

2016

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

**RAPPORT SUR L'ETAT
D'AVANCEMENT DE LA REPONSE A
L'EPIDEMIE DU VIH/Sida**



Juin 2016

République Démocratique du Congo

Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National

RAPPORT SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DU VIH/Sida

Juin 2016

PUBLICATION DU PNMLS

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Première édition. Version du 15 juin 2016

© 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 membres du Groupe technique de travail :

Liévin KAPEND, Bernard BOSSIKY, Edmond K. MAGAZANI, Yves OBOTELA, Mélia BOSSIKY, Lisa NTUMBA, Serge INYONGO, Yves IKOBYA, Jinette KAVIRA (PNMLS), Franck FWAMBA, Théodore ASSANI, Bijou MANKIADING, Felly EKOFO, José ONYA, Gaëtan NSIKU, François MPANGA, Bogol MBOPE (Ministère de la Santé Publique /PNLS), Fondacaro TETO (Ministère de la Santé Publique /PNLT), Gérard ELOKO, Louis NYENGELE (Ministère de la Santé Publique /PNCNS), Serge TAMUNDELE (Ministère de la Justice et Droits humains), Marc SABA, Alladji OSSENI (ONUSIDA), Etienne MPOYI (OMS), Freddy SALUMU (UNICEF), George BLOCK, Erick NGOIE (PNUD), Delphin ANTWISI (UNFPA), Antoine MAFWILA (SANRU), Vico KITENGE (CORDAID), Didier MPEMBA (RACJ+), Abraham LUEMBA (MSF/Belgique), Teddy MANDAY (USAID-ASSIST), Nana MBONZE (EGPAF), Rogers Galaxy NGALAMULUME (CDC-PEPFAR), Ange MAVULA (UCOP+), Hilaire MBWOLIE, Dagobert N'TANGU (PSSP), Jicko BONDOLE (PROVIC).

A toute 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 de ce rapport.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES.....	5
LISTE DES ACRONYMES	7
RESUME EXECUTIF DES RESULTATS GARPR 2016.....	9
Tableau I : Synthèse des résultats des indicateurs GARPR 2016 de la RDC	10
THEME 1 : La prévention du VIH dans la population générale	10
Tableau I : présentation synthétique de différents indicateurs.....	10
THEME 2 : Les populations clés.....	11
CIBLE 1 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE :	11
CIBLE 2 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES	12
CIBLE 3 : CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES.....	12
CIBLE 4 : DETENUS	12
CIBLE 5 : PERSONNES TRANSGENRES	12
THEME 3 : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	13
THEME 4 : Le traitement	13
THEME 5 : Les dépenses liées au VIH	14
THEME 6 : Le genre	14
THEME 7 : Stigma et discrimination	15
THEME 9 : L'intégration des systèmes de santé	15
THEME 10 : Le VIH et les autres maladies.....	16
INTRODUCTION.....	18
MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT.....	19
RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	21
THEME I : LA PREVENTION DU VIH DANS LA POPULATION GENERALE.....	22
THEME II : LES POPULATIONS CLES (Profesionnel(les) de sexe, Hommes aynt des rapports sexuels avec des Hommes, Consommateurs de drogues injectables, détenus et personnes transgenres) .	28

THEME III : PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT	38
THEME IV : TRAITEMENT	41
THEME V : DEPENSES LIEES AU SIDA	45
THEME VI : LE GENRE	48
THEME VII : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION	49
THEME IX : INTEGRATION DES SYSTEMES DE SANTE	51
THEME X : VIH ET AUTRES MALADIES (Tuberculose, Hépatite et Infections sexuellement transmissibles.....	53
ANNEXES	57
Annexe I : Liste des participants au processus de collecte de données et/ou à la réunion de validation technique.....	58

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
CIELS	Coalition Inter-Entreprises de Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme
CPN	Consultation prénatale
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
ESP	Ecole de Santé Publique
GARPR	Global AIDS Response Progress Report
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MESI	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies contre le Sida
PCR	Polymerase Chain Reaction
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
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

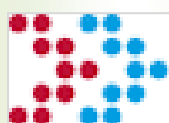
ProVIC	Programme Intégré du VIH au Congo
RDC	République Démocratique du Congo
REDES	Ressources et Dépenses sur le VIH et le Sida
SEN	Secrétariat Exécutif National
S&E	Suivi et Evaluation
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TB	Tuberculose
TARV	Traitement antiretroviral
UCOP+	Union Congolaise 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

RESUME EXECUTIF DES RESULTATS GARPR 2016



FAST-TRACK

ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030



Cibles de l'initiative Accélérer

Horizon 2020

90-90-90

Traitement

500 000

Nouvelles infections

ZÉRO

Discrimination

Horizon 2030

95-95-95

Traitement

200 000

Nouvelles infections

ZÉRO

Discrimination

Pour le présent round du GARPR, chaque Etat membre se doit de rapporter sur les dix thèmes alignés sur la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA, 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 thèmes sont : (i) la prévention du VIH dans la population générale ; (ii) les populations clés ; (iii) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; (iv) le traitement ; (v) les dépenses liées au VIH/sida (vi) le genre ; (vii) stigma et discrimination ; (viii) les restrictions en matière de déplacement ; (ix) l'intégration des systèmes de santé ; et (x) le VIH et les autres maladies. Il faut signaler que les données en rapport avec les restrictions en matière de déplacement (thème n°9) sont collectées directement par l'ONUSIDA.

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 cette année 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 ainsi que le présent rapport prend en compte, les données collectées auprès des organisations qui mènent des activités et touchant les populations préalablement cités ci-dessus par la stratégie mobile.

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 2016.

Il reprend la valeur globale (la ventilation par sexe et/ou par tranches d'âge étant reprise dans la section consacrée aux détails des indicateurs sur la riposte nationale 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.

Tableau I : Synthèse des résultats des indicateurs GARPR 2016 de la RDC

THEME 1 : La prévention du VIH dans la population générale

Tableau I : présentation synthétique de différents indicateurs.

Les données sur la population générale proviennent de l'EDS 2013-2014.

	Sexes	Pourcentage	Année de collecte	Sources
<i>1.1. Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission*</i>	F	18,6	2013	EDS II 2013-2014
	M	24,9		
	TOTAL	20,4		
* Commentaires : Pour cet indicateur, les données fournies proviennent de l'EDS 2013-2014 (10.898 personnes interviewées)				

<i>1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans*</i>	F	20,0	2013	EDSII 2013-2014
	M	19,0		
	TOTAL	19,7		
* Commentaires : Les données fournies proviennent de l'EDS 2013-2014. Comme dénominateur, 7751 femmes et 3147 hommes.				

<i>1.3. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois*</i>	F	3,0	2013	EDS II 2013-2014
	M	22,1		
	TOTAL	8,6		
* Commentaires : Les données fournies proviennent de l'EDS 2013-2014				

1.4. Pourcentage d'adultes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	F	11,4	2013	EDS II 2013-2014
	M	12,6		
	TOTAL	12,3		
* Commentaires : Les données fournies proviennent de l'EDS 2013-2014				

1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*	F	8,6	2013	EDS II 2013-2014
	M	8,2		
	TOTAL	8,5		
* Commentaires : Les données fournies proviennent de l'EDS 2013-2014				

	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Sources
1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH**	15-19	1,2	2013	Rapport séro-surveillance 2013
	20-24	1,5		
	TOTAL	1,4		
** Commentaires : Les données fournies ne concernent que les femmes car résultant du rapport sur la surveillance sentinelle de 2013				

THEME 2 : Les populations clés

CIBLE 1 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE :

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
2.2. Pourcentage de PS qui déclare avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client**	< 25 ans	66,5%	2012	BSS 2012
	25 ans et plus	70,9%		
	Total	69,0%		
** Commentaires : Les données ont été tirées du BSS 2012 et ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
2.3. Pourcentage de PS qui déclarent avoir été testés au VIH et qui connaissent le résultat**	< 25 ans	39,8%	2012	BSS 2012
	25 ans et plus	50,2%		
	Total	45,7%		
** Commentaires : les données tirées des résultats de l'enquête BSS 2012 ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation.				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
2.4. Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH**	< 25 ans	3,4%	2012	BSS 2012
	25 ans et plus	9,6%		
	Total	6,9%		
** Commentaires : Les données ont été tirées du BSS 2012 et ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation. Elles renseignent sur la prévalence VIH parmi les femmes PS enquêtées.				

CIBLE 2 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

Les données disponibles portant sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne concernent que les sites de l'ONG PSSP dans quelques provinces de la RDC. Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, car elles sont – de loin - non représentatives de l'échelle du pays. C'est à titre indicatif et de renseignement, qu'elles apparaissent dans le corps de ce rapport.

CIBLE 3 : CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Les données disponibles sur les consommateurs de drogues injectables ne concernent que les seuls sites de l'ONG PSSP dans la ville Province de Kinshasa. Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, car – de loin - non représentatives de l'échelle du pays. C'est à titre indicatif et de renseignement, qu'elles apparaissent dans le corps de ce rapport.

CIBLE 4 : DETENUS

Les données disponibles sur les détenus proviennent des services du Ministère de la Justice et Droits humains qui a mené des activités dans les prisons de six villes seulement (Kinshasa, Bukavu, Matadi Mbuji-Mayi, Kisangani et Goma). Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, car – de loin - non représentatives de l'échelle du pays. C'est à titre indicatif et de renseignement, qu'elles apparaissent dans le corps de ce rapport.

CIBLE 5 : PERSONNES TRANSGENRES

La question des données sur les personnes transgenres demeure encore peu connue et peu documentée. Les données disponibles sur les personnes transgenres ne concernent que les seuls sites de l'ONG PSSP dans la ville Province de Kinshasa. Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, car – de loin - non représentatives de l'échelle du pays. C'est à titre indicatif et de renseignement, qu'elles apparaissent dans le corps de ce rapport.

THEME 3 : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des ARV pour leur traitement**	71,1%	2015	SPECTRUM 2016
** Commentaires : le numérateur (14466) provient du rapport du PNL5 2015 (rapport du laboratoire national en matière de lutte contre le VIH et sida 2015 qui dispose d'un équipement PCR et qui reçoit les prélèvements sur papier buvard en provenance de l'ensemble du pays pour analyse) et le dénominateur (23535) des estimations SPECTRUM 2016.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.2. Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie **	18,6	2014	Rapport 2015 du LNR pour le numérateur et estimations SPECTRUM 2016 pour le dénominateur
** Commentaires : le numérateur (3795) provient du rapport du laboratoire national en matière de lutte contre le VIH et sida 2015 qui dispose d'un équipement PCR et reçoit les prélèvements sur papier buvard en provenance de l'ensemble du pays pour analyse. Le dénominateur (20332) des estimations SPECTRUM 2016.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.3. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (Modélisation)**	16,4	2015	Estimations SPECTRUM 2016
** Commentaires : les données sont tirées des estimations SPECTRUM 2016.			

