

2014

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

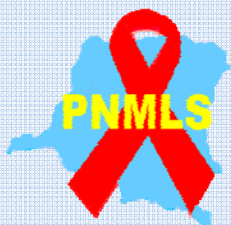


Présidence de la République

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**



Mars 2014

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**

Mars 2014

## PUBLICATION DU PNMLS

### Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

---

*Première édition. Version du 31 mars 2014*

© 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) 81 247 8000 - 995643025 – 898268279 - Fax : (+243) 812618000

Courriel : [contact@pnmls.cd](mailto:contact@pnmls.cd)

[Cn\\_pnmls@yahoo.fr](mailto:Cn_pnmls@yahoo.fr)

Site web: <http://www.pnmls.cd>

## REMERCIEMENTS

Aux membres du Groupe technique de travail :

*Liévin KAPEND, Bernard BOSSIKY, Jean-Pierre KABUAYI, Ben BOLA, Yves OBOTELA, Mélia BOSSIKY, César MOMBUNZA, Matthieu NZAMBE, Papy KAWATA (PNMLS), Franck FWAMBA, Bijou MANKIADING, Felly EKOFO, Gaëtan NSIKU, Bogol MBOPE (Ministère de la Santé Publique /PNLS), Fondacaro TETO (Ministère de la Santé Publique /PNLT), Mamadou L. SAKHO, Christian MOUALA (ONUSIDA), Etienne MPOYI (OMS), Laurent K. KAPUND (UNICEF), Bienvenu NGOMA (SANRU), Arlette MAVILA (ESP), Ange MAVULA (UCOP+), Hilaire MBWOLIE (PSSP), Alphonse MATONDO, Delphin ANTWISI (UNFPA), Elysé ZAMBITE, Denise NDAGANO (ProVIC).*

*Aux professeurs Patrick KAYEMBE et Didine KABA de l'Ecole de Santé Publique, ainsi qu'à Bob MANWANA, pour le travail de relecture du présent rapport avant sa validation ;*

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

*Aux enquêteurs pour l'Indice Composite des Politiques nationales :*

*Serge INYONGO, Yves IKOBYA, Paul KALAGO, Christian BOLUMBA, Jacqueline MULAJ.*

*Et à tous ceux dont la collaboration, les avis et commentaires ont contribué à la production de ce rapport.*

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES .....	1
INTRODUCTION.....	3
MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT.....	4
RECAPITULATIF DES INDICATEURS GARP.....	5
OBJECTIFS.....	5
OBJECTIF 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle ....	5
Tableau I : présentation synthétique de différents indicateurs.....	5
CIBLE 1 : POPULATION GENERALE .....	5
CIBLE 2 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE : .....	6
CIBLE 3 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES.....	7
OBJECTIF 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables .....	8
OBJECTIF 3 : D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida .....	9
OBJECTIF 4 : D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH.....	10
OBJECTIF 5 : D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.....	11
OBJECTIF 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire .....	11
OBJECTIF 7 : Eliminer les inégalités entre les sexes .....	11
OBJECTIF 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination.....	12
OBJECTIF 10 : Renforcer l'intégration des PVVIH .....	12
RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA .....	13
REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015 .....	14

REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES .....	22
ELIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA D'ICI 2015 .....	24
ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH .....	27
REDUIRE DE MOITIE LES DECES LIES A LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH .....	30
ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DEPENSES ANNUELLES MONDIALES (ENTRE 22 ET 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMERICAINS) DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMEDIAIRE...	31
ELIMINER LES INEGALITES LIEES AU GENRE .....	32
ELIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION .....	33
8.1. Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.....	33
Tableau XXXVIII : Répartition des camionneurs qui ont répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question posée .....	34
RENFORCER L'INTEGRATION DU VIH .....	34
APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GARP 2014 .....	37
a) Difficultés rencontrées .....	37
b) Mesures correctives .....	38
ANNEXES .....	39
Annexe I : Liste des participants au processus de collecte de données et à la réunion de validation technique .....	1

## LISTE DES ACRONYMES

<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>BSS</b>	Behavioural Surveillance Survey (Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de Séroprévalence)
<b>CDC</b>	Central of Disease Control
<b>CIELS</b>	Coalition Inter-Entreprises de Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et Sanitaire
<b>ESP</b>	Ecole de Santé Publique
<b>GARP</b>	Global AIDS Response Progress
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
<b>LNR</b>	Laboratoire National de Référence
<b>MICS</b>	Enquête par grappes à indicateurs multiples
<b>MESI</b>	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
<b>OEV</b>	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies contre le Sida
<b>PCR</b>	Xxxxxxxx
<b>PS</b>	Professionnel(le)s de Sexe
<b>PSSP</b>	Progrès Santé sans Prix
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>PEPFAR</b>	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PNCNS</b>	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (Ministère de la Santé Publique)
<b>PNMLS</b>	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>ProVIC</b>	Programme Intégré du VIH au Congo

<b>RDC</b>	République Démocratique du Congo
<b>REDES</b>	Ressources et Dépenses sur le VIH et le Sida
<b>SEN</b>	Secrétariat Exécutif National
<b>S&amp;E</b>	Suivi et Evaluation
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TARV</b>	Traitement antiretroviral
<b>UCOP+</b>	Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH
<b>UNICEF</b>	Fonds des nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session (Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus d'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION

Conformément à la Déclaration de l'Assemblée Spéciale de Nations Unies sur le VIH, en 2001, 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), 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. Cette assemblée a reconnu 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'épidémie<sup>1</sup>.

En 2006, la déclaration de politique sur le VIH et le sida a 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, les autres entités de la société civile, incluant les personnes vivant avec le VIH<sup>2</sup>.

La déclaration de politique sur le VIH de 2011, fondée sur les deux précitées et intitulée « Intensifier les efforts pour éliminer le VIH et le sida », a mis l'accent sur la nécessité de mesurer les efforts de la réponse à l'épidémie en se focalisant sur les cibles connues et selon un chronogramme établi au préalable<sup>3</sup>.

A l'approche de l'échéance des objectifs de Millénaire de développement, les Etats membres ont été responsabilisé de rendre compte chaque année sur l'état d'avancement de progrès réalisés dans la lutte contre le VIH et le sida et cela à partir de l'année 2012.

Cette collecte et la communication des indicateurs jouent un rôle important dans l'évaluation des progrès réalisés. Ces indicateurs permettent aux pays d'évaluer l'état actuel de leur riposte au sida ainsi que les progrès dans la réalisation des objectifs nationaux eu égard au VIH.

Ils contribueront 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 offre également l'occasion de reprogrammer les efforts avec les partenaires au développement, notamment avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il sert de données de référence pour le suivi de performance dans le suivi du nouveau modèle de financement de Fonds mondial.

Ainsi la RDC dans un processus inclusif de ses acteurs engagés dans la lutte contre le VIH et le sida vient d'élaborer son 3<sup>ième</sup> rapport présentant les résultats et des progrès faisant du sida encore une priorité de l'agenda du développement post-2015.

---

<sup>1</sup> ONUSIDA et al, Global Aids Response Progress Reporting, guideline 2014

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Idem

#### **PARTICULARITES**

Pour le présent round du GARP, chaque Etat membre se doit de rapporter sur les dix objectifs de la Déclaration politique de 2011. Ces objectifs visent à (i) réduire de 50% la transmission sexuelle au sein de la population générale, chez les professionnelles de sexe, les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes ; (ii) D'ici 2015, réduire de moitié la transmission parmi les consommateurs des drogues injectables ; (iii) D'ici 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au VIH ; (iv) D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH, (v) D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les PvVIH, (vi) D'ici 2015, réduire le déficit mondial des moyens de riposte au Sida et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible et intermédiaire ; (vii) éliminer les inégalités entre les sexes, (viii) éliminer la stigmatisation et la discrimination, (ix) éliminer les restrictions en matière de déplacement, et (x) renforcer l'intégration des PvVIH. Les données en rapport avec les restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par l'ONUSIDA.

