

2019

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE L'EVOLUTION DU VIH/Sida



FAST-TRACK

ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030

Octobre 2019

République Démocratique du Congo

Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE L'EVOLUTION DU VIH/Sida

Octobre 2019

PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 30 octobre 2019

© 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, Aimé MBOYO, Yves OBOTELA, Mélia BOSSIKY, Lisa NTUMBA, Serge INYONGO, Jinette KAVIRA (PNMLS), Luc Ferdinand KAMANGA, Apollinaire KILUNDU, Bijou MANKIADING, Felly EKOFO, Gaëtan NSIKU, François MPANGA, Bogal MBOPE (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), Marc SABA, Adamou DAMBAGI (ONUSIDA), Etienne MPOYI (OMS), George BLOCK, Erick NGOIE (PNUD), Rogers Galaxy NGALAMULUME (CDC-PEPFAR), Ange MAVULA, Jean Claude MUKENDI (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 PMLS 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 2019	11
<i>Indicateurs sans données disponibles en 2016-2017 (comptant pour les exercices GAM 2017-2018)</i>	12
<i>Indicateurs avec données disponibles en 2018 (comptant pour l'exercice GAM 2019)</i>	15
INTRODUCTION	19
MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT.....	20
I. TEST ET TRAITEMENT DU VIH DANS LE CADRE DES OBJECTIFS 90-90-90	22
1.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	22
1.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	23
1.3. Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé.....	26
1.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée.....	28
CASCADE DE TRAITEMENT 90-90-90	29
1.5. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm ³ et <350 cellules/mm ³ durant la période de référence	30
1.6. Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée.....	30
1.7. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	31
II. ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT.....	33
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	33
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)	34
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	34
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.....	38

2.5. Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)	40
2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut de VIH connu.....	41
III. ACCES AUX OPTIONS DE MESURES DE PREVENTION POUR AU MOINS 90% DES PERSONNES D'ICI 2020, EN PARTICULIER POUR LES POPULATIONS CLES, C'EST-A-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 DETENUS.....	
3.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)	42
3.2. Estimations de la taille des populations clés.....	43
3.3. à 3.7. Prévalence du VIH, test du VIH, couverture du traitement antirétroviral au sein des PVVIH, utilisation du préservatif et couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés	44
3.8. à 3.10. Consommateurs de drogues injectables : (i) Pratiques d'injection sans risque, (ii) aiguilles et seringues distribués par personne et (iii) couverture de la thérapie de substitution aux opiacés.....	46
3.11. à 3.12. Syphilis active chez les professionnels de sexe et parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	47
3.13. Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés aux détenus	47
3.14. Prévalence de l'hépatite et de la coïnfection par le VIH parmi les populations clés	48
3.15. Nombre de personnes ayant reçu une PrEP orale au moins une fois au cours de la période de référence	48
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.....	49
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	
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.....	49
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).....	51
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.....	51

4.4. <i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé</i>	52
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	53
5.1. <i>Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement les deux moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH</i>	54
5.2. <i>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</i>	54
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.....	55
VII. GARANTIE DE LA GESTION PAR LA COMMUNAUTE D'AU MOINS 30 % DES SERVICES FOURNIS D'ICI 2020	55
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	55
8.1. <i>Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)</i>	56
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 ...	59
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	60
10.1. <i>Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH</i>	60
10.2. à 10.3. <i>Coinfection TB-VIH : (i) Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence et (ii) Nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de nouveaux patients nouvellement inscrits aux soins du VIH au cours de la période considérée</i>	62
10.4. à 10.5. <i>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</i>	63

10.6. à 10.9. Hépatites : (i) Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B, (ii) Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHB et recevant un traitement combiné, (iii) Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et (iv) Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHC débutant le traitement VHC.....63

10.10. Proportion de femmes vivant avec le VIH âgées de 30 à 49 ans ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique ou de vinaigre (IVA), frottis cervical (test de Pap) ou test du virus du papillome humain (VPH)64

CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2017-2018 66

a) Difficultés rencontrées67

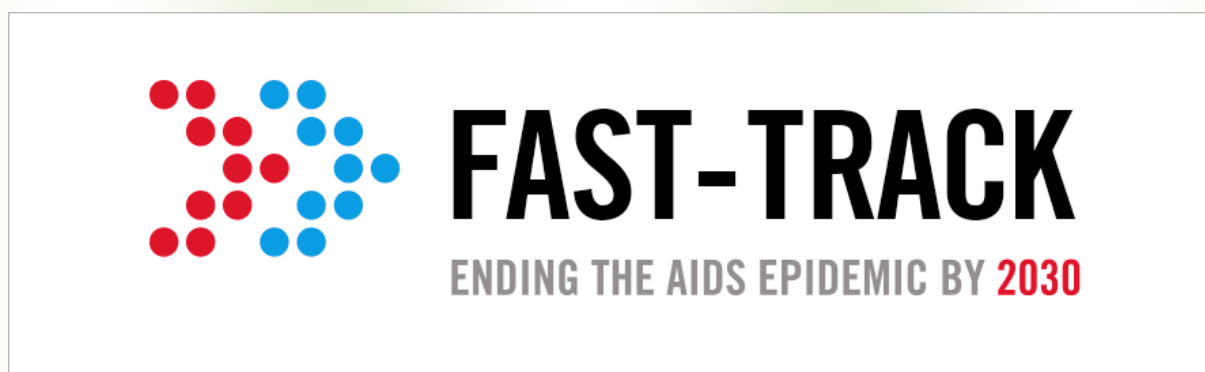
b) Mesures correctives68

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
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
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 2019



Pour le présent round du GAM, chaque Etat membre se doit 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.

Les populations clés se retrouvent regroupées dans un seul thème (thème n°2). Outre les professionnel(le)s de sexe, les hommes ayant des rapports avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, on y ajoute, depuis le round passé, les détenus et les personnes transgenres comme populations clés.

Le problème lié à la fonctionnalité du système national du suivi et de l'évaluation fait que, pour toutes les populations-clés identifiées, excepté les professionnel(le)s de sexe pris en compte dans le BSS 2012, il se pose un sérieux problème du captage de l'information au niveau national. C'est pour cette raison qu'il sied de noter que les résultats du nouveau BSS sont attendus pour décembre 2019.

Enfin, la RDC a pu réaliser l'Enquête de l'Indice Composite de Politiques Nationales (ICPN) qui n'avait plus été fait depuis le round du GARP en 2014.

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 2019.

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.

Indicateurs sans données disponibles en 2016-2017 (comptant pour les exercices GAM 2017-2018)¹

1.5. Diagnostic tardif du VIH (Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³ et <350 cellules/mm³ durant la période de référence)

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.

- 1.6. Rupture de stock de médicaments ARV (Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée)
- 2.5. Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)
- 3.3. Prévalence du VIH parmi les populations clés (PS, HSH, UDI, personnes transgenres et prisonniers)
- 3.4. Test du VIH parmi les populations clés (PS, HSH, UDI et personnes transgenres)
- 3.5. Couverture du traitement ARV parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (PS, HSH, UDI, Personnes transgenres et prisonniers)
- 3.6. Utilisation du préservatif parmi les populations clés (PS, HSH, UDI et personnes transgenres)
- 3.7. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (PS, HSH, UDI et personnes transgenres)
- 3.8. Pratiques d'injection sans risques parmi les UDI (Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection)
- 3.9. Aiguilles et seringues distribués par personne qui s'injecte des drogues
- 3.10. Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés parmi les UDI
- 3.11. Syphilis active chez les PS
- 3.12. Syphilis active parmi les HSH
- 3.13 Programmes de prévention dans les prisons
- 3.14. Hépatite virale parmi les populations clés (Prévalence de l'hépatite et de la coinfection par le VIH parmi les populations clés)
- 3.15. Personnes ayant reçu la PrEP (Nombre de personnes ayant reçu une PrEP orale au moins une fois au cours de la période de référence)
- 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)
- 4.2. Évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination au sein des populations clés (PS, HSH, UDI et personnes transgenres)
- 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)
- 10.2. PVVIH atteintes d'une tuberculose active (Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence)
- 10.3. PVVIH qui ont commencé un traitement préventif antituberculeux (Nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de nouveaux patients nouvellement inscrits aux soins du VIH au cours de la période considérée)

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 B (Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B)

10.7. Personnes coïnfectées par le VIH et l'hépatite B qui commencent un traitement combiné (Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHB et recevant un traitement combiné)

10.8. 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))

10.9. Personnes coïnfectées par le VIH et l'hépatite C qui commencent un traitement Anti-VHC (Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHC débutant le traitement VHC)

10.10. Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes vivant avec le VIH (Proportion de femmes vivant avec le VIH âgées de 30 à 49 ans ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique ou de vinaigre (IVA), frottis cervical (test de Pap) ou test du virus du papillome humain (VPH))

Indicateurs avec données disponibles en 2018 (comptant pour l'exercice GAM 2019)

Tableau 1 : Synthèse des résultats des indicateurs avec données 2018 (comptant pour l'exercice GAM 2019) de la RDC

Indicateurs ²	Désagrégations	Données		
		2018		
		% / Nbre	Année de collecte	Sources
1.1. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	<i>Enfants</i>	ND	2018	Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)
	<i>Adultes</i>	ND		
	<i>M</i>	ND		
	<i>F</i>	ND		
	Total	58,4		
1.2. Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	<i>Enfants</i>	24,9	2018	Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)
	<i>Adultes</i>	73,1		
	<i>M</i>	58,3		
	<i>F</i>	58,3		
	Total	57,1		
1.3. Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé³		85	2017	Base de données TIER.NET du PNLS
	<i>Perdu de vue</i>	7768		
	<i>Abandon de traitement</i>	316		
	<i>Décès</i>	2456		

² 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.