THEME 4 : Le traitement

	Sexes	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte
4.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétrovirale, par rapport à la population totale d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH **	M	<15 ans	23,7	2015
		15 ans et Plus	24,1	
	F	<15 ans	25,5	
		15 ans et Plus	38,6	
	Total	<15 ans	24,6	
		15 ans et Plus	32,8	

	Total Général	31,9	
** Commentaires : Données tirées du rapport d'activités du Programme National de lutte contre les IST et VIH/sida (PNLS) de l'année 2015. Le dénominateur est le nombre estimé des PVVIH (généralisé par le logiciel SPECTRUM).			

	Sexes	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte
4.1 bis. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui ont l'accès **	Tous	<15 ans	48,1	2015
		15 ans et Plus	36,4	
	Total Général		37,1	
** Commentaires : les données sont tirées du rapport d'activités du Programme National de lutte contre les IST et VIH/sida (PNLS) de l'année 2015. Le dénominateur est le nombre estimé des PVVIH éligibles à un TARV (avec le taux de CD4 à 500/mm ³).				

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
4.2. Pourcentage d'adultes séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale **	85,8	2013	Rapport PNLS
** Commentaires : les données sont tirées de la base de données du PNLS (sur le logiciel TIER.NET) qui comprend les données de six provinces de la RDC. Il faut noter qu'au fur et à mesure que ce logiciel est implémenté, les données sont de plus en plus représentatives de la RDC.			

THEME 5 : Les dépenses liées au VIH

Indicateur	Valeur	Période de collecte	Source
Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement**	\$ 222 443 707,00	2014	Rapport REDES 2013-2014
** Commentaires : Ces dépenses ressortent des données 2014 (Rapport REDES 2013-2014). Ce montant prend en compte les dépenses des ménages, dont le montant est extrapolé d'une étude sur les dépenses des PVVIH conduite par le PNCNS.			

THEME 6 : Le genre

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
7.1. 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	EDS II 2013-2014
	20-24 ans	57,3		
	25-49 ans	61,7		

	15-49 ans	56,6		
--	-----------	------	--	--

**** Commentaires :** les données ont été tirées du rapport de l'enquête démographique et santé (EDS) de 2013-2014 qui est la source la plus récente qui est disponible.

*****N.B.** Il est à signaler la différence avec les données présentées l'année passée. Une erreur s'est glissée dans le round passé (GARPR 2015) où le rapport narratif avait plutôt présenté les données sur les femmes victimes de violences « physiques » exclusivement au lieu des femmes victimes de violences « physiques et/ou sexuelles ».

THEME 7 : Stigma et discrimination

Indicateur	Sexe	Agés	Pourcentage	Année de collecte	Source
8.1. Attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH **	Masculin	15-19 ans	48,8%	2013	EDS II 2013-2014
		20-24 ans	59,6%		
		25-49 ans	58,6%		
		15-49 ans	56,7%		
	Féminin	15-19 ans	44,3%	2013	
		20-24 ans	47,9%		
		25-49 ans	46,8%		
		15-49 ans	46,5%		
	Total	15-19 ans	45,7%	2013	
		20-24 ans	51,2%		
		25-49 ans	50,4%		
		15-49 ans	49,5%		

**** Commentaire :** Cet indicateur renseigne sur la moyenne d'hommes et femmes âgés de 15-49 ans qui achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. L'autre question qui ressort du Guide pour l'élaboration du GARPR 2015 ("Pensez-vous que les enfants séropositifs devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ?") n'a pas été prise en compte par le rapport EDS 2013-2014.

THEME 9 : L'intégration des systèmes de santé

Indicateur	Paramètres	Proportions	Année de collecte	Source
10.2. Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois **	soutien médical au cours de 12 derniers mois	0,7	2007	EDS+ 2007
	soutien moral au cours de 3 derniers mois	0,6		
	soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois	0,1		

	assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois	0,9		
	Au moins un type de soutien	2,1		

**** Commentaires :** Les données ont été tirées du rapport de l'EDS 2007 qui est la source la plus récente qui fournit cette information. L'EDS 2013-2014 n'a pas capté les données pour cet indicateur. Le paramètre sur l'assistance scolaire ne peut logiquement que couvrir une année scolaire.

THEME 10 : Le VIH et les autres maladies

1. Tuberculose

L'OMS calcule les estimations annuelles du nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les estimations des dénominateurs pour l'année 2015, fournies par pays et portant sur la notification et la couverture par la thérapie antirétrovirale, ne seront disponibles qu'au mois d'août 2016. Ainsi, seul le numérateur est disponible, soit **4768** personnes vivant avec le VIH qui présentent une tuberculose et qui ont bénéficié en même temps d'un traitement contre la tuberculose et d'un traitement aux ARV conformément à la politique nationale.

2. Hépatite

Les données sur les liens du VIH avec les hépatites ne sont pas encore assez nombreuses et pour les timides études ayant touché cette problématique, les résultats sont amplement loin du format demandé par les directives GARPR. Nous espérons qu'avec les directives existantes, les études et recherches futures seront adaptées pour répondre à ce besoin en données.

3. Infections sexuellement transmissibles

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
11.8. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant des services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis**	31,6	2015	Rapport PNLs 2015

**** Commentaires :** Ces données proviennent du Rapport d'activités du PNLs 2015.

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
11.9. Pourcentage de femmes fréquentant les cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif**	1,9	2015	Rapport PNLs 2015

**** Commentaires :** Ce taux de séropositivité est tiré du Rapport d'activités du PNLs 2015.

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
11.10. Pourcentage de femmes fréquentant les cliniques prénatales et porteuses de la syphilis qui ont reçu un traitement**	46,1	2015	Rapport PNLIS 2015

**** Commentaires :** Ces données proviennent du Rapport d'activités du PNLIS 2015.

INTRODUCTION

L'Assemblée Spéciale de Nations Unies sur le VIH, en 2001, a adopté une Déclaration ayant reflété le consensus sur le cadre global visant à atteindre l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement (stopper la propagation du VIH et amorcer l'inversion de la tendance actuelle de l'épidémie d'ici 2015). Par cette Déclaration, les Etats membres ont pris l'engagement de rendre compte, tous les deux ans, de l'état d'avancement de la réponse dans leurs pays respectifs. Ces assises de 2001 ont aussi permis de reconnaître la nécessité d'adresser une réponse multisectorielle à l'épidémie du VIH, l'extension de service de soins et l'atténuation de l'impact de l'épidémie¹.

Lors de l'Assemblée Spéciale de Nations Unies sur le VIH de 2006, les Etats réunis ont mis l'accent sur l'urgence d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien avec la vision pour les gouvernements d'impliquer le secteur privé, les organisations confessionnelles, les organisations non gouvernementales, et les autres entités de la société civile, incluant les personnes vivant avec le VIH².

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida des Nations Unies de 2011, les pays doivent fournir à l'ONUSIDA, tous les ans, les données collectées sur les indicateurs précis renseignant sur l'état d'avancement de la réponse pays au VIH. Ces données permettent de produire le rapport sur les efforts engagés au niveau mondial dans la lutte contre le VIH et le Sida. Ce rapport, dit « Rapport GARPR » (Global Aids Response Progress Report), renseigne sur l'état d'avancement de la réponse nationale au VIH et au Sida dans tous les pays qui se réunissent au sein de l'Assemblée Générale des Nations Unies. La RDC produit ce rapport chaque année depuis 2011.

La lecture des indicateurs joue un rôle important dans l'évaluation des progrès réalisés, car ces indicateurs permettent aux pays d'évaluer fraîchement l'état de leur riposte au sida ainsi que les progrès dans la réalisation des objectifs nationaux eu égard au VIH.

Ces indicateurs contribuent à une meilleure compréhension de la riposte mondiale à l'épidémie de VIH, notamment des progrès de réalisation des objectifs mondiaux définis par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 ainsi que des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Cette nouvelle série de rapports (GARPR 2012, 2013, 2014, et 2015) offre l'occasion de reprogrammer les efforts avec les partenaires au développement, notamment le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les données issues de ces rapports servent aussi de données de référence pour le processus de suivi des performances dans le suivi du nouveau modèle de financement de Fonds mondial.

En 2016, suite à l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui a eu lieu en 2015 et à l'établissement des Objectifs du Développement Durable (ODD), la nouveauté est l'ajout de certains indicateurs pour anticiper la mise en œuvre des recommandations du nouveau système de reporting qui sera aligné sur la stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2020.

Ainsi la RDC, au travers un processus inclusif de ses acteurs engagés dans la lutte contre le VIH et le sida, vient d'élaborer son rapport 2016 (GARPR 2016 contenant les données de 2015) contenant les résultats et des progrès faisant du sida une fois encore une priorité de l'agenda du développement post-2015.

¹ ONUSIDA et al., Global Aids Response Progress Reporting guidelines 2014

² Idem

MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT

Le processus d'élaboration du rapport GARP-RDC 2016 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. Ce processus s'inscrit dans la continuité d'un exercice effectif depuis 2005.

Ce processus a obéi aux orientations fixées dans les directives du niveau global. La taskforce nationale suivi et évaluation a mis en place un groupe technique de travail dont les modalités d'exercice ont été guidées par des termes de référence ad hoc. Ce groupe était composé de délégués des différents secteurs, des organisations du système des Nations Unies, des agences de coopération bi- et multilatérale ainsi que de la société civile, incluant les organisations de personnes vivant avec le VIH, sous la coordination du Département de Suivi et Evaluation (S&E) du SEN-PNMLS.

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 GARPR, ainsi que la rédaction du rapport narratif. 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.

Le groupe technique de travail a tenu des réunions de manière hebdomadaire pour évaluer le degré d'avancement du processus et valider progressivement les données collectées. Le point d'orgue du processus a été la validation technique des données dans une réunion solennelle de la task force nationale suivi et évaluation.

Le présent processus s'est déroulé grâce au financement du Gouvernement congolais et de l'ONUSIDA.

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 GARPR 2016 et qui renseigne sur les efforts du pays dans la réponse nationale au VIH/sida jusqu'à 2015.

Les informations sont fournies suivant l'ordre de classification des indicateurs, la séquence des thèmes et les cibles contenus dans le document des directives sur l'élaboration du rapport sur l'état d'avancement de la réponse mondiale au VIH (GARPR) 2016, à savoir :

- La prévention du VIH dans la population générale
- Les populations clés
 - Cible 1 : Professionnel(le)s de sexe ;
 - Cible 2 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes ;
 - Cible 3 : Consommateurs de drogues injectables ;
 - Cible 4 : Détenus ;
 - Cible 5 : Personnes transgenres.
- L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Le traitement
- Les dépenses liées au VIH/sida
- Le genre
- Stigma et discrimination
- Les restrictions en matière de déplacement
- L'intégration des systèmes de santé
- Le VIH et les autres maladies.

Quant aux indicateurs relatifs aux comportements des HSH, des CDI et des personnes transgenres, les informations proviennent 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 Kinshasa et de la RDC. Ce qui poserait un problème de comparabilité par rapport aux données des années antérieures, car ce ne sont ni les mêmes sites, ni les mêmes provinces, qui ont été atteintes par les activités. Ces données ne montrent que les résultats d'une intervention singulière sur un groupe restreint de cibles. Elles ne peuvent être généralisables ni pour servir à des extrapolations ou être utilisées pour générer des tendances et des comparaisons.

