



RAPPORT DE SYNTHÈSE • DEUXIÈME ÉDITION • 2026

BAROMÈTRE DU VIH • SIDA AU GABON



“ Des données aux parcours réels :
mieux comprendre, mieux suivre, mieux agir ”

Dr Éric Arnaud Makita Makita

Président et Fondateur • Gabon Data Dialogues

2026

Baromètre du VIH-SIDA au Gabon

Deuxième édition · 2026

© Gabon Data Dialogues, 2026

Certains droits réservés. Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution — Pas d'Utilisation Commerciale — Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0 ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.fr>). Aux termes de cette licence, vous êtes libre de copier, redistribuer et adapter cette œuvre à des fins non commerciales, sous réserve de la citer de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit pas laisser entendre que Gabon Data Dialogues approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'usage du logo de Gabon Data Dialogues n'est pas autorisé. Si vous adaptez cette œuvre, vous devez diffuser votre contribution sous la même licence ou une licence équivalente.

Citation suggérée. Gabon Data Dialogues. Baromètre du VIH-SIDA au Gabon, deuxième édition. Libreville : Gabon Data Dialogues ; 2026.
Licence : CC BY-NC-SA 4.0.

Sources des données. Les estimations épidémiologiques sont issues de l'ONUSIDA (plateforme AIDInfo, extraction de juin 2026). Les données programmatiques proviennent du Programme national de lutte contre les IST et le VIH-Sida (PNLSIST/VIH), année 2025. Le fond cartographique des provinces est issu de Natural Earth (domaine public).

Matériel de tiers. Si vous souhaitez réutiliser un élément de cette œuvre attribué à un tiers — tableau, figure ou image —, il vous appartient de déterminer si une autorisation est nécessaire et, le cas échéant, de l'obtenir auprès du titulaire des droits. Le risque de réclamation résultant de l'utilisation d'un élément appartenant à un tiers incombe exclusivement à l'utilisateur.

Cartes et délimitations. Les appellations employées et la présentation des données figurant dans cette publication n'expriment aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires ou zones, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les représentations cartographiques sont fournies à titre illustratif.

Responsabilité. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par Gabon Data Dialogues pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Celle-ci est toutefois diffusée sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation des données incombe au lecteur. Gabon Data Dialogues ne saurait être tenu responsable des préjudices résultant de leur utilisation.

Gabon Data Dialogues

Association indépendante de valorisation de la donnée publique — Libreville, Gabon

<https://gabondatadialogues.com> · contact@gabondatadialogues.com

Sommaire

- P. 04 | Introduction
- P. 05 | Rencontre du 26 juin 2026
- P. 06 | Remerciements
- P. 08 | Portage institutionnel et partenaires
- P. 09 | Méthodologie et sources
- P. 11 | Synthèse exécutive — Repères 2024-2025

PARTIE I — Ce que montrent les estimations : une épidémie qui recule

- P. 14 | Prévalence du VIH
- P. 15 | Nouvelles infections et incidence
- P. 17 | Mortalité liée au sida
- P. 18 | La bascule : décès du sida vs vies sauvées par les ARV
- P. 19 | Ratio incidence/prévalence et seuil de contrôle

PARTIE II — Ce que montre le programme : on traite bien, on mesure peu

- P. 21 | Connaissance du statut — 1er 95
- P. 22 | Couverture antirétrovirale — 2e 95
- P. 23 | La dernière marche : le suivi virologique
- P. 24 | L'extension nécessaire

PARTIE III — Ce que cachent les moyennes : les écarts qui décident du contrôle

- P. 26 | Prévalence par sexe
- P. 27 | Couverture antirétrovirale par sexe
- P. 28 | Enfants 0-14 ans : un retard concentré au diagnostic
- P. 29 | Jeunes 15-24 ans : une cible prioritaire de prévention
- P. 31 | 50 ans et plus : le vieillissement des personnes vivant avec le VIH
- P. 32 | Couverture antirétrovirale par province
- P. 34 | Dépistage et traitement pendant la grossesse
- P. 36 | Diagnostic précoce du nourrisson
- P. 37 | Couverture antirétrovirale pédiatrique

PARTIE IV — Orienter l'action à partir des données

- P. 39 | Pilier 1 — Consolider le parcours de soins des personnes vivant avec Le VIH (Priorités 1 à 4)
- P. 41 | Pilier 2 — Protéger la population non infectée (Priorités 5 à 8)

CONCLUSION

- P. 43 | Reculer, puis contrôler

Introduction

Le VIH au Gabon ne se résume pas à une série de chiffres. Derrière la prévalence, les nouvelles infections, les traitements ou la charge virale, se dessine une trajectoire nationale : celle d'une épidémie qui recule, mais qui continue de peser sur les personnes, les familles, les services de santé et les territoires.

C'est pour suivre cette trajectoire que le Baromètre du VIH-SIDA au Gabon a été conçu. Il n'a pas vocation à produire une source supplémentaire de données, ni à se substituer aux dispositifs de suivi existants. Son rôle est de rassembler les informations disponibles — estimations épidémiologiques internationales et données des programmes nationaux —, de les organiser dans le temps et de les rendre lisibles, afin d'éclairer l'action publique, les pratiques professionnelles et le dialogue avec les communautés concernées.

Cette mise en perspective est essentielle. Pris isolément, un indicateur photographie une situation. Suivi d'une année à l'autre, il révèle une dynamique : il permet de distinguer un progrès réel d'une variation ponctuelle, de repérer les points de rupture et de mesurer ce qui reste à accomplir.

Cette deuxième édition suit trois fils d'analyse. Le premier porte sur l'état et la dynamique de l'épidémie : combien de personnes vivent avec le VIH, comment évoluent les nouvelles infections et la mortalité, et dans quelle mesure le pays se rapproche du seuil de contrôle. Le deuxième examine la continuité du parcours de soins à travers la cascade 95-95-95 : diagnostic, traitement antirétroviral et suivi de la charge virale. Le troisième met en lumière les écarts que les moyennes nationales peuvent masquer, selon le sexe, l'âge, la province ou la transmission mère-enfant.

L'enjeu n'est donc pas seulement de constater les progrès accomplis. Il est de comprendre ce qui sépare encore le recul réel de l'épidémie de son contrôle durable. C'est là qu'apparaissent les fragilités persistantes : les personnes encore non diagnostiquées, les ruptures dans le suivi virologique, les écarts entre populations et territoires, ou encore les retards qui touchent les enfants. À partir de ces constats, le Baromètre propose des priorités d'action.

En mettant les données en perspective, cette édition entend contribuer à une lecture partagée de la riposte au VIH au Gabon — une lecture utile aux institutions, aux professionnels de santé, aux chercheurs, aux associations et aux communautés concernées.

Comment lire ce rapport

Le rapport suit une progression volontairement simple : partir des grands repères, comprendre la dynamique de l'épidémie, examiner la continuité du parcours de soins, puis identifier les écarts qui conditionnent le contrôle. Après la synthèse 2024-2025 et le rappel méthodologique, la Partie I analyse l'état de l'épidémie et son évolution de long terme. La Partie II suit la cascade 95-95-95, du diagnostic au traitement puis au suivi virologique. La Partie III met en lumière les écarts que les moyennes nationales peuvent masquer. La Partie IV traduit enfin ces constats en priorités d'action.

Rencontre du 26 juin 2026

La deuxième édition du Baromètre du VIH-SIDA au Gabon a été présentée le 26 juin 2026 à Libreville, à l'**Institut des Maladies Infectieuses Professeur Daniel Gahouma (IMIPDG)**. Portée par **Gabon Data Dialogues** — association indépendante gabonaise qui transforme la donnée publique en levier de décision —, en partenariat avec l'**Association des Acteurs de la e-Santé du Gabon (AeSGabon)** et avec l'appui du **PNLSIST/VIH**, cette rencontre a réuni institutions publiques, professionnels de santé, chercheurs, associations et personnes vivant avec le VIH autour d'une même ambition : mettre les données au service de l'action. L'appui du **PNLSIST/VIH** a notamment permis de mobiliser les données de programme utilisées dans ce rapport.

Une rencontre placée sous le signe du dialogue institutionnel

En l'absence de Madame la Ministre de la Santé, **Professeure Elsa N'KANA Joséphine AYO épouse BIVIGOU**, l'ouverture a été assurée par le Professeur **François ONDO NDONG**, Président du Conseil d'administration de l'**IMIPDG**. La clôture officielle a été prononcée par le **Dr Élise EYANG OBAME**, Secrétaire Générale Adjointe du ministère de la Santé, qui représentait Madame la Ministre. Ces interventions ont inscrit la rencontre dans une dynamique de dialogue entre institutions, expertise scientifique et acteurs de terrain.

Des données pour éclairer la riposte

Le cadre de la rencontre a été introduit par M. **Ghislain MEFANE ANGO**, Président de l'**AeSGabon**. Les principaux résultats du Baromètre ont ensuite été présentés par le **Dr Éric Arnaud MAKITA MAKITA**, Président et Fondateur de **Gabon Data Dialogues**, et le **Dr Raïssa Inès OKOUYI NDONG ASSAPI**, Directrice du **PNLSIST/VIH**. Leur intervention a permis de replacer les indicateurs dans une trajectoire plus large : celle des progrès accomplis, des écarts persistants et des priorités à consolider.

Des apports scientifiques pour approfondir l'analyse

Les échanges ont également été enrichis par deux contributions scientifiques issues de travaux publiés sur le VIH au Gabon. Le **Dr Berthold BIVIGOU-MBOUMBA** est revenu sur les enjeux du VIH pédiatrique, du diagnostic précoce et de l'initiation rapide du traitement chez l'enfant. La **Professeure Angélique NDOYI-MBIGUINO** et M. **Guy Francis NZENGUI NZENGUEUI** ont, pour leur part, présenté les enjeux liés aux mutations de résistance et au suivi immuno-virologique. Ces apports ont rappelé l'importance d'un suivi précis, continu et adapté aux réalités cliniques.

Des parcours de vie au cœur de la discussion

Les prises de parole de Mme **Bertille ASSOUMOU**, Mme **Laetitia OGANDAGA** et Mme **Justine ANGUE ZOMO ELLA** ont replacé les parcours de vie au cœur de la discussion. Elles ont rappelé les dimensions familiales, sociales et communautaires de la riposte : l'importance du couple et de la famille, le poids du regard social, mais aussi le rôle décisif du dépistage précoce, de l'acceptation du diagnostic et de l'accès effectif aux traitements.

En croisant les données nationales, les résultats de la recherche et les expériences vécues, la rencontre du 26 juin 2026 a donné tout son sens à l'ambition du Baromètre : faire des données un outil partagé pour mieux comprendre la riposte et mieux orienter l'action.

Remerciements

La deuxième édition du Baromètre du VIH-SIDA au Gabon doit beaucoup aux institutions, aux professionnels de santé, aux chercheurs, aux associations et aux personnes concernées qui ont accompagné sa préparation, sa présentation et les échanges qu'elle a suscités.

Le ministère de la Santé

Nous adressons nos premiers remerciements à Madame la Ministre de la Santé, la **Professeure Elsa N'KANA Joséphine AYO épouse BIVIGOU**, pour son soutien à cette initiative et pour l'attention portée à la valorisation des données de santé publique. Nous remercions également le Dr **Marie Félix Agathe GORRA**, Conseiller Technique en charge des Etablissements Sanitaires, ainsi que le Dr **Élise EYANG OBAME**, Secrétaire Générale Adjointe du ministère de la Santé, qui a représenté Madame la Ministre et accompagné les travaux tout au long de la rencontre.