³ Dans la lecture de ces données de l'indicateur 1.3., il est important de ne pas y procéder à une comparaison avec les données du round passé. Chaque année doit être prise distinctement parce que ces données ont été produites par un nombre de provinces et de sites différent selon l'implémentation progressive de la Base de données TIER.NET du PNLS sur toute l'étendue de la RDC.

N.B. Cette rétention est calculée sur un échantillon non représentatif sur le logiciel TIER.Net de suivi des patients mis sous ARV (à cause de la non-actualisation des dossiers des patients) qui montre que la rétention chez les enfants est à 96% et chez les adultes à 84%.

	<i>Enfants</i>		ND		
1.4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimé	<i>Adultes</i>	<i>M</i>	ND	2018	Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)
		<i>F</i>	ND		
	<i>Total</i>		13,8		
1.6. Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée	%		4	2018	Rapport PNLS 2018
	< 5ans		51		
1.7. Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	5 - 14 ans		21	2016	EstimationsSPECTRUM 2016
	15 ans et plus		139		
	Tous âges		90		
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			21	2018	Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (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)			28,9	2018	EstimationsSPECTRUM 2019
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			46,8	2018	Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

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		57,5	2018	Rapport PNLS 2018
2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut de VIH connu		51,6	2018	Estimations SPECTRUM 2019
3.1. Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées (Incidence du VIH)	15 - 24 ans	0,3	2018	Estimations SPECTRUM 2019
	15 - 49 ans	0,3		
	15 ans et plus	0,2		
	Total	0,21		
3.2. Estimations de la taille des populations clés	PS	350291	2016	Rapport Estimation de la taille des populations clés (PNLS 2017)
	HSH	194870		
	CDI	155773		
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)	2013	222443091	2015	Rapport REDES 2013-2014
	2014	222443707		
10.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH		ND	2018	Rapport PNLT 2018 (Numérateur) et Rapport OMS 2018 (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		8481	2016	Rapport PNLT 2018

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 a été élaborée à partir de 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 de 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'agit 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 professionnelles, 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 Déclarations 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 d'activités annuel. 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 lutte contre le sida 2019 est le troisième (le premier rapport en 2016 et le deuxième ayant couvert les deux années suivantes) qui suit la transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD). C'est ainsi la quatrième 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 d'élaborer son rapport GAM 2019 (contenant, pour la plupart des indicateurs, les données de 2018)⁴ présentant les résultats 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 2019 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 qui commencé depuis 2005 et 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 2019. Les différents programmes spécialisés du Ministère de la Santé ainsi que d'autres Ministères ont contribué de manière significative à fournir les informations nécessaires pour le calcul de la majeure partie des indicateurs.

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 rapport narratif au cours du deuxième semestre de l'année.

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 2019. Elle renseigne sur les efforts du pays dans la réponse nationale au VIH/sida jusqu'au 31 décembre 2018.

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 2019, 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 ;

⁴ 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 ».

- 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.

Quant aux indicateurs relatifs aux comportements des HSH, des CDI et des personnes transgenres, ces données ne sont pas disponibles faute d'études ou d'enquêtes finalisées au niveau pays. Il faudra attendre les données du BSS en fin 2019 pour se faire une réelle idée de la situation. Lors de précédents rounds, le pays a présenté des informations provenant de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (PSSP), une ONGD spécialisée dans la prévention et la prise en charge des populations clés, dans plusieurs sites de la RDC (hormis les données sur les travailleurs du sexe provenant du BSS 2012). Ce qui posait toujours un problème de comparabilité avec les données des années antérieures, car les données ne couvraient ni les mêmes sites, ni les mêmes provinces, qui ont été atteintes par les activités. Ces données ne montraient que les résultats d'une intervention singulière sur un groupe restreint de cibles et ne pouvaient, de ce fait, être généralisées ni pour servir à des extrapolations ni afin d'être utilisées pour générer des tendances et des comparaisons.

Il sied de signaler certaines avancées dans le domaine, en l'occurrence la disponibilité des données de deux enquêtes de l'enquête d'estimation de la taille des populations clés et du Rapport de sérosurveillance de 2017.

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 entassée la majeure partie de la population carcérale. Néanmoins, bien que les prévalences du VIH qui ressortent de ces activités puissent être utilisées 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.

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 que 90% personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020.

Les données qui suivent ont été tirées des rapports du PNLS de 2018.

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

Paramètres	Catégories			
	Enfants	Adultes		Total
		Masculin	Féminin	
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique</i>	ND	ND	ND	262274
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH</i>	64063	106727	278613	449403
<i>Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique</i>				58,4

Source : Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

L'analyse du tableau II montre que près de six personnes vivant avec le VIH sur dix (58,4%) connaissent leur statut sérologique au VIH en 2018 (45% en 2017).

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 aussi de suivre le second des objectifs 90–90–90 : à savoir que 90 % personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral d'ici 2020.

Les données suivantes sont tirées du Rapports PNLs 2018 pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2019 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
<i>Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de la période</i>	15970	78031	162485	256486
<i>Nombre de personnes vivant avec le VIH</i>	64063	106727	278613	449403
<i>Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral à la fin de la période</i>	24,9	73,1	58,3	57,1

Source : Rapport PNLs 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

L'analyse des données ci-haut présentées fait état de cinq PVVIH sur dix qui reçoivent un traitement antirétroviral en 2018. Pour le traitement antirétroviral des enfants, le pourcentage a regressé de 27,8% à 24,9 entre 2017 et 2018. Cela peut s'expliquer par l'évolution des dénominateurs issus des estimations SPECTRUM.

Les données ci-dessous sont tirées des rapports PNLs 2018 et présentent le nombre de patients mis sous TARV par provinces.

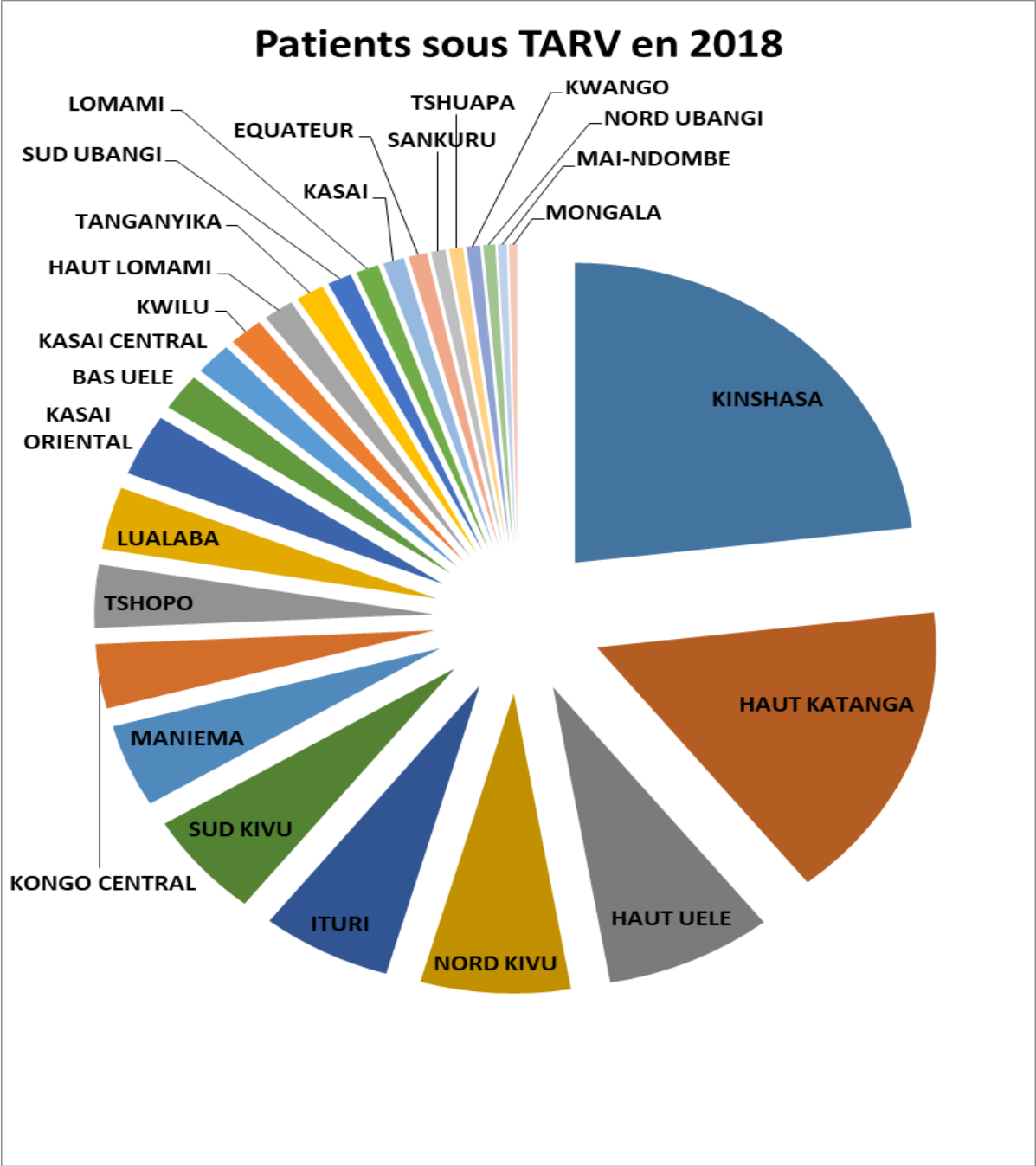
Tableau IV : Répartition des patients recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH par provinces