Pour les professionnel(le)s de sexe dont les données proviennent de l'enquête comportementale (BSS) de 2012 et les autres indicateurs dont la source est l'enquête démographique et sanitaire (EDS), il sied de signaler que le BSS 2012 et l'EDS 2013-2014 demeurent les sources les plus récentes ; ce qui fait que ces données ont été reconduites pour ce round du GARPR.

Les données sur les détenus proviennent des rapports d'activités des services du Ministère de la Justice, Garde des sceaux et Droits humains. Des séances de sensibilisation ont été organisées dans les prisons de six villes (Kinshasa, Bukavu, Matadi, Goma, Mbuji-Mayi et Kisangani).

THEME I : LA PREVENTION DU VIH DANS LA POPULATION GENERALE

1.1. Pourcentage des jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à cette transmission

L'objet de cet indicateur est d'évaluer les progrès réalisés vers la généralisation de la connaissance des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Les données disponibles au pays placent la voie sexuelle au premier plan de l'ensemble des voies dans la transmission de l'infection à VIH et les jeunes font partie des groupes à risque pour la transmission par voie sexuelle. Parmi les étapes qui conduisent à l'adoption d'un comportement favorable à la prévention de l'infection à VIH, la meilleure connaissance des moyens de prévention occupe une place de choix. En outre, les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et entraver les efforts de prévention.

Ainsi une personne qui a une meilleure connaissance des moyens de prévention de l'infection est susceptible d'adopter un changement de comportement³.

Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des cinq questions suivantes⁴ :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?
3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?
4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?
5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?

Les données qui suivent ont été tirées du rapport de l'EDS II réalisée en 2013-2014. C'est la source la plus récente pour le moment.

³ Ministère du Plan RDC, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

⁴ ONUSIDA et al, Global Aids Response Progress Reporting, guidelines 2016

Tableau II : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans en fonction de leur connaissance sur la transmission du VIH par voie sexuelle par sexe et par tranches d'âges

Paramètres	Tranches d'âges								
	Masculin			Féminin			Total		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	Tous 15-19 ans	Tous 20-24 ans	Tous 15-24 ans
Nombre des jeunes de 15-24 ans interrogés	352	432	784	694	748	1442	1046	1180	2226
Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida	1740	1407	3147	4054	3697	7751	5794	5104	10898
Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à ceux-ci.	20,2	30,7	24,9	17,1	20,2	18,6	18	22,9	20,4

Source : rapport EDS II de 2013-2014

L'analyse du tableau II montre 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 tous les exercices du GARPR depuis 2011 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.

Tableau III: Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans en fonction de leur connaissance sur la transmission du VIH par voie sexuelle tenant compte de leurs réponses aux cinq questions par sexe et tranches d'âges.

Questions	15-19 ans					20-24 ans					Proportion globale (15-24 ans)				
	Masculin		Féminin		Tous	Masculin		Féminin		Tous	Masculin		Féminin		Tous
	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	Fréq.	Eff.	%
Question n°1	1282	1740	2793	4054	70,3	1162	1407	2834	3697	78,2	2445	3147	7627	7751	74,1
Question n°2	1138	1740	2003	4054	54,2	1077	1407	2237	3697	64,9	2215	3147	4240	7751	59,2
Question n°3	1151	1740	2630	4054	65,2	1109	1407	2625	3697	73,1	2260	3147	5255	7751	69,0
Question n°4	946	1740	2271	4054	55,5	845	1407	2163	3697	58,9	1791	3147	4434	7751	57,1
Question n°5	1184	1740	2620	4054	65,6	1082	1407	2527	3697	70,7	2266	3147	5147	7751	68,0
Connaissance approfondie	352	1740	694	4054	18,0	432	1407	748	3697	23,1	784	3147	1442	7751	20,4

Source : rapport EDS II, 2013-2014

Le table III ci-haut montre que 74% des jeunes connaissent qu'il y a moins de risque de transmission de l'infection à VIH en ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté. Ensuite, 68% d'entre eux rejettent l'idée de la transmission de l'infection du VIH par le fait de partager le repas avec une personne infectée. Il y a lieu de noter que seulement 59,2% de jeunes savent que l'utilisation de préservatif lors de chaque rapport réduit le risque de transmission du virus.

1.2. Pourcentage des jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 - 24 ans ayant eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Cet indicateur permet de mesurer les progrès réalisés dans le report du premier rapport sexuel chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15 à 24 ans dans la mesure où la précocité de l'activité sexuelle (avant le mariage) augmente le risque d'exposition au VIH.

Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par voie sexuelle, au moins chez les femmes⁵.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport EDS II de 2013-2014.

Tableau IV : Répartition des jeunes de 15-24 ans ayant eu un rapport sexuel avant 15 ans d'âge par sexe et par tranches d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	349	766	1740	4054	20,0	18,8
20-24 ans	249	784	1407	3697	17,6	21,2
15-24 ans	598	1550	3147	7751	19,0	19,9

Source : rapport EDS II, 2013-2014

L'analyse des données ci-haut présentées font état de près de deux jeunes (fille et garçon compris) âgés de 15 à 24 ans sur dix ont connu le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette répartition est superposable dans les deux tranches d'âges de 15- 19 ans et de 20-24 ans. Ces chiffres sont pratiquement les mêmes que dans le MICS 3 de 2010 (21,4% dans le MICS 3 contre 19,9% dans l'EDS 2013-2014).

1.3. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la réduction du pourcentage de personnes ayant des partenaires sexuels multiples. La propagation du VIH dépend dans une large mesure des rapports non protégés chez les personnes ayant un nombre élevé de partenaires. Les personnes ayant de multiples partenaires courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH.

Les données ci-dessous proviennent de l'EDS 2013-2014.

⁵ Ministère du plan, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

Tableau V : Répartition d'hommes et de femmes âgés de 15-49 ayant eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois par sexe et par tranches d'âges

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	152	123	1740	4054	8,7	3,0
20-24 ans	321	134	1407	3697	22,8	3,6
25-49 ans	1242	298	4608	11076	27,0	2,7
15-49 ans	1714	565	7755	18827	22,1	3,0

Source : Rapport EDS II, 2013-2014

Le tableau ci-haut renseigne que 8,6% d'adultes âgés de 15-49 ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois avec une forte prédominance chez les hommes (22,1%, contre 3% chez les femmes).

Il est aussi à noter que le pic se retrouve dans la tranche d'âges des jeunes hommes de 25 à 49 ans dans laquelle 27% ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.

1.4. Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 - 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

L'utilisation du préservatif est une importante mesure de protection contre le VIH, en particulier pour les personnes ayant de multiples partenaires. Ainsi, cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la prévention d'une exposition au VIH lors de rapports sexuels non protégés avec de multiples partenaires sexuels. Le risque de transmission du VIH s'accroît avec la non-utilisation du préservatif comme moyen de prévention.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport EDS II de 2013-2014.

Tableau VI : Répartition d'hommes et de femmes âgés de 15-49 ans parmi celles qui ont déclaré avoir eu un rapport sexuel au cours de 12 derniers mois et qui ont indiqué avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport par sexe et par tranches d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	26	15	152	123	17,1	12,2
20-24 ans	80	14	321	135	24,9	10,4
25-49 ans	110	35	1242	301	8,9	11,6
15-49 ans	216	64	1715	559	12,6	11,4

Source : rapport EDS II, 2013-2014

L'analyse des données du tableau ci-haut révèle que plus d'un adulte sur dix âgés de 15-49 ans (12,6% chez les hommes et 11,4% chez les femmes) déclare avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi ceux ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois. Un autre constat est que l'utilisation du préservatif est plus grande chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans (24,9% pour les 15-19 ans et 17,1% pour les 20-24 ans).

1.5. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 - 49 ans qui ont subi un test VIH au cours de 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Le dépistage au VIH est une étape importante dans le processus qui mène au changement de comportement en faveur de la réduction du risque lié à la transmission de l'infection à VIH. La connaissance du statut sérologique influe de manière significative sur la décision à prendre pour sa propre protection et celle des autres. Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque individu doit savoir s'il est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en place des services de conseil et de dépistage du VIH.

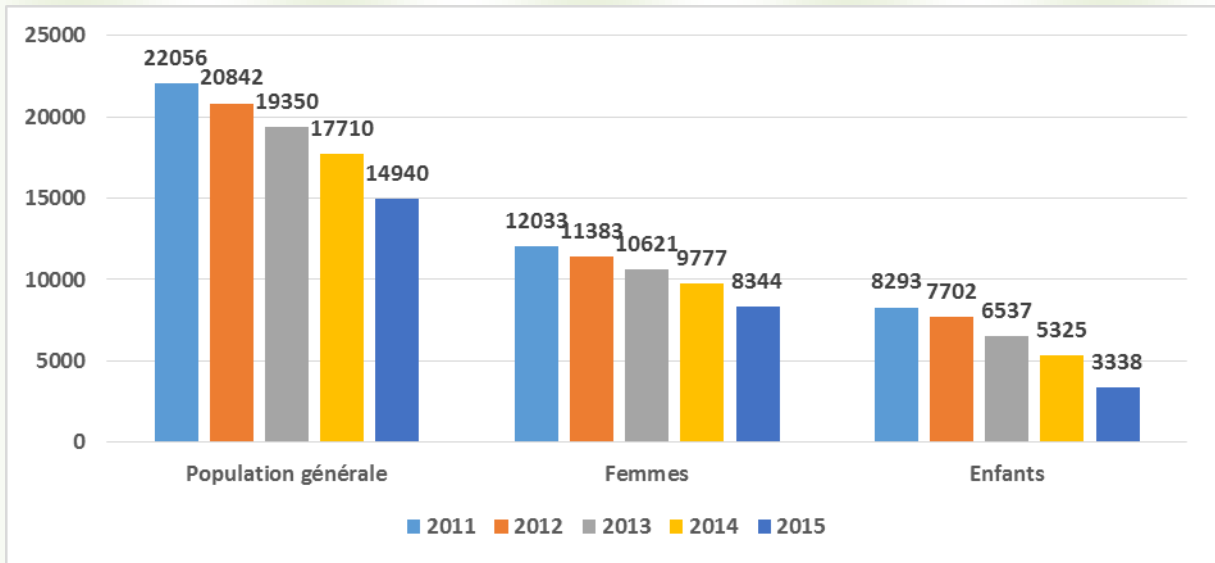
Tableau VII : Répartition par sexe et par tranches des hommes et des femmes âgés de 15-49 ans ayant déclaré s'être fait tester au cours de 12 derniers mois et ayant pris connaissance de leur résultat d'âges.

Tranches d'âges	Fréquence		Effectif		Pourcentage	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
15-19 ans	16	118	649	1810	2,5	6,5
20-24 ans	95	302	1103	2929	8,6	10,3
25-49 ans	412	939	4608	11076	8,9	8,5
15-49 ans	523	1356	6360	15815	8,2	8,6

Source : Rapport EDS II, 2013-2014

L'analyse des données révèle que plus de neuf personnes sur dix âgés de 15 à 49 ans ne connaissent pas leur statut sérologique.

