



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
P N M L S



EVALUATION RAPIDE DES
BESOINS RELATIFS AU VIH
DES POPULATIONS
DEPLACEES ET AFFECTEES
DANS LA REGION DU
KASAI

Août 2018

Produit par



Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida



Version du 30 novembre 2018

© Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA.

Tous droits de reproduction réservés.

Les publications produites par le PNMLS peuvent être obtenues sur Internet. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications du PNMLS – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Secrétariat Exécutif National du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document peut être librement commenté, cité, reproduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source et d'envoyer un exemplaire de l'ouvrage où sera reproduit l'extrait cité au Secrétariat Exécutif National du PNMLS à l'adresse ci-dessous.

Ce document ne saurait être vendu ni utilisé à des fins commerciales.

Avec l'appui de :



PNMLS

Croisement Boulevard triomphal et Avenue de la Libération
Commune de Kasa-vubu
Kinshasa
République Démocratique du Congo
Contact :
Tél. +243 825 749 276 - +243 992 146 237
Courriel : contact@pnmls.cd
Site : www.pnmls.cd

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	3
LISTE DES FIGURES.....	5
RESUME EXECUTIF	6
I. GENERALITES	12
1. INTRODUCTION	12
2. CONTEXTE.....	14
II. METHODOLOGIE.....	23
1. DESIGN DE L'ETUDE	23
2. CADRE DE L'EVALUATION	23
3. POPULATION DE L'ETUDE	24
4. COLLECTE DES DONNEES	24
5. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	27
6. DIFFICULTES RENCONTREES	28
7. FORCES	28
III. RESULTATS	29
1. LES FACTEURS DE VULNERABILITE PAR RAPPORT A L'INFECTION VIH	29
2. COMPORTEMENTS A RISQUE	34
3. CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS VIH AVANT ET APRES LES CONFLITS.....	36
3.1. Coordination et financement des interventions	37
3.2. Prévention.....	37
3.3. Prise en charge.....	39
3.4. Protection	39
CONCLUSIONS	41
RECOMMANDATIONS.....	42
ANNEXES.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABEF-ND:	Association pour le Bien-Être Familial/Naissances Désirables
ALIMA :	Alliance for International Medical Action
ARV :	Anti Retro Viral
AS :	Aire de santé
ASNU :	Agence du Système de Nations Unies
CCSC :	Communication pour le Changement Social de Comportement
CORDAID:	Catholic Organization for Relief and Development Aid
CLIO :	Comité local inter-organisations
CRIO :	Comite régional inter-organisations
CPN :	Consultation Pré Natale
CS :	Centre de Santé
DPS :	Division Provinciale de la Santé
ECZ :	Equipe cadre de zone de santé
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
ESP :	Ecole de Santé Publique
FAO :	Food and Agriculture Organization (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture)
FARDC :	Forces Armées de la RDC
FGD :	Focus Group Discussion
FM :	Fonds Mondial
HCDH :	Haut-Commissariat au Droit de l'Homme
HCR :	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HGR :	Hôpital Général de Référence
HSB :	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
INS :	Institut National de la Statistique
IPS :	Inspection Provincial de la Santé
IST :	Infections Sexuellement Transmises
IT :	Infirmier Titulaire
MPS :	Ministre Provincial de la Santé
OCHA :	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la coordination des affaires humanitaires est un département du Secrétariat des Nations unies)
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONGD :	Organisation Non Gouvernementale de Développement
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies contre le Sida
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PEC :	Prise en charge
PDI :	Personnes Déplacées Interne
PEPFAR :	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan d'Urgence du Président Américain pour Lutter contre le VIH/SIDA)