Province	Patients sous TARV en 2018
KINSHASA	59335
HAUT KATANGA	41562
HAUT UELE	20421
NORD KIVU	18322
ITURI	15873
SUD KIVU	14612
MANIEMA	11465
KONGO CENTRAL	8897
TSHOPO	8694
LUALABA	8623
KASAI ORIENTAL	8528
BAS UELE	5099
KASAI CENTRAL	4474
KWILU	4159
HAUT LOMAMI	3718
TANGANYIKA	3438
SUD UBANGI	2972
LOMAMI	2795
KASAI	2574
EQUATEUR	2274
SANKURU	1752
TSHUAPA	1705
KWANGO	1655
NORD UBANGI	1446
MAI-NDOMBE	1082
MONGALA	1011

Source : Rapport PNLIS 2018

Dans ces graphiques, l'on remarquera que le poids de patients sous TARV est réparti premièrement à Kinshasa, au Haut-Katanga, au Haut-Uélé, aux Nord et Sud-Kivu, Ituri et Maniema. La plupart des 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 l'approvisionnement en intrants 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 2018



1.3. Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes ayant contracté le virus. Alors que le traitement antirétroviral s'étend dans les pays et à travers le monde, il est important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en lumière les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration. Cet indicateur évalue donc les progrès réalisés dans la prolongation de la survie des adultes et des enfants infectés qui sont maintenus sous traitement antirétroviral.

En RDC, la mise en place du premier programme national d'accès aux antirétroviraux a débuté en 2002. En 17 ans, plusieurs progrès ont été réalisés, même si l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale dans toutes les zones de santé.

Le tableau ci-dessous reprend la proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12 mois après le début du traitement antirétroviral.

Depuis quelques années, le suivi des cohortes des patients sous ARV s'améliore au niveau national avec l'implémentation progressive de la base de données sur le logiciel TIER.NET par le PNLIS. Ces données ci-dessous ont été calculées sur un échantillon non représentatif sur le logiciel TIER.Net de suivi des patients mis sous ARV (à cause de la non-actualisation des dossiers des patients) qui montre que la rétention chez les enfants est à 96% et chez les adultes à 84%.

Tableau V : Proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12 mois après l'initiation de celui-ci⁵

Paramètres	Enfants moins de 15 ans	Hommes 15 ans et plus	Femmes 15 ans et plus	Total
Nombre d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale en 2015 et en 2016	5498	16761	37373	59632
Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral en 2016 au cours de la période étudiée, incluant ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux dont le suivi a été interrompu au douzième mois	5727	19953	44492	70172
Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé	96,0	84,0	84,0	85,0
Perdus de vue				7768
Abandon de traitement				316
Décès				2456

Source: Base de données TIER.NET du PNLS pour les cohortes des patients TARV de 2017

Au regard de données présentées ci-dessus, il ressort que plus de huit personnes vivant avec le VIH sur dix ayant débuté le traitement sont encore en vie 12 mois après le début de leur traitement.

⁵ Pour le calcul de cet indicateur, la cohorte qui est prise en compte est celle de l'année précédant l'année de référence où l'on a pu procéder un suivi complet de la rétention

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

La charge virale individuelle est l'indicateur recommandé pour connaître l'efficacité d'un traitement antirétroviral et indiquer le niveau d'observance du traitement et du risque de transmission du VIH. Le niveau de charge virale de référence en matière d'échec ou de succès thérapeutique est de 1 000 copies/mL conformément aux Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH (OMS, 2016). Les personnes présentant des résultats de test de charge virale en-dessous du seuil devraient être prises en compte comme ayant des charges virales supprimées.

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 de Rapports PNLS 2018 pour le numérateur Estimations SPECTRUM 2019 pour le dénominateur.

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

	Enfants	Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Nombre de personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées	ND	ND	ND	62225
Nombre de personnes vivant avec le VIH	64063	106727	278613	449403
Pourcentage des personnes ayant des charges virales supprimées parmi les personnes testées				13,8

Source : Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

L'analyse des données révèle qu'un peu plus d'une personne sur dix ont des charges virales supprimées parmi les personnes testées en 2018. Le grand bond de pourcentage par rapport à 2016 (4,2%) et 2017 (7,7%) peut s'expliquer par un meilleur approvisionnement en intrants (PIMA et GenXpert) en 2018. En outre, le Fonds Mondial vient de doter la RDC d'un incinérateur qui permettra de détruire aisément les cartouches d'intrants usitées.

CASCADE DE TRAITEMENT 90-90-90



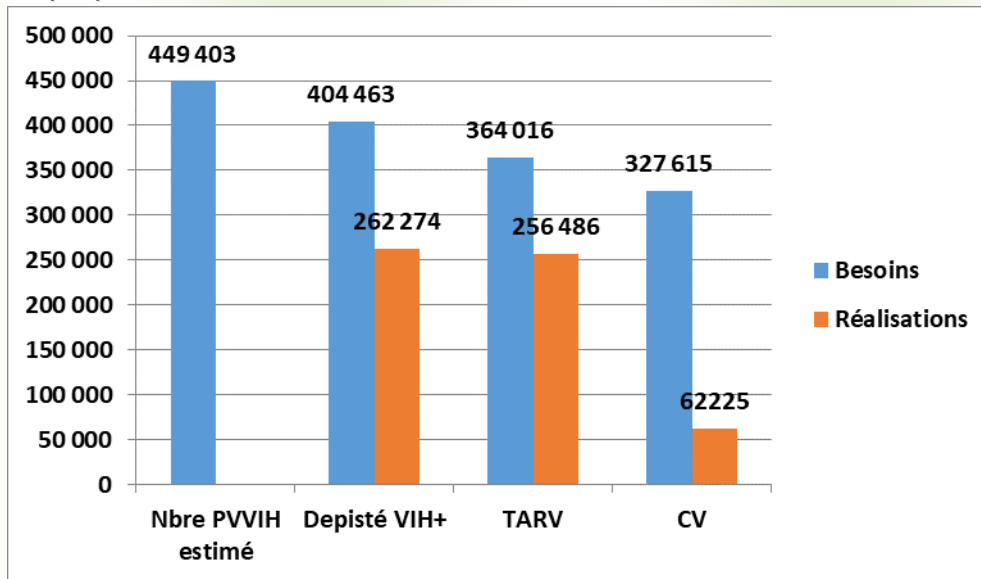
Tableau VII : Pourcentages de la cascade de traitement 90-90-90 en RDC en 2018

Paramètres	Enfants (<15 ans)	Adultes (15 ans et plus)		TOTAL
		Masculin	Féminin	
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH (premier 90)</i>	ND	ND	ND	58,4%
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement (cible: 81 %)</i>	ND	ND	ND	57,1%
<i>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale supprimée (cible: 73 %)</i>	ND	ND	ND	42,2%
<i>Pourcentage de personnes qui suivent un traitement parmi celles qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH (deuxième 90)</i>	101%	98%	98%	98,0%
<i>Pourcentage de personnes sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale supprimée (troisième 90)</i>	ND	ND	ND	74,0%

Source : <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2877/72/>

Le graphique 2 est produit à partir des données fournies par le rapport 2018 du PNLIS.