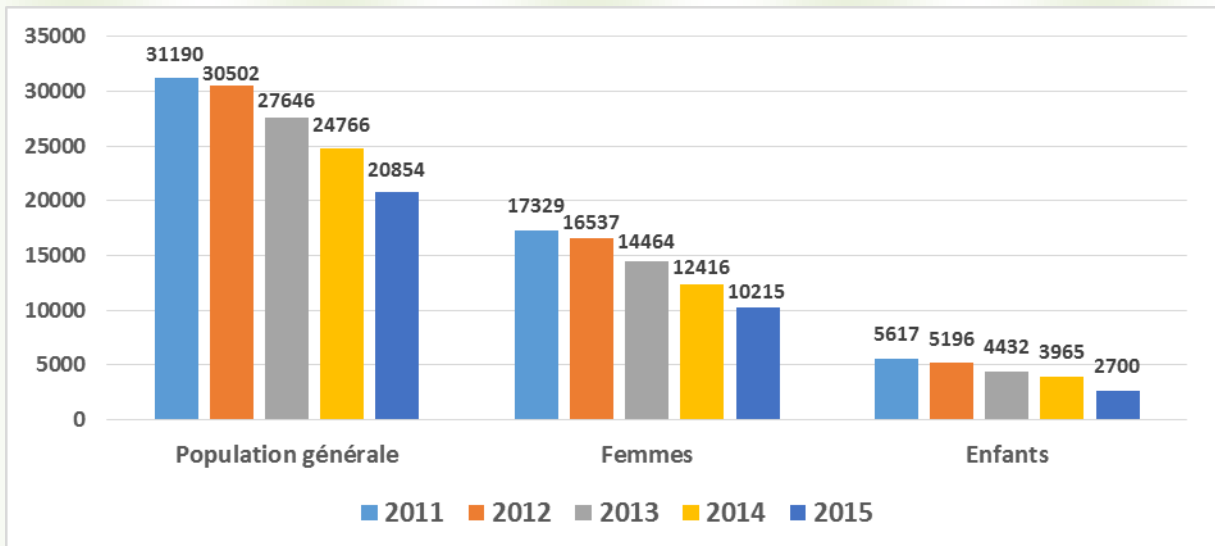
Graphique 1 : Evolution des nouvelles infections à VIH de 2011 à 2015



Source : Estimations Spectrum, 2016

Le graphique ci-haut nous montre que, globalement, le nombre estimé des nouvelles infections baisse, mais il y a encore des efforts à faire.

Graphique 2 : Evolution du nombre de décès dus au Sida de 2011 à 2015



Source : Estimations Spectrum, 2016

Le graphique ci-haut montre que, comme dans la baisse constatée dans le premier graphique, le nombre estimé de décès dus au Sida baisse.

THEME II : LES POPULATIONS CLES

Dans ce thème, les populations clés, contrairement aux rounds passés, sont regroupées ensemble. En plus des trois catégories renseignées habituellement (PS, HSH et CDI), la nouveauté dans le GARPR 2016 est la prise en compte des personnes transgenres et des détenus comme population clés.

1. Les Professionnel(le)s du sexe

Les professionnels de sexe (travailleurs de sexe) font partie des populations clés identifiées dans le plan stratégique national 2014-2017. 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 différentes données présentées sur les PS dans les tableaux qui suivent sont tirées de l'enquête BSS réalisée en 2012 (source la plus récente à ce jour) et elles ont été collectées exclusivement chez les professionnels de sexe féminin. Pour ce round du GARPR, l'indicateur sur les PS touchés par les programmes de prévention a été élargué.

2.2. Pourcentage de PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client

Les professionnel(le)s du sexe peuvent toutefois agir efficacement sur une réduction du risque de transmission du VIH, occasionnée soit par leurs clients soit par elles (eux)-mêmes, en utilisant les préservatifs de manière régulière et opportune. Ainsi, cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH du fait des rapports sexuels non protégés avec leurs clients.

Les données ci-dessous proviennent du rapport BSS de 2012.

Tableau VIII : Répartition des PS qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du rapport avec leur dernier client par tranches d'âges

Paramètres	Ages		Tout âge
	<25 ans	25 ans et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors du rapport avec leur dernier client (Numérateur)	1893	2623	4516
Nombre de PS qui déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors du rapport avec leur dernier client	954	1078	2032
Nombre de PS qui déclarent avoir eu des relations sexuelles payantes au cours de 12 derniers mois (Dénominateur)	2847	3701	6548
Pourcentage des PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de rapport avec leur dernier client	66,5	70,9	69,0

Source : Rapport BSS 2012

Sur base des données présentées ci-haut, il ressort que près de 7 professionnelles de sexe (69%) sur dix ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client. En prenant en considération les différentes tranches d'âges, celle d'âge inférieur à 25 ans est à 66,5%, et celle de 25 ans et plus est de 71%.

Le BSS 2012 renseigne, en outre, que plus le niveau d'instruction est élevé, moins le préservatif est utilisé. Contrairement au client sexuel payant, l'utilisation du préservatif avec le client non-payant est moins élevée⁶.

2.3. Pourcentage de PS qui déclarent avoir été testés au VIH et qui connaissent le résultat

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH auprès des professionnel(le)s du sexe. Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque professionnel(le) du sexe doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif(ve) au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Les données ci-dessous proviennent du rapport BSS de 2012.

Tableau IX : Répartition par tranches d'âges des PS qui déclarent avoir été testées au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir été testées au cours de 12 derniers mois (Dénominateur)	1238	2031	3269
Nombre de PS qui déclarent n'avoir pas été testées au cours de 12 derniers mois	1609	1670	3279
Nombre de PS déclarent avoir été testées au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat (Numérateur)	1134	1861	2995
Nombre de PS qui déclarent avoir été testées au cours de 12 derniers mois, mais ne connaissant pas leurs résultats	104	170	274
Pourcentage des PS qui déclarent avoir été testées au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	39,8	50,2	45,7

Source : Rapport BSS 2012

L'analyse de ces données tirées du BSS 2012 montre que près de la moitié (45,7%) des PS ayant déclaré avoir été testées pour le VIH, disent avoir connaissance de leurs résultats et avec 50,2% parmi celles ayant 25 ans et plus et près de 39,8% parmi celles ayant moins de 25 ans d'âge.

2.4. Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH

Les professionnel(le)s du sexe présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Le rapport BSS renseigne néanmoins que la prévalence du VIH chez les PS est évaluée à 6,9%, avec 3,4% pour les PS de moins de 25 ans, et 9,6% pour les 25 ans et plus. La prévalence de VIH auprès des PS semble avoir sensiblement diminué entre 2005 et 2012. En 2005, elle était estimée à 16,9%⁷.

⁶ Rapport BSS, 2012, p.138

⁷ Rapport BSS, 2012, p.159

2. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Quoi que ce volet soit pris en compte dans le plan stratégique national 2014-2017 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 mettent en œuvre des interventions qui touchent cette population clé ; c'est le cas de l'ONGD PSSP qui offre des activités de conseils et dépistage mobiles à ce groupe de population.

N.B. Les données portant sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne concernent que les sites de l'ONG PSSP dans six 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.

Les données ci-dessous sur les HSH ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans six provinces de la RDC. Pour ce round du GARPR, l'indicateur sur les HSH touchés par les programmes de prévention a été élargi.

2.5. Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme.

Les préservatifs peuvent réduire substantiellement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il importe donc que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes les utilisent de manière régulière et appropriée en raison du risque élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels anaux non protégés. En outre, les hommes qui ont des rapports sexuels anaux avec d'autres hommes peuvent aussi avoir des femmes pour partenaires, lesquelles risquent également d'être infectées.

L'utilisation d'un préservatif avec leur dernier partenaire masculin est considérée comme un indicateur fiable du comportement à long terme. Ainsi, cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin.

Les données ci-dessous sur les HSH ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans des sites de six provinces de la RDC.

Tableau X : répartition d'hommes ayant de rapport sexuel avec les hommes qui déclarent avoir eu de rapport anal avec un partenaire masculin et avoir utilisé le préservatif selon les tranches d'âges.

Paramètres	Ages		
	>25 ans	25 et plus	Tout âge
Nombre de HSH qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme (Numérateur)	196	815	1011
Nombre de HSH qui déclarent avoir eu de rapport anal au cours de 6 derniers mois (Dénominateur)	248	1058	1306
Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	79,0	77,0	77,4

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Ces données de l'ONG PSSP nous renseignent que près de huit hommes ayant eu de rapports sexuels avec les hommes sur dix ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport anal.

2.6. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats.

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque MSM doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Les données ci-dessous sur les HSH ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans six provinces de la RDC.

Tableau XI : Répartition d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes qui déclarent avoir été testé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leurs résultats selon les tranches d'âges.

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois	152	627	779
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	248	1058	1306
Pourcentage des HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	61,3	59,3	59,6

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

L'analyse de ces données tirées de la base de l'ONG Progrès Santé Sans Prix, montre que près de six HSH sur dix déclarent avoir été testés pour le VIH et ont connaissance de leurs résultats (61,3% chez les moins de 25 ans et 59,3% pour les plus de 25 ans).

2.7. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les MSM constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Les données ci-dessous sur les HSH ressortent de PSSP qui a mené des activités dans six provinces de la RDC.

Tableau XII : Répartition d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes qui vivent avec le VIH par tranche d'âge

Paramètres	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de HSH qui ont subi un test de dépistage et dont le résultat est positif	8	56	64
Nombre total de HSH qui ont subi un test de dépistage	152	627	779
Pourcentage de HSH qui vivent avec le VIH	5,3	8,9	8,2

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données du tableau XV montrent que près d'un HSH sur dix (8,2%) vit avec le VIH dans les sites atteints. La proportion baisse à un sur vingt dans la tranche d'âges des moins de 25 ans.

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.⁸ 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.

N.B. Les données disponibles sur les consommateurs de drogues injectables ne concernent que des activités menées par l'ONG PSSP dans 9 sites de la ville de Kinshasa. Elles ne peuvent donc servir ni à des extrapolations, ni à des quelconques conclusions, car – 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. C'est à titre purement indicatif qu'elles apparaissent dans le corps de ce rapport.

2.8. Nombre d'aiguilles et de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Cet indicateur mesure les progrès dans l'amélioration de la couverture en services essentiels de prévention du VIH pour les consommateurs de drogues injectables.

La distribution d'aiguilles et de seringues est l'une des neuf interventions comprises dans le paquet complet pour la prévention, les soins et traitement des consommateurs de drogues injectables. L'efficacité et l'impact de cette intervention a été prouvée scientifiquement dans la prévention de la transmission du VIH chez cette catégorie des populations clés⁹.

Les données ci-dessous proviennent de l'ONG PSSP qui a mené des activités dans 9 sites à Kinshasa.