Évaluation rapide VIH/SIDA dans la région du Kasai 2018

PEP	:	Prophylaxie Post-Exposition
PMA	:	Paquet d'Activités Minimum
PNC	:	Police Nationale Congolaise
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire.
PNLS	:	Programme National de lutte contre le Sida et les IST
PNMLS	:	Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida et les IST
PNSR	:	Programme National de la Santé de la Reproduction
PRONANUT:		Programme National de la Nutrition
PS	:	Professionnel (le) du Sexe
PSN	:	Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA
PSSP	:	Projet Santé Sans Prix
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère a l'Enfant
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
RACOF	:	Réseaux des Associations Congolaises des Jeunes contre le Sida
RDC	:	République Démocratique du Congo
SANRU	:	Soins de Santé Primaires en milieu Rural
SEP	:	Secrétariat Exécutif Provincial Multisectoriel de Lutte contre le Sida
SEN	:	Secrétaire Exécutif National
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
TARV	:	Traitement Anti Retro Viral
UCOP+	:	Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH/Sida
UDI	:	Utilisateurs des Drogues Injectables
UN	:	United Nations (Nations Unies)
UNDP	:	United Nations Development Programme
UNESCO	:	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)
UNFPA	:	United Nations Population Fund (Fonds de Nations Unies pour la Population)
UNICEF	:	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNIKIN	:	Université de Kinshasa
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	:	Zone de santé

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte illustrative de la grande région du Kasai 15	15
Figure 2. Nombre d'écoles détruites et/ou pillées suite au conflit par province 17	17
Figure 3. Nombre des formations sanitaires détruites et/ou pillées lors du conflit par province..... 19	19
Figure 4. Connaissance et accès aux ARV de PVVIH attendues par province en 2016 21	21
Figure 5. Financement de la lutte contre le VIH/SIDA en RDC 2017 22	22

RESUME EXECUTIF

INTRODUCTION

La crise humanitaire qui a fait suite au phénomène Kamwina Nsapu dans la région du Kasai (Kasai Central, Kasai, Kasai oriental et Lomami) a entraîné le déplacement interne et vers l'extérieur du pays d'environ 1,4 millions de personnes dont 39,000 réfugiés en Angola.

La région du Kasai, déjà rongée par la précarité, a vu son système sanitaire peu résilient s'écrouler face au choc occasionné par ce conflit à travers la dispersion des ressources humaines et la destruction et le pillage des formations sanitaires, du système des approvisionnements et du système d'informations sanitaires.

Une des caractéristiques importantes de la crise est que la population qui fuyait le conflit a bénéficié de l'hospitalité des autochtones créant ainsi une surpopulation, une promiscuité et une forte pression sur les ressources déjà insuffisantes dans les zones d'accueil.

Deux ans après le début du conflit, son impact sur la vulnérabilité et les comportements à risque liés au VIH/SIDA parmi les populations déplacées internes (PDI) et les populations d'accueil n'est pas bien connu.

Il était important d'évaluer cet impact et de redessiner la cartographie des interventions VIH pour une programmation plus adaptée.

METHODOLOGIE

Une approche qualitative, dictée par l'urgence et la logistique, a été adoptée dans l'enquête pour visiter 4 provinces affectées (Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami), en se focalisant sur au moins une zone urbaine et une zone rurale parmi les plus affectées et les plus accessibles.

Ainsi, les zones suivantes ont été sélectionnées : Bipemba, Kabeya Kamwanga (pour le Kasai Oriental), Kamwasha, Kanzala (pour le Kasai), Kananga, Tshikaji (pour le Kasai Central) et Mwene Ditu (pour la Lomami).

Les outils standards, développés dans le guide spécifique de l'évaluation rapide des besoins liés au VIH parmi les PDI, ont été utilisés pour mener des entretiens semi-structurés, des discussions en groupe et aussi procéder à des observations des services.

Des Informateurs clés du secteur public, des Agences UN, les dirigeants locaux, prestataires de soins, personnes en uniformes, toutes les catégories des PDI ainsi que les populations hôtes ont reçu la visite des enquêteurs formés.

Toute personne interviewée a dû au préalable donner son accord de participation à l'enquête à travers une expression de consentement éclairé et sous garantie de confidentialité.

L'analyse se devait de procéder à une analyse des données existantes afin d'évaluer l'impact des conflits sur les zones d'accueil des PDI en comparant les données de certains indicateurs avant et pendant le déplacement.