NB : Le problème lié à la fonctionnalité du système national du suivi et de l'évaluation fait que, pour certaines cibles, pourtant identifiées comme populations-clés dans le plan stratégique 2014-2017, il se pose un sérieux problème du captage de l'information au niveau national. Ce phénomène est dû à un déficit national dans la remontée de l'information, comme c'est le cas avec les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

C'est ainsi que dans le présent rapport, les données concernant ces populations sont collectées auprès des organisations qui mènent des activités qui touchent à ces cibles par la stratégie mobile. Toutefois, les données présentées dans ne devront en aucun cas être considérées comme représentatives, elles sont données juste pour refléter une situation spécifique à un groupe de populations dans les sites concernés. Par conséquent, ces données ne peuvent servir pour la comparaison, l'extrapolation ou la généralisation de la situation en RDC, encore moins servir pour générer les tendances.

## **MODALITES PRATIQUES DE REDACTION DU RAPPORT**

Pour répondre aux besoins de l'implication de l'ensemble des secteurs dans la réponse à l'épidémie du VIH et sida, le processus d'élaboration du rapport GARP-RDC 2014 s'est déroulé sous la coordination 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. Ce processus s'inscrit dans la continuité d'un exercice effectif depuis 2005.

Il a obéi aux orientations du niveau global adaptées par la taskforce nationale suivi et évaluation qui a mis en place un groupe technique de travail dont les modalités d'exercice ont été guidé par les termes de référence. 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 le leadership du Département de Suivi et Evaluation (S&E) du PNMLS.

Le groupe de travail mis en place par la task force suivi et évaluation avait pour tâche la collecte des données pour le calcul des indicateurs GARP et la rédaction du rapport final. Ce fait est une innovation majeure par rapport aux processus antérieurs où le groupe de travail a toujours été appuyé par un Consultant national indépendant. La raison de ce fait est l'appropriation de plus en plus grande du processus par les parties prenantes au niveau national.

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 de travail a tenu plusieurs réunions à échéance hebdomadaire dans le souci d'évaluer le degré d'avancement du processus et garantir ainsi son aboutissement qui est sanctionné par la production de ce rapport GARP-RDC 2014.

Le présent processus s'est déroulé grâce au financement de l'ONUSIDA et de l'UNFPA.

## RECAPITULATIF DES INDICATEURS GARP

Le tableau 1 présente les indicateurs nationaux pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida, tels que repris dans le document des directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, édition 2014.

Il reprend la valeur globale (la ventilation par sexe et/ou par tranches d'âge étant reprise dans la section consacrée détaillant les 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 pas partiellement ou totalement d'information.

Tableau 1 : Récapitulatifs des indicateurs GARP de la RDC

### OBJECTIFS

#### OBJECTIF 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Tableau 1 : présentation synthétique de différents indicateurs.

#### CIBLE 1 : POPULATION GENERALE

Les données sur la population générale ne concernent que les femmes car tirées du rapport MICS3. Il n'existe pas une source plus récente qui prend en compte les femmes et les hommes.

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*	Sexes	Pourcentage	Année de collecte	Sources
	F	15,2	2010	MICS 3

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*	F	21,4	2010	MICS 3
---	---	------	------	--------

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*	F	5,7	2010	MICS 3
---	---	-----	------	--------

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	14,9	2010	MICS 3
---	---	------	------	--------

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	13,2	2010	MICS 3
---	---	------	------	--------

\* **Commentaires :** Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente source renseignant ces indicateurs (2010). Malheureusement cette source ne prend en compte que les femmes

	Sexes	Pourcentage	Année de collecte	Sources
1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH**	F	2,8	2011	Rapport de surveillance auprès de femmes enceintes de 2011

\*\* **Commentaires :** Les données fournies ne concernent que les femmes car résultant du rapport sur la surveillance sentinelle de 2011

## CIBLE 2 : PROFESSIONNEL(LE)S DE SEXE :

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.7. Pourcentage de PS touchées par les programmes de prévention**	< 25 ans	66,6%	2012	BSS 2012
	25 ans et plus	70,4%		
	Total	68,7%		

\*\* **Commentaires :** Les données ont été tirées du BSS 2012. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.8. 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. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.9. 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
1.10. 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. Ces données validées par la Taskforce suivi et évaluation renseignent sur la prévalence VIH parmi les femmes PS enquêtées.				

### CIBLE 3 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

Les données portant sur les HSH ne concernent que quelques sites d'intervention de ProVIC dans 5 provinces : Bas Congo, Katanga, Kinshasa, Province Orientale et Sud Kivu.

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.11. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes touchés par les programmes de prévention**	< 25 ans	25,2	2011	Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa, PSSP 2011
	25 ans et plus	17,0		
	Total	20,8		
** Commentaires : les données ont été tirées du Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2011. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation				

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.12. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes ayant déclaré avoir eu des relations avec un partenaire masculin et avoir utilisé le préservatif**	< 25 ans	16,3	2011	Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa
	25 ans et plus	14,5		
	Total	15,3		

**\*\* Commentaires :** les données ont été tirées du Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2011. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.13. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes qui déclarent s'être fait dépister et avoir connaissance de résultats**	< 25 ans	100	2013	Rapport d'activités PSSP 2013
	25 ans et plus	100		
	Total	100		

**\*\* Commentaires :** les données ont été tirées du Rapport d'activités de l'ONG Progrès Santé sans prix pour l'année 2013. Les activités se sont déroulées dans deux provinces (Kinshasa et Bas-Congo). Ces données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
1.14. Pourcentage de hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes qui vivent avec le VIH**	< 25 ans	7,7	2013	Rapport de mise en œuvre 2013 de ProVIC
	25 ans et plus	22,9		
	Total	17,9		

**\*\* Commentaires :** les données ont été tirées du rapport de mise en œuvre du Programme Intégré du VIH au Congo (PROVIC) portant sur ses interventions dans 5 provinces du pays (Kinshasa, Bas-Congo, Katanga, Province Orientale et Sud-Kivu) en 2013. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

## OBJECTIF 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

Les données portant sur les consommateurs de drogues injectables ne concernent que quelques sites d'intervention de ProVIC dans 4 provinces : Bas Congo, Katanga, Kinshasa et Province Orientale.

Paramètres	Total
Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois	4 897
Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays	7 436
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	0,6

**\*\* Commentaires :** les données ont été tirées du rapport d'activités de l'ONG PSSP pour 2013 portant sur ses interventions dans 3 provinces du pays (Kinshasa, Bas-Congo et Province Orientale) en 2013. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
2.5. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui	< 25 ans	0,0	2013	Rapport de

vivent avec le VIH**	25 ans et plus	28,6	mise en œuvre 2013 de ProVIC
	Total	26,7	

\*\* Commentaires : les données ont été tirées du rapport du Programme Intégré du VIH au Congo (PROVIC) portant sur ses interventions dans 3 provinces du pays (Kinshasa, Katanga et Province Orientale) en 2013. Les données ont été validées par la Taskforce suivi et évaluation

### OBJECTIF 3 : D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.1. Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des ARV pour leur traitement**	26,8	2013	Rapport 2013 du PNLs pour le numérateur et estimations SPECTRUM pour le dénominateur
** Commentaires : le numérateur (6910) provient du rapport du PNLs 2013 et le dénominateur des estimations SPECTRUM 2013.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.1a. Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement**	-	-	-
** Commentaires : Cette donnée n'est pas disponible car l'état actuel des outils de collecte ne permet pas de capter cette information.			