⁸ Directives GARPR 2016, ONUSIDA, 2016

⁹ Idem

Tableau XIII : Nombre d'aiguilles et de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais des programmes de distribution

Paramètres	Total
Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	132
Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays	187
Nombre d'aiguilles et de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	0,7

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données indicatives ci-dessus nous montrent que le consommateur de drogues touchées par les activités ne reçoit, en moyenne, même pas une seringue par an (0,7 par consommateur de drogues injectables). Cela démontre le grand travail qui reste à accomplir dans cette couche de la population encore cachée.

2.9. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport

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

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels chez les consommateurs de drogues injectables, 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 consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Les données ci-dessous sur les UDI ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans 9 sites de Kinshasa.

Tableau XIV : Répartition de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel par sexe et par tranches d'âges

Paramètres	Hommes	Femmes	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	52	2	0	54	54
Nombre total de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent	86	4	1	89	90
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	60,5	50,0	0	60,7	60,0

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données du tableau ci-dessus montrent que les consommateurs de drogues injectables dans les sites se retrouvent essentiellement dans la tranche d'âges des plus de 25 ans et sont essentiellement des hommes. Six consommateurs de drogues injectables reçus sur dix indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

2.10. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH par des matériels non stériles.

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels chez les consommateurs de drogues injectables, 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 consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Les données ci-dessous sur les UDI ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans 9 sites de Kinshasa.

Tableau XV : Répartition de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé du matériel stérile lors de leur dernière injection par sexe et par tranches d'âges

Paramètres	Hommes	Femmes	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	29	0	0	29	29
Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier	128	4	3	129	132
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	22,7	0	0	22,5	22,0

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données du tableau ci-dessus montrent que les consommateurs de drogues injectables dans les sites se retrouvent essentiellement dans la tranche d'âges des plus de 25 ans et sont essentiellement des hommes. Un consommateur de drogues injectables reçus sur cinq indique avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.

2.11. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque consommateur de drogues injectables doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Les données ci-dessous sur les UDI ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans 9 sites de Kinshasa.

Tableau XVI : Répartition de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats par sexe et par tranche d'âges

Paramètres	Hommes	Femmes	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats	111	4	1	114	115
Nombre total de consommateurs de drogues injectables inclus dans l'échantillon	182	5	5	182	187
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats	61,0	80,0	20,0	62,8	61,5

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données ci-haut montrent que trois consommateurs de drogues injectables reçus sur cinq ont fait l'objet d'un dépistage du VIH et en connaissent le résultat, dont seul quatre femmes sur cinq. Mais sur le total des personnes touchées par les activités, les femmes ne sont pas nombreuses (5 femmes pour 182 hommes). Bref, les consommateurs de drogues injectables dans les sites se retrouvent essentiellement dans la tranche d'âges des plus de 25 ans et sont essentiellement des hommes.

2.12. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Les consommateurs de drogues injectables présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Les données ci-dessous sur les UDI ressortent du rapport 2015 de PSSP qui a mené des activités dans 9 sites à Kinshasa.

Tableau XVII : Répartition de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH par tranche d'âge

Paramètres	Hommes	Femmes	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	13	0	0	13	13
Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage	111	4	1	114	115
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	11,7	0	0	11,4	11,3

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données ci-haut montrent que sur dix consommateurs de drogues injectables reçus sur dix dépistés du VIH au cours des 12 derniers mois au cours des activités de PSSP, un était séropositif. Sur les deux derniers rounds du GARPR (GARPR 2015 et GARPR 2016), on constate que les chiffres sont relativement les mêmes (13,3% contre 11,3%), bien que les sites et les méthodes sont différents.

4. Les détenus

2.14. Pourcentage de détenus qui vivent avec le VIH

Cet indicateur évalue le taux de séropositivité dans les cachots, prisons et autres lieux de détention. On veut ici mesurer les efforts entrepris pour réduire la prévalence du VIH dans ces milieux.

En effet, dans beaucoup de 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 ci-dessus proviennent des séances de sensibilisation organisées par le Ministère de la Justice dans les prisons de six villes (Kinshasa, Bukavu, Matadi, Goma, Mbuji-Mayi et Kisangani). Les prisonniers des prisons de ces villes ont été sensibilisés et le nombre des patients sous TARV est tiré des services des hôpitaux pénitenciers. En l'absence du nombre des personnes dépistées, nous avons mis au dénominateur le nombre des personnes sensibilisées.

Effectifs pour les six prisons : nombre des prisonniers (13397), détenus sensibilisés (2972) et détenus sous traitement ARV (95).

Tableau XVIII : Répartition des détenus qui vivent avec le VIH par sexe et par tranches d'âge

Paramètres	Hommes	Femmes	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de détenus ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dont le résultat est positif	ND	ND	ND	ND	115
Nombre total de détenus ayant fait l'objet d'un test du dépistage du VIH	ND	ND	ND	ND	2972
*** (ici = nombre de détenus sensibilisés)					
Pourcentage de détenus qui vivent avec le VIH	ND	ND	ND	ND	3,9

Source : Rapports du Ministère de la Justice et Droits humains (données de 2015)

Les données ci-haut révèlent un taux de séropositivité de 3,9% pour les détenus des six prisons.

5. Les personnes transgenres

2.15. Pourcentage de personnes transgenres qui vivent avec le VIH

Cet indicateur mesure les progrès dans la réduction de la transmission du VIH chez les personnes transgenres. Dans beaucoup de cas, la prévalence est plus grande chez les personnes transgenres que dans la population générale (un rapport du simple au double dans certains pays). Réduire la prévalence du VIH est un des leviers de suivi des efforts du pays dans la riposte au VIH.

La question des personnes transgenres est encore peu connue en RDC et la définition même de la « personne transgenre » est encore sujet à débats, si pas de controverses.

Les données ci-dessous sur les personnes transgenres ressortent du rapport 2015 de l'ONG PSSP qui a mené timidement des activités dans les sites de Kinshasa.

Tableau XIX : Répartition des personnes transgenres qui vivent avec le VIH par sexe et par tranches d'âge

Paramètres	Hommes transgenres	Femmes transgenres	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de personnes transgenres ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dont le résultat est positif	0	3	0	3	3
Nombre total de personnes transgenres ayant fait l'objet d'un test du dépistage du VIH	18	20	1	37	38
Pourcentage de personnes transgenres qui vivent avec le VIH	0	15,0	0	8,1	7,9

Source : Rapport de l'ONG Progrès Santé Sans Prix (données de 2015)

Les données ci-haut montrent que le taux de séropositivité pour les personnes transgenres touchées est estimé globalement à 7,9%.

THEME III : PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

3.1. Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur 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 indiquer 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 XIX ci-dessous proviennent :

- Pour le numérateur, du rapport 2015 produit par le Programme National de Lutte contre le VIH/sida et les IST en RDC (PNLS) ;
- Pour le dénominateur, des estimations sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA produites en 2016.

Tableau XX : Répartition de femmes enceintes séropositives ayant eu accès à la PTME selon les régimes

Paramètres	Valeurs	
Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement au cours de la présente grossesse avec CD4 < 350	
	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement au cours de la présente grossesse avec CD4 ≥ 350	
	Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement ayant débuté leur traitement avant la présente grossesse	3 367
	S/total	3 367
Les femmes enceintes séropositives sous option B+	4 058	
Les femmes enceintes séropositives sous option A	7041	
Total	14 466	
Les femmes enceintes séropositives ayant reçu la névirapine en simple dose	0	
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	20 332	
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	71,1	

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015

Les données présentées dans le tableau ci-dessus font état de 71,1% de femmes enceintes séropositives qui ont eu accès à un traitement aux ARV pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs enfants. A première vue, on peut dire que par rapport aux rounds passés, la RDC réalise des bonds considérables (13,1% dans le GARPR 2013, 33% dans le GARPR 2014 et 52,2% dans le GARPR 2015). Mais signalons que ces bonds sont dus en grande partie aux estimations des chiffres des dénominateurs sur le logiciel SPECTRUM qui sont de plus en plus affinées.

3.2. Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

Il est fréquent que les nourrissons infectés par le VIH au cours de la grossesse, de l'accouchement ou après un accouchement prématuré décèdent avant que l'on connaisse leur séropositivité au VIH. Cet indicateur évalue la proportion d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui subissent un test de dépistage au cours de leurs deux premiers mois de vie pour déterminer leur état sérologique et leur éligibilité pour une thérapie antirétrovirale.

L'identification des enfants infectés du VIH aussi précocement, avant 12 mois d'âge, est une composante essentielle pour la survie de l'enfant. En effet, le diagnostic précoce et l'administration d'un traitement antirétroviral sont particulièrement cruciaux dans le cas des nourrissons et que de nombreuses vies pourraient être sauvées en administrant des antirétroviraux aux nourrissons séropositifs immédiatement après le diagnostic, dans les 12 premières semaines de la vie.

L'OMS recommande la mise en place de programmes nationaux pour le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines ou dès que cela est possible, afin d'orienter correctement les soins au sein des dispensaires. La progression du VIH est rapide chez les enfants ; il faut donc les mettre sous traitement aussitôt que possible, car à défaut, près de 50 % des enfants décèdent avant d'atteindre l'âge de deux ans.

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

- Pour le numérateur, du rapport 2015 produit par le laboratoire national de référence en matière du VIH en RDC
- Pour le dénominateur, des estimations sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA pour 2016.

Tableau XXI : Proportion d'enfants nés de mères séropositives et qui a bénéficié d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH

Paramètres	Valeur
Nombre d'enfants ayant subi le test pour le diagnostic du VIH au cours de deux premiers mois de leur vie	3795
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours 12 derniers mois	20332
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	18,6

Source : Rapport d'activité LNRS, 2014

Les données ci haut présentées nous renseignent que seulement un enfant sur cinq qui naît d'une mère infectée au VIH a eu accès à un diagnostic précoce de l'infection à VIH. Autrement dit, plus de 80% d'enfants exposés au VIH n'ont pas bénéficié d'un test pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH. Il y a une progression par rapport au round précédent du GARPR où on était à 15% (9,8% dans le GARPR 2014 et 6% dans le GARPR 2013).

3.3. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisé)

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des efforts ont été réalisés pour accroître l'accès à des interventions qui peuvent réduire de manière significative la transmission mère-enfant du VIH, notamment la combinaison d'antirétroviraux et de schémas thérapeutiques et le renforcement du conseil sur l'alimentation des nourrissons. Il importe d'évaluer l'impact que les interventions de PTME ont sur les nouvelles infections à VIH pédiatriques à travers la transmission mère-enfant. Le pourcentage d'enfants séropositifs devrait diminuer au fur et à mesure qu'augmentent la couverture des interventions pour la PTME et l'utilisation de traitements plus efficaces.