Graphique n°2 : Cascade de traitement 90-90-90 en RDC en 2018



1.5. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH 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 dont la numération des lymphocytes CD4 est inférieure à <200 cellules/mm³ et <350 cellules/mm³ parmi celles qui avaient une numération initiale de lymphocytes CD4 pour la période du rapport.

À mesure que les pays intensifient les services liés au VIH, il est important de déterminer si les patients sont diagnostiqués à un stade peu avancé et de savoir quel pourcentage de patients est toujours diagnostiqué tardivement. A ce jour, les données sur le diagnostic tardif du VIH ne sont pas disponibles en RDC.

1.6. 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 2018 du PNLS.

Tableau VIII : Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires en 2018

<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>181</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>4531</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>4,0</i>

Source : Rapport annuel PNLS 2018

L'analyse des données révèle qu'il y a eu 4% de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires en 2018.

1.7. 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 des estimations tirées du fichier SPECTRUM 2019.

Tableau IX : Répartition du nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 en 2018

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	1367	1359	2726	734	721	1455	2713	6584	9297	4814	8664	13478
Population totale indépendamment du statut VIH	8372218	8208068	16580286	13044117	12843711	25887828	24907593	25092221	49999814	46323928	46144000	92467928
Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes	16	17	16	6	6	6	11	26	19	10	19	15

Source : Estimations SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

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 2018 (avec une différence allant du simple au double des hommes aux femmes). Dans ce nombre, il y a toujours un peu plus de femmes que d'hommes (encore chez les personnes de plus de 15 ans).

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

Par 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 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

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 PNLS 2018 pour le numérateur et des Estimations SPECTRUM 2019 pour le dénominateur.

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>	5106
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	25914
<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>	19,7

Source : Rapport PNLS 2018 (Numérateur) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

L'analyse du tableau X montre que deux enfants sur dix nés de mère séropositive au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie en 2018 ; cette proportion allait au-delà de trois enfants sur dix en 2017.

N.B. Il sied de signaler que, comme le demande les directives pour le GAM 2019, 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 2019.

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

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>	7027
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	25914
<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>	27,1

Source : Estimations SPECTRUM 2019 (numérateur et dénominateur)

L'analyse des données ci-haut présentées révèle que près de trois enfants sur dix ont été nouvellement infecté par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives qui ont accouché tant en 2018. Il sied de se poser des questions car les chiffres augmentent légèrement depuis deux ans (21,3% en 2016 et 22% en 2017).

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 2018 produit par le Programme National de Lutte contre le VIH/sida et les IST en RDC (PNLS) ;
- Pour le dénominateur, des estimations Spectrum de 2019.

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>	11376
<i>1. thérapie antirétrovirale nouvellement débutée pendant la grossesse en cours</i>	8274
<i>2. déjà sous thérapie antirétrovirale avant la grossesse en cours</i>	3102
<i>Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	25914
<i>Pourcentage femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant</i>	43,9

Source : Rapports PNLS 2018 (Numérateurs) et SPECTRUM 2019 (Dénominateur)

L'analyse des données révèle que quatre femmes enceintes séropositives au VIH sur dix reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant en 2018 (56,6% en 2016 et 52,6% en 2017).

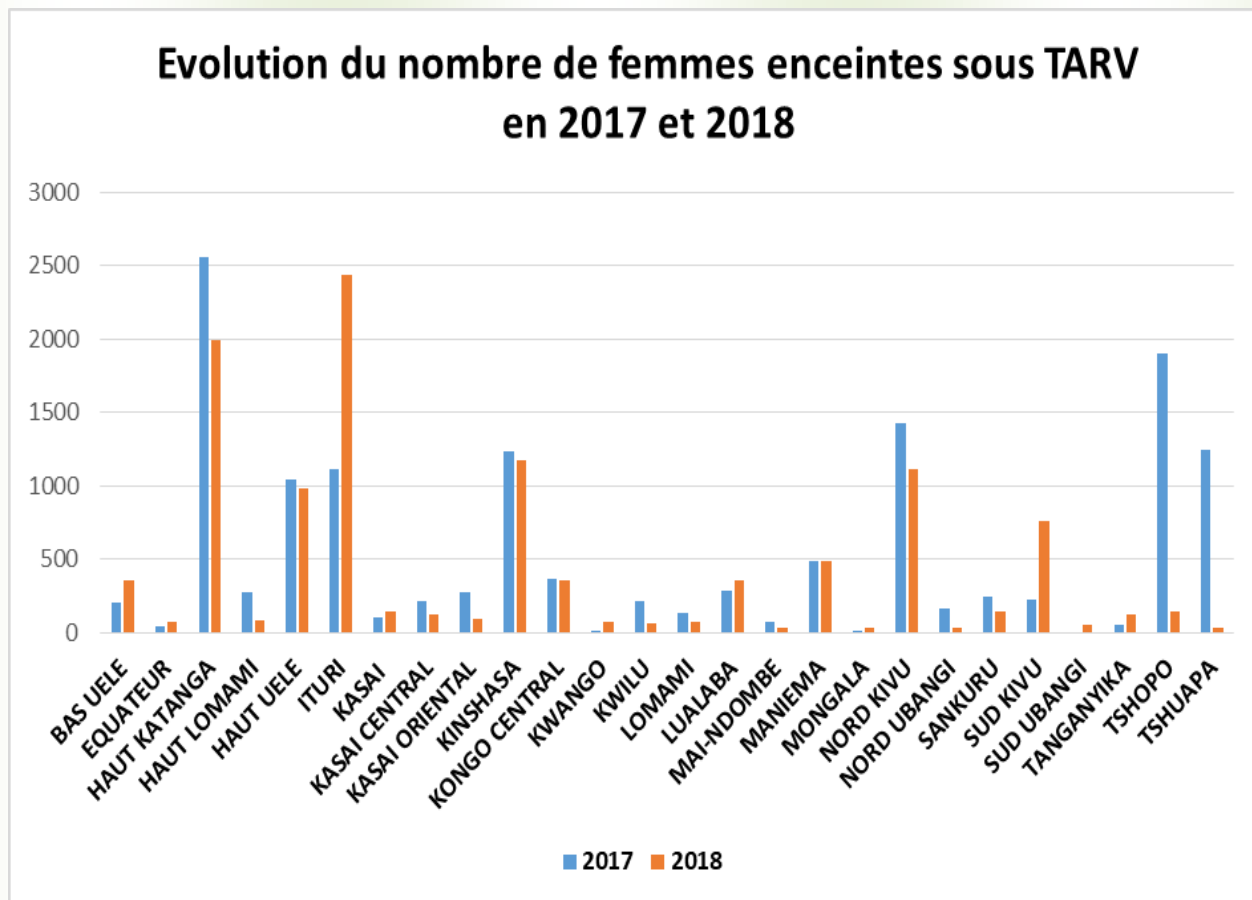
Tableau XIII : Répartition par provinces des femmes enceintes séropositives au VIH sous TARV pour réduire le risque de transmission à leur enfant

PROVINCES	Femmes enceintes sous TARV					
	Début ARV au cours de la grossesse		Antérieurement sous ARV		TOTAL	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
BAS UELE	187	260	21	97	208	357
EQUATEUR	35	52	8	27	43	79
HAUT KATANGA	2404	1574	154	415	2558	1989
HAUT LOMAMI	137	44	136	36	273	80
HAUT UELE	637	829	409	151	1046	980
ITURI	738	794	379	1645	1117	2439
KASAI	87	91	13	58	100	149
KASAI CENTRAL	166	107	47	13	213	120
KASAI ORIENTAL	258	94	21	4	279	98
KINSHASA	1100	1115	132	55	1232	1170
KONGO CENTRAL	291	302	72	50	363	352
KWANGO	13	43	0	36	13	79
KWILU	131	33	88	36	219	69
LOMAMI	98	49	40	23	138	72
LUALABA	267	352	20	8	287	360
MAI-NDOMBE	52	26	23	8	75	34
MANIEMA	482	484	6	4	488	488
MONGALA	17	37	0	0	17	37
NORD KIVU	1186	933	237	182	1423	1115
NORD UBANGI	152	20	18	13	170	33
SANKURU	188	92	58	58	246	150
SUD KIVU	226	661	3	101	229	762
SUD UBANGI	0	34	0	17	0	51
TANGANYIKA	45	80	14	44	59	124
TSHOPO	911	149	985	1	1896	150
TSHUAPA	884	19	363	20	1247	39
PAYS	10692	8274	3247	3102	13939	11376

