

Index de stigmatisation 2.0 des personnes vivant avec le VIH en République Démocratique du Congo

People Living with HIV Stigma Index 2.0 in the Democratic Republic of the Congo

Jack KOKOLOMAMI^{1,*}; Léon SHONGO^{1,3}, Ange MAVULA², Maurice FELO², Dagobert N'TANGU²

¹Département d'Epidémiologie-Biostatistique, Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

²Union Congolaise des Organisations des Personnes Vivant avec le VIH (UCOP+), RD Congo ;

³Laboratoire Interdisciplinaire pour l'Innovation et la Recherche en Santé d'Orléans, Equipe MEDEE (Modélisation et Evaluation de Données Massives en Epidémiologie et Economie de la Santé), Université d'Orléans, France.

RESUME:

La RDC, avec une prévalence du VIH estimée à 1 %, fait face à une forte stigmatisation des PVVIH, en particulier des populations clés (HSH, transgenres, travailleurs du sexe, UDI). L'étude visait à documenter ces expériences et leur impact sur l'accès aux soins. Une enquête transversale nationale a été réalisée en 2025 auprès de 1 150 PVVIH dans cinq provinces, combinant questionnaires électroniques et entretiens qualitatifs. Les données ont été recueillies via l'Index Stigma 2.0 et analysées statistiquement à l'aide du logiciel STATA, R et JAMOVI. L'âge médian des participants était de 35 ans, avec une diversité de genre notable (12,1% transgenres). Sur le plan socio-économique, 37,8% étaient sans emploi et 80% manquaient de moyens pour leurs besoins vitaux. La divulgation du statut VIH restait limitée (52,6%), souvent vécue négativement. La stigmatisation externe se traduisait par l'exclusion sociale (18%), religieuse (12%), des violences verbales (50%) et des divulgations non consenties (48,6 %). La stigmatisation intériorisée était marquée par la honte (56,2 %), la culpabilité (54,8 %), l'isolement (42,4 %) et le renoncement à l'emploi (58,4 %). Sur le plan médical, 96 % étaient sous ARV, mais seulement la moitié étaient certains de la suppression virale, et 20,9 % n'avaient pas réalisé de test de charge virale récent. Les comorbidités les plus fréquentes étaient les maladies non transmissibles (62 %), les IST (53 %) et la tuberculose (34 %). L'étude montre que la stigmatisation, externe et intériorisée, demeure un obstacle majeur à la santé et à l'intégration sociale des PVVIH en RDC. Elle appelle à renforcer le dépistage précoce, la sensibilisation communautaire, la protection des droits des populations clés, le soutien psychosocial et la réduction des inégalités éducatives et économiques.

Mots clés : Index de stigmatisation, Discrimination, Personnes vivant avec le VIH, SIDA, RDC

ABSTRACT :

The Democratic Republic of Congo (DRC), with an HIV prevalence estimated at 1%, faces strong stigma against people living with HIV (PLHIV), particularly among key populations (MSM, transgender people, sex workers, and people who inject drugs). The study aimed to document these experiences and their impact on access to care. A national cross-sectional survey was conducted in 2025 among 1,150 PLHIV across five provinces, combining electronic questionnaires and qualitative interviews. Data were collected using the Stigma Index 2.0 and statistically analyzed with STATA, R, and JAMOVI. The median age of participants was 35 years, with notable gender diversity (12.1% transgender). Socio-economically, 37.8% were unemployed and 80% lacked resources to meet basic needs. Disclosure of HIV status remained limited (52.6%) and often negatively experienced. External stigma manifested through social exclusion (18%), religious exclusion (12%), verbal abuse (50%), and non-consensual disclosure (48.6%). Internalized stigma was marked by shame (56.2%), guilt (54.8%), isolation (42.4%), and withdrawal from employment (58.4%). Medically, 96% were on ART, but only half were certain of viral suppression, and 20.9% had not had a recent viral load test. The most frequent comorbidities were non-communicable diseases (62%), sexually transmitted infections (53%), and tuberculosis (34%). The study shows that stigma, both external and internalized, remains a major barrier to health and social integration of PLHIV in the DRC. It calls for strengthening early testing, community awareness, protection of key populations' rights, psychosocial support, and reduction of educational and economic inequalities.