Les données pour l'évaluation du pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH sont issues des estimations et projections des données de la surveillance auprès des femmes ayant fréquenté la CPN dans les sites sentinelles en 2013 sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXII : Modélisation de la transmission mère-enfant en 2015

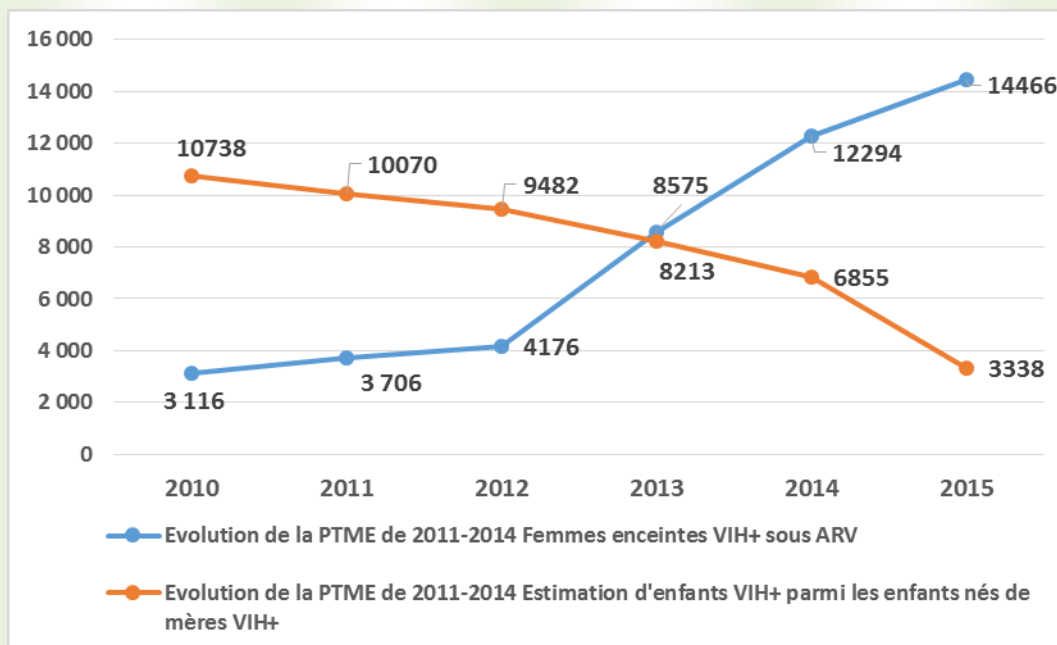
Paramètres	Valeur
Nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois	3338
Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	20332
Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	16,4

Source : Estimations Spectrum, 2014

L'analyse de ces données révèle que près de deux enfants sur dix (16,4%) nés de mères séropositives sont infectés au VIH des suites de leur exposition (durant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant la période d'allaitement maternel). La baisse est réellement sensible cette année car pendant les trois rounds antérieurs, ces chiffres tournaient toujours autour de trois enfants sur dix (soit 34% dans le GARPR 2013, 30,5% dans le GARPR 2014 et 29,1% dans le GARPR 2015).

Le graphique ci-dessous fait une corrélation entre le nombre de femmes enceintes séropositives mises sous traitement antirétroviral et le nombre estimé des enfants séropositifs parmi les enfants nés de mères séropositives de 2011 à 2015 pour mesurer les progrès en matière d'e-TME.

Graphique 3 : Corrélation entre le nombre de femmes enceintes séropositives mises sous traitement antirétroviral et le nombre estimé des enfants séropositifs parmi les enfants nés de mères séropositives



Source : Rapport d'activités du PNLS de 2015 et Estimations Spectrum de 2016

En examinant ce graphique, l'on constate que le nombre de femmes enceintes séropositives mises sous ARV a sensiblement augmenté depuis 2012 (de 4176 en 2012 à 14466 en 2015), tandis que le nombre estimé d'enfants séropositifs parmi les enfants nés de mères séropositives baisse plus progressivement.

THEME IV : TRAITEMENT

4.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral.

La thérapie antirétrovirale (TARV) a démontré sa capacité à réduire la morbidité et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, et à réduire la transmission du VIH. Ces dernières années, les règles d'éligibilité pour la thérapie antirétrovirale ont été modifiées à plusieurs reprises. Par ailleurs, les règles nationales ne cadrent pas toujours avec les règles mondiales. C'est pourquoi la couverture de la thérapie antirétrovirale a été mesurée de différentes manières, notamment sur base de règles mondiales, nationales ou les deux. Lorsque ces règles sont modifiées pour inclure un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, la couverture mesurée pour le pays considéré diminue.

Au niveau international, le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale sera présenté par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH, afin d'éviter des valeurs multiples pour la couverture de la thérapie antirétrovirale. Ce rapport va mettre également un accent sur les données par rapport à l'ensemble des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale (conformément aux règles de l'OMS de 2013 en la matière).

Approximativement 85 % des personnes vivant avec le VIH sont éligibles pour une thérapie antirétrovirale en vertu des critères 2013 de l'OMS. Les résultats mondiaux font état de plus de 8 millions de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent le traitement antirétroviral en 2011 et les efforts

se poursuivent pour atteindre la cible de 15 millions d'ici 2015. En RDC où le traitement a été introduit en 2002, les besoins demeurent en grande partie insatisfaits. Les résultats des patients sous traitement ARV obtenus au cours de l'année 2015 sont représentés dans les tableaux suivants :

Tableau XXIII : Répartition des cas des personnes vivants avec le VIH ayant eu accès à la TARV par sexe

Sexes	Nombre estimé de PvVIH (adultes et enfants)	Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV	Pourcentage de PvVIH ayant eu accès aux ARV
Masculin	156514	37679	24,0
Féminin	224673	84083	37,4
Total	381187	121762	31,9

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015 et Estimations SPECTRUM 2016

Jusqu'au 31 décembre 2015, près de 32% de personnes vivant avec VIH ont accès au traitement antirétroviral. L'on note, néanmoins, que les femmes sont les plus représentées avec 37,4% contre 24% pour les hommes. Somme toute, l'on est passé de près de 24,3% dans le round passé du GARPR à 32% cette année.

Comme les critères d'éligibilité pour une TARV varient selon les pays, les directives de l'ONUSIDA pour le processus GARPR 2014 recommandent que les rapports nationaux présentent la couverture de la thérapie antirétrovirale pour les adultes et les enfants en pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en lieu et place des PVVIH éligibles. Ceci dans le but de permettre des comparaisons entre pays pour cet indicateur. Le tableau ci-dessous reprend la répartition des malades sous ARV par sexe et par tranche d'âge.

Tableau XXIV : Répartition des cas des PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2015 par sexe et par tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges	Sexes		
		Masculin	Féminin	M & F
Nombre estimé de PvVIH	<15 ans	21305	20840	42145
	15 ans et plus	135209	203833	339042
Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2015	<15 ans	5062	5330	10392
	15 ans et plus	32617	78753	111370
Pourcentage de PvVIH ayant accès aux ARV	<15 ans	23,7%	25,5%	24,6%
	15 ans et plus	24,1%	38,6%	32,8%
	Tout âge	24,0%	37,4%	31,9%

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015 et Estimations SPECTRUM 2016

L'analyse sur base de la répartition par tranches d'âges et par sexes révèle que la tranche d'âge allant de 15 ans et plus a eu un meilleur accès au traitement ARV dans l'ordre de 32,8% (26% dans le GARPR 2015) avec 38,6% chez les femmes et près de 24,1% pour les hommes du même âge. On note aussi que 24,6% (14% dans le GARPR 2015) des enfants ont eu accès au traitement ARV (soit un enfant sur quatre) avec 23,7% chez les jeunes garçons et 25,5% chez les jeunes filles.

Bien que la couverture soit calculée par rapport au nombre total des personnes vivant avec le VIH, en ce qui concerne la RDC, les critères d'éligibilité sont définis à 500 CD4/mm³ en 2015. Les tableaux XXIIIbis et XXIVbis présentent le cas de figure avec les PVVIH éligibles.

Tableau XXIIIbis : Répartition des cas des personnes vivants avec le VIH éligibles au traitement ayant eu accès à la TARV¹⁰

Sexes	Nombre estimé de PvVIH éligibles (adultes et enfants)	Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV	Pourcentage de PvVIH ayant eu accès aux ARV
Total	327362	121762	37,1%

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015 et Estimations SPECTRUM 2016

En prenant en compte les critères d'éligibilité au TARV, près de quatre (37%) personnes vivant avec VIH éligibles au TARV sur dix ont eu accès au traitement antirétroviral. L'on note que l'on est passé de plus de 31,6% dans le round passé du GARPR à 37,1% dans le GARPR 2016, soit une augmentation de plus de 5%. Néanmoins il faut relever qu'il existe encore au sein du pays des disparités dans les critères d'éligibilité.¹¹

Tableau XXIVbis : Répartition des cas des PVVIH éligibles ayant eu accès aux ARV en 2015 par sexe et par tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges	Sexes
		M & F
Nombre estimé de PvVIH éligibles au TARV	<15 ans	21569
	15 ans et plus	305793
Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2015	<15 ans	10392
	15 ans et plus	111370
Pourcentage de PvVIH ayant accès aux ARV	<15 ans	48,1
	15 ans et plus	36,4
	Tout âge	37,1

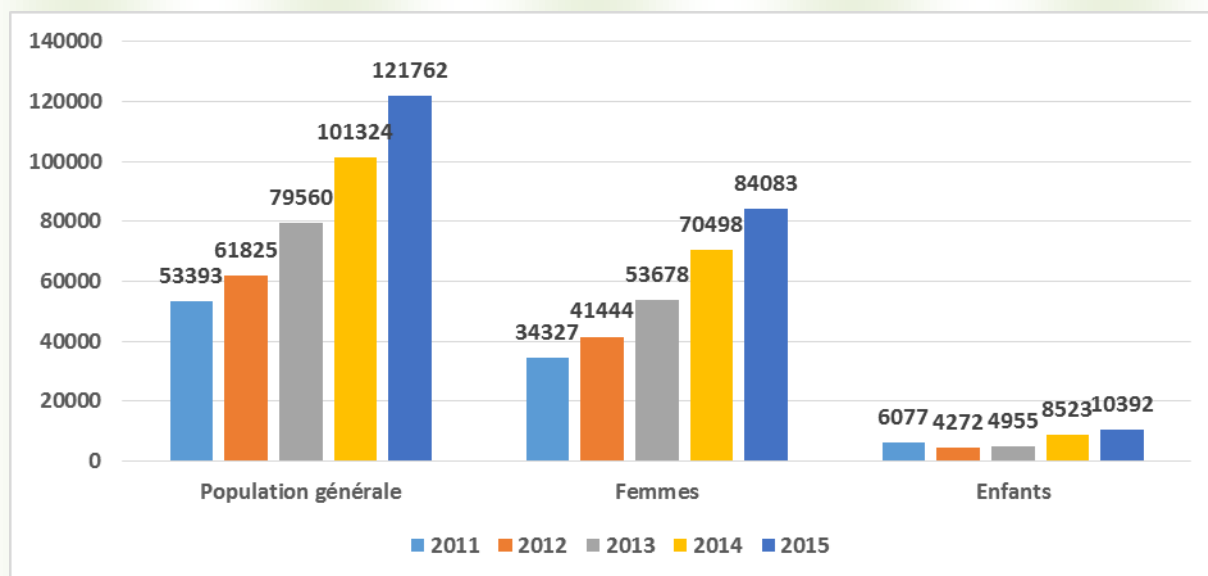
Source : Rapport d'activités PNLS, 2015 et Estimations SPECTRUM 2016

L'analyse sur base de la répartition par tranches d'âges et par sexes révèle que la tranche d'âge de moins de 15 ans a eu un meilleur accès au traitement ARV, avec une augmentation de plus de 15% par rapport au GARPR 2015 (de 32,6% à 48,1%). Chez les plus de 15 ans, l'augmentation est seulement de 5% (de 31,5% 36,4%).