Source : Rapports PNLIS 2017 et 2018

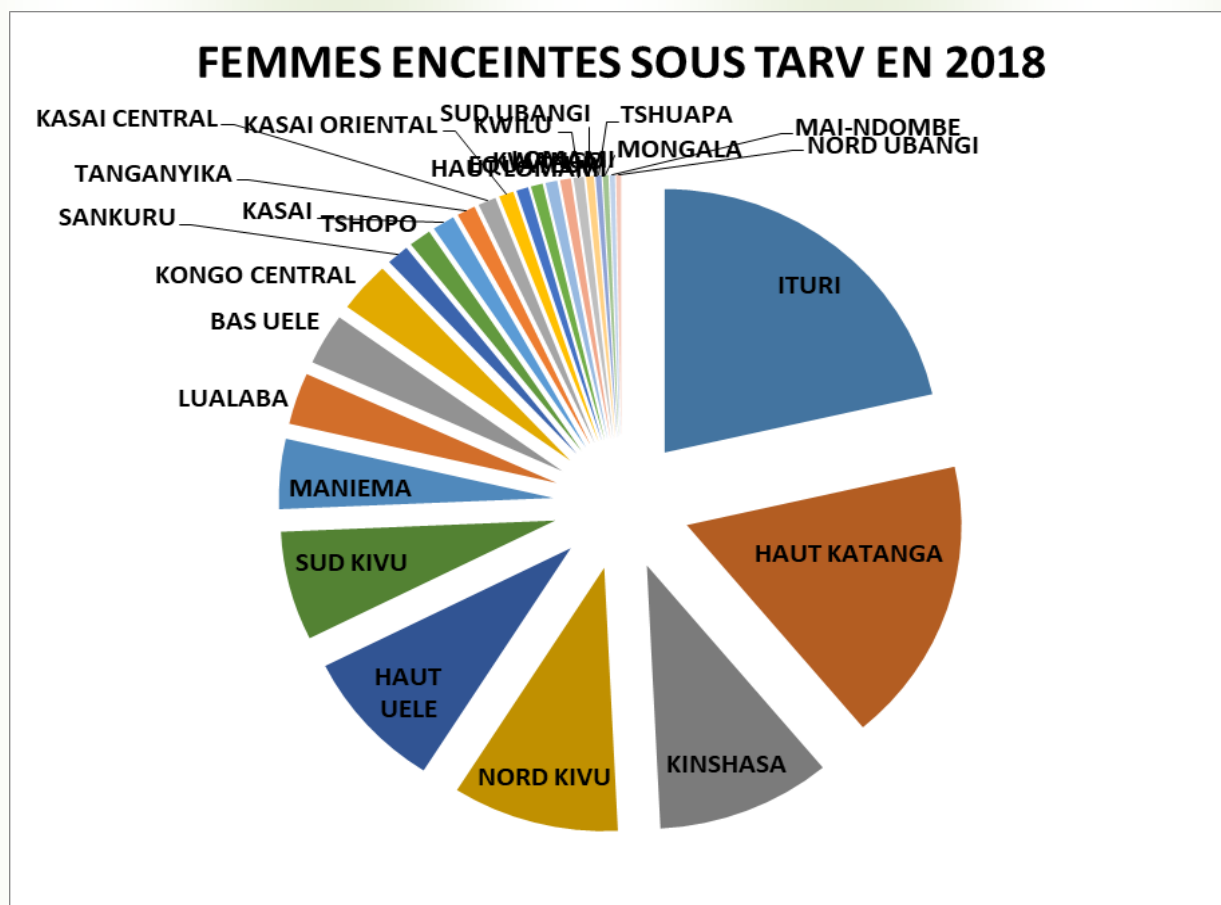
Il y a une nette diminution des femmes enceintes sous TARV en 2018 par rapport à 2017.

Graphique n°3 : Evolution du nombre de femmes enceintes sousTARV par provinces de la RDC en 2017 et en 2018



A la lecture de ce graphique, il y un pic en Ituri et une régression étonnante à Tshopo, sûrement dû à un sous-rapportage.

Graphique n°4 : Répartition des patients recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH par provinces de la RDC en 2018



Le poids des femmes enceintes par les provinces de Ituri, Haut-Katanga, Kinshasa, Nord-Kivu, Haut-Uélé 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 en %
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)	238918
Nombre de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales	2208066
Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales (lors de n'importe quelle consultation)	10,8

Source : Rapport PNLIS 2018

L'analyse de ce tableau montre qu'une femme enceinte sur dix venant en CPN bénéficie d'un dépistage de la syphilis.

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

L'infection de la syphilis parmi des 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 de 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 en %
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	9158
Nombre de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis	238918
Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis	3,8

Source : Rapport PNLIS 2018

Selon ces données, près de quatre femmes enceintes sur cent venant en CPN sont positives à 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 %
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	5268
Nombre de femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif	9158
Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement	57,5

Source : Rapport PNL 2018

Près de six femmes sur dix venues 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.

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

2.6. Pourcentage de femmes ayant un statut de 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 première fois dans le GAM.

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

Paramètres	Valeur
<i>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</i>	1324966
<i>1. infection à VIH connue à l'admission dans une clinique prénatale</i>	3102
<i>2. diagnostiquée séropositive par l'ANC pendant la grossesse en cours</i>	9497
<i>3. diagnostiquée séronégative par l'ANC pendant la grossesse en cours</i>	1312367
<i>nombre total de femmes séropositives identifiées (1+2)</i>	12599
<i>Nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois</i>	24282
<i>Nombre de femmes enceintes qui ont fréquenté une ANC ou ont accouché dans un établissement médical au cours des 12 derniers mois</i>	2566918
<i>Pourcentage de femmes enceintes dont le statut VIH est connu (basé sur le dénominateur basé sur la population)</i>	51,6

Source : Rapport PNL 2018

Selon les données de programme, cinq femmes enceintes sur dix connaissent leur statut sérologique au VIH en 2018 (près de huit femmes sur dix en 2017).

III. ACCES AUX OPTIONS DE MESURES DE PREVENTION POUR AU MOINS 90% DES PERSONNES D'ICI 2020, EN PARTICULIER POUR LES POPULATIONS CLES, C'EST-A-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 DETENUS

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.

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 2018 (version 5.755).

Tableau XVIII : Incidence du VIH par tranches d'âges

Paramètres		Jeunes 15-24 ans	Adultes plus de 15 ans	Adultes 15-49 ans	Global
Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées	<i>M</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,14</i>
	<i>F</i>	<i>0,05</i>	<i>0,04</i>	<i>0,04</i>	<i>0,27</i>
	TOTAL	0,03	0,02	0,03	0,21

Source : SPECTRUM (Données 2019)

Sur base des données présentées ci-haut, il ressort que l'incidence globale du VIH ne bouge pas, que ce soit en 2017 ou en 2018 (0,2 pour mille). Cette incidence est plus grande chez les femmes, soit 0,4 pour mille ou plus.

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 PNLIS et concernait les professionnels de sexe⁶, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes⁷ et les consommateurs de drogues injectables⁸. Il n'existe pas encore d'estimation de la taille pour les personnes transgenres et les détenus.

⁶ Pour cette estimation de la taille, le professionnel de sexe est défini comme un individu de sexe 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

⁷ 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

⁸ 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

Contrairement au round passé où nous n'avions que les données de Kinshasa, les données ci-dessous sont les données globales de l'étude d'estimation de la taille⁹ qui a été réalisée dans 12 provinces (plus spécifiquement dans les 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 2018

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

Le tableau ci-haut nous montre, comme on pouvait le pressentir, que les professionnels de sexe sont plus nombreux que les HSH et UDI.

3.3. à 3.7. Prévalence du VIH, test du VIH, couverture du traitement antirétroviral au sein des PVVIH, utilisation du préservatif et couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés

1. Les professionnels de sexe

Les professionnels de sexe (travailleurs de sexe) font partie des populations clés identifiées dans le plan stratégique national 2018-2021. 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 données les plus récentes 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%.

Le prochain Rapport BSS est attendu pour décembre 2019.

2. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Quoi que ce volet soit pris en compte dans le plan stratégique national 2018-2021 comme faisant parti de populations clés, les informations sur l'offre et l'utilisation de services de lutte contre le VIH par cette population vulnérable en RDC ne sont souvent pas disponibles.

Mais de plus en plus d'acteurs, et particulièrement le PNLS, mettent en œuvre des interventions qui touchent cette population clé. C'est le cas de quelques ONG (par exemple PSSP) qui offrent des activités de conseils et dépistage mobiles à ce groupe de population.