RESULTATS

De l'analyse des données collectées, on retient que les facteurs de vulnérabilité au VIH, déjà existants dans toute la région, se sont retrouvés exacerbés avec le conflit pour l'ensemble des PDI et des populations hôtes.

Le déplacement massif, l'exacerbation de la précarité et la réduction de l'accès aux services VIH ont été les facteurs dominants de la vulnérabilité au VIH.

Leurs conséquences se sont traduites par : 1) l'accentuation de la pauvreté 2) la réduction significative du niveau de sécurité alimentaire et l'exacerbation de la malnutrition, 3) la discrimination affichée ou manifestée à l'endroit des PDI vivant avec le VIH et certaines populations clés (particulièrement MSM et UDI) qui les poussent à la clandestinité, 4) l'exploitation du travail des enfants et des femmes soit pour subvenir aux besoins de la famille, soit recrutés de force pour le commerce de sexe ou dans les rangs des combattants, 5) le faible accès à l'information à la suite de la destruction des infrastructures et la dispersion des ressources humaines ; 6) et l'accentuation des inégalités basées sur le genre préexistantes dans cette région.

La région est toujours fortement militarisée et cela contribue largement à l'expansion rapide et à la récurrence des violences et viols individuels ou collectifs perpétrés par les hommes armés ou non armés face aux PDI en privation. Les sites directement touchés par le conflit et les grandes agglomérations d'accueil sont couramment le siège de ces actes criminels dont la plupart des victimes se recrutent spécialement parmi les PDI veuves, enfants et jeunes filles, encore une fois dans l'épicentre du conflit.

Cette situation de vulnérabilité accrue au VIH est accompagnée de l'augmentation des comportements sexuels à risque qui sont : 1) le multipartenariat sexuel et 2) le sexe transactionnel suite au relâchement des mœurs nonobstant la culture connue pour ses tabous sur le sexe.

La levée des tabous poussent les PDI, surtout de sexe féminin en quête de moyen de survie, à recourir 3) au changement des réseaux de prostitution allant des zones de conflit vers les zones d'accueil, 4) aux rapports sexuels forcés; 5) à la non-utilisation des préservatifs soit non accessibles (disponibilité, information, coût élevé) soit non acceptés pour des raisons socio-culturelles (fausses croyances, la honte, incapacité à négocier les préservatif par les PDI de sexe féminin, inadéquation de l'éducation 6) à la transfusion sanguine non sécurisée (destructions des infrastructures et ruptures de stock en tests) 7) à l'exposition au sang (AES par breuvage dans les sites directement affectés par le conflit lors des rites d'initiation, par scarifications en chaîne avec une même lame et utilisation des drogues injectables avec partage des seringues).

En ce qui concerne les interventions de lutte contre le VIH dans la région, les informations font état d'une faible couverture des services VIH liée à l'interruption du processus d'intégration du paquet complet VIH dans certaines zones ou par manque de financement.

Deux coordinations parallèles, d'une part humanitaire (OCHA) d'autre part étatique dirigée par le PNMLS/PNLS rendent difficile ou lourde la riposte.

L'ensemble de la réponse humanitaire au VIH est à sa phase initiale face à un contexte caractérisé par la destruction des infrastructures de base, la dispersion des professionnels de santé, une transition difficile entre les deux principaux récipiendaires du Fonds Mondial dont la couverture se limite à quelques ZS et une augmentation des besoins avec l'afflux des PDI dans les zones d'accueil.

Plusieurs organisations interviennent dans les activités de protection notamment la nutrition avec le Programme Alimentaire Mondial (PAM), l'éducation avec UNICEF, la prévention et prise en charge de violences sexuelles avec OCHA.

Ainsi, les quatre provinces ont en général une faible couverture en paquet VIH avec toutefois quelques activités de prévention en faveur des PDI, plusieurs maternités qui n'ont pas intégré les activités de PTME, une rareté d'activités de la prophylaxie post exposition pour les structures qui possèdent quelques kits, une faible sécurité transfusionnelle particulièrement au Kasaï et Kasaï Central. La prise en charge des victimes de viol a été rapportée dans presque toutes les zones.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En définitive, la vulnérabilité des PDI et les comportements à risque au VIH enregistrés dans la région du Kasaï, dépendent d'un grand nombre de facteurs synergiques et interdépendants. Ce conflit a exacerbé la vulnérabilité et les comportements à risque de transmission du VIH, tant parmi les PDI que la population hôte dans ces ZS où l'offre de service en paquet VIH ne répond pas au besoin de la population.