Keywords: Stigma Index, Discrimination, People Living with HIV, AIDS, DRC

*Adresse des Auteur(s)

Jack KOKOLOMAMI, Département d'Epidémiologie-Biostatistique, Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa ; Kinshasa, RD Congo ;

E-mail : jack.kokolomami@unikin.ac.cd

Tél. : +243 810695990

Léon SHONGO, Département d'Epidémiologie-Biostatistique, Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa, RD Congo & Laboratoire Interdisciplinaire pour l'Innovation et la Recherche en Santé d'Orléans, Equipe MEDEE (Modélisation et Evaluation de Données Massives en Epidémiologie et Economie de la Santé), Université d'Orléans, France ;

Ange MAVULA, Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH (UCOP+), RD Congo ;

Maurice FELO, Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH (UCOP+), RD Congo ;

Dagobert N'TANGU, Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH (UCOP+), RD Congo ;

I. INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC), l'un des plus vastes pays d'Afrique avec une superficie de 1234000 km², fut parmi les premiers pays au monde à déclarer des cas de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) dès 1983, et a mis en place une stratégie globale de prévention [1]. Des travaux scientifiques de qualité ont été menés sur les modes de transmission, l'histoire naturelle de la maladie, les symptômes et les infections opportunistes. Cependant, l'interruption de la coopération internationale dans les années 1990 a privé le pays des ressources nécessaires pour poursuivre ces recherches. La prévalence actuelle du VIH dans la population adulte est estimée à 1,0% [2], avec des variations provinciales importantes : des pics élevés au Haut Uélé et dans les provinces issues de l'ancien Katanga, et des niveaux plus bas dans la capitale et ses environs. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) n'a pas relevé de différence significative entre le milieu urbain (0,9%) et rural (1,0%). Cette prévalence, relativement stable ces dernières années, demeure inférieure à celle observée dans huit des neuf pays voisins. Une enquête menée en 2014 auprès de 1475 PVVIH avait montré que le rapport sexuel hétérosexuel représentait 84,4% des modes de transmission,

Index de stigmatisation (Index Stigmatisation) 2.0 des...

suivi par la transfusion sanguine contaminée (7,1%) et les relations homosexuelles (4%) [3]. Dans ce contexte, la RDC a adopté en 2015 la vision d'éliminer le VIH/SIDA comme problème majeur de santé publique d'ici 2030, et a lancé en 2025 une initiative visant à éliminer la transmission mère-enfant. Les populations clés ont été estimées en 2022 à 315.133 professionnelles du sexe, 124.053 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 110.130 utilisateurs de drogues injectables (UDI) et 56.530 personnes transgenres (TG). Ces groupes rapportent des niveaux élevés de stigmatisation : 20% des professionnelles du sexe, 40% des UDI et 20% des TG ont évité de consulter des soins par peur d'être identifiés, tandis que 42% des HSH ont subi une arrestation policière dans les six mois précédant l'enquête [4]. La RDC est également caractérisée par une population très jeune: 49% ont moins de 15 ans, 56% moins de 18 ans, et seulement 3% ont plus de 65 ans [2]. Les femmes représentent 51% de la population [5], ce qui souligne des besoins spécifiques en matière de protection et d'accès aux services. Sur le plan juridique et social, des avancées notables ont été enregistrées, notamment une loi réprimant les attitudes discriminatoires dans les milieux d'emploi et favorisant la participation des PVVIH à la vie nationale. Le programme national de traitement antirétroviral (TARV) couvre aujourd'hui 78% des PVVIH, renforçant le dépistage et l'accès aux soins. Enfin, les associations de PVVIH, regroupées au sein de l'Union Congolaise des Organisations des PVVIH (UCOP+), jouent un rôle majeur dans le plaidoyer pour les droits et la lutte contre la stigmatisation. Une première enquête sur l'index de stigmatisation menée en 2012 [6] avait déjà révélé des formes variées de discrimination : rejet sexuel (33,8%), manipulation psychologique par le conjoint (26,8%), honte (52,3%), culpabilité (40,4%) et même des envies suicidaires (18,8%). Douze ans plus tard, il était essentiel de reconduire cette enquête afin d'évaluer l'évolution de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH en RDC, en particulier au sein des populations clés, des femmes et des jeunes, et d'analyser leur impact sur l'accès et l'efficacité des soins.

Cette enquête a été menée dans le but de contribuer à une meilleure qualité de vie des PVVIH en RDC, gage d'une plus grande réussite des mesures de prévention et d'atténuation de l'impact négatif de cette pandémie dans le pays.

L'objectif général que poursuit cette recherche est de faire le point sur la situation de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH en RDC. De déterminer la prévalence de la stigmatisation et de la discrimination associées à l'infection à VIH en RDC en 2025, globalement ainsi que dans les groupes particuliers. D'identifier la nature et les différentes manifestations des attitudes stigmatisantes

et discriminatoires associées à l'infection à VIH en RDC de façon générale ainsi que dans les groupes particuliers.