	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 **	9,8	2013	Rapport 2013 du LNR pour le numérateur et estimations SPECTRUM 2013 pour le dénominateur
** Commentaires : le numérateur provient du rapport du laboratoire national en matière de lutte contre le VIH et sida 2013 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 des estimations SPECTRUM 2013.			

	Pourcentage	Année de collecte	Sources
3.3. Transmission du VIH de la mère à l'enfant (Modélisation)**	30,5	2013	Estimations SPECTRUM 2013
** Commentaires : les données sont tirées des estimations SPECTRUM 2013.			

**OBJECTIF 4 : D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH**

	Sexes	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte
4.1. Pourcentage d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétroviral, par rapport à la population totale d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH **	M	<15 ans	26,8	2013
		15 ans et Plus	14,5	
	F	<15 ans	47,9	
		15 ans et Plus	21,8	
	Total	<15 ans	7,3	
		15 ans et Plus	18,9	
	Total Général		17,1	
** Commentaires : les données sont tirées du rapport d'activités du Programme National de lutte contre les IST et VIH/sida de l'année 2013. Le dénominateur est le nombre estimé des PVVIH.				

	Sexes	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte
4.1bis. Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont l'accès **	M	<15 ans	11,0	2013
		15 ans et Plus	33,4	
	F	<15 ans	13,0	
		15 ans et Plus	51,0	
	Total	<15 ans	12,0	
		15 ans et Plus	43,7	
	Total Général		37,4	
** Commentaires : les données sont tirées du rapport d'activités du Programme National de lutte contre les IST et VIH/sida de l'année 2013. Le dénominateur est le nombre estimé des PVVIH éligibles à un TARV (avec le taux de CD4 à 350/mm3).				

	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 **	79,4	2012	MSF/Kabinda



**\*\* Commentaires :** les données sont tirées de la base de données du centre de prise en charge MSF/Kabinda pour les années 2007, 2011 et 2012.

## OBJECTIF 5 : D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
5.1. 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 **	18,9	2013	Rapport de mise en œuvre 2013 du PNLT
<b>** Commentaires :</b> Le dénominateur est tiré des estimations du rapport de l'OMS sur le contrôle de la tuberculose pour l'année 2012 faisant état de 25 personnes qui présentent une coïnfection VIH/TB sur 100000 habitants (soit 17598 pour une population de 70 393 473, le numérateur étant de 3243 tiré du rapport PNLT 2013)			

## OBJECTIF 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Indicateur	Valeur	Période de collecte	Source
Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement**	\$ 229 278 486,00	2013	Rapport REDES 2011-2012
<b>** Commentaires :</b> 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.			

## OBJECTIF 7 : Eliminer les inégalités entre les sexes

Indicateur	Tranches d'âges	Pourcentage	Année de collecte	Source
	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 mois **	15-19 ans		
	20-24 ans	64,4		
	25-49 ans	64,9		
	15-49 ans	64,1		
<b>** Commentaires :</b> les données ont été tirées du rapport de l'enquête démographique et santé effectuée en 2007 qui est la source la plus récente qui fournit cette information.				

## OBJECTIF 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination

Indicateur	Pourcentage	Année de collecte	Source
8.1. Attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH **	ND	-	-
** Commentaires : Cette donnée n'est pas disponible dans le format des directives, mais le pays a réalisé plusieurs études qui fournissent des données proches : l'enquête INDEX STIGMA, le BSS 2012, ...			

## OBJECTIF 10 : Renforcer l'intégration des PVVIH

Indicateur	Paramètres	Sexes	Valeurs	Année de collecte	Source
10.1. Assiduité scolaire des orphelins et de non orphelins âgés de 10-14 ans **	Taux de fréquentation orphelins	M	69,7	2010	MICS3
		F	57,9		
		Global	63,3		
	Taux de fréquentation non orphelins	M	87,6		
		F	82,5		
		Global	85,1		
	Ratio orphelin-non orphelin	M	0,8		
		F	0,7		
Global ratio		0,7			
** Commentaires : Ces données sont issues du rapport MICS3 qui est la plus récente source renseignant sur cette information					

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. Le paramètre sur l'assistance scolaire ne peut logiquement que couvrir une année scolaire.				

## 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 GARP 2014 et qui renseigne sur les efforts pays en matière de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/sida jusqu'en 2013.

Les informations sont fournies suivant l'ordre de classification des indicateurs, la séquence des objectifs et les cibles contenus dans le document des directives sur l'élaboration du rapport sur l'état d'avancement de la réponse mondiale au VIH (GARPR) 2014, à savoir : d'ici à 2015 :

- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
  - Cible 1 : Population générale ;
  - Cible 2 : Professionnel(le)s de sexe ;
  - Cible 3 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes.
  
- Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ;
- Eliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ;
- Assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH ;
- Réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- Eliminer les inégalités entre les sexes ;
- Eliminer la discrimination et la stigmatisation ;
- Renforcer l'intégration des PVVIH.

Quant aux indicateurs relatifs aux comportements des HSH et des CDI, les informations générées par la base de données du Programme intégré du VIH/sida au Congo (ProVIC), un projet de l'USAID/PEPFAR, dans 5 provinces du pays, à savoir Kinshasa, Sud Kivu, Bas-Congo, Katanga et Province Orientale, a permis de calculer la proportion de personnes vivant avec le VIH au sein de ces deux cibles, à la différence de la seule Ville Province de Kinshasa prise en compte dans le round du GARP 2012.

Toutefois, 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, les données proviennent de l'enquête comportementale (BSS).

Pour tous les indicateurs dont la source est l'enquête démographique et sanitaire (EDS), les données disponibles sont celles de 2007. Une autre EDS est en cours et le rapport préliminaire est attendu entre fin avril et début mai 2014. Elle permettra d'actualiser les informations sur la riposte, et également la partialité de données pour la population générale, celles disponible ne couvrant que les femmes (Enquête MICS3 de 2010).

# REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI 2015

## 1. La population générale

### 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 comportement<sup>4</sup>.

Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes<sup>5</sup> :

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'enquête MICS3, réalisée en 2010. Malheureusement cette source ne prend en compte que les femmes.

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		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-24 ans
Nombre des jeunes de 15-24 ans interrogés	ND	ND	ND	2685	2733	5418
Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida	ND	ND	ND	357	467	824

<sup>4</sup> Ministère du Plan RDC, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

<sup>5</sup> ONUSIDA et al, Global Aids Response Progress Reporting, guideline 2013

%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.	ND	ND	ND	13,3	17,1	15,2
---	----	----	----	------	------	------

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse du tableau II montre que 15,2% 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. Cette répartition se présente différemment selon les tranches d'âges avec 17,1% dans la tranche d'âge allant de 20-24 ans contre 13,3% 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			Masculin			Féminin			Masculin			Féminin		
	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%
Question n°1	ND	ND		1587	2685	59,1	ND	ND		1880	2733	68,8	ND	ND		3467	5418	64,0
Question n°2	ND	ND		1112	2685	41,4	ND	ND		1364	2733	49,9	ND	ND		2475	5418	45,7
Question n°3	ND	ND		1461	2685	54,4	ND	ND		1659	2733	60,7	ND	ND		3120	5418	57,6
Question n°4	ND	ND		1216	2685	45,3	ND	ND		1334	2733	48,8	ND	ND		2550	5418	47,1
Question n°5	ND	ND		1595	2685	59,4	ND	ND		1689	2733	61,8	ND	ND		3284	5418	60,6
Connaissance approfondie	ND	ND		357	2685	13,3	ND	ND		467	2733	17,1	ND	ND		824	5418	15,2

Source : rapport MICS 3, 2010

Le table III ci-haut montre que 64% 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, 60,6% 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 45,7% 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 pour retarder l'activité sexuelle chez les jeunes femmes et 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 femmes<sup>6</sup>.