¹⁰ La désagrégation par sexe n'est pas possible parce que la version du SPECTRUM actuel ne désagrège pas la tranche d'âge des moins de 15 ans par sexe

¹¹ Selon le PNLS, l'on met officiellement la PVVIH sous TARV déjà à 500 CD4/mm3

Graphique 4 : Evolution du nombre de patients mis sous traitement antirétroviral de 2011 à 2015



Le graphique ci-haut démontre que le nombre global des patients mis sous ARV, ainsi que le nombre de femmes mises sous ARV, augmentent sensiblement. Mais au niveau des enfants de moins de 15 ans, l'augmentation est moins sensible avec une chute entre 2012 et 2013.

4.2. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.

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 et plus de 12 ans après, l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale.

Le tableau **XXIV** reprend la proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12, 24 et 60 mois après le début du traitement antirétroviral. Jusqu'à présent, le suivi des cohortes des malades sous ARV reste encore à améliorer au niveau national. Cependant, les données disponibles ont été tirées de la base de données sur logiciel TIER.NET du PNLIS qui prend en compte les données de six provinces de la RDC.

Tableau XXV : Proportion des personnes séropositives sous traitement et encore en vie 12, 24 et 60 mois après l'initiation de celui-ci

Paramètres	Mois de mise sous traitement		
	12 mois	24 mois	60 mois
Nombre des PVVIH ayant débuté le traitement 12 24 et 60 mois auparavant (Numérateur)	3415	1726	418
Nombre des PVVIH ayant débuté le traitement 12, 24 et 60 mois auparavant et qui sont toujours en vie (Dénominateur)	3979	2169	530
Décès	352	279	46
Abandon	1	0	0
Perdus de vue	211	145	34
Pourcentage des PvVIH sous traitement qui sont encore en vie	85,8	79,6	78,9

Source: Base de données TIER.NET du PNLIS (données de six provinces de la RDC) pour les années 2009, 2013 et 2014

Au regard de données présentées ci-dessus, il ressort que près de huit personnes vivant avec le VIH sur dix (78,9%) ayant débuté le traitement sont encore en vie 60 mois après le début de leur traitement et que respectivement 85,8% et 79,6% le sont 12 et 24 mois après. Il faut relever que contrairement aux rounds passés du GARPR, les données de ce round sont de plus en plus représentatives au fur et à mesure de l'implémentation du logiciel TIER.NET dans le reste des provinces. Par exemple, la cohorte à 12 mois dans le GARPR 2015 est de 108 patients sous TARV (13 structures appuyées par MSF-Belgique) contre 3979 dans le GARPR 2016 (structures dans six provinces).

THEME V : DEPENSES LIEES AU SIDA

6.1. Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et sources de financement¹²

Le financement de la lutte contre le VIH/Sida en RD Congo 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 constate une amélioration des apports publics qui étaient de 1,4% en 2010. En même temps, le Gouvernement de la République, avec ses moyens limités, multiplie 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.

¹² REDES 2013-2014, novembre 2015

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 reste très faible, en deçà de 30% des besoins exprimés dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014.

En fin de compte, on notera 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.

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

Tableau XXVI : 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 XXVII : 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

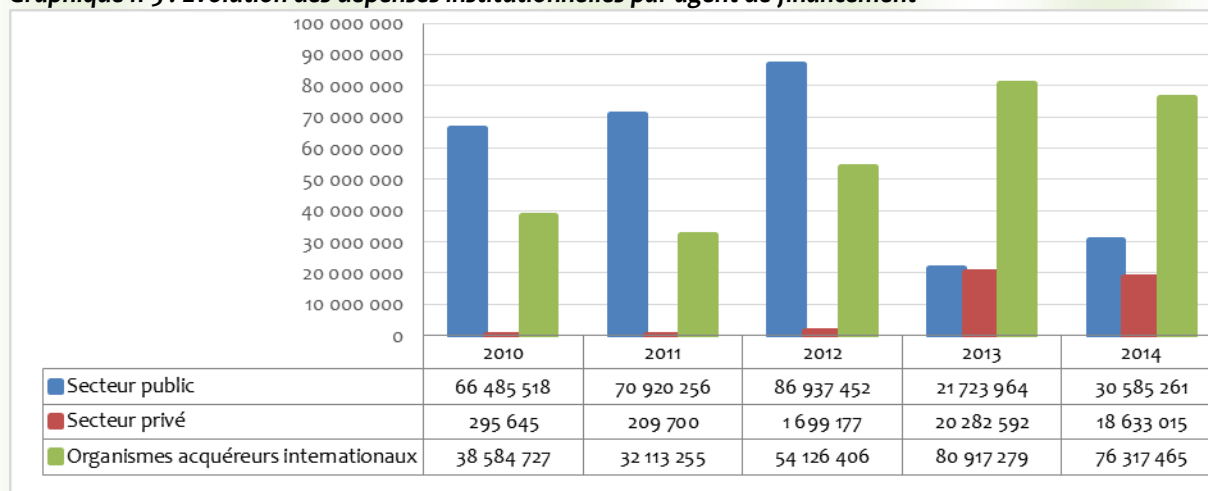
Au niveau des dépenses globales (c'est-à-dire les dépenses ménages comprises), les ménages supportent toujours le poids de la lutte (43,6%).

Tableau XXVIII : 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



THEME VI : LE GENRE

7.1. 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 mois¹³.

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.

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

Tableau XXIX: 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

Tranches d'âges	Fréquences	Effectifs	Proportion (%)
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

***N.B. Il est à signaler la différence avec les données présentées l'année passée. Une erreur s'est glissée dans le round passé (GARPR 2015) où le rapport narratif avait plutôt présenté les données sur les femmes victimes de violences « physiques » exclusivement au lieu des femmes victimes de violences « physiques et/ou sexuelles ».

L'analyse des données présentées dans le tableau ci-haut montre qu'environ plus de cinq femmes âgées de 15 et 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.

¹³ 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.

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).

THEME VII : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

8.1. Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Cet indicateur évalue les progrès dans la réduction des attitudes et politiques discriminatoires. 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 unique (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 répondants aux discriminations qui interviennent au sein d'une institution ; l'autre évalue le distancement social et les comportements induits par des préjugés. D'une manière générale, cet indicateur constitue une mesure de l'ampleur des préjugés et discriminations potentielles induits par le VIH au sein du grand public. Cet indicateur peut améliorer la compréhension des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus adoptant des attitudes discriminatoires, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et (3) 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 :

- a) Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e))
- b) 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 GARPR 2015 recommandent de présenter les réponses « Non », l'EDS 2013-2014 présente plutôt les personnes qui ont répondu « Oui » à cette question.

Tableau XXX 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 vendue par une PVVIH connue.
- De manière générale les camionneurs ont une attitude positive vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. En effet, la grande majorité (96%) avait une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH.

- Environ trois quarts des PS (72,2%) avaient un proche parent ou un ami infecté par le VIH ou qui en était décédé et cela dans toutes les provinces. La grande majorité (97,5%) des PS ont une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH¹⁴.

THEME IX : INTEGRATION DES SYSTEMES DE SANTE

10.1. Assiduité scolaire des orphelins et de non-orphelins âgés de 10-14 ans

Habituellement pris en compte, cet indicateur a été éliminé cette année.

Pour rappel, cet indicateur mesure les progrès réalisés afin d'éviter la défavorisation des enfants rendus orphelins par rapport aux enfants non orphelins en matière de scolarisation. Cet indicateur est divisé en deux parties afin de permettre des comparaisons entre les orphelins et non orphelins :

Partie A : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires.

Partie B : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Chez les adultes, les décès liés au sida surviennent au moment de leur vie où ils sont en train de former une famille et d'élever des enfants. L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue, deux facteurs susceptibles de compromettre les chances d'un enfant de parvenir au terme de sa scolarité et qui peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il importe donc de suivre la mesure dans laquelle les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

L'accès à l'instruction est un droit dont tous les enfants doivent bénéficier sans distinction. Il constitue un élément essentiel de l'action en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV) dans la lutte contre le VIH afin de garantir la non-stigmatisation et la non-discrimination que peuvent subir ces enfants par rapport aux non OEV. A cet effet, un ratio de scolarisation entre orphelins et enfants non orphelins a été calculé pour en mesurer les disparités. Les résultats de ce ratio sont présentés dans le tableau **XXV**

Les données ainsi présentées ont été tirées du rapport EDS II de 2013-2014.

¹⁴ Rapport enquête BSS 2012

Tableau XXXI : Ratio de taux de fréquentation scolaire des orphelins par rapport aux non orphelin par sexe

Sexes	Orphelins			Non orphelins			Ratio Non orphelin/orphelin
	fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	Fréquence	Effectif	Taux de fréquentation	
Masculin	99	127	78,0	4820	5122	94,1	0,8
Féminin	87	124	70,2	4426	4874	90,8	0,7
Ensemble	186	251	74,1	9246	9996	92,4	0,8

Source : Rapport EDS II, 2013-2014

Le ratio entre orphelins et non orphelins étant globalement de 0,8, cela traduit une disparité en matière d'assiduité parmi les enfants âgés de 10-14 ans à l'encontre des enfants orphelins. Le ratio est d'avantage en défaveur des enfants de sexe féminin 0,7 que ceux du sexe masculin 0,8.

L'analyse de ces données fait état d'une stagnation de la situation par rapport aux données du rapport UNGASS 2010 pour lequel un ratio global de 0,77 était noté avec des variations allant de 0,71 parmi les enfants de sexe féminin à 0.82 parmi ceux de sexe masculin.

L'analyse des taux de fréquentation en comparaison entre orphelin et non orphelin illustre d'avantage la situation soit 92,4% chez les non orphelins contre 74,1% chez les orphelins.

10.2. Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois

La maladie et/ou le décès des parents ou des membres du ménage constituent souvent la cause de problèmes économiques en défaveur notamment des OEV compromettant ainsi la protection sociale et mettant en péril l'avenir et la survie de l'enfant. Le renforcement des capacités en termes d'assistance sociale et les aides financières est une modalité pratique pour faire face à cette situation particulière et accroître la chance d'émergence pour les familles les plus pauvres.

Le soutien économique (qui se concentre en particulier sur l'assistance sociale et les aides financières) pour les foyers pauvres affectés par le VIH demeure une priorité première pour bon nombre de programmes de soins et d'accompagnement. Cet indicateur reflète l'engagement international croissant pour une protection sociale tenant compte du VIH. Il part du principe que les foyers devraient constituer le principal élément d'analyse étant donné que de multiples services de soins et d'accompagnement sont dirigés au niveau des foyers. Le suivi de la couverture des foyers où vivent des orphelins et figurant dans le quintile le plus pauvre reste une priorité en matière de développement.