Enfin, de mesurer l'impact de la stigmatisation et la discrimination sur l'offre, l'utilisation, ou l'efficacité des soins et traitements vitaux des PVVIH, particulièrement les ARV.

II. MATERIEL ET METHODES

Cette étude transversale analytique a été menée auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en République Démocratique du Congo. Elle avait une vocation nationale, mais a ciblé cinq des vingt-six provinces du pays, choisies selon des critères de prévalence du VIH, de la disponibilité des services, de la présence d'organisations de PVVIH et de populations clés, de la représentativité des milieux urbains et ruraux, ainsi que de l'accessibilité géographique et sécuritaire. Les provinces retenues étaient le Haut-Uélé, le Haut-Katanga, la Tshuapa, le Kasai Oriental et la ville-Province de Kinshasa, représentant plus de 55% des PVVIH du pays.

L'échantillon a été constitué en deux étapes : d'abord la sélection des subdivisions administratives infranationales, puis la répartition proportionnelle de l'effectif total entre ces provinces. La taille de l'échantillon a été calculée sur la base d'une prévalence estimée de l'évitement des services de santé de 15,33%, avec un niveau de confiance de 95% et une précision de 5%. Après prise en compte d'un taux de non-réponse de 15%, la taille finale de l'échantillon a été fixée à 1150 PVVIH, dont 350 issues des populations clés. La répartition a tenu compte du poids proportionnel des PVVIH dans chaque province et du niveau d'urbanisation. Deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées : un recrutement basé sur la cartographie des sites de soins, points de distribution communautaires, centres conviviaux et organisations communautaires, ainsi qu'un référencement en chaîne limitée (Respondent Driven Sampling), permettant d'atteindre des bénéficiaires moins visibles ou non suivis.

Le tableau 1 suivant montre la répartition de l'échantillon par subdivision administrative infranationale (SAI) et par catégories d'enquêtés.

Les critères d'inclusion concernaient les adultes PVVIH âgés de 18 ans et plus, au courant de leur statut sérologique depuis au moins 12 mois. La collecte des données a été réalisée par trente enquêteurs, tous PVVIH, encadrés par six superviseurs, sur une période de vingt jours. Chaque enquêteur interrogeait deux à trois personnes par jour, avec des entretiens d'une durée maximale de 90 minutes. Les données ont été recueillies à l'aide du questionnaire Index Stigma 2.0, paramétré dans l'application REDCap [7] sur tablettes, garantissant une saisie électronique sécurisée.

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par SAI et par catégories d'enquêtés

SAI	Poids (%) sur l'ensemble des PVVIH des 5 SAI de l'enquête	Total échantillon du SAI (N)	Répartition des effectifs selon le milieu de vie (N)		Répartition des effectifs entre les populations clés et les autres (N)						
			Urb	Rural	Autres	Pop clés	Répartition des effectifs des populations clés				
							PS	HS	PI	TG	
							%	54,73	21,88	17,51	5,88
Haut Katanga	36,4	419	251	168	319	100		55	22	18	6
Haut Uele	14,2	163	65	98	128	35		19	8	6	2
Kasaï Oriental	5,7	65	26	39	55	10		5	2	2	1
Kinshasa	41,9	482	482	0	282	200		109	44	35	12
Tshuapa	1,7	21	8	13	16	5		2	1	1	0
Total	100	1150	832	318	800	250		190	77	62	21

Urb = urbain Pop = Population

Les 3 enquêteurs et superviseurs ont bénéficié d'une formation spécifique sur l'éthique de la recherche et l'utilisation des outils. Le contrôle de qualité des données reposait sur le paramétrage du questionnaire (sauts logiques et conditionnalités), ainsi que sur la vérification quotidienne par les superviseurs.

Concernant les considérations éthiques ; elles ont été strictement respectées : autorisation du Comité National d'Éthique, obtention d'un consentement éclairé (verbal ou écrit), anonymisation des données par codes uniques, confidentialité des informations et absence de rémunération des participants, hormis un remboursement de transport et une collation. Enfin, les données ont été gérées via REDCap [7], avec stockage sécurisé sur un serveur de Johns Hopkins University [8].

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels NCSS, Stata et R, avec un seuil de signification fixé à 0,05. Les indicateurs calculés incluaient la proportion de PVVIH rapportant des expériences de discrimination, de stigmatisation intériorisée, de protection juridique, ainsi que la divulgation du statut sérologique.

III. RESULTATS

III.1. Sexe et genre des enquêtés

Le tableau 2 suivant donne la répartition des PVVIH selon leur sexe biologique à la naissance et leur genre au moment de l'enquête.

