral ayant terminé un traitement préventif contre la tuberculose. Il mesure l'efficacité de l'intensification des programmes de TPT en évaluant la proportion de personnes vivant avec le VIH, recevant un traitement antirétroviral et ayant achevé un protocole de TPT recommandé pendant la période de référence.

Le TPT réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Le respect du protocole de TPT prescrit optimise l'efficacité de ce traitement. 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 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. De même, il convient de proposer un TPT aux enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas une faible prise de poids, une fièvre ou une toux.

Alors que de nombreux pays ont augmenté le nombre de TPT initiés 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 TPT 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.

Cet indicateur ayant été introduit seulement cette année, la RDC se donne jusqu'au round prochain pour pouvoir le collecter à temps et dans la forme voulue.

10.4. et 10.5. Infections sexuellement transmissibles : (i) Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois et (ii) Nombre de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire

Le premier indicateur mesure les progrès accomplis dans la réduction des rapports sexuels non protégés chez les hommes.

En effet, l'écoulement urétral chez les hommes est un syndrome d'infection sexuellement transmissible (IST) généralement causé par la *Neisseria gonorrhoeae* ou la *Chlamydia trachomatis*. Un syndrome d'IST sévère, comme l'écoulement urétral, est un indicateur de rapports sexuels non protégés, et l'écoulement urétral favorisent la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. L'écoulement urétral peut entraîner une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés contre la *Neisseria gonorrhoeae* pourrait rendre cette infection incurable.

Le second indicateur mesure les progrès accomplis dans la réduction du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels non protégés.

Une IST aiguë comme la blennorragie est un indicateur de rapports sexuels non protégés et favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de la blennorragie contribue donc à la surveillance

de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. Par ailleurs, une blennorragie non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse extra-utérine, une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés pourrait rendre cette infection incurable.

Les données sur l'écoulement urétral et la blennorragie ne sont pas disponibles en 2020.

10.6. Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

Dans cet indicateur, il s'agit de surveiller les tendances du dépistage de l'hépatite C, une intervention essentielle pour évaluer les besoins liés à la prise en charge de l'hépatite C.

Le dépistage de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de la co-infection par le VIH et le VHC, informant les cliniciens de la nécessité d'une évaluation et d'un traitement cliniques et de laboratoire supplémentaires. Le dépistage de l'hépatite C identifie la co-infection par le VIH et le VHC et permet de ce fait d'adapter le traitement.

Les données ci-dessous sont issues des dossiers des cliniques et/ou de laboratoires.

Tableau XXXIV : Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) en 2019

Paramètres	Total
<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>	18
<i>nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale pendant la période de recensement</i>	74450
<i>Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)</i>	0,02

Source : Dossiers des cliniques et/ou de laboratoires, PNLS 2019

Il ressort des données ci-haut que même pas une personne sur cent en début de TARV n'a fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite C en 2019.

10.7. Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC débutant le traitement VHC

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

La prévalence de la coinfection par le VHC est particulièrement élevée chez 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 pour l'hépatite C influe sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité.

Les données ci-dessous sont issues des dossiers des cliniques et/ou de laboratoires.

Tableau XXXV : Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC débutant le traitement VHC en 2019

Paramètres	Total
<i>Nombre de personnes présentant une coinfection VIH/VHC diagnostiquée qui ont débuté un traitement contre le VHC pendant une période donnée (12 mois)</i>	5
<i>Nombre de personnes présentant une coinfection VIH/VHC diagnostiquée qui reçoivent des soins liés au VIH pendant une période donnée (12 mois)</i>	18
<i>Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC diagnostiquée qui ont débuté un traitement contre le VHC</i>	27,8

Source : Dossiers des cliniques et/ou de laboratoires, PNLS 2019

Il ressort des données ci-haut que près de trois personnes sur dix présentant une coinfection VIH/VHC ont débuté un traitement contre l'hépatite C.

10.8. Proportion de femmes vivant avec le VIH ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervico-vaginal (test de Pap) ou test du papillomavirus humain (HPV)

Ce dernier indicateur mesure la proportion de femmes vivant avec le VIH ayant été dépistées pour le cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus commun chez les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec une estimation de 530 000 nouveaux cas en 2012 (ce qui représente 84 % des nouveaux cas dans le monde). Dans les pays à revenu élevé, des programmes permettent de dépister les femmes afin d'identifier la plupart des lésions pré-cancéreuses à des stades où elles peuvent être facilement traitées et soignées. L'atteinte d'une couverture élevée de dépistage des femmes et de traitement des lésions pré-cancéreuses détectées par le dépistage peut garantir une faible incidence de cas de cancer du col de l'utérus invasifs dans les pays à revenu élevé.

Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques que les femmes séronégatives d'être atteintes du cancer du col de l'utérus et de contracter un cancer invasif. Le cancer du col de l'utérus invasif est une maladie déterminante du sida. C'est pour cela qu'il est important de dépister les femmes vivant avec le VIH. Cela permet de prévenir jusqu'à 80 % de cas de cancer du col de l'utérus dans ces pays.

N.B. Aucune donnée disponible en 2020.

CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2021

Le rapport en 2021 (portant sur les données de 2020) est le dernier cycle de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA. Il s'agit d'une étape importante pour la réponse mondiale au sida : il s'agissait de faire le bilan de la façon dont les pays (dont la RDC) ont progressé vers les objectifs de 2020, d'ouvrir la voie aux nouveaux objectifs de 2025 et de mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici à 2030. Il était essentiel de mesurer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs de développement durable et les efforts fournis pour le respect de cet engagement et des objectifs mondiaux.

Il sied de noter que la COVID-19 cause des difficultés aux systèmes de santé nationaux et à la capacité de relever les nouveaux défis. Les rapports nationaux ont aidé à le souligner dans le rapport Mondial 2020 « Agissons maintenant pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies ». Il présente des exemples de pays qui ont adapté leurs politiques, pratiques ou programmes pour relever les défis posés par la COVID-19. Fort de ces exemples, il est évident que la prochaine décennie verra le renforcement et l'intégration des efforts de santé, ce qui permettra d'obtenir les meilleurs résultats pour les citoyens qui ont besoin de différents services de santé.

Bien que la collecte et le traitement des données pour ce round du GAM se soit réalisé dans un contexte qui continue à être marqué par l'épidémie à COVID-19 au niveau mondial et en RDC, il sied de noter la forte capacité d'adaptation au niveau national qui a favorisé le fait, pour la première fois, que la Revue annuelle au PNLS (qui fournit plus de 50% des données validées pour le GAM) se déroule bien avant la date butoir. Ce qui facilite grandement le travail du GAM. Dans ce cadre, les experts-pays ont travaillé d'arrache-pied pour pouvoir renseigner les données dans les temps. Les données GAM de la RDC sont disponibles dans l'outil en ligne de l'ONUSIDA depuis le 1^{er} avril comme prévu.

En outre, ce round du GAM s'est réalisé dans un contexte où les résultats de plusieurs études importantes ont été publiés, notamment :

- α Le Rapport IBBS 2018-2019 ;
- α Le MICS-Palu 2018 ;
- α Le Rapport REDES 2015-2016-2017 ; et
- α Le Rapport INDEX STIGMA 2019.

Il sied de noter dix études dont les résultats étaient déjà disponibles (dans ce tableau) :

N°	Etudes/Enquêtes	Année de publication	Nombre de provinces couvertes	Structure de mise en œuvre	Source de financement
1	Estimation des tailles et cartographie des populations clés	2018	12 provinces (Kinshasa, Kongo Central, Kwilu, Haut-Katanga, Haut Uélé, Ituri, Nord Kivu, sud Kivu, Kasai Oriental, Lomami, Lualaba, Tshopo)	Ministère de la Santé Publique / PNLS	FM

2	Rapport Index stigma Key pops	2017	5 provinces (Kinshasa, kongo central, Kwilu et Haut-Katanga)	PSSP	PNUD
3	Évaluation rapide des besoins relatifs au VIH des populations déplacées et affectées dans la région du Kasai	2018	4 provinces (Kasai Oriental, Kasai Central, Lomami, Kasai)	PNMLS	UNHCR
4	Rapport de Serosurveillance auprès des femmes enceintes	2017	26 provinces (60 sites sentinelles)	Ministère de la Santé Publique / PNL	FM
5	Evaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce au VIH (IAP)	2014 et 2018	18 Provinces	Ministère de la Santé Publique / PNL	FM
6	Evaluation des prestations des services de soins de santé	2018	26 provinces	Ministère de la Santé Publique / PNL	PEPFAR et FM
7	Enquête sur les préservatifs	2018	4 provinces (Kinshasa, Kasai Oriental, Kasai Central, Kasai)	PNMLS	UNFPA
8	Situation de référence du projet pilote de la réduction de la vulnérabilité des adolescents et jeunes femmes du VIH/sida	2018	2 Provinces (Kinshasa et Kasai oriental)	Ministère de la Santé Publique / PNL	FM
9	Evaluation du processus de mise en œuvre de l'initiative ALL-IN dans huit provinces de la RDC	2018	8 provinces (Kinshasa, kongo Central, Kasai oriental, haut Katanga, Maniema, Nord-Kivu, Tshopo et Equateur)	PNMLS	UNICEF

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

A titre d'exemple, la RDC n'a pas pu collecter les éléments pour l'Enquête sur l'Indice Composite des Politiques Nationales dans le cadre de ce round du GAM, faute de temps et de moyens financiers.

En outre, il sied de noter 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, qui est grandement bénéfique au pays.

Cependant, il va sans dire 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 2020 :

- α Le faible niveau de disponibilité et de désagrégation des données concernant les adolescents et jeunes ;
- α L'insuffisance de données chiffrées sur les indicateurs de droits humains en lien avec le VIH (réduction de la stigmatisation/discrimination et promotion d'un environnement favorable).

b) Mesures correctives

Des mesures correctives ont été apportées pour surmonter les difficultés rencontrées. Il s'agit principalement de :

- 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 L'élaboration du Plan de Suivi-Evaluation du PSN 2020-2023 ;
- α L'organisation d'ateliers pour la formulation correcte des indicateurs et l'élaboration des outils en rapport avec les indicateurs de droits humains en lien avec le VIH (réduction de la stigmatisation/discrimination et promotion d'un environnement favorable) dans le cadre des activités programmatiques du Ministère de la Justice et de l'élaboration de la Demande de financement du pays au Fonds Mondial (NMF3).

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

- α La formation 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 à 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.