Cependant, les données portant sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne concernent souvent que des sites tant épars que limités à quelques provinces de la RDC. Elles ne

⁹ La méthodologie employée comprenait les méthodes suivantes : multiplicateur, capture-recapture et événement social.

peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, puisqu'étant – et de loin - non représentatives de l'échelle du pays. Et même aucune comparaison ne peut en être faite puisque les données récoltées au fil des années ne couvrent pas les mêmes sites.

Si les données de l'ONG PSSP révélaient que la prévalence parmi les HSH était de 8,2% en 2015, les données de 2016 de la même ONG ramenaient cette prévalence à 3,3%. Encore une fois, il faudrait réellement faire attention à ne pas se méprendre en comparant l'incomparable car ce ne sont ni les mêmes sites, ni les mêmes villes. Il n'y aucune donnée disponible pour cette année.

Le prochain Rapport BSS est attendu pour décembre 2019 et aidera grandement.

3. 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.¹⁰ 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.

Il y a lieu de mentionner quelques interventions qui sont menées par les organisations de la société civile même si le système national de suivi et évaluation n'en capte pas toujours la teneur.

Comme pour les HSH, les données portant sur les consommateurs de drogues injectables ne concernent souvent que des sites tant épars que limités à quelques provinces de la RDC. Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, puisqu'étant – et de loin - non représentatives de l'échelle du pays. Et même aucune comparaison ne peut en être faite puisque les données récoltées au fil des années ne couvrent pas les mêmes sites.

Néanmoins, les différents taux de séropositivité captés en 2015 et 2016 révèlent un taux supérieur à 5% (soit 5,9% en 2015 et 11,3% en 2016)¹¹.

Le prochain Rapport BSS est attendu pour décembre 2019 et aidera grandement à présenter une situation plus claire.

4. 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.

5. 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.

¹⁰ Directives GARPR 2016, ONUSIDA, 2016

¹¹ Rapports PSSP 2015 et 2016

En effet, dans beaucoup de cas, 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 des prisons de ces villes ont été sensibilisés et le nombre des patients sous TARV est tiré des services des hôpitaux 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%.

N.B. Effectif pour les six prisons : nombre des prisonniers ayant fait l'objet d'un dépistage (4684), cas VIH+ (73) et détenus sous traitement ARV (14).

3.8. à 3.10. Consommateurs de drogues injectables : (i) Pratiques d'injection sans risque, (ii) aiguilles et seringues distribués par personne et (iii) couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

L'indicateur 3.8 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.

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.

Par le nombre d'aiguilles et de seringues fournies par personne qui s'injecte des drogues (indicateur 3.9), 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.

Quant à l'indicateur 3.10 (Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés - TSO), il 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 ces trois indicateurs.

3.11. à 3.12. Syphilis active chez les professionnels de sexe et parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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 (indicateur 3.11) est essentiel à la fois pour leur santé et les objectifs de surveillance de deuxième génération.

Le dépistage de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (indicateur 3.12) est essentiel à la fois pour leur santé et les besoins de la surveillance de deuxième génération.

N.B. Aucune donnée disponible pour ces indicateurs.

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.

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 coïnfection par le VIH parmi les populations clés

L'identification de la coïnfection 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 syndémie¹².

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

¹² 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 dans la littérature médicale autour des affections liées au VIH ou à la toxicomanie (voir <https://fr.wikipedia.org/wiki/Synd%C3%A9mie>).

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.

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.

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 2018 recommandent de présenter les réponses « Non », l'EDS 2013-2014 présente plutôt les personnes qui ont répondu « Oui » à cette question.

Tableau XX : Répartition des hommes et des femmes âgés de 15-49 ans qui ont répondu « Oui » à la question « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? » par sexe et par tranches d'âges

Paramètres	Tranche d'âges	Masculin	Féminin	Tous
Nombre total des personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH (Dénominateur)	15-19 ans	1636	3719	5355
	20-24 ans	1372	3488	4860
	25-49 ans	4540	10485	15025
	Total	7548	17692	25240
Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Oui » à la question (Numérateur)	15-19 ans	800	1651	2451
	20-24 ans	819	1674	2493
	25-49 ans	2663	4910	7573
	Total	4282	8235	12517
Pourcentage de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Oui » à la question	15-19 ans	48,8%	44,3%	45,7%
	20-24 ans	59,6%	47,9%	51,2%
	25-49 ans	58,6%	46,8%	50,4%
	Total	56,7%	46,5%	49,5%

Source : Rapport EDS II, 2013-2014

Les données ci-haut nous renseignent qu'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 virus du sida, avec une prédominance chez les hommes (56,7%) que chez les femmes (46,5%).

Pour rappel, 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 vendu 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 VIH¹³.

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 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.

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 mois¹⁴

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.

¹³ Rapport enquête BSS 2012

¹⁴ 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.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du rapport de l'EDS II de 2013-2014.

Tableau XXI : Répartition 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 par tranches d'âges

<i>Tranches d'âges</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Proportion (%)</i>
15-19 ans	637	1498	42,5
20-24 ans	756	1320	57,3
25-49 ans	2465	3994	61,7
15-49 ans	3855	6811	56,6

Source : Rapport EDS II, 2013-2014

L'analyse des données présentées dans le tableau ci-haut montre 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 monte jusqu'à six femmes sur dix dans la tranche d'âges de 25-49 ans. La proportion des femmes ayant été victimes de violences est 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 note 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%. Cependant, on note 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 et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH.

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

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

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en :

- (a) montrant le changement dans le temps du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes 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.

L'Enquête INDEX STIGMA - RDC des PVVIH réalisée en 2012¹⁵ (datant de six ans donc) a révélé que 6% des répondants mentionnent avoir été victimes d'un refus d'accès aux soins de santé, y compris des soins dentaires, à cause de leur statut sérologique lors des 12 mois précédant l'enquête.

En outre, les conseils relatifs à la santé sexuelle et de reproduction ont été disparates selon la localisation des ménages des enquêtés : 49% de répondants des zones rurales se sont vu conseiller d'arrêter d'avoir des enfants (tandis que cette proportion est de 19% dans les grandes villes), 7% de l'ensemble de répondants affirment avoir été pratiquement forcés par leur conseiller de se faire stériliser, et 37% n'ont tout simplement pas reçu de conseil sur les options possibles en matière de santé de la reproduction.

Bref, il sera important de mener au plus vite une nouvelle enquête INDEX STIGMA dans le pays, dans le respect strict des nouvelles directives du GAM, afin d'avoir une image plus actuelle de la situation.

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 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.

¹⁵ Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH, Rapport d'enquête, pages 12-14

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 2010 et le dernier Rapport EDS produit est celui de 2013-2014 qui est encore, à ce jour, la seule source de données disponible en attendant le prochain exercice de l'EDS qui interviendra probablement en 2019.

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.

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.*

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 2013-2014¹⁶, 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.

¹⁶ Rapport EDS-RDC II 2013-2014, pages 91-99

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.

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 sociale¹⁷ 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 démontrer¹⁸ 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 ;
- 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 comprend qu'un seul indicateur à calculer : les dépenses liées au VIH.

¹⁷ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2990/72/>

¹⁸ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2991/72/>

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

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 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.

¹⁹ REDES 2013-2014, novembre 2015

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 (le dernier exercice en date), 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 est en train de réaliser une Enquête REDES qui couvre trois années (2015, 2016 et 2017). Les résultats sont attendus avant fin octobre 2019. Et cette fois-ci, le pays a visé à faire un travail de fond en collectant dans les 26 provinces que compte la RDC, avec un apport de points focaux sur terrain (provinces et secteurs de lutte contre le VIH/sida) préalablement renforcés en capacité. Ses résultats seront présentés dans le Rapport GAM 2020.

Synthèse de financement de la lutte contre le VIH/sida en RDC de 2013 à 2014 en USD

Tableau XXII : Evolution de dépenses par catégorie

Indicateurs	2 013	%	2 014	%
Dépenses ménages PVVIH	99 438 526	44,7	96 742 056	43,5
Dépenses institutionnelles	123 004 565	55,3	125 701 650	56,5
Dépenses globale	222 443 091	100	222 443 707	100

L'enquête sur l'estimation du flux des dépenses engagées dans la riposte au sida en République Démocratique du Congo a retracé globalement **222 443 090,65 USD** en 2013 et **222 443 906,34 USD** en 2014. Ces fonds ont couvert les dépenses des ménages et des 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 afférents.