Les données qui suivent ont été tirées du rapport MICS3. Malheureusement, cette source ne prend en compte que les femmes.

<sup>6</sup> Ministère du plan, Rapport de l'enquête MICS 3, 2010

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	ND	572	ND	2685	ND	21,3
20-24 ans	ND	585	ND	2733	ND	21,4
15-24 ans	ND	1157	ND	5418	ND	21,4

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données ci-haut présentées dans le tableau font état de 21,4 % des jeunes femmes, dont l'âge varie entre 15 et 24 ans, 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.

### 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. Le rapport de l'enquête MICS3 (qui ne prend en compte que les femmes) est la source d'où sont tirées les données ci-après présentées dans le tableau 5.

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	ND	208	ND	2685	ND	7,7
20-24 ans	ND	186	ND	2733	ND	6,8
25-49 ans	ND	341	ND	7433	ND	4,6
15-49 ans	ND	735	ND	12851	ND	5,7

Source : rapport MICS 3, 2010

Le tableau ci-haut renseigne que 5,7% 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 prédominance des tranches d'âges de 15- 19 ans (7,7%) et 20-24 ans (6,8%) contre celle de 25-49 ans (4,6%).

**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.**

Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels constitue un facteur de risque pour la contraction et la transmission de l'infection à VIH. 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 MICS3.

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	ND	37	ND	208	ND	18,0
20-24 ans	ND	25	ND	186	ND	13,6
25-49 ans	ND	47	ND	341	ND	13,8
<b>15-49 ans</b>	<b>ND</b>	<b>110</b>	<b>ND</b>	<b>735</b>	<b>ND</b>	<b>14,9</b>

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données du tableau ci-haut révèle que seulement 14,9% des femmes âgées de 15-49 ans ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi celles ayant déclaré avoir eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours de 12 derniers mois. La proportion est superposable pour les tranches d'âges de 20 à 24 ans (13,6%) et de 25 à 49 ans (13,8%) contre celle de 15 à 19 ans qui présente le plus grand pourcentage (18%).

**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. Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en place de 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	ND	148	ND	2685	ND	5,5
20-24 ans	ND	355	ND	2733	ND	13,0
25-49 ans	ND	1193	ND	7433	ND	16,1
<b>15-49 ans</b>	<b>ND</b>	<b>1696</b>	<b>ND</b>	<b>12851</b>	<b>ND</b>	<b>13,2</b>

Source : rapport MICS 3, 2010

L'analyse des données révèle que 13,2% des femmes ayant déclaré s'être fait tester au VIH, dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans, reconnaissent avoir connaissance de leurs résultats. On note un peu plus de cas dans la tranche d'âges des femmes allant de 25 à 49ans avec 16,1%, suivie de celle des femmes de 20 à 24 ans (13%) et enfin de celle des femmes de 15 à 19 ans avec 5,5%.

#### 1.6. Pourcentage de jeunes de 15-24 vivant avec le VIH

Dans les pays où l'épidémie du VIH a atteint un niveau généralisé et dont la transmission sexuelle est la voie prépondérante de contamination, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans fournit, indirectement, une estimation des nouveaux cas d'infection par le VIH. Cet indicateur évalue, de ce fait, les progrès réalisés dans la réduction des infections par le VIH.

Le tableau VIII reprend la proportion des jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH. Les données de cet indicateur sont tirées du rapport de la surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale au cours de l'année 2011.

Tableau VIII : Répartition des jeunes âgés de 15-24 ans vivant avec le VIH par tranches d'âges

15-19 ans				20-24 ans				15-24 ans			
Masculin	Féminin			Masculin	Féminin			Masculin	Féminin		
ND	Fréquence	Effectif	%	ND	Fréquence	Effectif	%	ND	Fréquence	Effectif	%
ND	94	3607	2,6	ND	141	4712	3	ND	235	8319	2,8

Source : rapport de surveillance sentinelle au près des femmes qui ont fréquenté les services de CPN, 2011

La prévalence chez les jeunes se révèle être supérieure à 1% dans les différentes tranches d'âges, suggestive d'une épidémie à progression rapide. Globalement près de 3 jeunes sur 100 vivent avec le VIH.



## 2. 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. Les données ont été collectées exclusivement chez les professionnels de sexe féminin.

### 1.7. Pourcentage de PS touché(e)s par les programmes de prévention du VIH

Paramètres	Tranches d'âges		
	<25 ans	25 ans et plus	Total
Pourcentage de PS qui déclarent avoir connaissance d'un site pour le dépistage	61,0%	65,5%	63,5%
Pourcentage de PS qui déclarent avoir eu accès au préservatif le 12 derniers mois	44,8%	48,5%	46,9%
Pourcentage de PS qui déclarent avoir à la fois connaissance d'un site pour le dépistage et eu accès au préservatif les 12 derniers mois	28,9%	32,2%	30,8%
Nombre total de PS ayant participé à l'étude	2847	3701	6548
<b>Pourcentage</b>	<b>43,5</b>	<b>56,5</b>	<b>68,7</b>

Source : Rapport BSS 2013

L'analyse des données du présent tableau, nous renseigne que 68,7% de femmes professionnelles de sexe ont été touchées par le programme dans les sites d'intervention de l'ONG progrès santé sans prix.

### 1.8. Pourcentage de PS qui déclare avoir utilisé le préservatif lors de rapport sexuel avec leur dernier client

Paramètres	Ages		Tout âge
	<25 ans	25 ans et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors de rapport avec leur dernier client	1893	2623	4516
Nombre de PS qui déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors de rapport avec leur dernier client	954	1078	2032
Nombre de PS qui déclarent avoir eu de relation sexuelle payant au cours de 12 derniers mois	2847	3701	6548
<b>Pourcentage</b>	<b>66,5</b>	<b>70,9</b>	<b>69,0</b>

Source : Rapport BSS 2012

Sur base des données ci-haut présentées, il ressort que 7 professionnelles de sexe 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 à près de 71%. Le BSS 2012 renseigne, en outre, que plus le niveau d'instruction est élevé moins le préservatif est utilisé.

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

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
Nombre de PS qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois	1238	2031	3269
Nombre de PS qui déclare n'avoir pas été testé au cours de 12 derniers mois	1609	1670	3279
Nombre de PS déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	1134	1861	2995
Nombre de PS qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois, mais ne connaissant pas leur résultat	104	170	274
<b>Pourcentage</b>	<b>39,8</b>	<b>50,2</b>	<b>45,7</b>

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 testés 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.

### 1.10 Pourcentage de PS qui vivent avec le VIH

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.

## 3. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes

Quoi que prise en compte dans le plan stratégique national 2014-2017 comme faisant parti de populations clés, il en est moins de cas en ce qui concerne les informations sur l'offre et l'utilisation de services de lutte contre le VIH par cette population vulnérable en RDC.