Pour une meilleure riposte, il convient d'intervenir, sous une coordination commune, en tenant compte de la forte précarité de la région et du besoin urgent de sauver des vies en mobilisant des ressources nécessaires à travers les différents mécanismes d'urgence afin de :

- (i) renforcer les stratégies de communications pour le changement socio-comportemental parmi les PDI et les populations hôtes ;
- (ii) améliorer l'accès au paquet de services VIH ;
- (iii) offrir un appui nutritionnel aux populations les plus vulnérables ;
- (iv) offrir des services des soins et de soutien élémentaire aux populations à haut risque d'exposition au VIH,
- (v) renforcer la surveillance des violations de droits humains liés au VIH et y faire face,
- (vi) protéger les orphelins et
- (vii) intégrer le VIH en milieu du travail.

INTRODUCTION

The humanitarian crisis that followed the Kamwina Nsapu phenomenon in the Kasai region (Kasai Central, Kasai, Kasai Oriental and Lomami) resulted in the internal displacement of about 1.4 million people in the country and movements outside the DRC with 39,000 refugees in Angola.

The Kasai region, already affected by precariousness, has seen its weak health system collapse with human resources fleeing violence, the destruction and looting of health facilities, and the dysfunction of the supply chain system and the Health Information System.

One of the important characteristics of the crisis is that the population fleeing the conflict has benefited from the hospitality of the host community, creating overpopulation, promiscuity and a strong pressure on the already insufficient resources in the reception areas.

Two years after the conflict, its impact on vulnerability and risk behaviors related to HIV / AIDS among IDPs and host populations is not well known.

It was therefore important to assess this impact for appropriate programming.

METHODS

A qualitative approach, dictated by urgency and logistics, was adopted for the survey. Four affected provinces (Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami) were selected for the survey with a focus on at least one urban area and one rural area among the most affected and accessible one.

The following areas were selected: Bipemba, Kabeya Kamwanga (for Kasai Oriental), Kamwasha, Kanzala (for Kasai), Kananga, Tshikaji (for Kasai Central) and Mwene Ditu (for Lomami).

The standard tools developed from the updated guidelines on Assessment of HIV in Internally Displaced Situations were used to conduct semi-structured interviews, Focus Group Discussions and also to make observations of services.

Key informants from the public sector, UN Agencies, local leaders, health care providers, uniformed services, and all categories of IDPs as well as host populations were visited by trained investigators.

All interviewees had to agree in advance to participate in the survey through an expression of informed consent and confidentiality.

The analysis was to undertake a review of existing data to assess the impact of the conflict in the areas hosting IDPs with comparison between some indicators before and during displacement.

RESULTS

The analysis of the data collected highlighted that the already existing HIV vulnerability factors, throughout the region, have been exacerbated with the conflict for all IDPs and host populations.

Massive displacement, exacerbation of precariousness and reduced access to HIV services have been the dominant drivers of the vulnerability to HIV.

Their consequences have resulted in: 1) increased poverty, 2) significant reduction in the food security and exacerbation of malnutrition, 3) visible or perceived discrimination against IDPs living with HIV and some key populations (particularly MSM and IDU) pushing them to remain underground, 4) exploitation of children and women who were forced to work either to

support their family or forcibly recruited for sex work or as combatants, 5) poor access to information as a result of infrastructure destruction and dispersal of human resources and 6) the aggravation of pre-existing gender-based inequalities in this region.

The region still has an important military presence and this largely contributes to the rapid expansion and recurrence of individual and collective violence and rape perpetrated by armed or unarmed groups on IDPs in deprivation. In the epicenter of the conflict, the sites directly affected by the conflict and the large cities hosting IDPs are currently experiencing those criminal acts with victims who are for the majority widowed IDPs, children and girls.