L'Institut des Maladies Infectieuses Professeur Daniel Gahouma

Nous exprimons notre gratitude à l'**IMIPDG** pour son accueil, et tout particulièrement à sa Directrice Générale, la Professeure **Oswalde Élisabeth LENDOYE SIMOUE**, ainsi qu'au Dr **Junie Chansie ANKELY**. Nous remercions également l'ensemble des équipes de l'Institut, dont la mobilisation a rendu possible l'organisation de cette rencontre.

Les programmes et directions nationales

Nous remercions le Dr **Raïssa Inès OKOUYI NDONG ASSAPI**, Directrice du **PNLSIST/VIH**, pour son accompagnement dans la préparation du Baromètre, son appui à la mobilisation des données de programme et sa participation à la présentation des résultats. Nous saluons également la **Direction Générale de la Prévention du Sida**, représentée par son Directeur Général, M. **Alexis NGUEMA OBAME**, pour sa présence et son intérêt porté aux échanges.

Les partenaires techniques

Nos remerciements vont également à l'**Organisation mondiale de la Santé**, représentée par le Dr **Ghislaine NKONE ASSEKO**, Administrateur national des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, pour son appui et sa contribution aux discussions.

Les contributions scientifiques

Nous remercions les chercheurs dont les travaux ont enrichi l'interprétation des données : le Dr **Berthold BIVIGOU-MBOUMBA**, pour son intervention sur le VIH pédiatrique, le diagnostic précoce et l'initiation rapide du traitement chez l'enfant ; la Professeure **Angélique NDOYI-MBIGUINO** et M. **Guy Francis NZENGUI NZENGUEI**, pour leur présentation des enjeux liés aux mutations de résistance et au suivi immuno-virologique. Leurs contributions ont rappelé combien un suivi précis, continu et adapté aux réalités cliniques est indispensable à la qualité de la riposte.

Les associations et les personnes concernées

Nous remercions Mme **Bertille ASSOUMOU**, présidente de la **Conférence Internationale des Couples**, Mme **Laetitia OGANDAGA**, présidente de l'association **EspéranceVie**, ainsi que Mme **Justine ANGUE ZOMO ELLA**, représentante des personnes vivant avec le VIH au Gabon. Leurs témoignages ont donné aux données

Les médias

Nous remercions les médias qui ont couvert la rencontre et contribué à porter ses enseignements auprès du public, au premier rang desquels **Gabon 1ère**, ainsi que les organes de la presse écrite présents. Leur travail participe pleinement à l'ambition du Baromètre : rendre les données de santé plus accessibles, plus lisibles et plus largement partagées.

Et à toutes celles et ceux qui y ont pris part

Nous adressons enfin notre reconnaissance à l'ensemble des participants — institutions, professionnels de santé, chercheurs, associations et personnes vivant avec le VIH — dont les contributions ont nourri les échanges du 26 juin 2026 et enrichi cette deuxième édition.

Portage institutionnel et partenaires

Deuxième édition du Baromètre du VIH-SIDA au Gabon

INITIATIVE PORTÉE PAR



GABON DATA *DIALOGUES*

Gabon Data Dialogues

EN PARTENARIAT AVEC



Association des Acteurs de la e-Santé du Gabon

AVEC L'APPUI INSTITUTIONNEL ET TECHNIQUE DE



Ministère de la Santé



PNLISIST/VIH-Sida



Institut des Maladies Infectieuses Pr
Daniel Gahouma

AVEC LA CONTRIBUTION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES



Conférence Internationale des Couples



Association Espérance Vie

Cette page présente les institutions et acteurs associés à la présentation de la deuxième édition du Baromètre du VIH-SIDA au Gabon, le 26 juin 2026 à Libreville.

Méthodologie et sources

Le Baromètre du VIH-SIDA au Gabon s'appuie sur une sélection d'indicateurs standardisés, documentés et produits de manière régulière. Ils ont été retenus pour leur capacité à suivre, dans la durée, trois dimensions essentielles de la riposte : l'état de l'épidémie, son évolution et la continuité du parcours de soins des personnes vivant avec le VIH.

L'analyse est d'abord conduite à l'échelle nationale. Elle est ensuite complétée, lorsque les données le permettent, par des lectures différenciées selon le sexe, l'âge et le territoire, avec une attention particulière portée à la transmission mère-enfant. Le rapport privilégie les données les plus récentes pour décrire la situation actuelle et, chaque fois que des séries comparables existent, les replace dans une perspective historique afin de distinguer les variations ponctuelles des tendances durables.

Par rapport à la première édition, cette deuxième édition actualise les principaux indicateurs et élargit le champ d'analyse. Elle intègre notamment le suivi virologique, les disparités provinciales, le diagnostic pédiatrique, le vieillissement des personnes vivant avec le VIH et la prévention de la transmission mère-enfant.

Deux familles de sources

Le rapport mobilise deux familles de sources complémentaires. Elles n'ont pas la même nature, ne couvrent pas les mêmes périodes et ne mesurent pas exactement les mêmes réalités ; elles sont donc rapprochées pour éclairer l'analyse, sans être confondues.

Les estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, issues de la plateforme aidsinfo, couvrent la période 2010-2024. Elles servent à analyser les tendances de long terme — prévalence, nouvelles infections, incidence, mortalité liée au sida — ainsi que les écarts selon le sexe et l'âge. Leur profondeur historique permet de replacer chaque résultat dans une trajectoire. Elles appréhendent l'ensemble de l'épidémie, y compris les personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas encore diagnostiquées.

Les données nationales du PNLSIST/VIH portent sur l'année 2025. Elles documentent la réponse programmatique : le parcours de soins, la cascade 95-95-95, le suivi virologique et les disparités territoriales. Elles rendent compte des personnes effectivement enregistrées, traitées ou suivies par les services de santé.

Les deux registres présentent donc un décalage de temporalité : une série épidémiologique longue arrêtée à 2024 d'un côté, un instantané programmatique 2025 de l'autre. Ce décalage est inhérent aux sources : les données de terrain sont plus récentes que les estimations modélisées. Chaque figure indique donc clairement l'année utilisée. Dans certains cas, les deux registres sont rapprochés, par exemple lorsque des effectifs programmatiques 2025 sont rapportés à des dénominateurs estimés 2024 ; ces situations sont signalées dans le rapport. Cette complémentarité permet de croiser une lecture de l'épidémie dans la population avec une lecture de la réponse effectivement mise en œuvre.

Principe de lecture

Chaque figure précise l'année, la source, l'unité de mesure et la population concernée. Les années de référence peuvent varier d'un indicateur à l'autre, selon le calendrier de production et de consolidation des sources ; cette précision systématique permet de comparer les résultats sans les confondre.

Cette exigence de traçabilité — un chiffre, une source, une année, une unité, une population — garantit la lisibilité des résultats et la prudence dans leur interprétation.

Le Baromètre utilise exclusivement des données agrégées. Il ne traite aucune donnée individuelle et ne contient aucune information permettant d'identifier une personne.

Synthèse exécutive

Repères 2024-2025

L'édition 2024-2025 du Baromètre met en évidence un constat central : l'épidémie recule, mais son contrôle durable n'est pas encore démontré. Pour franchir ce cap, le Gabon devra consolider les progrès observés, étendre la mesure de la charge virale et réduire les écarts que les moyennes nationales peuvent masquer.

Une épidémie qui recule.

Les estimations 2024 confirment une trajectoire favorable : la transmission recule et la mortalité liée au sida a nettement diminué par rapport à ses niveaux les plus élevés. Ces progrès traduisent l'effet combiné de la prévention, du dépistage, de l'accès au traitement et du suivi des personnes vivant avec le VIH. L'épidémie reste toutefois d'une ampleur importante : environ 52 000 personnes vivent encore avec le VIH au Gabon.

52 000 Personnes vivant avec le VIH Estimation nationale · 2024	1 672 Nouvelles infections Estimation annuelle · 2024 · -66 % depuis 1997	1 690 Décès liés au sida Estimation annuelle · 2024 · -40 % depuis 2003
---	---	---

Le ratio incidence/prévalence, qui mesure la vitesse à laquelle l'épidémie se renouvelle, s'établit à 3,20 % en 2024, contre 12,07 % en 2000 — soit une division par près de quatre. Le Gabon se situe désormais tout près du seuil de contrôle fixé à 3,0 %, mais reste encore 0,20 point au-dessus : proche du franchissement, sans l'avoir encore atteint.

Un contrôle qui reste à démontrer.

Le parcours de soins fonctionne jusqu'à la mise sous traitement, mais se resserre à la dernière étape : le suivi de la charge virale. Chez les personnes testées, la suppression virale est très élevée ; la difficulté tient surtout au fait que trop peu de patients traités bénéficient d'une mesure régulière.

35 334 Personnes sous traitement ARV File active ARV · 2025	9 156 Charges virales réalisées 26 % des patients traités · 2025	8 632 Patients en suppression virale 94,3 % des patients testés · 2025
---	--	--

Rapportée à l'ensemble des personnes traitées, la suppression virale n'est documentée que pour 24 % d'entre elles. Le Gabon sait traiter ; il ne mesure pas encore, à l'échelle, l'efficacité réelle des traitements administrés. Or, sans mesure suffisamment large de la charge virale, le contrôle de l'épidémie ne peut pas être démontré. C'est le principal point de rupture de la riposte.

Un contrôle qui se jouera aussi dans les écarts.

Derrière la moyenne nationale, la riposte reste inégale selon le sexe, l'âge et le territoire. Ces écarts ne relèvent pas seulement de l'équité : tant qu'un groupe ou une province demeure en retrait du diagnostic, du traitement ou du suivi, le seuil national restera difficile à atteindre. C'est dans ces écarts que se situent les principaux leviers des prochaines années.

Lecture principale

Le recul de l'épidémie est réel, mais il ne suffit pas encore à placer le pays dans une situation de contrôle durable. Trois chantiers conditionnent ce passage : consolider la baisse de l'incidence, étendre le suivi virologique pour rendre le contrôle mesurable, et réduire les écarts entre populations et territoires. C'est autour de ces enjeux que s'organisent les quatre parties de ce rapport.

Sources : aidsinfo, estimations ONUSIDA 2000-2024 ; données programmatiques PNLSIST/VIH 2025.

PARTIE I

CE QUE MONTRENT LES ESTIMATIONS : UNE ÉPIDÉMIE QUI RECOULE

Tous les voyants de l'épidémie pointent dans le bon sens — sans que le seuil de contrôle soit franchi.

- P. 14 | PRÉVALENCE DU VIH
- P. 15 | NOUVELLES INFECTIONS ET INCIDENCE
- P. 17 | MORTALITÉ LIÉE AU SIDA
- P. 18 | LA BASCULE : DÉCÈS DU SIDA VS VIES SAUVÉES PAR LES ARV
- P. 19 | RATIO INCIDENCE/PRÉVALENCE ET SEUIL DE CONTRÔLE

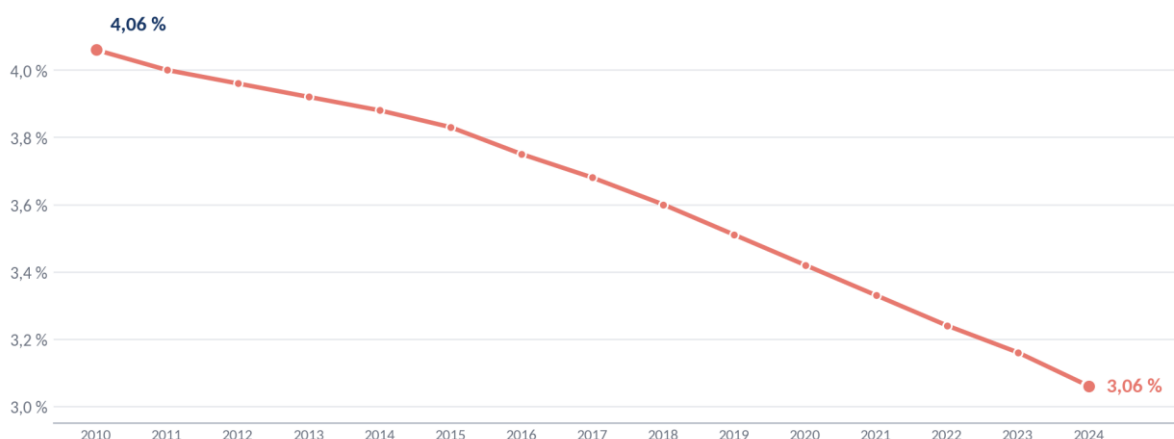
Source de la partie : *aidsinfo*, estimations ONUSIDA 2000-2024.