Tableau 2. Répartition des PVVIH selon leur sexe biologique à la naissance et leur genre au moment de l'enquête

Sexe biologique (à la naissance)	Genre au moment de l'enquête				
	Femme	Homme	Transgenre (TG)	Non-binaire (ni Femme, ni Homme, ni Transgenre)	A préféré ne pas répondre à cette question
F	n = 545	500 (91,7 %)	8 (1,5 %)	19 (3,5 %)	3 (0,6 %)
M	n = 513	14 (2,7 %)	370 (72,1 %)	109 (21,2 %)	7 (1,4 %)
Total	n = 1058	514 (48,6 %)	378 (35,7 %)	128 (12,1 %)	10 (0,9 %)

Ce tableau met en évidence que, parmi l'ensemble des participants, 13,1% s'identifiaient à un genre autre que féminin ou masculin (dont 12,1% comme transgenres et 0,9% comme non-binaires), tandis que 2,6% ont préféré ne pas répondre à cette question.

Par ailleurs, parmi les 513 personnes de sexe masculin à la naissance, plus d'un quart ne s'identifiaient plus comme hommes au moment de l'enquête : 2,7% s'identifiaient désormais comme femmes, 21,2% comme transgenres et 1,4% comme non-binaires.

Ces résultats soulignent la diversité des identités de genre au sein des PVVIH enquêtés et mettent en lumière la proportion significative de personnes transgenres (12,1%), qui constituent un groupe particulièrement exposé aux expériences de stigmatisation et de discrimination.

III.2. Age des enquêtés selon le genre actuel

Le tableau III ci-dessous montre une répartition des âges relativement homogène entre les différents groupes de genre, avec un âge médian global de 35 ans et un intervalle interquartile (IIQ) de 18 ans. Les femmes présentent une médiane légèrement plus élevée (36 ans) que les hommes (34 ans), tandis que les personnes transgenres affichent une médiane plus basse (32 ans) et un IIQ plus restreint (11 ans), traduisant une concentration plus marquée autour de la trentaine.

Les personnes non-binaires, bien que peu nombreuses (n=10), se distinguent par une médiane élevée (36 ans) et un IIQ réduit (5 ans), suggérant une relative homogénéité d'âge dans ce sous-groupe. Enfin, les participants ayant préféré ne pas répondre concernant leur genre actuel présentent une médiane de 34 ans et un IIQ de 15,5 ans, proche de la tendance générale.

Index de stigmatisation (Index Stigmatisation) 2.0 des...

Tableau 3. Répartition de l'âge des PVVIH de la RDC ayant participé à l'enquête de l'Index Stigma 2025, selon leur âge

Genre actuel de l'enquêté	Effect	Minim	Maxim	Méd	Intervalle interquartile (IIQ)
Femme	514	18	75	36	20
Homme	375	18	70	34	19
Transgenre	127	20	55	32	11
Non-binaire (ni Femme, ni Homme, ni Transgenre)	10	22	43	36	5
Préfère ne pas répondre	28	20	54	34	15,5
Total	1054	18	75	35	18

Effect = Effectif Minim = Minimum Maxim = Maximum Méd = Médiane

III.3. Temps de vie avec VIH

Les données de la dispersion du temps de vie connu avec le VIH sont présentées au Tableau 4.

Tableau 4. Dispersion du temps de vie connu avec le VIH

Temps de vie (connu) avec le VIH	Valeur pondérée avec le charnières de Tukey	Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
		1,00	2,00	3,00	5,00	8,00	14,00	20,00
				3,00	5,00	8,00		

Ce tableau montre que la moitié des répondants vivaient avec le VIH depuis plus de 5 ans au moment de l'enquête, et que 5 % d'eux savaient qu'ils vivaient avec le VIH depuis plus de 20 ans.

La figure 1 ci-dessous donne la situation désagrégée par genre. L'on y peut voir que le temps médian de vie avec le VIH est de 5 ans pour les PVVIH hommes, femmes et transgenres et de 6 ans pour les non-binaires.

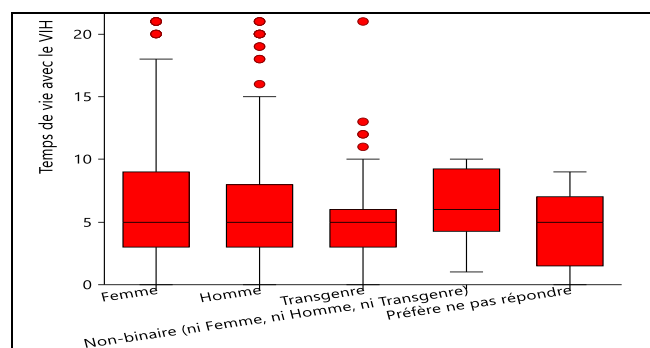


Figure 1. Temps de vie avec le VIH en fonction du genre du répondant

III.4. Niveau d'instruction au moment de l'enquête

Les données sur le niveau d'instruction des répondants au moment de l'enquête sont données à la figure 2 suivante.