Mais de plus en plus d'acteurs mettent en œuvre des interventions qui touchent cette population clé, c'est le cas de ProVIC (un programme de USAID/PEPFAR) et de l'ONG PSSP qui offre des activités de conseils et dépistage mobiles à ce groupe de population. C'est ainsi que les données présentées, bien que ne devant pas être considérées comme des données d'envergure nationale, montrent néanmoins la tendance auprès de la population exposée aux activités de ces différentes sources.

### 1.11. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les programmes de prévention du VIH

Tableau XIII : Répartition des Hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes touchés par les programmes de prévention selon les tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges		
	<25 ans	25 ans et plus	Total
Nombre de HSH qui déclarent avoir connaissance d'un site pour le dépistage	219	193	412
Nombre de HSH qui déclarent avoir eu accès au préservatif le 12 derniers mois	175	121	296
Nombre de HSH qui déclarent avoir à la fois connaissance d'un site pour le dépistage et eu accès au préservatif les 12 derniers mois	137	106	243
Nombre total de HSH ayant participé à l'étude	543	624	1167
<b>Pourcentage</b>	<b>25,2</b>	<b>17,0</b>	<b>20,8</b>

Source : Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa

Il ressort de l'analyse de données présentées que 20,8% d'hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes étaient touchés par le programme de prévention dans les sites d'intervention de l'organisation Progrès santé sans prix dont près de 25,2% parmi ceux d'âge inférieur à 25 ans et 17% parmi ceux ayant au moins 25 ans d'âge.

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

Tableau XIV : 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	59	77	136
Nombre de HSH qui déclare n'avoir pas utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	302	453	755
Nombre de HSH qui déclarent avoir eu de rapport anal au cours de 6 derniers mois	361	530	891
<b>Pourcentage</b>	<b>16,3</b>	<b>14,5</b>	<b>15,3</b>

Source : Rapport de l'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée chez les HSH de Kinshasa

Ces données nous renseignent que 15,3% d'hommes ayant eu de rapports sexuels avec les hommes ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport anal. Les proportions sont presque superposables dans les deux tranches d'âges.

**1.13. 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.**

L'ONG PSSP a travaillé dans plusieurs sites dans les provinces de Kinshasa et du Bas-Congo. L'approche utilisée pour attirer les HSH au dépistage est l'approche « pairs par les pairs ».<sup>7</sup>

Paramètres	Ages		Tout âge
	>25 ans	25 et plus	
			1
	631	1 148	779
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois			
	0	0	0
Nombre de HSH qui déclare n'avoir pas été testé au cours de 12 derniers mois			
Nombre de HSH déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	631	1 148	1 779
Nombre de HSH qui déclarent avoir été testé au cours de 12 derniers mois, mais ne connaissant pas leur résultat	0	0	0
<b>Pourcentage</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Rapport d'activités PSSP 2013

L'analyse de ces données tirées du rapport d'activités de l'ONG Progrès santé sans prix pour 2013, montre que 100% des HSH ayant déclaré avoir été testés pour le VIH, disent avoir connaissance de leurs résultats.

<sup>7</sup> C'est-à-dire chaque MSM s'amène avec son/ses partenaire(s) et son protecteur. Ils sont tous préparés pour l'activité de dépistage et un cadre (table, chaise, boissons, ...) et un rafraîchissement leur sont offerts pendant l'attente des résultats qui est en moyenne de 15 minutes. L'effort pour mettre à l'aise les MSM et le temps d'attente relativement acceptable lors de ce genre d'activités permettent d'atteindre presque toujours le 100% d'adhésion. Toute personne testée accepte d'attendre le résultat.

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

Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sous épidémique concentrée parmi les populations clés les plus exposées<sup>8</sup>

Les hommes ayant des rapports sexuels faisant parti du groupe de populations clés, il est indispensable de leur adresser des interventions de la prévention pour leur propre protection et celle de la population générale. Pour ce faire la connaissance par eux même de leur statut sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à l'adoption d'un comportement responsable et à la demande de service de prise en charge.

Les données présentées dans le tableau XVI ont été tirées des rapports d'activités 2013 de ProVIC (sites d'interventions dans cinq provinces : Kinshasa, Bas-Congo, Katanga, Province Orientale et Sud Kivu) et de celui de PSSP pour la même période (sites d'interventions dans cinq provinces : Kinshasa, Bas-Congo).

Tableau XVI : 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	89	531	620
Nombre total de HSH qui ont subi un test de dépistage	1156	2314	3470
Pourcentage de HSH qui vivent avec le VIH	7,7	22,9	17,9

Source : Taux de séropositivité issu des rapports d'activités de ProVIC 2013 et de l'ONG PSSP 2013

Les données du tableau XVI montrent que près de deux hommes sur dix ayant des rapports sexuels avec les hommes vivent avec le VIH dans les sites d'intervention de ProVIC en 2013 dont 22,9% parmi ceux ayant 25 ans et plus et un faible pourcentage de 7,7% parmi ceux ayant moins de 25 ans.

### **REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES**

Cet objectif cible une population considérée comme prioritaire dans le plan stratégique national.

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 atteindre le double de 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 pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

<sup>8</sup> ONUSIDA, Directives sur l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida, 2011

Contrairement aux rounds passés où aucune donnée n'était renseignée, 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.

Deux indicateurs ont été renseignés les consommateurs de drogues injectables touchés par les programmes de prévention et sur le taux de séropositivité du VIH dans leur milieu.

### **2.1. Nombre d'aiguilles et de seringues par consommateurs de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues**

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de base des programmes de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

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

Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS) constituent l'un des neuf axes de l'action de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH auprès des consommateurs de drogues injectables.

Ce sont ces programmes qui ont l'impact le plus important sur la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Les preuves scientifiques ne manquent pas pour attester de leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH

Les données ci-dessous proviennent :

- Pour le numérateur, du rapport d'activités de l'ONG PSSP ;
- Pour le dénominateur, des estimations faites dans le rapport d'estimation de la taille d'échantillon des populations clés produit en 2013.

**Tableau XVII : Nombre d'aiguilles et de seringues par consommateurs de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues**

Paramètres	Total
<i>Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois</i>	<b>4 897</b>
<i>Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays</i>	<b>7 436</b>
<i>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</i>	<b>0,6</b>

Source : Taux de séropositivité du rapport d'activités ProVIC, 2013

Les données du tableau XVII montrent que les consommateurs de drogues injectables reçoivent en moyenne moins d'une aiguille et seringue par an.

### **2.5. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH**

Les données ci-dessous sont tirées du rapport 2013 de l'ONG ProVIC. L'échantillon (15 personnes dépistées) n'est malheureusement ni grand, ni représentatif, mais ces résultats peuvent nous donner, en l'absence de quelque autres données, une photographie de la situation en RDC.

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

Paramètres	<25 ans	>25 ans	Total
Nombre de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test de dépistage et dont le résultat est positif	0	4	4
Nombre total de HSH qui ont subi un test de dépistage	1	14	15
Pourcentage de HSH qui vivent avec le VIH	0,0	28,6	26,7

Source : Taux de séropositivité du rapport d'activités ProVIC, 2013

Les données du tableau XVIII montrent que 4 consommateurs de drogues injectables sur les 15 dépistés vivent avec le VIH dans les sites d'intervention de ProVIC en 2013.

## **ELIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA D'ICI 2015**

### **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.\*

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

- Pour le numérateur, du rapport 2013 produits par le Programme National de Lutte contre le VIH/sida et les IST en RDC
- Pour le dénominateur, des estimations sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA pour 2013.