PRÉVALENCE DU VIH

Depuis 2010, la prévalence du VIH recule de façon continue chez les adultes, avec une baisse qui s'accélère ; elle demeure toutefois supérieure à 3 %.

La prévalence mesure la proportion d'adultes vivant avec le VIH à un moment donné. Elle reflète un équilibre entre les nouvelles infections, la mortalité et la survie prolongée par le traitement.

Figure 1 — Prévalence du VIH chez les adultes (15 ans et plus), 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDInfo — indicateur HIV_PREVALENCE, sous-groupe Adults (15+) estimate. Extraction : juin 2026.

Entre 2010 et 2024, la prévalence estimée chez les adultes de 15 ans et plus est passée de 4,06 % à 3,06 %. Le recul atteint donc un point de pourcentage, soit une baisse relative de 24,6 %. La tendance est continue sur l'ensemble de la période, sans inversion durable, et elle s'accélère : proche de 0,05 point par an au début des années 2010, la baisse annuelle atteint près de 0,10 point en 2024.

Cette baisse doit toutefois être interprétée avec prudence. L'accès au traitement prolonge la survie des personnes vivant avec le VIH et peut, mécaniquement, maintenir la prévalence à un niveau élevé. Le fait qu'elle diminue malgré cet effet suggère donc un ralentissement réel de la transmission.

L'épidémie demeure néanmoins d'une ampleur importante. En 2024, la prévalence reste supérieure à 3 % chez les adultes, et environ 52 000 personnes vivent avec le VIH au Gabon, tous âges confondus. La baisse observée ne réduit donc pas, à elle seule, les besoins de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi : la charge pour le système de santé reste durable.

NOUVELLES INFECTIONS ET INCIDENCE

Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH ont presque été divisées par deux. Rapporté à la population, le recul est encore plus marqué : le risque d'infection est aujourd'hui nettement plus faible, même si l'épidémie continue de produire de nouveaux cas chaque année.

Deux indicateurs permettent de suivre cette dynamique : le nombre annuel de nouvelles infections, qui mesure le volume de transmissions, et l'incidence, qui rapporte ces infections à la population totale. L'incidence permet ainsi d'apprécier l'évolution du risque d'infection, indépendamment de la croissance démographique.

Figure 2 — Nouvelles infections à VIH (tous âges), 2010-2024

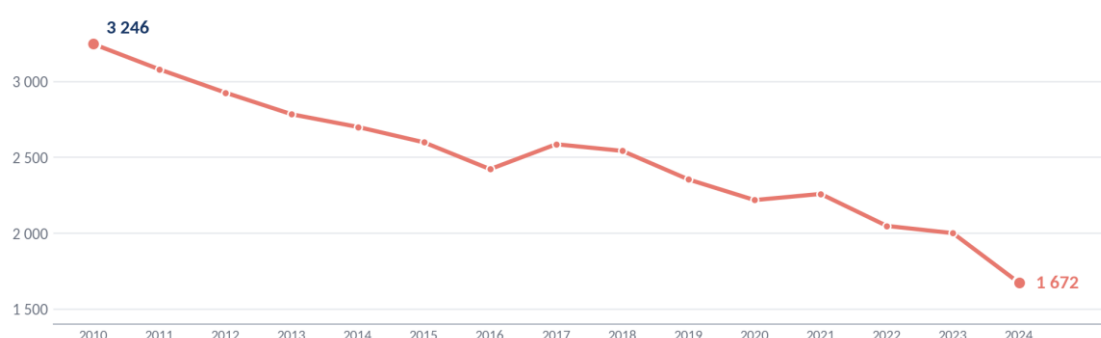
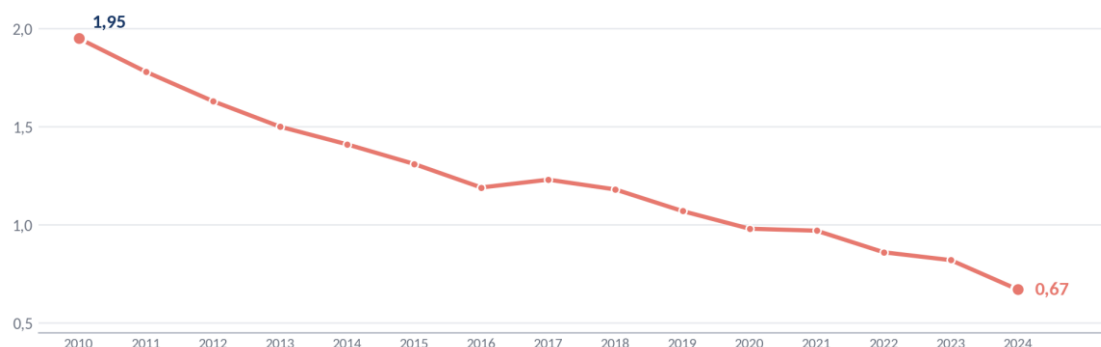


Figure 3 — Incidence du VIH pour 1 000 habitants (tous âges), 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateurs NEW_INFECTIONS et HIV_INCIDENCE, sous-groupe All ages estimate. Extraction : juin 2026.

Entre 2010 et 2024, le nombre de nouvelles infections est passé d'environ 3 250 à moins de 1 700 par an, soit une baisse de près de moitié (-48 %). Rapporté à la population, le recul est encore plus net : l'incidence est passée de 1,95 à 0,67 pour 1 000 habitants, soit une baisse de 66 %. Le risque individuel d'infection a donc diminué plus rapidement que le volume absolu des nouvelles infections, dans un contexte de croissance démographique.

La trajectoire générale est favorable, même si la baisse n'a pas été linéaire. Des remontées ponctuelles apparaissent notamment en 2017 et en 2021, sans remettre en cause la tendance de fond. Le recul observé entre 2023 et 2024, proche de 16 %, doit toutefois être lu avec prudence : 2024 étant le dernier point disponible de la série, cette estimation pourra être révisée lors des prochaines mises à jour. L'analyse doit donc privilégier la tendance longue observée depuis 2010.

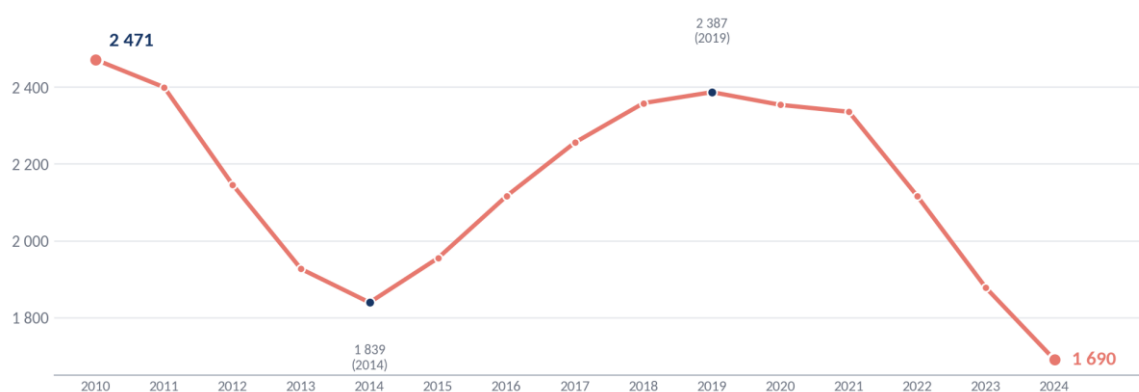
Cette diminution est décisive pour rapprocher le Gabon du seuil de contrôle. Plus l'incidence baisse par rapport au nombre de personnes vivant avec le VIH, plus l'épidémie se renouvelle lentement. Des infections surviennent encore chaque année, mais leur poids dans la dynamique globale de l'épidémie diminue progressivement.

MORTALITÉ LIÉE AU SIDA

Depuis 2010, la mortalité liée au sida a reculé d'environ un tiers au Gabon. Cette amélioration de long terme reste toutefois fragile : après une baisse initiale, les décès sont repartis à la hausse entre 2014 et 2019, avant de diminuer de nouveau depuis 2020.

Les décès liés au sida surviennent lorsque l'infection à VIH n'est pas diagnostiquée, traitée ou suivie suffisamment tôt. Leur évolution constitue donc un indicateur central de la riposte : elle renseigne sur la capacité du système de santé à dépister précocement, à initier rapidement le traitement et à maintenir les personnes vivant avec le VIH dans un parcours de soins continu.

Figure 4 — Décès liés au sida (tous âges), 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateur AIDS_DEATHS, sous-groupe All ages estimate. Extraction : juin 2026.

Sur la période longue, la tendance est favorable : entre 2010 et 2024, le nombre annuel de décès liés au sida est passé d'environ 2 470 à 1 690, soit une baisse de 32 %. Cette diminution confirme que la mortalité recule, mais elle ne suit pas une trajectoire régulière. Trois phases se distinguent : un premier recul jusqu'en 2014, où les décès atteignent environ 1 840 ; une remontée entre 2014 et 2019, jusqu'à près de 2 390 décès ; puis une nouvelle baisse à partir de 2020.

La remontée observée entre 2014 et 2019 constitue ainsi un point de vigilance dans la trajectoire nationale. Les données disponibles permettent d'en constater l'ampleur, sans en établir les causes. Elles montrent surtout qu'une amélioration de long terme peut connaître des phases de recul, et que les progrès obtenus doivent être consolidés dans la durée.

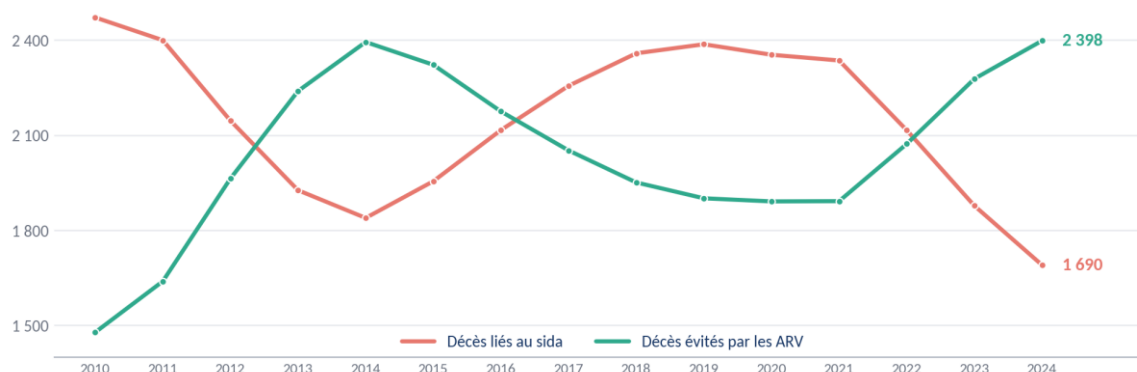
Depuis 2020, la mortalité liée au sida repart à la baisse et atteint 1 690 décès estimés en 2024. Ce niveau est inférieur à celui du début de la période, mais il reste significatif. La lecture principale est donc double : la baisse de long terme est réelle, mais elle demeure récente dans sa phase actuelle. La section suivante prolonge cette analyse en mettant en regard les décès liés au sida et les vies préservées par les traitements antirétroviraux.