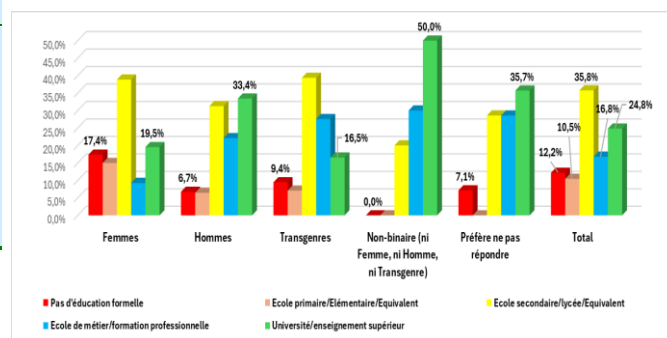


Figure 2. Niveau d'instruction des répondants, en fonction de leur genre

Globalement, 1 répondant sur 4 (24,8 %) avait atteint le niveau d'instruction supérieur ou universitaire. Cette proportion est différente entre les femmes (19,5 %) et les hommes (33,4 %). Pendant ce temps, 12,2 % des répondants n'ont reçu aucune instruction formelle, proportion qui atteint 17,4 % chez les femmes.

III.5. Appartenance à une minorité

La répartition des répondants selon leur appartenance à une minorité (autre que sexuelle) vulnérable est présentée au tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5. Répartition des répondants selon leur appartenance à une minorité (autre que sexuelle) vulnérable

Appartenance à une minorité	Total de répondants	Préfère ne pas répondre	Non	Oui
Fait partie d'une minorité raciale, ethnique ou religieuse	897	43	854	156 (14,8 %)
Fait partie d'un groupe indigène	1011	46	965	45 (4,3 %)
Fait partie de personnes vivant avec un handicap (vue, audition, mobilité, intellectuel, développemental) de tout type (autre que le VIH)	972	33	939	83 (7,9 %)
Fait partie de réfugié(e)s ou demandeurs d'asile	1036	41	995	19 (1,8 %)
Fait partie de travailleurs migrants	1029	34	995	25 (2,4 %)
Fait partie de personnes déplacées internes	1017	40	977	36 (3,4 %)
Fait partie de personnes incarcérées ou en prison	1027	47	980	23 (2,2 %)

Les résultats du tableau 5 indiquent que toutes les minorités recherchées ont été trouvées prévalentes parmi les répondants, la plus représentée étant la minorité ethnique ou religieuse (14,8 %). Le tableau montre également que

certaines répondants ont été interrogés dans des camps de migrants, et même dans les milieux carcéraux. La proportion de PVVIH avec handicap était notable (7,9 %), tandis que celle cumulée des réfugiés et déplacés internes n'atteint pas 5 %. Au total, c'est un peu plus d'un répondant sur cinq (21,9 %) qui appartenait à au moins un de ces groupes minoritaires particulièrement vulnérables. En ce qui concerne l'appartenance à un groupe de soutien ou un réseau de PVVIH, un répondant sur trois n'en faisait pas partie.

III.6. Divulgence du statut VIH positif

La figure 3 ci-contre, montre que la divulgation volontaire du statut VIH a été faite plus fréquemment auprès des conjoints, puis des amis, des enfants, et de l'employeur. Moins d'une PVVIH sur 10 a divulgué son statut sérologique à des personnes appartenant à une catégorie autre que ces 4.

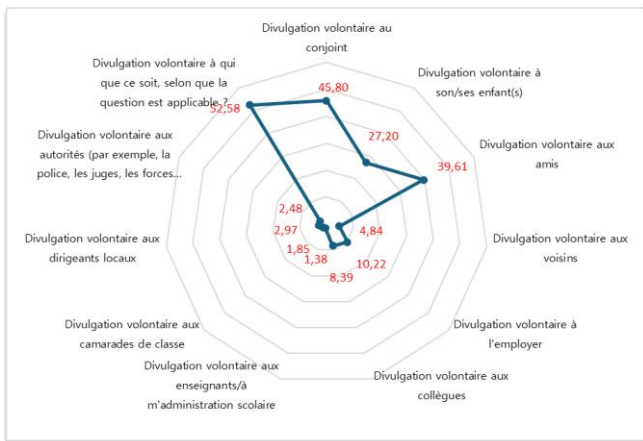


Figure 3. Divulgence volontaire du statut VIH par les répondants : fréquence et catégories des confidentes