Tableau XIX : répartition de femmes enceintes séropositives ayant eu accès à la PTME selon les régimes

Paramètres		Valeurs
<b>Les femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour leur traitement</b>	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	2 339
	<b>S/total</b>	<b>2 339</b>
<b>Les femmes enceintes séropositives sous option B+</b>		817
<b>Les femmes enceintes séropositives sous option A</b>		3 754
<b>Total</b>		<b>6 910</b>
<b>Les femmes enceintes séropositives ayant reçu la névirapine en simple dose</b>		0
<b>Nombre estimé de femmes enceintes séropositives</b>		<b>25 811</b>
<b>Pourcentage</b>		<b>26,8</b>

Source : rapport d'activité PNLS, 2013

Les données présentées dans le tableau ci-dessus font état de près de 27% des femmes enceintes séropositives qui ont eu accès à un traitement aux ARV pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs enfants (lors du précédent round du GARP, on était à 13,1% ...). De ces femmes, 9,8% ont bénéficié d'un traitement pour leur propre santé.

### **3.1a. Pourcentage de femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants pendant l'allaitement**

Cet indicateur n'a pas pu être renseigné pour cet exercice.

### **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**

La progression rapide du VIH chez l'enfant implique que beaucoup d'enfants exposés (50 %) meurent en bas âge ou dans la première enfance, d'affections infantiles courantes ou d'infections opportunistes que l'on sait prévenir et traiter avant que l'on ne connaisse leur statut sérologique positif au VIH.

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 que des programmes nationaux établissent la capacité à réaliser des tests de dépistage du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines, ou dès que cela est possible afin d'orienter une prise de décision rapide.

Les données ainsi présentées dans le Tableau XIX ci-dessous proviennent :

- Pour le numérateur, du rapport 2013 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 2013.

Tableau XXX : 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	2 541
Nombre estimé de mères séropositives ayant accouché	25 811
<b>Pourcentage estimé d'enfants infectés</b>	<b>9,8</b>

Source : rapport d'activité LNRS, 2013

Les données ci haut présentées, nous renseignent que seulement près de 10 enfants sur 100 qui naissent de mères infectées au VIH ont eu accès à un diagnostic précoce de l'infection à VIH. Autrement dit près de 90 enfants exposés au VIH sur 100 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 GARP où on était à 6%.

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

La voie de contamination verticale de la mère à l'enfant est considérée comme celle par excellence par laquelle se transmet le VIH au nouveau-né.

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 de régimes de prophylaxie et de traitement antirétroviraux et de renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. Il est important d'évaluer l'impact que les interventions de PTME ont sur les nouvelles infections à VIH pédiatriques à travers la transmission mère-enfant<sup>9</sup>

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 au près des femmes ayant fréquenté la CPN dans les sites sentinelles en 2011 sur base du logiciel Spectrum de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXXI : Modélisation de la transmission mère-enfant en 2014

Paramètres	Valeur
Nombre estimé d'enfants infectés au VIH	7 886
Nombre estimé de mères séropositives ayant accouché	25 811
<b>Pourcentage estimé d'enfants infectés</b>	<b>30,5</b>

Source : Estimations Spectrum, 2013

<sup>9</sup> Idem



L'analyse de ces données révèle que 30,5% d'enfants nés de mères séropositives sont infectés de suite de leur exposition (durant la grossesse, pendant l'accouchement ou pendant la période d'allaitement maternel).

## **ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH**

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

La thérapie antirétrovirale (TARV) a démontré sa capacité à réduire la mortalité chez les personnes séropositives et des efforts sont actuellement déployés pour la rendre plus abordable financièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux devrait toujours être dispensé conjointement avec des services plus étendus de soins et d'accompagnement, y compris de conseils pour les soignants qui s'occupent d'un membre de la famille.

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 malades sous traitement ARV obtenus au cours de l'année 2013 sont représentés dans le tableau suivant :

**Tableau XXXII : Répartition d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétroviral en 2013, par rapport à la population totale d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH 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	188 517	24 783	<b>13,1</b>
Féminin	257 528	51 635	<b>20,0</b>
<b>Total</b>	<b>446 046</b>	<b>76 418</b>	<b>17,1</b>

Source : rapport d'activité PNLS, 2013

Jusqu'au 31 décembre 2013, seulement 17,1% de personnes vivant avec VIH ont accès au traitement antirétroviral. L'on note, néanmoins que les femmes sont les plus représentées avec environ 20% contre près de 13,1% pour les hommes.

Comme les critères d'éligibilité pour une TARV varient selon les pays. Les directives de l'ONUSIDA pour le processus GARP 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 PVIH 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 XXXIII : Répartition d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétroviral en 2013, par rapport à la population totale d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH par sexe et par tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges	Sexes		
		Masculin	Féminin	M & F
Nombre estimé de PvVIH	<15 ans	33 683	33 315	66 998
	15 ans et plus	154 834	224 214	379 048
Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2013	<15 ans	2 281	2 645	4 927
	15 ans et plus	22 502	48 990	71 491
Pourcentage de PvVIH ayant accès aux ARV	<15 ans	6,8	7,9	7,3
	15 ans et plus	14,5	21,8	18,9
	Tout âge	13,1	20,0	17,1

Source : rapport d'activité PNLS, 2013

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 18,9% avec 21,8% femmes et 14,5% pour les hommes de même âge. On note, cependant, que seulement 7,3% d'enfants ont eu accès au traitement ARV avec les proportions superposables dans les deux sexes.

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 350 CD4/mm<sup>3</sup> jusqu'en 2014. Les tableaux XIXbis et XXbis présentent le cas de figure avec les PVVIH éligibles selon ce critère.

Tableau XXXII bis : Répartition des cas des personnes vivants avec le VIH éligibles au traitement ayant eu accès à la TARV par sexe

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
Masculin	87 947	24 783	28,2
Féminin	116 389	51 635	44,3
Total	204 316	76 418	37,4

Source : rapport d'activité PNLS, 2013

Tableau XXXIII bis : Répartition des cas des PvVIH éligibles ayant eu accès aux ARV en 2013 par sexe et par tranches d'âges.

Paramètres	Tranches d'âges	Sexes		
		Masculin	Féminin	M & F
Nombre estimé de PvVIH éligibles au TARV	<15 ans	20 588	20 339	40 927
	15 ans et plus	67 359	96 050	163 409
Nombre de PvVIH ayant eu accès aux ARV en 2013	<15 ans	2 281	2 645	4 927
	15 ans et plus	22 502	48 990	71 491
Pourcentage de PvVIH ayant accès aux ARV	<15 ans	11,0	13,0	12,0
	15 ans et plus	33,4	51,0	43,7
	Tout âge	28,2	44,3	37,4

Source : rapport d'activité PNLS, 2013

#### 4.2. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12mois 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 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.

En RDC, la mise en place du premier programme national d'accès aux antirétroviraux a débuté en 2002 et près de 10 ans après l'effectivité de la thérapie antirétrovirale n'est pas encore totale.

Le tableau **XXXIV** 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 du centre MSF/Kabinda de Kinshasa des années 2009, 2010 et 2011 pour renseigner cet indicateur.

Le tableau ci-dessous présente les critères retenus dans l'évaluation de la rétention des malades sous traitement ARV.

**Tableau XXXIV : 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 débutées le traitement 12 mois auparavant	836	900	964
Nombre des PVVIH ayant débutées le traitement 12, 24 et 60 mois auparavant et qui sont toujours en vie	664	749	659
Décès	97	74	155
Abandon	0	0	0
Perdus de vue	77	97	129
<b>Pourcentage des PvVIH sous traitement qui sont encore en vie</b>	<b>79,4</b>	<b>83,2</b>	<b>68,4</b>

Source: base de données du centre de prise en charge MSF/Kabinda pour les années 2007, 2011 et 2012

Au regard de données présentées ci-haut, il ressort que 68,4% de personnes vivant avec le VIH ayant débuté le traitement sont encore en vie 60 mois après le début de leur traitement et que respectivement 79,4% et 83,2% le sont 12 et 24 mois après.