LA BASCULE : DÉCÈS DU SIDA VS VIES SAUVÉES PAR LES ARV

Depuis 2023, les décès évités par les traitements antirétroviraux dépassent de nouveau les décès liés au sida. Cette bascule marque une étape importante : elle montre que l'effet protecteur des traitements redevient supérieur au poids de la mortalité observée.

Cette section met en regard deux indicateurs complémentaires : les décès liés au sida et les décès évités grâce aux traitements antirétroviraux. Les premiers mesurent la mortalité observée ; les seconds estiment les décès qui auraient pu survenir en l'absence de traitement. Leur comparaison permet de suivre, année après année, le moment où l'effet des traitements commence à dépasser le poids de la mortalité liée au sida.

Figure 5 — Décès liés au sida et décès évités par les ARV (tous âges), 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateurs AIDS_DEATHS et DEATHS_AVERTED_ART, sous-groupe All ages / estimate. Extraction : juin 2026.

En 2010, la mortalité observée restait supérieure à l'effet protecteur estimé des antirétroviraux : environ 2 470 décès liés au sida, contre 1 480 décès évités. L'écart se réduit ensuite progressivement, jusqu'à une première inversion autour de 2013 : à partir de ce moment, les décès évités par les traitements dépassent les décès observés.

Cette bascule ne s'installe toutefois pas de manière durable. Entre 2017 et 2022, les décès liés au sida redeviennent supérieurs aux décès évités. Les données montrent ainsi une trajectoire en deux temps : un progrès initial, suivi d'une phase de recul relatif, puis une nouvelle inversion à partir de 2023. En 2024, les estimations attribuent aux traitements antirétroviraux environ 2 400 décès évités, contre 1 690 décès liés au sida.

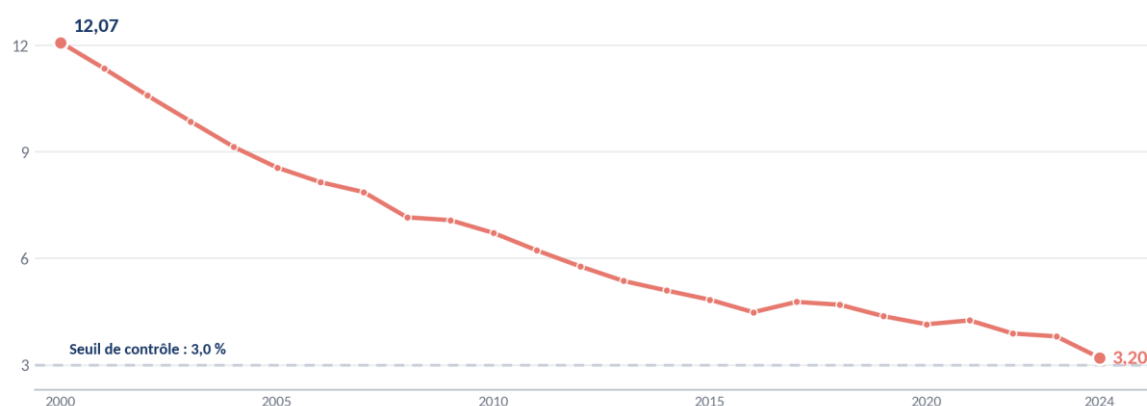
La lecture principale est donc celle d'un acquis réel, mais récent. Les traitements antirétroviraux jouent un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité ; toutefois, leur effet protecteur ne dépasse de nouveau la mortalité observée que depuis 2023. Consolider cette bascule suppose de maintenir l'accès au traitement, de soutenir l'observance et d'assurer la continuité du suivi.

RATIO INCIDENCE/PRÉVALENCE ET SEUIL DE CONTRÔLE

Depuis 2000, le ratio incidence/prévalence a été divisé par près de quatre, signe d'un net ralentissement du renouvellement de l'épidémie. En 2024, le Gabon se rapproche du seuil de contrôle, sans l'avoir encore franchi.

Le ratio incidence/prévalence rapporte les nouvelles infections d'une année au nombre total de personnes vivant avec le VIH. Il mesure ainsi la vitesse à laquelle l'épidémie se renouvelle : plus le ratio est faible, plus les nouvelles infections pèsent peu par rapport à la population déjà concernée. Un niveau durablement inférieur à 3,0 % est généralement retenu comme seuil de contrôle de l'épidémie.

Figure 6 — Ratio incidence/prévalence (%), 2000-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateur IPR, sous-groupe All ages estimate. Extraction : juin 2026.

En 2000, le ratio incidence/prévalence atteignait 12,07 %, signe d'un renouvellement encore rapide de l'épidémie. En 2024, il s'établit à 3,20 %, soit une division par près de quatre en vingt-quatre ans. Cette baisse traduit d'abord le recul des nouvelles infections, plus rapide que celui de la prévalence.

Le Gabon se situe ainsi à 0,20 point au-dessus du seuil de 3,0 %. Cette proximité est encourageante, mais elle ne suffit pas à établir un contrôle durable de l'épidémie. Le seuil n'est pas encore franchi, et les remontées ponctuelles observées en 2017 et en 2021 montrent que la trajectoire reste sensible aux variations de l'incidence.

L'enjeu des prochaines années est donc double : consolider la baisse des nouvelles infections et rendre le contrôle démontrable. Le franchissement du seuil ne pourra être considéré comme durable que s'il se maintient dans le temps et s'il s'appuie sur un suivi programmatique suffisamment robuste, en particulier sur une mesure plus large de la charge virale.

PARTIE II

CE QUE MONTRE LE PROGRAMME : ON TRAITE BIEN, ON MESURE PEU

Le parcours de soins tient jusqu'au traitement ; il se resserre à la dernière marche — la mesure de la charge virale.

- P. 21 | CONNAISSANCE DU STATUT — 1ER 95
- P. 22 | COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE — 2E 95
- P. 23 | LA DERNIÈRE MARCHE : LE SUIVI VIROLOGIQUE
- P. 24 | L'EXTENSION NÉCESSAIRE

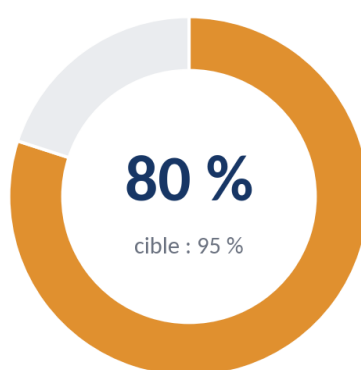
Source de la partie : données programmatiques PNLSIST/VIH 2025 (début de cascade : dénominateurs estimés ONUSIDA).

CONNAISSANCE DU STATUT — 1^{er} 95

Au Gabon, environ quatre personnes vivant avec le VIH sur cinq connaissent leur statut. Ce niveau constitue une base importante pour l'accès aux soins, mais il reste encore à distance de la première cible de 95 %.

Le premier des trois « 95 » mesure la part des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique. Il constitue la porte d'entrée du parcours de soins : sans diagnostic, il n'y a ni mise sous traitement, ni suivi dans la durée.

Figure 7 — Connaissance du statut sérologique (1^{er} 95), Gabon, 2025



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025 ; dénominateur : estimation ONUSIDA du nombre de personnes vivant avec le VIH (52 000, tous âges). Extraction : juin 2026.

En 2025, environ 41 600 personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, sur un total estimé à 52 000. Le premier « 95 » atteint ainsi près de 80 %. Cela signifie qu'environ une personne séropositive sur cinq ignore encore son infection et reste, de fait, en dehors du parcours de soins.

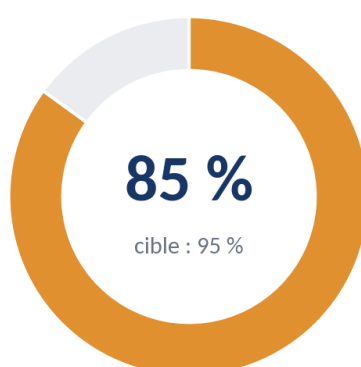
Cette estimation résulte du rapprochement entre les données du programme national sur les personnes diagnostiquées et l'estimation ONUSIDA du nombre total de personnes vivant avec le VIH. Elle place le Gabon à quinze points de la cible de 95 %. Réduire cet écart suppose d'élargir l'accès au dépistage, en priorité auprès des populations et des territoires encore insuffisamment couverts.

COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE — 2^e 95

Parmi les personnes qui connaissent leur statut, près de 85 % bénéficient d'un traitement antirétroviral. La mise sous traitement est donc bien engagée après le diagnostic, même si elle reste encore en deçà de la cible de 95 %.

Le deuxième « 95 » mesure la part des personnes diagnostiquées qui reçoivent un traitement antirétroviral. Il marque le passage du diagnostic à la prise en charge effective : une étape essentielle pour préserver la santé des personnes vivant avec le VIH et réduire le risque de transmission.

Figure 8 — Couverture antirétrovirale (2^e 95), Gabon, 2025



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025. Extraction : juin 2026.

En 2025, 35 334 personnes reçoivent un traitement antirétroviral parmi les 41 600 personnes connaissant leur statut, soit près de 85 %. Une fois le diagnostic posé, le passage vers le traitement apparaît donc relativement bien assuré : la majorité des personnes identifiées entre effectivement dans le parcours thérapeutique.

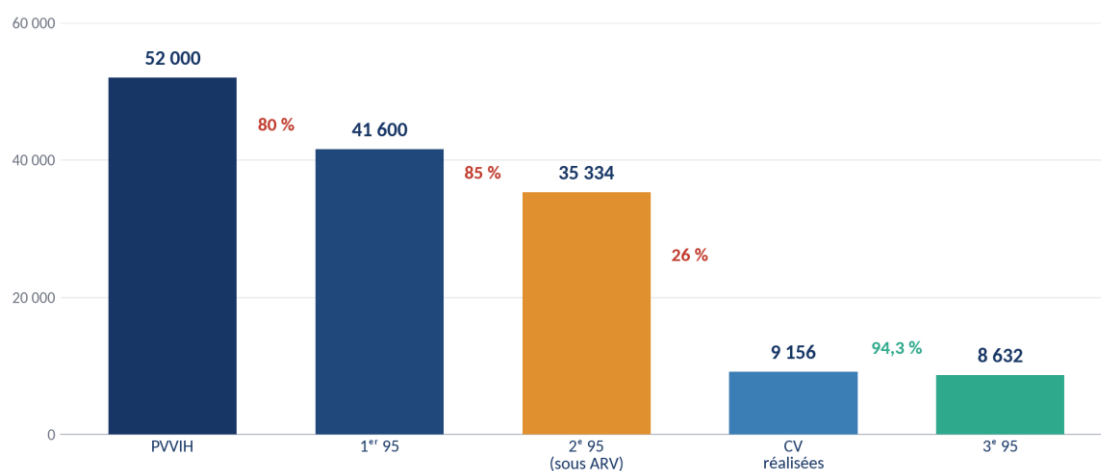
Rapportée à l'ensemble estimé des personnes vivant avec le VIH, soit 52 000 personnes, la couverture antirétrovirale atteint toutefois environ 68 %. L'écart tient principalement aux personnes qui ne sont pas encore diagnostiquées et ne peuvent donc pas accéder au traitement. Les deux premières marches de la cascade se situent ainsi entre 80 % et 85 % : un niveau encourageant, mais encore insuffisant pour atteindre les cibles de 95 %.