III.7. Expérience de stigmatisation/discrimination de la part des tiers

D'après la figure 4 ci-dessous qui traite de l'expérience de la stigmatisation auto-administrée., les remarques discriminatoires ou de commérage sont "expression la plus fréquente d'attitudes de stigmatisation/discrimination en raison du statut VIH positif ; tandis que le rejet au travail est l'expression la moins fréquente. On remarque également qu'une part non négligeable de répondants ont rapporté avoir été exclus des activités sociales (18%) ou religieuses (12%) en raison de leur statut VIH positif.

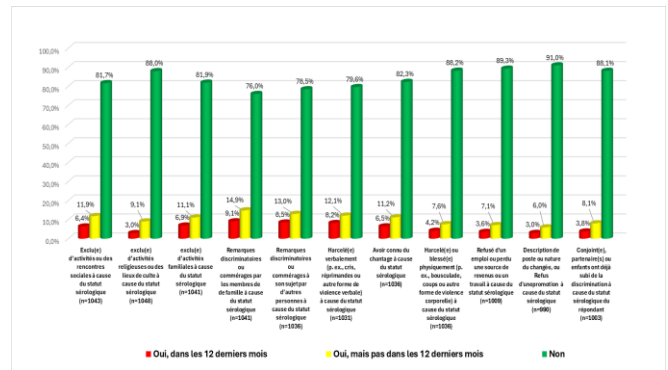


Figure 4. Expérience de stigmatisation et de discrimination ressenties par les PVVIH en raison de leur statut sérologique

Les données recueillies sur l'influence de la séropositivité sur certains facteurs relevant de la vie et des capacités relationnelles des PVVIH sont présentées à la figure 5 suivante.

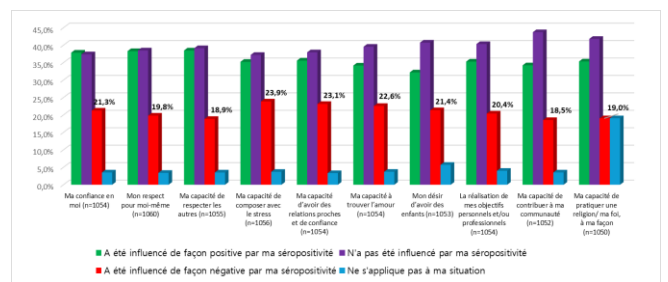


Figure 5. Influence de la séropositivité sur certains facteurs relevant de la vie et des capacités relationnelles des PVVIH.

Cette figure montre que c'est en moyenne 1 répondant sur 5 qui a estimé que le fait d'être séropositif a influencé de façon négative l'une ou l'autre facette de son estime de soi, de ses capacités relationnelles, ou de sa joie de vivre. La gestion positive du stress et la capacité d'entretenir des relations étroites de confiance sont les aspects qui auront été le plus négativement impactés par la séropositivité au VIH.

IV. DISCUSSION

Les résultats de l'Index Stigma 2025 en RDC mettent en lumière plusieurs dimensions critiques de la vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La diversité des identités de genre observée (13,1 % s'identifiant autrement que féminin ou masculin, dont 12,1 % transgenres) confirme que les minorités de genre sont fortement représentées parmi les PVVIH et particulièrement exposées à la stigmatisation. Ces données rejoignent les constats de recherches récentes en Afrique subsaharienne qui montrent que les personnes transgenres et non-binaires sont confrontées à des discriminations accrues dans l'accès aux soins et dans la vie sociale [9,10].

Index de stigmatisation (Index Stigmatisation) 2.0 des...

L'analyse de l'âge des participants révèle une médiane de 35 ans, relativement homogène entre les groupes, traduisant une population majoritairement composée de jeunes adultes. Ce profil démographique s'inscrit dans la continuité des tendances nationales en République Démocratique du Congo, où plus de la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans [11,12]. Cette jeunesse, associée à une durée médiane de vie avec le VIH de cinq ans, met en évidence la nécessité de renforcer les stratégies de dépistage précoce et d'assurer un suivi longitudinal rigoureux, afin de limiter les complications et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