Tableau XXIII : Evolution des dépenses globales par source de financement (1), Interventions (2) et Population bénéficiaire (3)

Indicateurs	2 013	%	2 014	%
Sources de financement				
Sources publiques	18 701 115	8,41	30 404 892	13,67
Sources privés	99 828 588	44,88	97 139 296	43,67
Sources extérieures	103 913 388	46,71	94 899 519	42,66
Interventions				
Prévention	33 212 772	14,93	31 544 330	14,18
Soins et traitement	107 187 977	48,19	106 812 630	48,02
OEV	2 228 735	1,00	2 751 748	1,24
Gestion et administration de programme	49 814 812	22,39	45 718 890	20,55
Ressources humaines	25 171 151	11,32	34 806 083	15,65
Protection sociale et services sociaux	2 833 873	1,27	14 325	0,01
Environnement favorables	1 864 222	0,84	762 202	0,34
Recherche liée au VIH	129 548	0,06	33 699	0,02
Population bénéficiaire				
Personnes vivant avec le VIH	130 192 856	58,53	111 462 715	50,11
Groupe de pop. particulièrement vulnérables	302 626	0,14	221 351	0,10
Autres groupes de population clés	20 225 157	9,09	14 971 557	6,73
Groupes de pop. Spécifiques accessibles	23 186 290	10,42	4 879 267	2,19
Ensemble de la population	6 537 496	2,94	10 722 599	4,82
Initiatives non ciblées	40 696 516	18,30	80 067 175	35,99
Groupe de pop. Spécifiques, cibles n.c.a	1 302 150	0,006	119 243	0,05

Au niveau des dépenses globales (c'est-à-dire les dépenses ménages comprises), les ménages supportent toujours le poids de la lutte (43,6%).

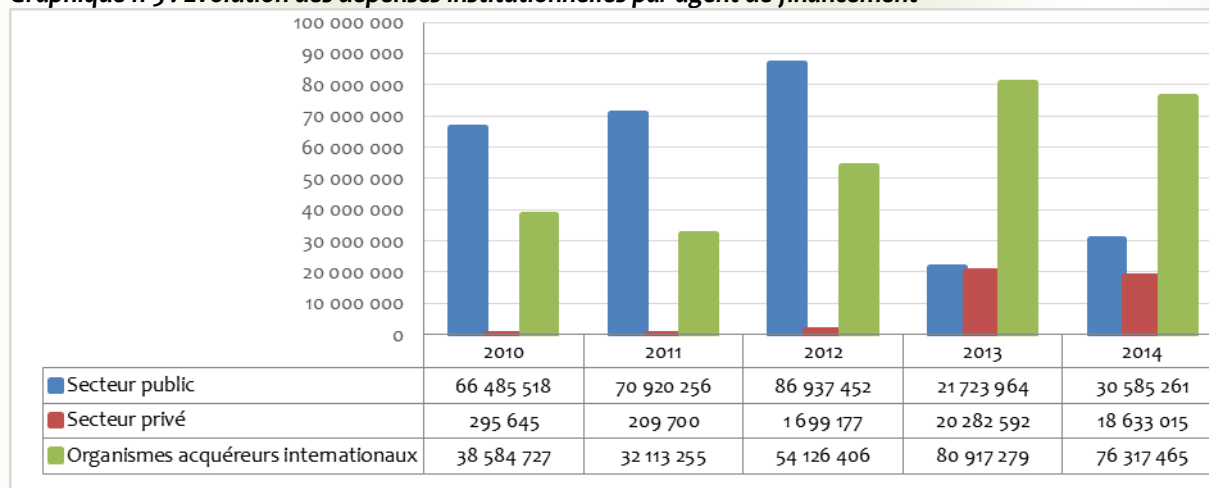
Tableau XXIV : Evolution de dépenses institutionnelles par source de financement (1), Interventions (2) et Population bénéficiaire (3)

Indicateurs	2 013	%	2 014	%
Sources de financement				
Sources publiques	18 701 115	15,21	30 404 892	24,22
Sources privés	309 332	0,25	231 330	0,18
Sources extérieures	103 913 388	84,53	94 899 519	75,60
Interventions				
Prévention	29 154 500	23,72	27 508 537	21,91
Soins et traitement	52 944 845	43,07	54 673 479	43,55
OEV	2 228 735	1,81	2 751 748	2,19
Gestion et administration de programme	24 083 472	19,59	29 746 621	23,70
Ressources humaines	9 684 640	7,88	10 045 130	8,00
Protection sociale et services sociaux	2 833 873	2,31	14 325	0,01
Environnement favorables	1 864 222	1,52	762 202	0,61
Recherche liée au VIH	129 548	0,11	33 699	0,03
Population bénéficiaire				
Personnes vivant avec le VIH	41 141 698	33,47	45 312 244	36,10
Populations particulièrement vulnérables	302 625	0,25	221 351	0,18
Autres groupes de populations clés	20 149 587	16,39	14 805 448	11,79
Populations spécifiques accessibles	25 977 278	21,13	27 909 890	22,23

Ensemble de la population	6 542 996	5,32	9 002 992	7,17
Initiatives non ciblées	28 809 651	23,44	28 283 816	22,53

Au niveau des dépenses institutionnelles (c'est-à-dire sans les dépenses des ménages), on relèvera que le financement de la lutte provient en grande partie des partenaires extérieurs (75,6%).

Graphique n°5 : Evolution des dépenses institutionnelles par agent de financement



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, l'on notera quelques points importants.²⁰

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.

²⁰ Voir <https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/edit/2992/72/>

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). L'Enquête INDEX STIGMA des PVVIH en cours nous permettra d'évaluer cet accès pour les PVVIH.

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 sida et cancer, entre sida et hépatites.

10.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés au VIH et 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 coinfectés sous traitement antituberculeux et ARV issus des rapports du PNLT 2016 et 2017 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 2017, les données du dénominateur ne sont pas encore disponibles.

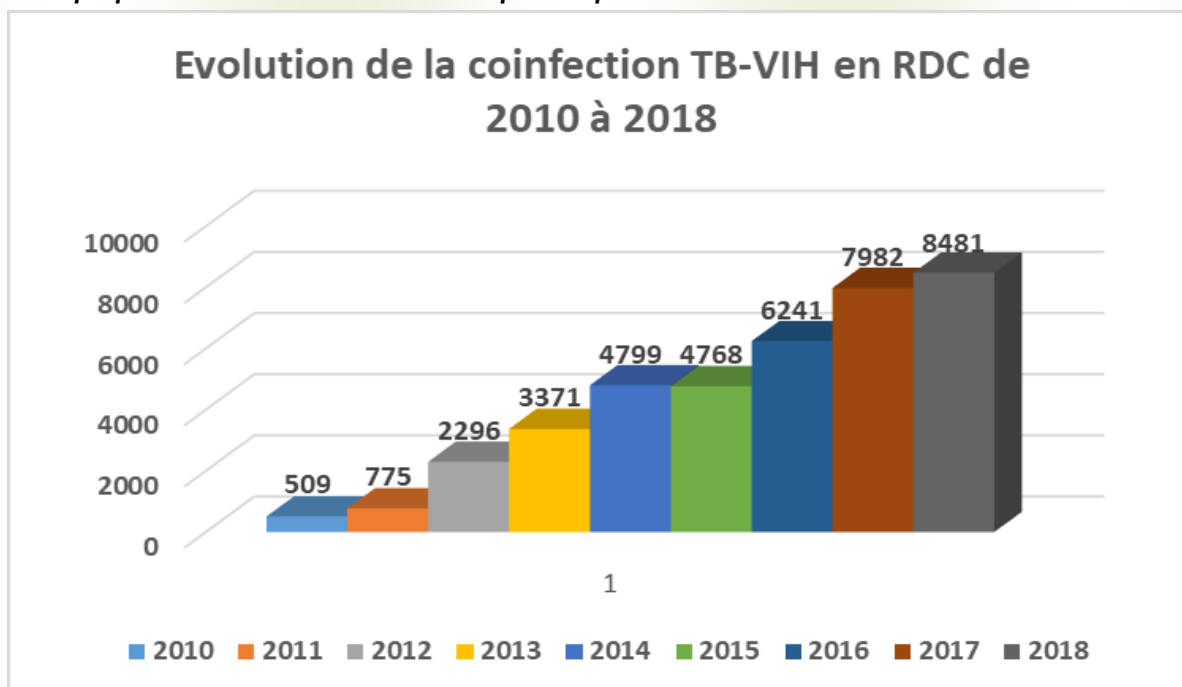
Tableau XXV : Proportion des PVVIH qui présentent en même temps la tuberculose et ayant bénéficié du traitement contre la tuberculose ainsi que des ARV conformément au protocole en 2016 et en 2017.

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>	2018	ND	ND	ND	ND	8481
<i>Nombre estimé de cas de tuberculose associé au VIH</i>	2018	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>	2018	ND	ND	ND	ND	ND

Source : Rapport d'activités PNL 2018 (Numérateurs) et Rapport OMS (Dénominateurs)

Il ressort du rapport du PNL 2018 que 8481 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.