LA DERNIÈRE MARCHÉ : LE SUIVI VIROLOGIQUE

Chez les personnes ayant bénéficié d'une mesure de la charge virale, la suppression virale atteint un niveau très élevé. Mais cette mesure ne concerne encore qu'environ un patient traité sur quatre : c'est à cette dernière étape que le parcours de soins se resserre.

Le troisième « 95 » mesure la proportion de personnes sous traitement dont la charge virale est supprimée. Il atteste que le traitement contrôle le virus et réduit très fortement le risque de transmission. Mais cette étape ne peut être documentée que lorsque la charge virale est mesurée.

Figure 9 — Cascade de soins 95-95-95, Gabon, 2025



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025 ; PVVIH : estimation ONUSIDA (tous âges). Extraction : juin 2026.

En 2025, sur les 35 334 personnes sous traitement antirétroviral, 9 156 ont bénéficié d'une mesure de la charge virale, soit 26 %. Parmi les personnes testées, les résultats sont très favorables : 8 632 présentent une charge virale supprimée, soit 94,3 %. Là où le traitement est suivi et évalué, son efficacité apparaît donc très élevée.

Cette performance reste cependant insuffisamment documentée à l'échelle de la file active. Rapportée à l'ensemble des personnes sous traitement, la suppression virale n'est attestée que pour 24 % d'entre elles. Pour trois patients traités sur quatre, le pays ne dispose donc pas d'un résultat récent permettant de confirmer le contrôle virologique.

Ce déficit de mesure constitue le principal point de rupture de la riposte gabonaise. Il rejoint directement l'enjeu du seuil de contrôle présenté en Partie I : le Gabon traite une large part des personnes identifiées, mais il ne mesure pas encore, à l'échelle, si ces traitements contrôlent le virus. Or le contrôle de l'épidémie ne se démontre pas seulement par la mise sous traitement ; il se prouve par le suivi virologique. Sans extension de la mesure de la charge virale, le franchissement du seuil restera difficile à établir.

L'EXTENSION NÉCESSAIRE

L'extension du suivi virologique est désormais la condition centrale pour passer d'une mise sous traitement effective à un contrôle démontré de l'épidémie.

Les deux premières marches de la cascade montrent que le Gabon dispose d'une base de prise en charge déjà structurée : environ 80 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, et près de 85 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral. La troisième marche confirme également l'efficacité du traitement lorsqu'elle est mesurée : 94,3 % des patients testés sont en suppression virale. Le principal enjeu ne porte donc pas d'abord sur l'efficacité du traitement, mais sur la capacité à la documenter à l'échelle de la file active.

En 2025, seuls 26 % des patients sous traitement bénéficient d'une mesure de la charge virale. Porter ce suivi à une couverture beaucoup plus large aurait un double effet. Sur le plan clinique, il permettrait d'identifier plus tôt les échecs thérapeutiques, les résistances ou les ruptures d'observance, afin d'adapter la prise en charge. Sur le plan épidémiologique, il donnerait au pays les moyens de démontrer, données à l'appui, que les traitements contrôlent le virus à l'échelle de la population suivie.

L'extension du suivi virologique apparaît ainsi comme la priorité programmatique la plus structurante de cette étape de la riposte. Elle conditionne la qualité du parcours de soins, la prévention des transmissions évitables et la capacité à établir, de manière robuste, le franchissement du seuil de contrôle. Sans cette montée en puissance, le Gabon pourra montrer qu'il traite une part importante des personnes identifiées ; il lui sera plus difficile de démontrer qu'il contrôle durablement l'épidémie.

PARTIE III

CE QUE CACHENT LES MOYENNES NATIONALES : LES ÉCARTS QUI DÉCIDENT DU CONTRÔLE

Le contrôle se jouera dans les écarts que la moyenne nationale dissimule : ils n'illustrent pas l'épidémie, ils l'expliquent.

- P. 26** | PRÉVALENCE PAR SEXE
- P. 27** | COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PAR SEXE
- P. 28** | ENFANTS 0-14 ANS : UN RETARD CONCENTRÉ AU DIAGNOSTIC
- P. 29** | JEUNES 15-24 ANS : UNE CIBLE PRIORITAIRE DE PRÉVENTION
- P. 31** | 50 ANS ET PLUS : LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
- P. 32** | COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PAR PROVINCE
- P. 34** | DÉPISTAGE ET TRAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE
- P. 36** | DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU NOURRISSON
- P. 37** | COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PÉDIATRIQUE

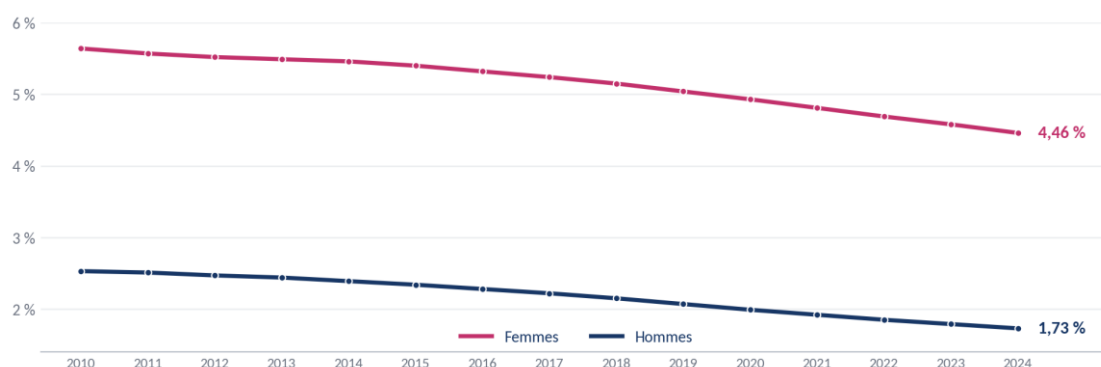
Sources de la partie : ONUSIDA (désagréations sexe/âge) 2010-2024 ; PNLSIST/VIH 2025 (province, PTME).

PRÉVALENCE PAR SEXE

Les femmes présentent une prévalence 2,6 fois plus élevée que les hommes. Cet écart, observé depuis 2010, montre combien la moyenne nationale peut masquer des réalités épidémiologiques très différentes.

La prévalence par sexe permet de comparer la charge du VIH chez les femmes et chez les hommes dans la population. Il s'agit d'une estimation épidémiologique de l'ONUSIDA, qui ne doit pas être confondue avec la répartition par sexe des personnes effectivement suivies dans les services de soins.

Figure 10 — Prévalence du VIH par sexe, adultes de 15 ans et plus, 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateur HIV_PREVALENCE, sous-groupes Female / Male adults (15+). Extraction : juin 2026.

En 2024, la prévalence atteint 4,46 % chez les femmes, contre 1,73 % chez les hommes : les femmes apparaissent ainsi 2,6 fois plus touchées. Cet écart est ancien. Il était déjà visible en 2010, avec 5,64 % chez les femmes contre 2,53 % chez les hommes, et se maintient sur l'ensemble de la période. Les deux courbes diminuent, mais l'écart relatif entre femmes et hommes demeure.

Cette différence renvoie à des déterminants multiples, à la fois biologiques, sociaux et relationnels, qui peuvent accroître l'exposition des femmes au VIH. Elle montre surtout que la prévalence nationale de 3,06 % ne suffit pas à décrire la réalité de l'épidémie : derrière la moyenne coexistent des niveaux de risque très différents selon le sexe.

L'action ne peut donc pas se limiter à la moyenne nationale. Le contrôle de l'épidémie suppose de renforcer la prévention et le dépistage auprès des groupes les plus exposés, en particulier les femmes, tout en tenant compte des contextes sociaux qui structurent leur vulnérabilité.

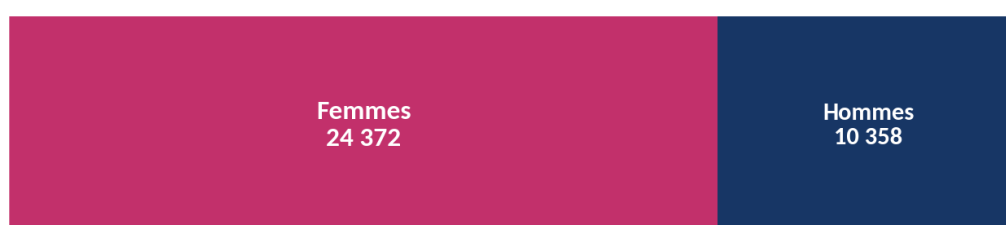
COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PAR SEXE

Sept adultes sous traitement sur dix sont des femmes. Cette forte présence est cohérente avec leur prévalence plus élevée, mais elle traduit aussi leur meilleure captation par les dispositifs de dépistage et de prise en charge.

Cette page décrit la composition par sexe de la file active adulte sous traitement antirétroviral, à partir des données programmatiques 2025. Elle ne mesure pas directement une couverture différenciée entre femmes et hommes, car le rapport ne dispose pas ici d'un dénominateur estimé par sexe pour les adultes vivant avec le VIH. L'analyse porte donc sur la présence relative des femmes et des hommes parmi les personnes effectivement traitées.

Figure 11 — Répartition par sexe des adultes sous traitement, 2025

70 % des adultes sous traitement sont des femmes



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025. Extraction : juin 2026.

En 2025, 34 730 adultes sont sous traitement antirétroviral : 24 372 femmes et 10 358 hommes. Les femmes représentent ainsi 70 % de la file active adulte. Cette répartition est d'abord cohérente avec la situation épidémiologique décrite précédemment : les femmes présentent une prévalence 2,6 fois plus élevée que les hommes et sont donc plus nombreuses à vivre avec le VIH.

Mais la prévalence n'explique pas à elle seule cette présence majoritaire dans le soin. Les femmes sont plus régulièrement en contact avec les services de santé, notamment à travers les consultations prénatales, les services de santé reproductive et les dispositifs de prévention de la transmission mère-enfant. Ces points d'entrée favorisent le dépistage, l'orientation vers le traitement et le suivi. La forte proportion de femmes dans la file active traduit donc à la fois une charge épidémiologique plus importante et une meilleure captation par le système de soins.

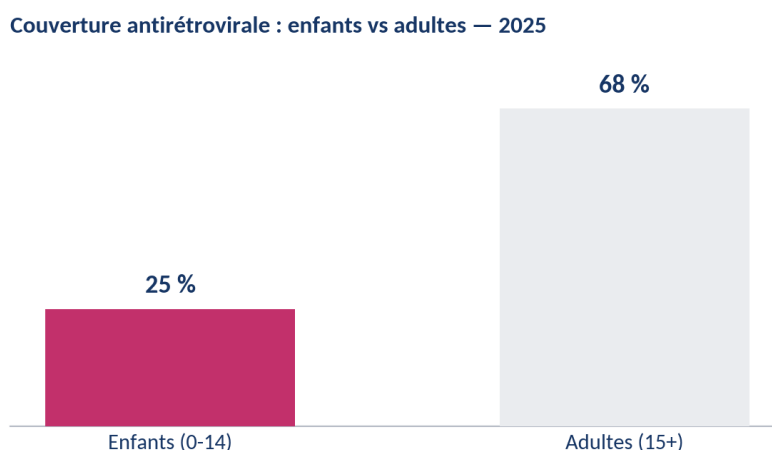
À l'inverse, la moindre présence des hommes parmi les personnes traitées ne signifie pas qu'ils sont peu concernés par le VIH. Elle peut indiquer une moindre entrée dans le dépistage, puis dans le parcours de soins. L'enjeu par sexe est donc asymétrique : renforcer la prévention auprès des femmes, plus exposées à l'épidémie, et améliorer la captation des hommes, potentiellement moins visibles dans le système de soins. La moyenne nationale efface cette double réalité ; l'analyse par sexe permet de la rendre visible.