L'adoption de la technologie numérique a entraîné de nombreux changements dans l'éducation et l'apprentissage, il reste pourtant discutable de savoir si la technologie a transformé l'éducation Comme beaucoup le prétendent. L'application de la technologie numérique varie selon la communauté et Niveau socio-économique, selon la volonté et la préparation des enseignants, selon le niveau d'éducation et par revenu du pays. Sauf dans les pays les plus avancés technologiquement, Les ordinateurs et appareils ne sont pas utilisés à grande échelle en classe. De plus, les preuves sont mitigées quant à son impact. Les coûts à court et long terme de l'utilisation du numérique La technologie semble être largement sous-estimée. Les plus défavorisés on leur refuse généralement la possibilité de bénéficier. Sur le plan socio-économique, les disparités éducatives sont notables : seuls 19,5 % des femmes ont atteint le niveau supérieur contre 33,4 % des hommes, ce qui reflète les inégalités structurelles d'accès à l'éducation en RDC [13]. De plus, 21,9 % des répondants appartiennent à des groupes minoritaires vulnérables (réfugiés, déplacés, personnes handicapées, minorités ethniques ou religieuses), confirmant que la stigmatisation se cumule avec d'autres formes de marginalisation [14,15].

La divulgation du statut VIH reste limitée : seuls 52,6 % des répondants l'ont révélé à au moins une personne, principalement aux conjoints et amis. La divulgation aux enfants, employeurs, collègues ou autorités est marginale, ce qui traduit une peur persistante des conséquences sociales et professionnelles [3,9]. Ces résultats corroborent des études menées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale qui montrent que la crainte de rejet et de discrimination freine la divulgation [16].

La stigmatisation externe se manifeste surtout par des remarques discriminatoires, des commérages et des exclusions sociales ou religieuses. Ces formes de rejet, bien que moins visibles que le licenciement ou le refus de soins, ont un impact profond sur la santé mentale et l'intégration sociale [17]. La stigmatisation intériorisée est également marquée : plus de la moitié des répondants ressentent honte

et culpabilité, et beaucoup s'auto-excluent des soins, du soutien social ou du marché de l'emploi. Ces résultats rejoignent les travaux de Kraemer et collaborateurs [18], qui montrent que l'intériorisation de la stigmatisation est un facteur majeur de dépression et de non-observance thérapeutique.

Concernant les interactions avec les services de santé, le dépistage n'a été volontaire que pour 60 % des répondants, tandis que 24 % ont appris leur statut après coup et 13 % ont subi pression ou imposition. Ces pratiques non consensuelles sont contraires aux recommandations internationales [9,11] et peuvent accentuer la méfiance envers les services de santé. Les raisons du dépistage sont majoritairement liées à une demande du prestataire (63 %), ce qui montre que l'initiative personnelle reste faible. La peur du regard des autres explique les hésitations à se faire tester, confirmant les observations de Nyblade et al. [19] sur l'impact du stigma communautaire.

Enfin, la mise sous traitement est élevée (96 %), avec une couverture totale chez les transgenres et non-binaires. Ce résultat est encourageant et reflète les progrès du programme national de traitement antirétroviral(20). Toutefois, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination limite l'efficacité globale de la réponse au VIH, comme le soulignent les rapports récents de l'ONUSIDA et du PNUD [5,6].

V. CONCLUSION

L'Index de stigmatisation 2.0 mené en RDC en 2025 révèle que, malgré une couverture thérapeutique élevée (96% sous ARV), la stigmatisation demeure un obstacle majeur à la santé et à l'intégration sociale des PVVIH. La jeunesse de la population étudiée (âge médian 35 ans, durée médiane de vie avec le VIH de 5 ans) souligne l'urgence d'investir dans des stratégies de dépistage précoce et de suivi continu. Les discriminations vécues, qu'elles soient externes (exclusion sociale, divulgation non consentie) ou intériorisées (honte, isolement), compromettent la qualité de vie et l'efficacité des soins. Ces résultats appellent à une mobilisation multisectorielle pour renforcer la sensibilisation, protéger les droits et garantir un accompagnement psychosocial durable.

REFERENCES

1. MINISANTE-RDC. Plan Stratégique de lutte contre le VIH ET LE SIDA: du secteur de la santé [Internet]. 2008. Disponible sur: www.minisanterdc.cd
2. INS, ESP. Enquête Démographique et de Santé (EDS III) — Rapport Final [Internet]. 2025 [cité 26