## REDUIRE DE MOITIE LES DECES LIES A LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

### 5.1. 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 mesurer l'accès au traitement approprié (antituberculeux et ARV) par les personnes présentant à la fois l'infection à VIH et atteinte de la Tuberculose pour s'assurer de leur meilleure prise en charge et contrôler la mortalité y relative.

Le tableau ci-dessous présente les malades coinfectés sous traitement antituberculeux et ARV issus de la porte TB en RDC au cours de l'année 2013.

Tableau XXXV : 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	3243
Nombre estimé de cas de tuberculose associé au VIH	17598
Pourcentage	18,4

Source : rapport d'activité PNL, 2013

Il ressort de ces données qu'environ 18% de personnes vivant avec le VIH qui présentent en même temps la tuberculose ont bénéficié d'un traitement contre la tuberculose et d'un traitement aux ARV conformément à la politique nationale. Il y a une nette progression par rapport à 2012 où on était à 12%.

## **ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DEPENSES ANNUELLES MONDIALES (ENTRE 22 ET 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMERICAINS) DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMEDIAIRE**

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

En RDC, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural où environ huit ménages sur dix sont pauvres et milieu urbain où moins de sept ménages sur dix sont pauvres. L'alimentation représente 62,3% des dépenses totales des ménages congolais<sup>10</sup>.

Pour l'année 2012, les dépenses en matière de lutte contre le VIH/sida ont été évaluées à 229 278 486,00 \$ US, soit un accroissement significatif de 20,1% par rapport aux dépenses faites en 2011, mais ceci reste globalement insignifiant par rapport à l'objectif précité. Un montant de 86 515 451,00 \$ US a été dépensé par les ménages et 142 763 035,00 \$ US de dépenses institutionnelles<sup>11</sup>.

L'analyse des dépenses institutionnelles fait état de plus de 140 millions de dollars américains soit 98,10 % en provenance de sources extérieures et privées, avec seulement un peu plus de 2 millions de dollars américains soit 1,9 % comme contribution du Gouvernement, essentiellement orientés vers le renforcement des systèmes et coordination des programmes.

Il apparaît donc clairement que le VIH et le sida ont une influence significative de manière négative sur les économies des ménages en RDC qui, au départ, sont frappés à près de 63% par la pauvreté<sup>12</sup>. Et que la source du financement de la lutte, à l'instar des exercices REDES antérieurs, est extravertie à près de 98% alors que cela ne couvre même pas les prévisions en termes de besoins définis.

En prenant en compte les dépenses des ménages, le budget du PSN a été réalisé à 46% en 2010, 30% en 2011 et à 25% en 2012, le taux de réalisation décroît année après année, parce que les besoins augmentent en échelle croissante par rapport à l'augmentation des dépenses.

L'étude REDES précitée renseigne également que des dépenses institutionnelles, il faut noter que 39% ont été dépensés en faveur de la prévention, 35,7 % en faveur des soins et traitement, 14,2 % en faveur de la gestion et administration de programmes, 3,2% en faveur des OEV alors que les ressources humaines n'ont bénéficié que 4,5%. Il faut, cependant noter que la recherche liée au VIH n'a bénéficié que 0,1 % des dépenses effectuées.

Les dépenses des ménages pour l'année 2012 ont été évaluées à 86 515 451,00 USD et elles supportent essentiellement les soins et traitement, soit 95%. Cela reviendrait-il à dire qu'en termes de proportion, les soins et traitement offerts par les acteurs institutionnels sont encore faibles et que les résultats obtenus sont réellement soutenus par la contribution individuelle de différents ménages ? Il en ressort que les ARV, bien que donnés gratuitement dans une large mesure, les besoins connexes des PVVIH demeurent en réalité pris en charge par elles-mêmes.

Du point de vue des cibles bénéficiaires, 38% des dépenses ont couvert les besoins des personnes vivant avec le VIH, 20,6% pour les autres groupes des populations clés, 15 % pour l'ensemble de la population et 16,4 % \$ dépensés pour les initiatives non ciblées.

L'annexe 1 du présent rapport présente un tableau détaillant les dépenses de la lutte contre le VIH/sida par sources de financement.

<sup>10</sup> Ministère du plan, Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, deuxième génération, 2011-2015.

<sup>11</sup> Source : Rapport REDES 2011-2012

<sup>12</sup> Ministère du Plan, Ibidem

## ELIMINER LES INEGALITES LIEES AU 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 mois<sup>13</sup>.

Globalement, et en particulier en Afrique sub-saharienne, 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. On reconnaît de plus en plus que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection, est façonné par des inégalités omniprésentes et profondes – en particulier la violence à leur encontre. Les études ayant été réalisées dans de nombreux pays indiquent qu'une importante proportion de femmes a subi de la violence, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie.

Les données présentées ci-dessous sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007.

Tableau XXXVI : 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	111	199	55,8
20-24 ans	345	536	64,4
25-49 ans	1230	1896	64,9
15-49 ans	1686	2631	64,1

Source : rapport EDS+, 2007

L'analyse des données présentées dans le tableau ci-haut montre qu'environ 64% des femmes âgées de 15 et 49 ans ont été victime des violences physiques ou sexuelles de la part de leurs maris ou conjoints. La proportion des femmes ayant été victimes de violences est superposable pour les tranches d'âges de 20-24 ans et de 25-49 ans soit respectivement 64.4% et 64.9% alors qu'elle de 55.8% pour la tranche d'âges de 15-19 ans.

<sup>13</sup> 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 mariées ou non. La violence peut intervenir après leur séparation.

Tableau XXXVII: Répartition des femmes âgés de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois selon les types de violences par tranches d'âges

Ages en années	violences physique			violences sexuelles			violences physiques ou sexuelles		
	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%	Fréq.	Eff.	%
15-19	92	199	46,3	72	199	36,2	111	199	55,7
20-24	311	536	58,1	167	536	31,2	345	536	64,4
25-49	1230	1896	64,8	689	1896	36,4	1230	1896	64,8
<b>15-49</b>	<b>1633</b>	<b>2631</b>	<b>62,1</b>	<b>929</b>	<b>2631</b>	<b>35,3</b>	<b>1686</b>	<b>2631</b>	<b>64,1</b>

Source : rapport EDS+, 2007

En prenant en compte la composante type des violences, l'on note que près de 2/3 des femmes ont été victimes des violences physiques avec la proportion la plus considérable parmi les femmes dont l'âge varie entre 25 et 49 ans soit 64.8%, suivi de celles dont l'âge est compris entre 20-24 ans soit 58.1%.

Cependant, on note que plus du tiers des femmes de 15-49 ans ont été victimes des violences sexuelles avec les proportions considérables dans les tranches d'âges de 15-19 ans et de 25-49 ans soit respectivement 36.2% et 36.4%.

## ELIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

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

Ce nouvel indicateur n'a pu être renseigné, vu que les résultats de l'EDS 2013 ne sont pas encore disponibles.

Signalons que le BSS 2012 de la RDC ressort 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 tous les miniers (98%) avaient déjà entendu parler du VIH et parmi eux seulement 28,3% avaient une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH. En effet ces personnes seraient prêtes à travailler avec une personne vivant avec le VIH, et en même temps à partager le repas et voir acheter une nourriture vendu par une PVVIH connue.
- De manière générale les camionneurs ont une attitude positive vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. En effet, la majorité 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 VIH<sup>14</sup>.