ENFANTS 0-14 ANS : UN RETARD CONCENTRÉ AU DIAGNOSTIC

Seul un enfant vivant avec le VIH sur quatre est sous traitement, contre près de deux adultes sur trois. Le retard pédiatrique ne se situe pas seulement dans l'accès au traitement : il commence en amont, avec l'identification des enfants infectés.

Cette page rapproche deux registres de données : le nombre d'enfants effectivement traités par le programme national en 2025 et l'estimation ONUSIDA du nombre d'enfants vivant avec le VIH. Cette lecture hybride ne décrit pas seulement l'activité du programme ; elle permet d'estimer l'écart entre les enfants qui devraient être pris en charge et ceux qui le sont réellement.

Figure 12 — Couverture antirétrovirale : enfants (0-14) vs adultes, 2025



Sources : PNLISIT/VIH 2025 (604 enfants traités) ; ONUSIDA, AIDInfo (2 404 enfants estimés, PLHIV Children 0-14). Extraction : juin 2026.

En 2024, l'ONUSIDA estime à 2 404 le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH au Gabon. En 2025, le programme national en traite 604, soit une couverture d'environ 25 %. À titre de comparaison, la couverture antirétrovirale atteint environ 68 % chez les adultes. Le différentiel est donc majeur : les enfants sont proportionnellement près de trois fois moins couverts que les adultes.

Ce retard se joue d'abord au moment du diagnostic. Contrairement à l'adulte, l'enfant ne peut pas entrer seul dans le dépistage : son identification dépend du suivi de la grossesse, du dépistage maternel, du diagnostic précoce à la naissance et du lien entre maternité, pédiatrie et programme VIH. Lorsqu'un maillon manque, l'enfant infecté peut rester invisible pour le système de soins, et donc ne pas accéder au traitement.

La lecture principale est donc celle d'un écart pédiatrique concentré en amont du traitement. Le problème n'est pas seulement de traiter les enfants identifiés ; il est d'abord de les trouver, de confirmer rapidement leur statut et de les inscrire sans délai dans le parcours de soins. Réduire ce retard suppose de renforcer l'ensemble du continuum mère-enfant, depuis la consultation prénatale jusqu'au suivi du nourrisson.

JEUNES 15-24 ANS : UNE CIBLE PRIORITAIRE DE PRÉVENTION

Chez les 15-24 ans, la prévalence du VIH diminue plus rapidement que dans l'ensemble de la population adulte et passe sous le seuil de 1 % en 2024. Cette évolution signale un allègement de la charge épidémique dans les nouvelles générations, mais elle ne suffit pas à conclure à une interruption de la transmission.

L'analyse des 15-24 ans permet d'observer la dynamique générationnelle de l'épidémie. Contrairement à la prévalence adulte, qui reflète l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, y compris celles infectées depuis de nombreuses années, la prévalence des jeunes donne une indication plus sensible sur l'exposition récente des nouvelles générations. Lorsqu'elle diminue plus vite que celle des adultes, cela suggère que les jeunes qui entrent dans la vie sexuelle et reproductive sont, en moyenne, moins touchés que les cohortes précédentes.

Figure 13 — Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans, 2010-2024

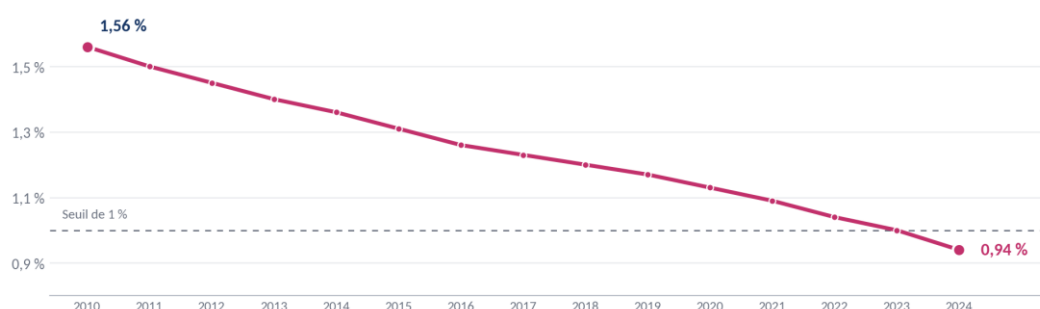
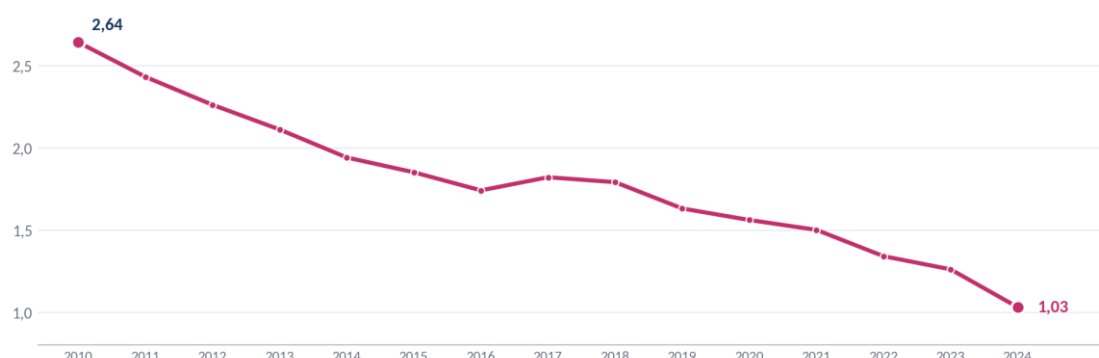


Figure 14 — Incidence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans (pour 1 000), 2010-2024



Source : ONUSIDA, AIDSinfo — indicateur HIV_PREVALENCE, sous-groupe Young people (15-24) estimate. Extraction : juin 2026.

Entre 2010 et 2024, la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 1,56 % à 0,94 %, soit une baisse d'environ 40 %. Sur la même période, la prévalence adulte est passée de 4,06 % à 3,06 %, soit une baisse d'environ 25 %. Le recul est donc plus marqué chez les jeunes que dans l'ensemble de la population

adulte. En 2024, leur prévalence est environ trois fois plus faible que celle des adultes de 15 ans et plus, ce qui traduit un différentiel générationnel désormais net.

Cette amélioration doit toutefois être interprétée avec prudence. La prévalence est un indicateur de stock : elle mesure la proportion de jeunes vivant avec le VIH à une date donnée, mais ne dit pas à elle seule combien de nouvelles infections surviennent chaque année. Or, en 2024, environ 450 jeunes de 15 à 24 ans ont été nouvellement infectés, soit près d'un tiers des nouvelles infections estimées chez les 15 ans et plus. La baisse de la prévalence indique donc une exposition moindre qu'auparavant, mais la transmission reste active dans cette classe d'âge.

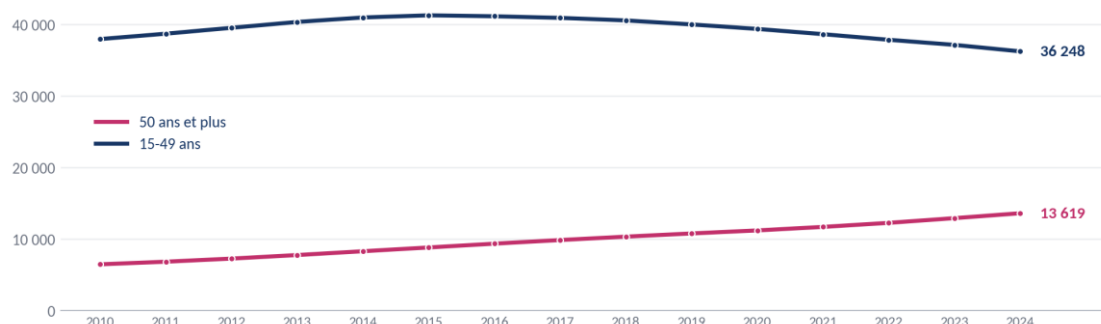
La lecture principale est donc celle d'un progrès réel mais incomplet. Le recul plus rapide de la prévalence chez les jeunes montre que la dynamique de l'épidémie s'allège dans les nouvelles générations. Mais leur poids encore élevé dans les nouvelles infections rappelle que cette amélioration peut rester fragile si la prévention se relâche. Les 15-24 ans doivent donc rester une cible prioritaire de prévention combinée : information adaptée, éducation à la santé sexuelle, dépistage accessible, réduction des barrières sociales au recours aux services et accès effectif aux moyens de protection.

50 ANS ET PLUS : LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Le VIH concerne de plus en plus les personnes âgées de 50 ans et plus. Leur nombre a plus que doublé depuis 2010 et elles représentent désormais près d'un tiers des adultes suivis sous traitement : la riposte doit intégrer durablement le vieillissement avec le VIH.

L'analyse des 50 ans et plus permet de saisir une transformation progressive de l'épidémie. À mesure que les traitements antirétroviraux prolongent la survie, une part croissante des personnes vivant avec le VIH avance en âge. Le vieillissement ne traduit donc pas seulement une charge supplémentaire pour le système de soins ; il constitue aussi l'un des effets attendus d'une meilleure prise en charge.

Figure 15 — Personnes vivant avec le VIH : 50 ans et plus vs 15-49 ans, 2010-2024



Sources : ONUSIDA, Aidsinfo — indicateur PLHIV, sous-groupes 50+ / Adults (15-49) ; part des 50+ suivis : PNLSIST/VIH 2025. Extraction : juin 2026.

Entre 2010 et 2024, le nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH est passé de 6 477 à 13 619, soit une hausse de 110 %. Dans le même temps, le nombre de personnes vivant avec le VIH âgées de 15 à 49 ans a légèrement diminué, de 37 968 à 36 248. La structure d'âge de l'épidémie s'est donc déplacée : les 50 ans et plus représentent désormais environ 27 % des personnes vivant avec le VIH, contre 13 % en 2010.

Les données de programme confirment cette évolution dans la file active : en 2025, 32 % des adultes sous traitement ont 50 ans ou plus. Cette proportion montre que le vieillissement n'est pas seulement une tendance épidémiologique estimée ; il est déjà visible dans les services de prise en charge. Une part importante des patients suivis cumule désormais les enjeux du VIH avec ceux de l'avancée en âge.

La lecture principale est donc celle d'un changement de profil de la riposte. Le VIH doit être suivi comme une infection chronique inscrite dans la durée, avec des besoins qui dépassent la seule dispensation du traitement antirétroviral. Hypertension, diabète, cancers, santé mentale, interactions médicamenteuses et continuité du suivi deviennent des enjeux centraux. Le défi n'est plus seulement de maintenir les personnes en vie avec le VIH ; il est d'organiser un accompagnement global du vieillissement avec le VIH.

COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PAR PROVINCE

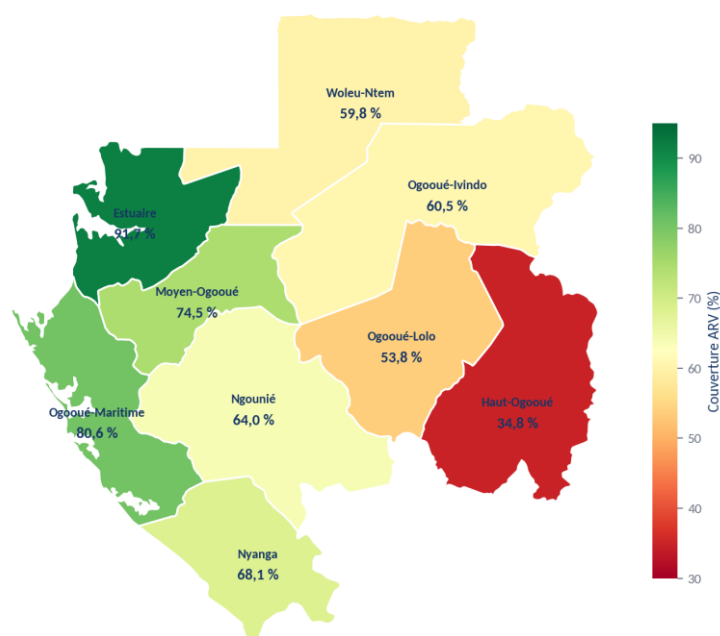
La couverture antirétrovirale varie fortement selon les provinces, de 34,8 % dans le Haut-Ogooué à 91,7 % dans l'Estuaire. Cet écart territorial, de près de 57 points, montre que le niveau national dépend autant des progrès moyens que du rattrapage des provinces les moins couvertes.

L'analyse territoriale complète la lecture nationale de la couverture antirétrovirale. Une moyenne nationale peut donner l'impression d'une progression homogène, alors que l'accès effectif au traitement dépend fortement de la localisation des personnes vivant avec le VIH, de la proximité des centres de prise en charge, de la disponibilité des intrants et de la capacité des services à assurer un suivi continu.

Figure 16 — Couverture antirétrovirale par province, Gabon, 2025

Couverture antirétrovirale par province

Gabon, données programmatiques PNLSIST 2025 — de 34,8 % à 91,7 %



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025.

En 2025, la couverture antirétrovirale s'étage de 34,8 % dans le Haut-Ogooué à 91,7 % dans l'Estuaire. L'écart entre les deux extrêmes atteint près de 57 points, soit un rapport de plus de 2,6. Trois profils territoriaux se dégagent : des provinces fortement couvertes, comme l'Estuaire et l'Ogooué-Maritime ; un groupe intermédiaire où la couverture reste incomplète ; et le Haut-Ogooué, nettement en retrait, seul sous le seuil de 40 %.

Cette répartition traduit une géographie de l'accès aux soins. Les provinces les mieux couvertes correspondent aux espaces les plus urbanisés et les mieux dotés en structures spécialisées, en ressources humaines et en circuits d'approvisionnement. À l'inverse, les provinces de l'intérieur peuvent cumuler plusieurs contraintes : distances plus longues, moindre densité de services, ruptures possibles d'intrants, mobilité des patients et difficultés de continuité du suivi.

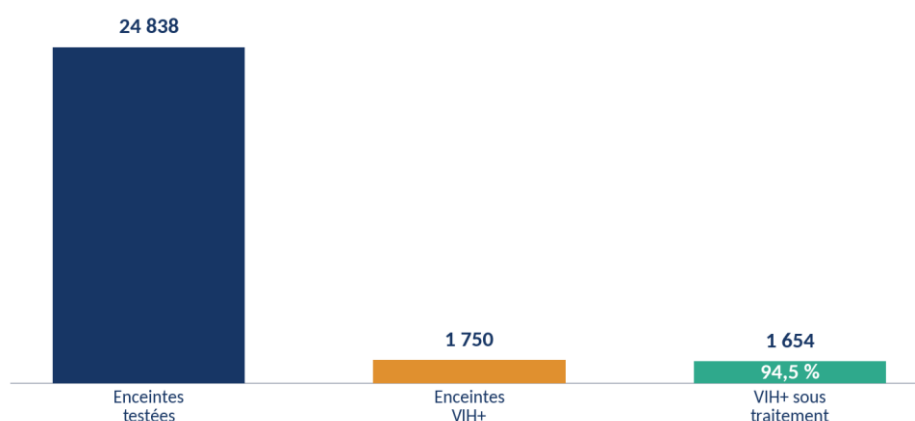
La lecture principale est donc celle d'un enjeu territorial structurant. Tant que certaines provinces resteront très en dessous de la moyenne nationale, le contrôle global de l'épidémie restera fragile. Le rattrapage des provinces les moins couvertes n'est pas seulement une exigence d'équité : c'est une condition de performance nationale. Réduire l'écart entre l'Estuaire et le Haut-Ogooué peut avoir autant d'impact que progresser modérément dans l'ensemble du pays.

DÉPISTAGE ET TRAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE

Avec 94,5 % des femmes enceintes séropositives mises sous traitement en 2025, la prévention de la transmission mère-enfant apparaît comme l'un des maillons les plus solides de la riposte. Ce résultat montre qu'un parcours intégré à la grossesse peut produire une couverture très élevée lorsque le dépistage, l'orientation et le traitement sont organisés dans un même continuum.

La prévention de la transmission mère-enfant constitue un point d'observation décisif de la qualité du parcours de soins. Elle repose sur une chaîne simple en apparence, mais exigeante dans sa mise en œuvre : dépister les femmes enceintes, identifier celles qui vivent avec le VIH, les mettre rapidement sous traitement antirétroviral et assurer la continuité du suivi jusqu'à l'accouchement et au-delà. Lorsque cette chaîne fonctionne, elle protège simultanément la santé de la mère et celle de l'enfant.

Figure 17 — Dépistage et traitement des femmes enceintes séropositives, 2025



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025 (section PTME). Extraction : juin 2026.

En 2025, 24 838 femmes enceintes ont été testées pour le VIH. Parmi elles, 1 750 étaient séropositives, et 1 654 ont été mises sous traitement antirétroviral. La couverture atteint ainsi 94,5 % parmi les femmes enceintes diagnostiquées positives. À ce stade du continuum, le système parvient donc à transformer très largement le diagnostic en prise en charge effective.

Cette performance contribue à expliquer le recul des nouvelles infections chez les enfants. Les estimations indiquent une baisse de 59 % depuis 2010, de 777 à 318 nouvelles infections pédiatriques. Le lien est important : plus les femmes enceintes vivant avec le VIH sont dépistées et traitées tôt, plus le risque de transmission au nourrisson diminue. La PTME apparaît ainsi comme un levier direct de réduction de l'incidence pédiatrique.

La lecture principale est donc celle d'un acquis solide, mais à sécuriser. La prise en charge des femmes enceintes séropositives atteint presque la cible de 95 %, ce qui montre que le dispositif fonctionne lorsqu'il est adossé aux consultations prénatales. Le défi consiste désormais à maintenir cette couverture dans la durée, à éviter toute rupture d'intrants ou de suivi, et surtout à prolonger l'effort vers le

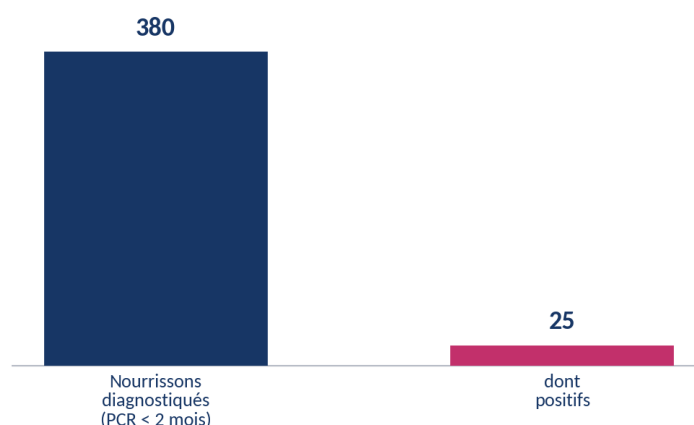
nourrisson exposé. Car une PTME forte côté mère ne garantit pleinement son impact que si le diagnostic précoce et le suivi de l'enfant sont assurés après la naissance.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU NOURRISSON

En 2025, seuls 380 nourrissons exposés ont bénéficié d'un diagnostic virologique précoce, alors que plus de 1 650 femmes enceintes séropositives ont été mises sous traitement. Après une PTME performante côté mère, le suivi du nourrisson apparaît comme le principal point de rupture du continuum mère-enfant.

Le diagnostic précoce du nourrisson est une étape décisive de la prévention de la transmission mère-enfant. Il permet d'identifier rapidement les enfants infectés et de les initier au traitement avant l'apparition de formes graves. Cette étape est d'autant plus critique que, chez le nourrisson, l'évolution de l'infection peut être rapide et les bénéfices d'une prise en charge précoce sont majeurs.

Figure 18 — Diagnostic virologique précoce des nourrissons exposés, 2025



Source : PNLSIST/VIH, données programmatiques 2025. Extraction : juin 2026.

En 2025, 380 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un diagnostic virologique dans les deux premiers mois de vie. Parmi eux, 25 ont été testés positifs. Le dispositif permet donc bien d'identifier des infections lorsqu'il est mobilisé, mais son champ d'application reste limité au regard du nombre de nourrissons potentiellement exposés.

Le décalage avec l'étape précédente du continuum est important. Environ 1 654 femmes enceintes séropositives ont été mises sous traitement antirétroviral, mais seuls 380 nourrissons exposés ont bénéficié d'un diagnostic précoce. Cela signifie qu'une part importante des enfants nés de mères vivant avec le VIH n'est pas documentée dans les premières semaines de vie. Or c'est précisément à ce moment que le dépistage permet d'éviter les retards de prise en charge les plus graves.

La lecture principale est donc celle d'un continuum qui fonctionne mieux pour la mère que pour l'enfant. Le succès de la PTME ne se mesure pas seulement au traitement des femmes enceintes séropositives ; il dépend aussi de la capacité à retrouver chaque nourrisson exposé, à réaliser le test dans les délais et à assurer le lien immédiat avec la pédiatrie en cas de résultat positif. Sans cette continuité après la naissance, une partie des bénéfices obtenus pendant la grossesse risque de se perdre.

COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE PÉDIATRIQUE

La couverture antirétrovirale pédiatrique révèle une rupture nette entre la prise en charge maternelle et le suivi effectif des enfants : la grossesse est largement sécurisée, mais l'accès des enfants au diagnostic puis au traitement reste insuffisant.

L'analyse de la couverture antirétrovirale pédiatrique prolonge les constats établis sur la PTME et le diagnostic précoce du nourrisson. Elle permet de mesurer l'écart entre une prise en charge maternelle très avancée et une prise en charge pédiatrique encore limitée. Le point critique ne se situe donc pas uniquement dans le traitement des enfants identifiés, mais dans l'ensemble du passage entre grossesse, naissance, diagnostic et entrée dans les soins pédiatriques.

Les données 2025 montrent une forte efficacité au niveau de la prise en charge maternelle : sur 1 750 femmes enceintes dépistées séropositives, 1 654 ont été mises sous traitement antirétroviral, soit une couverture de 94,5 %. Cette performance contribue à la baisse des nouvelles infections pédiatriques, estimée à 59 % depuis 2010. En revanche, le suivi postnatal reste beaucoup moins documenté : seuls 380 nourrissons exposés ont bénéficié d'un diagnostic virologique précoce, et 604 enfants au total sont sous traitement antirétroviral. L'écart entre ces volumes indique une perte importante entre l'identification du risque pendant la grossesse et l'entrée effective des enfants dans le parcours de soins.