This situation of increased vulnerability to HIV is accompanied by an increase in sexual risk behaviors that are: 1) multiple sex partners and 2) transactional sex following the breaking of social norms of in a culture known for its taboos on sexuality.

On the other hand, the lifting of taboos push IDPs, especially women in search of survival, to: 3) prostitution with a change in prostitution networks from conflict zones to reception areas; 4) the non-use of condoms which are either not accessible (availability, lack of information, high cost) or not accepted for socio-cultural reasons (false beliefs, shame, inability to negotiate condoms by female IDPs, inadequacy of education system), or not voluntarily accepted in order to get pregnant and benefit from the support of the author of the pregnancy;

It should therefore be pointed out that the context of violence has encouraged or even increased HIV risk behaviors, particularly through (5) the preponderance of forced sex; 6) practices with exposure to blood (drinking of blood during initiation rites, scarification with the same blade and injection of drugs with same syringe); 7) Unsafe blood transfusion due to infrastructure destruction and stock-outs of tests.

With regard to HIV interventions in the region, there is evidence of low coverage of HIV services due to the interruption of the integration of the full HIV package in some areas, or lack of funding. The four provinces of Kasai generally have low HIV coverage, with few prevention activities targeting IDPs. Several maternities have not integrated PMTCT activities and pre- and post-exposure prophylaxis activities are very limited in the structures that have some kits. Safe blood transfusion is quite low especially in Kasai and Kasai Central. The clinical management of rape survivors has been reported in almost all areas.

Two parallel coordination mechanism, the humanitarian (OCHA) one on the one hand, and the one led by National HIV Program (PNMLS / PNLS) on the other hand contribute to delay the response.

The humanitarian response to HIV is in its initial phase in a context characterized by the destruction of basic infrastructure, the dispersion of health providers, a difficult transition between the two main recipients of the Global Fund whose coverage is limited to some health zones, and an increased need with the arrival of new influx of IDPs in the hosting areas.

Several organizations are involved in protection activities including nutrition with WFP, education with UNICEF, prevention and treatment of sexual violence with OCHA.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Ultimately, the vulnerability of IDPs and HIV risk behaviors reported in the Kasai region depend on a large number of synergistic and interdependent factors.

This conflict has exacerbated the vulnerability and risky behaviors of HIV transmission among both IDPs and the host population in health zones where HIV service provision does not meet the needs of the population.

For a better response, it is necessary to intervene, under a common coordination, taking into account the region's high precariousness and the urgent need to save lives, and by mobilizing the needed resources through the various emergency mechanisms in order to (i) strengthen communication strategies for socio-behavioral change among IDPs and host populations; (ii) improve access to the HIV service package; (iii) provide nutritional support to the most vulnerable populations; (iv) provide basic care and support services to populations at high risk of HIV exposure, (v) strengthen the monitoring and response to HIV-related human rights violations, (vi) protect orphans and (vii) integrate HIV in the workplace.

I. GENERALITES

1. INTRODUCTION

Pays post-conflit, la RDC fait face à une crise humanitaire complexe, chronique, ponctuée des crises aiguës dont particulièrement celle dans la région du Kasai. Après le redécoupage administratif de juillet 2015, la région du Kasai comprend cinq provinces : Kasai-Central, Kasai, Kasai-Oriental, la Lomami et le Sankuru. Cette région fait face à une crise humanitaire complexe du niveau L3 suite au phénomène Kamwina Nsapu avec, en Avril 2018, environ 897 476 Personnes Déplacées Internes (PDI) et 1 452 020 retournés¹.

LE CONFLIT

Le conflit Kamwina Nsapu tire son nom du titre honorifique « Kamwina Nsapu » du chef d'un des clans lulua, Bajila Kasanga.

A l'origine, il s'agit d'un conflit du pouvoir coutumier et localisé dans la chefferie Bajila Kasanga, territoire de Dibaya, province du Kasai Central, qui s'est vite transformé en conflit armé de grande ampleur affectant pratiquement les cinq provinces de la région du Kasai sur un fond de conflits locaux préexistants de chefferies coutumières et de partage des ressources foncières et minières. Ce conflit intervient dans un contexte de volatilité de la situation politique au niveau national, en lien avec le processus électoral.