Le tableau ci-dessous présente la situation chez les camionneurs selon le BSS 2012. Chaque camionneur devait répondre à la question suivante : « *Si vous saviez qu'un vendeur de nourriture est infecté par le VIH, continueriez-vous à acheter la nourriture chez lui?* ».

**Tableau XXXVIII : Répartition des camionneurs qui ont répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question posée**

Paramètres	Total
Nombre de personnes interrogées ayant répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question posée	908
Nombre total des personnes interrogées ayant entendu parler du VIH	2 033
Pourcentage de personnes interrogées ayant répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question posée	44,7

Source : Rapport de l'enquête BSS 2012

Selon le rapport BSS de 2012, plus de 44% répondent « NON » à la question posée. Ce qui peut pousser à tirer une sonnette d'alarme dans ce groupe de population.

## RENFORCER L'INTEGRATION DU VIH

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

L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue des facteurs susceptibles de compromettre davantage ses chances 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 est donc important de suivre à quel point 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 XXXIX.

Les données ainsi présentées ont été tirées du rapport MICS-2010.

<sup>14</sup> Rapport enquête BSS 2012



Tableau XXXIX : 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	56	81	69,7	2655	3031	87,6	0,8
Féminin	55	95	57,9	2412	2924	82,5	0,7
<b>Ensemble</b>	<b>111</b>	<b>176</b>	<b>63,1</b>	<b>5067</b>	<b>5955</b>	<b>85,1</b>	<b>0,7</b>

Source : rapport MICS 3, 2010

Le ratio entre orphelin et non orphelin étant globalement de 0,7, 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 85,1% chez les non orphelins contre 63,3% 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 suivi de la couverture des foyers où vivent des enfants et au sein des quintiles les plus pauvres reste une priorité en matière de développement.

Les données présentées sont tirées du rapport de l'EDS+ 2007.

Tableau XL : Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois

Paramètres	Valeur
Nombre des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien	35
Nombre des ménages les plus pauvres enquêtés	1666
<b>Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'au moins un type de soutien</b>	<b>2,1</b>

Source : EDS+ 2007

Il ressort de l'analyse de présentes données que seulement près de deux ménages sur cent ont bénéficié d'au moins un type de soutien en RDC.

Tableau XLI : Répartition des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours de trois derniers mois en fonction des types des soutiens reçus.

<i>Types des soutiens</i>	<i>Nombre des ménages</i>	<i>Effectifs de Ménages</i>	<i>Proportion</i>
<b>Soutien médical au cours de 12 derniers mois</b>	<b>12</b>	<b>1666</b>	0,7
<b>Soutien moral au cours de 3 derniers mois</b>	<b>10</b>	<b>1666</b>	0,6
<b>Soutien social/matériel au cours de 3 derniers mois</b>	<b>1</b>	<b>1666</b>	0,1
<b>Assistance pour l'école au cours de 12 derniers mois</b>	<b>14</b>	<b>1666</b>	0,9
<b>Au moins un type de soutien</b>	<b>35</b>	<b>1666</b>	<b>2,1</b>

Source : rapport MICS 3, 2010

En considérant les différents types de soutien aux ménages, il ressort qu'aucun ménage n'a bénéficié de plus d'un soutien ainsi que moins d'un ménage sur cent a bénéficié d'un type spécifique de soutien.

## **APERÇU DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION AU REGARD DE L'ELABORATION DU RAPPORT GARP 2014**

Le processus du GARPR 2014 a été réalisé dans un contexte où le BSS 2012 vient d'être rendu disponible alors que les données de l'Enquête Démographique santé (EDS 2013) ne le sont pas encore car ce processus est en phase d'analyse et de traitement des données.

Cependant, les besoins en informations restent énormes, l'Agenda national de la recherche et des évaluations sur le VIH réalisé en 2010 a permis de mieux coordonner la recherche et de compléter le plan de S&E en ce qui concerne la liste des enquêtes, études, évaluations à organiser pour suivre la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2010-2014. Cependant, il n'a pas été respecté par manque de financement pour la recherche (le rapport REDES le prouve également).

Cependant, il sied de mentionner que de grandes avancées sont connues dans le domaine du Suivi et évaluation :

- α L'élaboration du rapport sur les Modes de transmission 2013 ;
- α L'élaboration du rapport d'estimation de la taille des populations clés 2013 ;
- α La réalisation de l'enquête REDES 2011-2012 ;
- α Le processus de réalisation de la revue du programme VIH en RDC ;
- α L'élaboration du Plan Stratégique National 2014-2017 ; etc.

### **a) Difficultés rencontrées**

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

- α L'instabilité des ressources humaines due essentiellement aux problèmes d'insuffisance dans la motivation des acteurs surtout au sein des structures du secteur public,
- α Le non-alignement et/ou le refus de rendre compte pour certains partenaires ; en outre, le circuit comprenant la collecte, la transmission et le mécanisme de rapportage et de coordination est clairement défini mais il n'est pas toujours respecté par les partenaires ;
- α Les ressources financières allouées au S&E insuffisantes ;
- α La non-fonctionnalité d'une base de données nationale. IL existe une base de données standardisée au niveau de provinces mais n'est toujours pas mise à jour. Celle du niveau central ne fournit pas toute l'information nécessaire pour une prise de décision en temps voulu. Une collecte de données active a été nécessaire pour cet exercice ;
- α L'insuffisance des ressources humaines et matérielles affectées au suivi et Évaluation ;
- α Le faible niveau d'analyse des indicateurs à certains niveaux ;
- α Peu de secteurs ont un plan de suivi et évaluation. Cependant, au niveau du secteur de la santé, un cadre de suivi et évaluation et des outils ont été mis au point pour répondre aux besoins en information au sein de celui-ci. Un effort est fait pour l'intégration des données VIH au SNIS
- α La périodicité de l'EDS qui ne permet pas de renseigner aujourd'hui certains indicateurs.

## **b) Mesures correctives**

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

- α L'amorçage d'un processus d'analyse global du système de suivi évaluation à l'échelle multisectoriel qui reste très faible pour une meilleure fonctionnalité avec l'appui de tous les partenaires ;
- α La capitalisation de l'appui du PEPFAR dans le renforcement du système de gestion de données dans le secteur de la santé, y compris le CDC avec la mise en place du logiciel MESI (Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface) ;
- α Le renforcement du cadre institutionnel ;
- α La mobilisation des ressources en faveur du S&E ;
- α La formation des parties prenantes.

Il importe ici de relever l'importance de :

- α La formation des parties prenantes dans divers domaines du S&E (collecte et analyse des données, surveillance sentinelle du VIH, etc.) et ce, au regard de l'implication des différentes parties prenantes à la fonctionnalité du système ;
- α L'affectation des personnes requises aux fonctions clés (S&E, surveillance du VIH, gestion des données) à différents niveaux du système (sectoriel, provincial, etc.) ;
- α La motivation du personnel ;
- α Enfin, le partenariat en vue de planifier, coordonner et gérer le système de S&E du VIH/SIDA sous forme de revues à tous les niveaux (structures, zones de santé, au niveau provincial et national) avec l'implication de toutes les parties prenantes à chaque niveau dans le but de faciliter l'échange et l'utilisation de l'information.
- α L'harmonisation des outils de collecte et la gestion des données sur les populations clés (HSH, CDI, PS) ;
- α L'extension des interventions sur les populations clés sur l'ensemble du territoire national ;
- α Le Renforcement de la coordination des intervenants en rapport avec les populations clés.

# **ANNEXES**