Fort malheureusement, cet indicateur n'a pas été renseigné depuis l'EDS de 2007 et le rapport EDS II de 2013-2013 ne l'a pas pris en compte. La partie « Soins et support aux OEV » qui apparaissait au chapitre 16 de l'EDS 2007 n'a pas été reprise au chapitre 19 de l'EDS 2013-2014.

Néanmoins, il est à noter qu'en 2007, le pourcentage des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien était de 8,3%. En outre, seulement près de deux ménages sur cent avaient bénéficié d'au moins un type de soutien en RDC.

THEME X : VIH ET AUTRES MALADIES

1. Tuberculose

11.1. 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.

La tuberculose (TB) est l'une des causes principales de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de TB ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie en conformité avec les directives nationales et internationales est un facteur essentiel de qualité de vie et de survie chez les personnes vivant avec le VIH. Il est donc important de calculer le pourcentage de personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose qui ont accès à un traitement approprié pour la tuberculose et pour le VIH.

Le tableau ci-dessous présente les malades coinfectés sous traitement antituberculeux et ARV issus du rapport du PNLT en RDC au cours de l'année 2015.

L'OMS calcule les estimations annuelles du nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les estimations des dénominateurs pour l'année 2015, fournies par pays et portant sur la notification et la couverture par la thérapie antirétrovirale, ne seront disponibles qu'au mois d'août 2016. Ainsi, seul le numérateur est disponible.

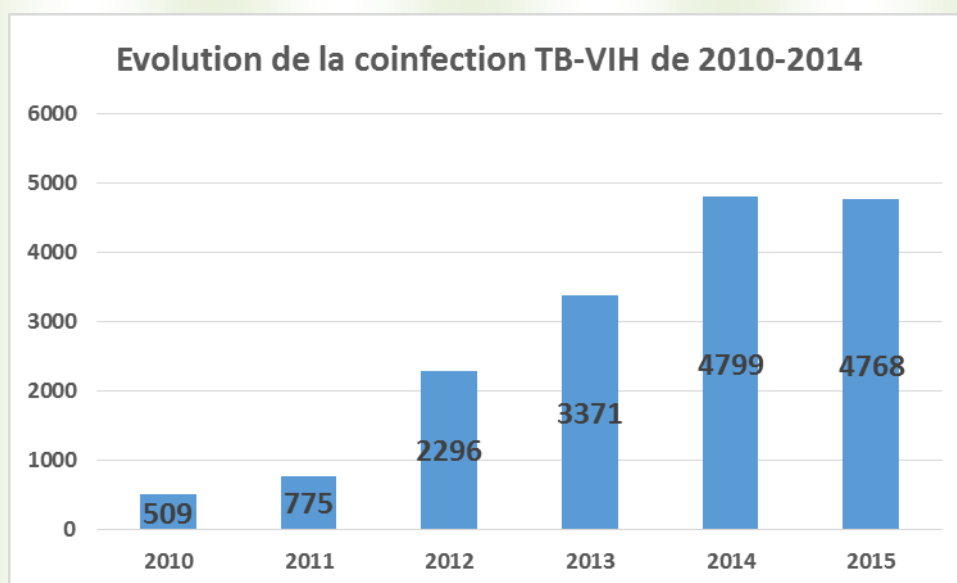
Tableau XXXII Proportion des PvVIH qui présentent en même temps la tuberculose et ayant bénéficié du traitement contre la tuberculose ainsi que des ARV conformément au protocole en 2013.

Paramètres	Valeur
Nombre 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	4768
Nombre estimé de cas de tuberculose associé au VIH	
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	

Source : Rapport d'activités PNLT, 2015

Il ressort ici que 4768 personnes vivant avec le VIH qui présentent une tuberculose et qui ont bénéficié en même temps d'un traitement contre la tuberculose et d'un traitement aux ARV conformément à la politique nationale. En se référant à ce nombre, on constate une nette évolution dans ce domaine depuis 2012, mais une stagnation cette année.

Graphique n°6 : Evolution du nombre des patients présentant une coïnfection TB-VIH de 2010 à 2015



Source : Rapport d'activités du PNLT, 2015

2. Hépatite

Les données sur les liens du VIH avec les hépatites ne sont pas encore assez nombreuses et pour les timides études ayant touché cette problématique, les résultats sont amplement loin du format demandé par les directives GARPR.

Nous espérons qu'avec les directives existantes, les études et recherches futures seront adaptées pour répondre à ce besoin en données.

3. Infections sexuellement transmissibles

11.8. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis

Cet indicateur mesure la couverture des tests de syphilis au niveau des femmes enceintes bénéficiant des services de consultations prénatales.

Tester les femmes pour la syphilis tôt pendant la grossesse est important pour leur propre santé et pour celle du fœtus. En outre, cela contribue au suivi de la qualité des services de consultations prénatales et des services de prévention du VIH en milieu des femmes enceintes. C'est aussi un indicateur phare pour l'élimination de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant.

Les données du tableau ci-dessous proviennent des activités programmatiques rapportées par le PNLS en 2015.

Tableau XXXIII : Pourcentage des femmes enceintes bénéficiant des services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis

Paramètres	Valeur
Nombre de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis	276626
Nombre de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales	874862
Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis	31,6

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015

Les données ci-haut montrent que trois femmes sur dix ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis dans les services de consultations prénatales.

11.9. Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes enceintes arrivant dans les services CPN avec un statut sérologique positif à la syphilis.

Le taux de femmes positives à la syphilis dans les services CPN peut être utilisé pour guider les programmes de prévention des IST et peut permettre de lancer au plus tôt un signal d'alarme sur les changements potentiels dans la transmission au sein de la population générale.

Les données du tableau ci-dessous proviennent des activités programmatiques rapportées par le PNLS en 2015.

Tableau XXXIV : Pourcentage des femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif

Paramètres	Valeur
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	5388
Nombre de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis	276626
Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif	1,9

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015

Les données ci-haut montrent que le taux de séropositivité pour les femmes fréquentant les services CPN est de 1,9%.

11.10. Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques prénatales et porteuses de la syphilis qui ont reçu un traitement

Le traitement des femmes fréquentant les services de CPN et qui sont positives à la syphilis est une mesure directe du programme l'élimination de la transmission mère-à-enfant de programme de la syphilis et des efforts en vue de renforcer la prévention primaire du VIH.

Les données du tableau ci-dessous proviennent des activités programmatiques rapportées par le PNLS en 2015.

Tableau XXXV : Pourcentage des femmes fréquentant des cliniques prénatales et porteuses de la syphilis qui ont fait un traitement

Paramètres	Valeur
Nombre de patientes des cliniques prénatales porteuses de la syphilis qui ont reçu au moins une dose de benzathine benzylpenicilline 2,4 M U.I. IM	2486
Nombre de patientes des cliniques prénatales porteuses de la syphilis	5388
Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques de consultations prénatales et porteuses de la syphilis qui ont reçu un traitement	46,1

Source : Rapport d'activités PNLS, 2015

Les données ci-haut montrent que le taux de traitement des femmes fréquentant les services de CPN et atteintes de syphilis est une sur deux.

ANNEXES

Annexe I : Liste des participants au processus de collecte de données et/ou à la réunion de validation technique

N°	Nom et Prénom	Institution
1	KIBOKO FATUMA	Présidence de la République
2	Liévin KAPEND	PNMLS
3	Bernard BOSSIKY	PNMLS
4	Yves OBOTELA	PNMLS
5	Ben BOLA	PNMLS
6	Edmond K. MAGAZANI	PNMLS
7	Aimé MBOYO	PNMLS
8	Jonathan KAWUNDA	PNMLS
9	Lisa NTUMBA	PNMLS
10	Serge INYONGO	PNMLS
11	Chriss TSHIBAKA	PNMLS
12	Yves IKOBYA	PNMLS
13	Mélia BOSSIKY	PNMLS
14	Papy KAWATA	PNMLS
15	Guy NDONGALA	PNMLS
16	César MOMBUNZA	PNMLS
17	Théo POSHO	PNMLS
18	Jinette KAVIRA	PNMLS
19	Mathieu NZAMBE	PNMLS
20	Nicole KANDE	PNMLS
21	Franck FWAMBA	PNLS
22	Théodore ASSANI	PNLS
23	Felly EKOFO	PNLS
24	José ONYA	PNLS
25	Bijou MANKIANDING	PNLS

N°	Nom et Prénom	Institution
43	KALENGULA MAYANDA	Ministère des Finances
44	Nadine HEMEDI	Ministère du Plan
45	Ben MULUMBA	PMILS
46	Louison BUANGA	PALS
47	Dieudonné TSHITSHI	EGPAF
48	Nana MBONZE	EGPAF
49	Vico KITENGE	CORDAID
50	Abraham LUEMBA	MSF-Belgique
51	Ayse ACMA	MSF-Belgique
52	Bonard KIALA	MSF-Belgique
53	Jicko BONDOLE	ProVIC
54	Didier MPEMBA	RACJ+
55	Steve YOKA	RACJ+
56	Antoine MAFWILA	SANRU
57	KIETO EKIZO	SANRU
58	Dagobert N'TANGU	PSSP
59	Hilaire MBWOLIE	PSSP
60	Lazare MUYANGA	FOSI
61	André NONDO	PNSA
62	Pierrot MABIALA	DISPE/MINAS
63	Teddy MANDAY	USAID-ASSIST
64	Alice MUSHAGALUSA	ASF-PSI
65	Ange MAVULA	UCOP+
66	Rogers Galaxy NGAL.	CDC
67	Léon MOTINGIA	CDC

26	François MPANGA	PNLS
27	Bogol MBOPE	PNLS
28	Gaëtan NSIKU	PNLS
29	Fondacaro TETO	PNLT
30	Louis NYENGELE	PNCNS
31	Herman WEUNDE	PNTS
32	Marc SABA	ONUSIDA
33	Alladji OSSENI	ONUSIDA
34	George BIOCK	PNUD
35	Erick NGOIE	PNUD
36	Delphin ANTWISI	UNFPA
37	Etienne MPOYI	OMS
38	Freddy SALUMU	UNICEF
39	Marie-Josée MUJINGA	Ministère de la Justice
40	Serge TAMUNDELE	Ministère de la Justice
41	Fiston ALOMBA	Ministère des Affaires sociales
42	PHOLO FUTU	Ministère des Affaires sociales

68	Shahul EBRAHIM	CDC
69	WEMO SHEMBO	DGDA
70	Corneille LUKEBANA	Si Jeunesse Savait...
71	Françoise MUKUKU	Si Jeunesse Savait...
72	Rodrigue VIBILA	FEMMES PLUS
73	Deo MPUTU	RIGIAC
74	Benjamin MUMA	Les Bâtisseurs
75	Lys LOMBEYA	OIT
76	Maximilien NKIESOLO	CIELS
77	Gaëtan MUTOMBO	Centre de Jeunes / UNIKIN
78	José KAMBALE	Jeunesse Espoir
79	Pitchou MASINDA	RENADEF