L'élément déclencheur du conflit armé est l'investigation le 03 avril 2016 dans la résidence du Chef coutumier Jean Prince Mpandi de la chefferie de Bajila Kasanga par la police nationale congolaise pour suspicion de détention d'armes à feu sur fond de conflit de succession coutumière. Dès son retour d'Afrique du Sud, le Chef Jean Prince Mpandi a annoncé la création d'un mouvement « politico-coutumier » qui s'opposait aux autorités étatiques et aux « étrangers » responsables, selon lui, du harcèlement de la population et du manque d'opportunités économiques.

Le niveau de violences des affrontements et les exactions commises ont été exponentiels et ont atteint leur paroxysme entre janvier et mai 2017 dans toute la région du Kasai et particulièrement sur certains axes. A partir d'août 2017, le niveau de violence a diminué dans toute la région suite enfin à la maîtrise des opérations par les forces de défense et de sécurité congolaises. Toutefois des actes isolés de violences liés à la crise continuent d'être rapportés. Dans la recherche des solutions durables à la crise, un forum sur la paix et la réconciliation dans les cinq provinces du Kasai, a été organisé du 18 au 20 septembre 2017.

En une année de conflit armé dans le Kasai, les violences d'une ampleur inouïe perpétrées par les différents acteurs ont été qualifiées de crime contre l'humanité et de crime de guerre par les experts de la commission internationale d'enquête du Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme (HCDH)

Les forces en présence sont les forces de défense et de sécurité congolaises (FARDC et Police nationale), la milice Kamwina Nsapu et la milice Bana Mura.

1. Les forces de défenses et de sécurité de la RDC : Armée nationale (FARDC) et la police nationale (PNC). Avec l'arrivée des renforts fin 2016, il y avait 7000 militaires au Kasai.

¹ UNOCHA. Bilan final de la riposte L3 d'octobre 2017 à avril 2018.

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/sitrep_l3_rdcongo_no3_vfinale.pdf
Évaluation rapide VIH/SIDA dans la région du Kasai 2018

Le gouvernement a créé un Secteur opérationnel du Grand Kasai, avec un commandement basé à Kananga, dans le but d'affronter les miliciens Kamwina Nsapu qualifiés de terroriste par le gouvernement.

2. La milice armée Kamwina Nsapu mouvement « politico-coutumier » reposant sur les croyances, les pratiques mystico ancestrales et sur la légitimité du pouvoir coutumier. La milice Kamwina Nsapu, a procédé à un recrutement bien organisé et à la mise en place de « tshiotas » (feux sacrés) dans les cinq provinces du Kasai. Elle est composée en grande partie d'enfants garçons et filles, majoritairement âgés de 8 à 13 ans, engagés comme combattants.

Des groupes de filles, appelés « Lamama » accompagnaient la milice, agitant leurs jupes de paille et buvant le sang des victimes dans le cadre d'un rituel magique censé rendre la milice invincible.

Le tshiota est le centre de l'organisation des unités, de la planification des opérations offensives et de décisions. C'est au tshiota que les recrues, y compris de jeunes enfants, ont dû suivre le rite du baptême, qui impliquait de boire une mixture alcoolisée, le sang humain des victimes, la scarification avec des objets tranchants et de suivre d'autres pratiques rituelles. Le tshiota était aussi le lieu privilégié des décapitations souvent pratiquées par des enfants, et d'actes de cannibalisme. On y ramenait des têtes et d'autres parties du corps des victimes ainsi que leur sang. La milice Kamwina Nsapu a été capable en un temps très court de recruter des miliciens, de mener des attaques dans les cinq provinces du Kasai et de prendre le contrôle de villages et de cités pendant plusieurs semaines, voire des mois.