- juin 2026]. Disponible sur: <https://www.ins.gouv.cd/publications/rapport-eds-iii>
3. UNHCR. Enquête de surveillance comportementale chez les réfugiés et la population. KIBUYE; 2004.
 4. OMS-Afrique. METTRE FIN AU VIH/SIDA D'ICI 2030: VIH/SIDA : CADRE D'ACTION DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS 2016 - 2020 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/552acdf6-2add-4773-acab-5391b5af53d9/content>
 5. ONU Femmes – Afrique. L'Égalité Homme-Femme n'est pas une question de femmes mais aussi une affaire d'hommes. [Internet]. 2026 [cité 26 juin 2026]. République démocratique du Congo. Disponible sur: <https://africa.unwomen.org/fr/where-we-are/west-and-central-africa/democratic-republic-of-congo>
 6. PUND, UCOP U, PNMLS, UNAIDS. Index de Stigmatisation et de Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH [Internet]. 2012 [cité 26 juin 2026]. Disponible sur: <https://files.acquia.undp.org/public/migration/cd/UNDP-CD-rapport-stigma.pdf>
 7. Vanderbilt. REDCap, une application web sécurisée pour la création et la gestion d'enquêtes et de bases de données en ligne. 2026 [cité 26 juin 2026]. Disponible sur: <https://project-redcap.org/>
 8. Johns Hopkins University. Johns Hopkins University. Johns Hopkins University [Internet]. 2026 [cité 26 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.jhu.edu/>
 9. UNAIDS. Social determinants of HIV status and viral load suppression among transgender women in South Africa: a cross-sectional analysis. AIDS Care [Internet]. [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2025.2535471>
 10. Poteat T, Liu Y, Adams D, van der Merwe LLA, Cloete A, Howard LE, et al. Social determinants of HIV status and viral load suppression among transgender women in South Africa: a cross-sectional analysis. AIDS Care. 2025;37(9):1507-20. doi:10.1080/09540121.2025.2535471
 11. WHO. 2022 [cité 27 juin 2026]. Updated Data and Methods for the 2023 UNAIDS HIV Estimates : JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. Disponible sur: https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2024/01011/updated_data_and_methods_for_the_2023_unaids_hiv.1.aspx doi:10.1097/QAI.0000000000003344
 12. Peck ME. Progress Toward UNAIDS Global HIV Pre-Exposure Prophylaxis Targets: CDC-Supported Oral Pre-Exposure Prophylaxis-37 Countries, 2017–2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73. doi:10.15585/mmwr.mm7347a3
 13. Antoninis M, Alcott B, Al Hadheri S, April D, Fouad Barakat B, Barrios Rivera M, et al. Global Education Monitoring Report 2023: Technology in education: A tool on whose terms? Paris, France; 2023 [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: <https://doi.org/10.54676/UZQV8501>
 14. UNDP, UNFPA/UNICEF, WHO. UNDP/UNFPA/UNICEF/ WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Annu Rep [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/807c9f7b-c366-41fe-aa0d-889c63b4d382/content>
 15. Victor A, de França da Silva Teles L, de Carvalho LF, Biagio LD, Argentato PP, Luzia LA, et al. Predictors of inadequate gestational weight gain according to iom recommendations and intergrowth-21st standards: the araraquara cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):579. doi:10.1186/s12884-024-06749-9
 16. Wainaina CW, Sidze EM, Maina BW, Badillo-Amberg I, Anyango HO, Kathoka F, et al. Psychosocial challenges and individual strategies for coping with mental stress among pregnant and postpartum adolescents in Nairobi informal settlements: a qualitative investigation. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):661. doi:10.1186/s12884-021-04128-2
 17. Logie CH, EF Toppe. Longitudinal associations between intersectional stigmas, antiretroviral therapy adherence, and viral load among women living with HIV using multidimensional latent transition item response analysis. Soc Sci Med. 2025;366:117643. doi:10.1016/j.socscimed.2024.117643

18. Kraemer MUG, Tegally H, Pigott DM, Dasgupta A, Sheldon J, Wilkinson E, Schultheiss M, Han A, Oglia M, Marks S, Kanner J, O'Brien K, Dandamudi S, Rader B, Sewalk K, Bento AI, Scarpino SV, de Oliveira T, Bogoch II, Katz R, Brownstein JS. Tracking the 2022 monkeypox outbreak with epidemiological data in real-time. *Lancet Infect Dis.* 2022 (7):941-942. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00359-0
19. Nyblade L, Stockton MA, Saalim K, Rabiou Abu-Ba'are G, Clay S, Chonta M, Dada D, Mankattah E, Vormawor R, Appiah P, Boakye F, Akrong R, Manu A, Gyamerah E, Turner D, Sharma K, Torpey K, Nelson LE. Using a mixed-methods approach to adapt an HIV stigma reduction to address intersectional stigma faced by men who have sex with men in Ghana. *J Int AIDS Soc.* 2022;25 Suppl 1(Suppl 1):e25908. doi: 10.1002/jia2.25908.
20. PNL. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida – PNMLS [Internet]. 2025 [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.pnmls.cd/>