Graphique n°6 : Evolution du nombre des patients présentant une coinfection TB-VIH de 2010 à 2017



Source : Rapports d'activités du PNL 2010-2018

10.2. à 10.3. Coinfection TB-VIH : (i) Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence et (ii) Nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de nouveaux patients nouvellement inscrits aux soins du VIH au cours de la période considérée

Le premier indicateur établit le nombre de cas de TB active chez les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH et, indirectement, les efforts pour détecter la tuberculose associée au VIH précoce.

Le principal objectif de l'intensification du dépistage de la TB dans le cadre des soins liés au VIH et des services de dépistage du VIH et de conseils proposés par les professionnels de santé chez les patients souffrant d'une TB est de détecter rapidement la TB liée au VIH pour administrer au plus vite un traitement antirétroviral et un traitement contre la TB. Même si l'intensification du dépistage de la TB doit être mise en place pour toutes les personnes séropositives à chaque consultation dans un établissement de soins et de traitement du VIH, elle est particulièrement importante au moment de la prise en charge, car le risque de TB non détectée est plus élevé chez les nouveaux patients pris en charge que parmi ceux qui sont déjà sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est possible que les nouveaux patients séropositifs pris en charge soient moins conscients des symptômes de la TB et de la nécessité de la détecter et de la traiter au plus vite, et qu'ils ne consultent donc pas pour des symptômes généraux ou propres à la TB. L'intensification du dépistage de la TB offre l'occasion de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et de détecter rapidement la TB. Toutes les personnes séropositives chez qui on détecte une TB doivent recevoir un traitement contre la TB immédiatement et un traitement antirétroviral dans les huit semaines qui suivent, si elles ne sont pas déjà sous traitement antirétroviral.

Le second indicateur calcule la proportion dans laquelle les personnes vivant avec le VIH nouvellement enrôlées dans les soins VIH commencent un traitement contre l'infection à tuberculose latente.

Toutes les personnes recevant des soins liés au VIH 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 (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un traitement de prévention de la TB, c'est-à-dire un traitement de l'infection tuberculeuse latente. De la même façon, les enfants qui n'ont pas de mal à prendre de poids, qui ne toussent pas et qui n'ont pas de fièvre doivent recevoir ce traitement pour éviter de développer une TB active, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou non.

N.B. Aucune donnée rendue disponible pour 2018.

10.4. à 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 n'ont pas été rendues disponibles en 2016 et en 2017.

10.6. à 10.9. Hépatites : (i) Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B, (ii) Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHB et recevant un traitement combiné, (iii) Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et (iv) Proportion de personnes présentant une coïnfection VIH/VHC débutant le traitement VHC

Le premier indicateur mesure l'évolution du dépistage de l'hépatite B chez les patients en début de traitement antirétroviral, une intervention essentielle pour s'assurer qu'ils reçoivent une association médicamenteuse traitant l'hépatite B.

La présence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) révèle une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB). La connaissance de la co-infection VIH/hépatite B permet de prescrire des médicaments antirétroviraux efficaces contre le virus de l'hépatite B (VHB) et l'infection à VIH.

Le dépistage de l'hépatite B permet d'identifier les co-infections afin d'adapter les traitements.

Le deuxième indicateur mesure la proportion de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) et le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux efficaces contre les deux virus.

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent également infectées par le VHB. La prévalence de cette co-infection est particulièrement élevée dans les régions Afrique et Europe de l'OMS, respectivement en raison de la transmission pendant l'enfance et de la consommation de drogues par injection. Le traitement de l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH a un impact sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité. Certains antirétroviraux sont efficaces contre le VIH et le VHB, ce qui simplifie le traitement des personnes co-infectées.

Le troisième indicateur mesure les tendances de dépistage de l'hépatite C, une intervention cruciale pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'hépatite C.

Le dépistage de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de co-infection au VIH et au VHC, informe les cliniciens si davantage d'évaluations cliniques et laboratoires et de traitement sont nécessaires.

Le dépistage de l'hépatite C identifie la co-infection au VIH et au VHC pour adapter le traitement.

Le quatrième indicateur mesure le début d'un traitement VHC pour les personnes co-infectées à VIH et à VHC parmi les personnes bénéficiant de soins pour le VIH.

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

10.10. Proportion de femmes vivant avec le VIH âgées de 30 à 49 ans ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique ou de vinaigre (IVA), frottis cervical (test de Pap) ou test du virus du papillome humain (VPH)

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.

CONCLUSION : APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GAM 2017-2018

Le processus du GAM de 2019 a été réalisé dans un contexte où certaines études importantes sont en cours de réalisation ou carrément non disponibles, notamment :

- α Le nouveau BSS en phase de collecte de données sur terrain (résultats attendus fin 2019) ;
- α La nouvelle Enquête INDEX STIGMA des PVVIH en cours ;
- α L'Enquête Démographique santé (EDS), 3^{ème} édition, toujours sans suite ;
- α Le REDES 2015-2016-2017 en cours de finalisation.

Il sied de noter dix études dont les résultats sont 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 Keys pop	2018	12 (Kinshasa, Kongo Central, Kwilu et Haut-Katanga, Haut Uélé, Ituri, Nord Kivu, sud Kivu, Kasai Oriental, Lomami, Lualaba, Tshopo)	Ministère de la Santé Publique / PNLS	FM
2	Index stigma keys pop	2017	5 (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 (Kasai Oriental, Kasai Central, Lomami, Kasai)	PNMLS	UNHCR
4	Rapport de Serosurveillance	2017	26 provinces (60 sites sentinelles)	Ministère de la Santé Publique / PNLS	FM
5	Evaluation des indicateurs d'alerte précoce au VIH(IAP)	2014et 2018	18 Provinces	Ministère de la Santé Publique / PNLS	FM
6	Evaluation des prestations des services de soins de santé	2018	26 provinces	Ministère de la Santé Publique / PNLS	PEPFAR et FM
7	Enquête sur les préservatifs	2018	4 (Kinshasa, Kasai Oriental, Kasai Central, Kasai)	PNMLS	UNFPA
8	MICS	2017 & 2018	26 provinces	Ministère de la Santé	BM

				Publique / PNLs	
9	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 / PNLs	FM
10	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)	PNLS	UNICEF

Ajoutons à cela le fait que la RDC a pu collecter les éléments pour l'Enquête sur l'Indice Composite des Politiques Nationales dans le cadre de ce round du GAM. Ce qui n'avait plus été fait depuis cinq ans.

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

La RDC a son Plan Stratégique National 2018-2021 couplé d'un plan de S&E, mais qui sera revue pour permettre de le mettre en phase avec le NMF3 du Fonds Mondial et pour aboutir à un nouveau Plan Stratégique National pour la période 2020-2023. Au niveau du secteur de la santé, un plan stratégique sectoriel, un cadre de suivi-évaluation et des outils ont été mis au point pour répondre aux besoins en information au sein dudit secteur. Le secteur santé a déjà intégré les indicateurs VIH dans le SNIS.

En outre, il sied de noter la plus grande fréquence des ateliers de production des estimations et projections VIH pour les 26 provinces que compte la RDC.

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

Les principales difficultés suivantes ont été rencontrées dans la mise en œuvre du système national de S&E :

- α L'insuffisance des ressources humaines et matérielles affectées au suivi et Évaluation dans les secteurs ;
- α Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- α La motivation à géométrie variable des acteurs tant nationaux que provinciaux en suivi-évaluation qui entraîne, très souvent, la nécessité d'une collecte active des données pour les exercices GAM ;
- α Le faible niveau de compréhension et d'analyse des indicateurs affiché par certains acteurs clés au niveau opérationnel avec pour conséquence, dans une certaine mesure, la possibilité de doublons dans les données rapportées ;
- α Peu de secteurs ont un plan de suivi et évaluation. Seuls les secteurs comme la santé, la défense et la justice sont assez actifs pour produire l'information stratégique en temps voulu.

b) Mesures correctives

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

- α La mobilisation des ressources en faveur du S&E ;
- α La multiplication des créneaux de renforcement de capacités des acteurs tant nationaux que provinciaux au travers d'activités diverses telles que :
 - les ateliers internationaux, nationaux et provinciaux SPECTRUM sous le lead du PNL5 ;
 - les sessions de renforcement de capacités des acteurs de la justice et de la société civile en droits humains en lien avec le VIH organisées par le Ministère de la Justice chaque année ;
 - La continuité de la mise en œuvre de l'initiative ALL-IN pour les adolescents et jeunes ;
 - La mise en œuvre des différents processus REDES.
- α Avec le passage de 11 à 26 provinces en RDC, les acteurs du niveau national ont pu se rapprocher plus fréquemment et plus facilement des acteurs provinciaux des coins les plus reculés pour un suivi adéquat dans le renforcement de capacités.

Il importe ici de relever l'importance de :

- 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.