3. La milice armée Bana Mura, formée vers mars/avril 2017, était majoritairement composée des jeunes hommes entre 18 et 22 ans recrutés localement et se qualifiant d'une force d'autodéfense à base ethnique localisée à Kamonia et à Tshipaka pour défendre les populations des assauts de la milice Kamwina Nsapu.

Les opérations menées par les forces en présence sur plusieurs fronts dans cette région ont été particulièrement violentes. Les forces en présence ont procédé par des attaques, l'érection des barrières pour contrôler les déplacements, des opérations porte à porte, la destruction, le pillage, les incendies des maisons, des villages, bâtiments publics (Ecoles, centres de santé, bureaux de la police, églises, etc.).

Les tueries, les décapitations, les mutilations, les amputations ont été intenses.

Il a été aussi rapporté des violences sexuelles dont les viols, fréquemment collectifs et si violents que certaines femmes en sont décédées. Nombre de femmes ont été violées devant leur mari, leurs enfants ou d'autres membres de leur famille. Elles ont été violées de manière répétée pendant leur captivité, parfois plusieurs fois par jour, souvent pendant des mois selon le rapport du HCDH.

Les opérations de représailles ont été conduites contre les populations civiles par les milices en raison de leurs liens et soutiens perçus aux membres du mouvement des milices et des forces de sécurité aggravant ainsi les conflits interethniques et intercommunautaires qui constituent le lit des prochaines crises.

Ce conflit d'une violence d'ampleur inouïe a provoqué une situation humanitaire très préoccupante. Ce conflit a en effet affecté tous les secteurs d'activités, aggravant ainsi la pauvreté de la population, la détérioration des conditions de protection dont l'atteinte massive de droits humains, le déplacement d'environ 1,4 millions de personnes dans la région du Kasai², et de 35000 réfugiés en Angola pour se protéger contre les violences. Les services sociaux de base dont la santé, l'éducation, la nutrition ainsi que la sécurité alimentaire ont été négativement impactés par cette crise.

Une riposte humanitaire dans le cadre du plan d'action humanitaire 2017-2019 est organisée dans une approche de responsabilité sectorielle en dépit de nombreux défis dont la complexité du contexte, la sécurité, les ressources limitées face à l'ampleur de la crise tant pour les besoins à couvrir que sur l'étendue géographique de la zone touchée. Aussi la nécessité d'assurer la complémentarité entre les activités pour sauver les vies et l'assistance à long terme étant donné que la quasi-totalité des populations déplacées vivent dans les familles d'accueil, exige une coordination intégrée synergique entre les acteurs humanitaires et les acteurs de développement déjà établis dans la région du Kasai mais qui ont suspendu leurs interventions pour raison d'insécurité et tardent à revenir.

A l'analyse du plan de riposte humanitaire, il apparaît que le VIH ne ressort pas du tout comme une priorité intégrée et transversale. En effet il y a toujours cette impression pour les différents acteurs que le VIH serait suffisamment pris en compte par d'autres financements dont le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Afin de mieux cerner l'impact du conflit sur les besoins liés au VIH/SIDA des populations déplacées internes et affectées d'une part et d'appuyer la riposte nationale sur la base des évidences dans le cadre de l'approche Fast Track ONUSIDA de l'autre, le Gouvernement (PNMLS/PNLS) et le HCR agence co-lead dans les situations des conflits et le VIH selon la division de travail conjointement avec les agences co-sponsors sœurs PAM, OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP, UNESCO, ONUFEMME à travers l'ONUSIDA, ont organisé une évaluation rapide portant sur les vulnérabilités engendrées par les conflits et les risques de transmission du VIH chez les Personnes déplacées internes (PDI) et populations affectées dans la région du Kasai.

2. CONTEXTE

2.1. Situation géographique et administrative de la région du Kasai

La région du Kasai après le redécoupage administratif de juillet 2015 comprend cinq provinces : Kasai Oriental, Kasai, Kasai Central, Lomami et Sankuru.

Cette région compte 79 Zones de Santé (ZS) dont 50 ont été affectées soit par le mouvement de la population et/ou la destruction et le pillage des infrastructures.

² OCHA Aout 2017

Kasaï Oriental

La province du Kasaï Oriental a une superficie de 9.545 Km² et une population estimée à 5 475 398 habitants.