Cette déperdition s'explique par la différence de nature entre les deux segments du parcours. La mise sous traitement d'une femme enceinte intervient dans un cadre relativement structuré, souvent adossé aux consultations prénatales et à un dispositif de prise en charge identifié. Le suivi de l'enfant exige au contraire plusieurs étapes successives : repérage du nourrisson exposé, prélèvement dans les délais, transmission du résultat, confirmation du statut, orientation vers la pédiatrie et initiation rapide du traitement. À chacune de ces étapes, un retard, une rupture de suivi ou une absence de coordination peut empêcher l'enfant d'atteindre la prise en charge thérapeutique.

Le retard pédiatrique appelle donc une réponse spécifique. Contrairement aux écarts liés au sexe, à l'âge ou au territoire, il ne relève pas seulement d'un déficit de couverture ou de ressources : il dépend fortement de la coordination entre maternités, laboratoires, services de pédiatrie et programme VIH. L'enjeu prioritaire est de sécuriser le passage de relais après la naissance, afin que tout nourrisson exposé soit testé dans les délais, que tout résultat positif conduise immédiatement à une prise en charge, et que la couverture antirétrovirale pédiatrique se rapproche progressivement du niveau observé chez les adultes.

PARTIE IV

ORIENTER L'ACTION À PARTIR DES DONNÉES

Deux leviers pour franchir le seuil : Consolider le parcours de soins des PVVIH, protéger la population non infectée.

P. 39 | PILIER 1 — CONSOLIDER LE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PRIORITÉS 1 À 4)

P. 41 | PILIER 2 — PROTÉGER LA POPULATION NON INFECTÉE (PRIORITÉS 5 À 8)

PILIER 1 — CONSOLIDER LE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Rendre le contrôle démontrable : identifier les personnes non diagnostiquées, sécuriser l'entrée dans le traitement, mesurer la charge virale et réduire les écarts de prise en charge.

Les données du Baromètre montrent que le Gabon dispose déjà d'une base solide de prise en charge : une majorité de personnes diagnostiquées accède au traitement, et la suppression virale est très élevée chez les patients testés. Le principal enjeu n'est donc pas seulement d'ouvrir le parcours de soins, mais de l'achever, de le documenter et de le rendre équitable.

Quatre fragilités structurent ce pilier. La première concerne le suivi virologique : seuls 26 % des patients sous traitement disposent d'une charge virale mesurée, ce qui empêche de démontrer le contrôle à l'échelle de la file active. La deuxième concerne le VIH pédiatrique : seuls 604 enfants sont traités sur 2 404 estimés vivant avec le VIH. La troisième est territoriale : l'écart de couverture entre provinces atteint près de 57 points. La quatrième concerne le diagnostic : environ 10 400 personnes vivraient encore avec le VIH sans connaître leur statut, avec une sous-représentation des hommes dans la file active.

Ces priorités relèvent d'un même objectif : réduire les pertes entre les étapes du parcours. Une personne non diagnostiquée ne peut pas être traitée ; une personne traitée mais non suivie virologiquement ne permet pas de documenter le contrôle ; un enfant non diagnostiqué reste invisible ; une province en retrait fragilise la performance nationale. Le contrôle ne dépend donc pas d'un seul indicateur, mais de la continuité entre diagnostic, traitement, suivi et équité d'accès.

Les quatre priorités de ce pilier visent à rendre cette continuité mesurable : étendre la charge virale, combler le retard pédiatrique, réduire les écarts provinciaux et atteindre les personnes encore non diagnostiquées, en particulier les hommes. Chaque priorité porte également un repère de temporalité, qui indique l'horizon de mise en œuvre :

● Immédiat

Action démarrable à moyens constants.

● Progressif

Extension par paliers d'une prise en charge existante.

● Structurel

Construction d'une capacité durable.

Priorité 1 — Étendre le suivi de la charge virale ● Structurel

Constat

La suppression virale atteint 94,3 % chez les patients testés, mais seuls 26 % des patients sous traitement disposent d'une charge virale mesurée : le contrôle est efficace là où il est documenté, mais il reste insuffisamment démontré à l'échelle nationale.

Piste

Organiser l'extension progressive de la charge virale : planification des prélèvements, circuits de transport, capacités de laboratoire, retour des résultats et utilisation clinique des résultats.

Indicateur

Part de la file ARV avec charge virale mesurée : 26 % → 95 % ; délai moyen de retour des résultats documenté.

Priorité 2 — Comblar le retard du VIH pédiatrique • Progressif

Constat	Seuls 604 enfants sont sous traitement sur 2 404 estimés vivant avec le VIH, soit environ 25 % de couverture : le retard pédiatrique traduit d'abord une difficulté à identifier les enfants infectés et à les faire entrer dans le soin.
Piste	Mettre en place une traçabilité du nourrisson exposé jusqu'au diagnostic, puis du diagnostic positif jusqu'à l'initiation du traitement pédiatrique.
Indicateur	Couverture ARV pédiatrique : 25 % → niveau adulte ; part des nourrissons exposés avec statut documenté dans les délais.

Priorité 3 — Réduire les écarts de couverture entre provinces • Immédiat

Constat	La couverture ARV varie de 91,7 % dans l'Estuaire à 34,8 % dans le Haut-Ogooué : l'écart territorial de près de 57 points fait du rattrapage provincial une condition de performance nationale.
Piste	Cibler les provinces sous-couvertes par des plans de rattrapage : sécurisation des intrants, renforcement des sites de prise en charge, mobilité des équipes et suivi mensuel des écarts.
Indicateur	Nombre de provinces sous 60 % : 3 → 0 ; écart maximal entre provinces réduit d'année en année.

Priorité 4 — Atteindre les personnes non diagnostiquées, en priorité les hommes • Progressif

Constat	Environ 10 400 personnes vivraient avec le VIH sans connaître leur statut ; les hommes ne représentent que 30 % de la file active adulte, ce qui suggère une captation insuffisante par le dépistage et le soin.
Piste	Diversifier les portes d'entrée vers le dépistage : stratégies communautaires, autotest, offres en milieu de travail et dispositifs adaptés aux hommes et aux publics peu visibles.
Indicateur	Connaissance du statut : 80 % → 95 % ; part des hommes dans la file active suivie régulièrement.

PILIER 2 — PROTÉGER LA POPULATION NON INFECTÉE

Protéger celles et ceux qui ne sont pas infectés, et sécuriser les acquis pour que le recul de la transmission se poursuive.

Le deuxième pilier porte sur la prévention au sens large : empêcher de nouvelles infections, protéger les acquis obtenus grâce à la PTME et maintenir le lien entre les services de santé et les communautés. Les données montrent que la transmission recule, mais qu'elle reste concentrée dans certains groupes et certains moments du parcours, notamment chez les jeunes, les femmes et les nourrissons exposés.

La prévention ne relève donc pas uniquement de la communication ou de la sensibilisation. Elle dépend de la capacité à cibler les publics les plus exposés, à maintenir les dispositifs qui fonctionnent, à éviter les ruptures de suivi et à transformer les données en décisions opérationnelles. Ce pilier complète le premier : pendant que le parcours de soins vise à rendre le contrôle démontrable, la prévention vise à réduire le renouvellement de l'épidémie.

Les quatre priorités de ce pilier visent à sécuriser cette dynamique de prévention : cibler les femmes et les jeunes, renforcer le diagnostic précoce du nourrisson, consolider la PTME et mobiliser les acteurs communautaires autour du dépistage, de la rétention et du pilotage par les données. Chaque priorité porte également un repère de temporalité, qui indique l'horizon de mise en œuvre :

Priorité 5 — Cibler la prévention sur les femmes et les jeunes • Structurel

Constat	Les femmes sont 2,6 fois plus touchées que les hommes (4,46 % contre 1,73 %) ; les 15-24 ans portent l'incidence la plus élevée (1,03 pour 1 000) et concentrent un tiers des nouvelles infections.
Piste	Orienter la prévention combinée — information, éducation à la santé sexuelle, accès aux outils de protection — en priorité vers les femmes et les jeunes.
Indicateur	Incidence des 15-24 ans : 1,03 → baisser ; écart de prévalence femmes/hommes : $\times 2,6$ → se resserrer.

Priorité 6 — Sécuriser le diagnostic précoce du nourrisson • Progressif

Constat	380 nourrissons exposés seulement ont bénéficié d'un diagnostic virologique précoce, alors que près de 1 650 mères séropositives ont été mises sous traitement.
Piste	Rétablir un diagnostic précoce systématique de tout nourrisson exposé, et organiser son suivi jusqu'à la confirmation du statut.
Indicateur	Nourrissons exposés diagnostiqués avant 2 mois : 380 → couverture systématique.

Priorité 7 — Consolider la PTME et sécuriser l'approvisionnement • Progressif

Constat	94,5 % des femmes enceintes séropositives sont traitées et les infections pédiatriques ont reculé de 59 % depuis 2010 : un acquis à protéger.
----------------	---

Piste	Maintenir le dépistage systématique en consultation prénatale et éliminer les ruptures d'intrants qui fragilisent la continuité des traitements.
Indicateur	Couverture TAR des femmes enceintes séropositives : 94,5 % → maintenir au-dessus de 95 % ; ruptures d'intrants : 0.

Priorité 8 — Mobiliser les acteurs communautaires et faire de la mesure un outil de pilotage • Immédiat

Constat	Environ 10 400 personnes ignorent leur statut, et la rétention dans les soins reste inégalement documentée faute de mesure systématique.
Piste	Associer les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les associations au dépistage communautaire et au soutien par les pairs ; institutionnaliser la production et le partage des données.
Indicateur	Contribution à la connaissance du statut (80 % → 95 %) et à la rétention dans les soins ; publication annuelle des indicateurs de suivi.

Conclusion — Reculer, puis contrôler

Les données présentées dans ce Baromètre convergent vers un même constat : l'épidémie de VIH recule au Gabon. La prévalence diminue, les nouvelles infections sont orientées à la baisse, la mortalité liée au sida reflue et le ratio incidence/prévalence se rapproche du seuil de contrôle. Ces évolutions traduisent des progrès réels de la riposte nationale et confirment l'effet combiné de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des personnes vivant avec le VIH.

Ce recul ne suffit toutefois pas, à lui seul, à établir un contrôle durable de l'épidémie. Le seuil de 3,0 % n'est pas encore franchi ; la charge virale n'est mesurée que pour une minorité de patients sous traitement ; et les moyennes nationales masquent des écarts importants selon le sexe, l'âge et la province. Le passage du recul au contrôle exige donc davantage qu'une tendance favorable : il suppose de démontrer l'efficacité du traitement à l'échelle, de sécuriser les acquis et de réduire les ruptures qui persistent dans le parcours de soins.

Les huit priorités proposées dans ce rapport répondent à cet enjeu. Elles ne constituent pas une rupture avec la riposte actuelle ; elles en organisent la consolidation. Étendre le suivi virologique, combler le retard pédiatrique, réduire les écarts territoriaux, atteindre les personnes non diagnostiquées, cibler la prévention, sécuriser la PTME, renforcer le diagnostic précoce du nourrisson et mobiliser les acteurs communautaires relèvent d'une même logique : transformer les progrès observés en contrôle documenté, équitable et durable.

La prochaine étape sera donc moins de constater que l'épidémie recule que de vérifier si ce recul devient contrôlable et vérifiable. Les prochains indicateurs devront montrer si la couverture de la charge virale progresse au-delà des 26 % actuels, si le ratio incidence/prévalence passe durablement sous 3,0 %, si le retard pédiatrique se réduit et si les écarts entre provinces se resserrent. C'est à cette capacité de mesurer, suivre et corriger les écarts que se jouera le passage d'une épidémie en recul à une épidémie sous contrôle.