Elle comprend cinq territoires dont Tshilenge, Lupata pata, Katanda, Miabi et Kabeya Kamwanga. La ville de Mbuji Mayi est son chef-lieu. Les deux derniers territoires suscités ont été ceux les plus touchés par le conflit. Elle compte 19 Zones de Santé (ZS) dont huit ont été affectées par le conflit soit 50%. Les zones de santé de Bipemba à Mbuji-Mayi et celle de Kabeya Kamwanga sont situées sur le tronçon de la route reliant Mbuji-Mayi et Kananga et ont accueilli plusieurs PDI fuyant les conflits.

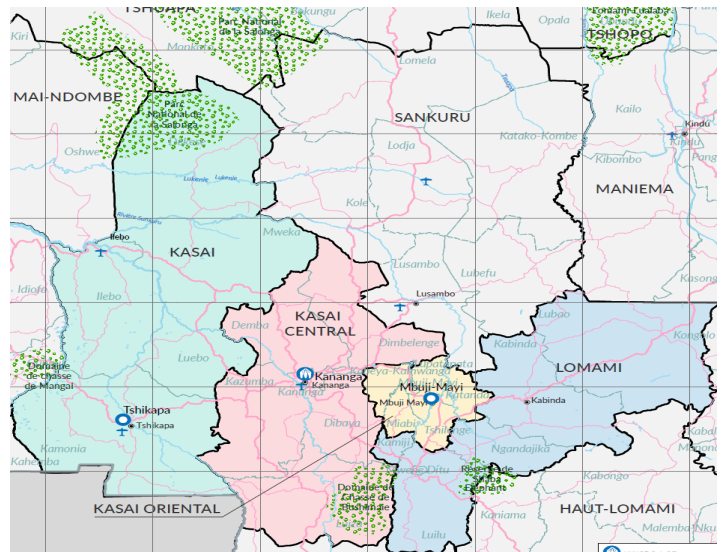


Figure 1. Carte illustrative de la grande région du Kasaï

Kasaï

La province du Kasaï a une superficie de 95.631 Km² et une population estimée à 4 567 845 dont environ 40% a été déplacée. Elle est constituée de cinq territoires à savoir Dekese, Ilebo, Luebo, Kamonia et Mweka. La ville de Tshikapa est son chef-lieu. Elle compte 18 ZS dont 11 ont été toutes affectées par le conflit soit 61%.

Kasaï Central

La province du Kasaï Central a une superficie de 59.111 Km² et une population totale estimée à 4 563 387 habitants. Cette province est constituée de cinq territoires dont celui de Tshimbulu, Demba, Dibaya, Kazumba et Luiza. La ville de Kananga est son chef-lieu. Elle compte 26 ZS dont 24 ont été affectées par le conflit soit 92%.

Lomami

La Province de la Lomami à une superficie de 56.426 Km² et une population totale estimée à 2 048 839 Son chef-lieu est Kabinda. Elle est constituée de cinq territoires : Ngandajika, Kabinda, Kamiji, Lubao et Luilu et la ville de Mwene Ditu est son chef-lieu. Cette province est subdivisée en 16 ZS dont 7 ont été affectées (44%) par le conflit en accueillant les populations en quête du refuge.

2.2. Population et groupes ethniques

Plusieurs groupes ethniques sont dénombrés dans le grand territoire de la région du Kasaï. On y rencontre des groupes ethniques dont les plus grands sont Lubas, Lulua en pleine évolution comme les Babindi, Bakwa-Mputu, Bambole, Bakete, Basha, Bankutshu, les Luntu, Kuba, Kanintshina, les Leele (Bashilele), Lunda, Ndengese, Ohindo, Pende, Salampasu, Songe, Tchokwe et Tetela. Certains de ces groupes sont à cheval avec les autres provinces voisines notamment le Kwango, le Haut-Lomami, Lualaba, la Tshopo ainsi qu'avec l'Angola.

Évaluation rapide VIH/SIDA dans la région du Kasaï 2018

La relation entre ces groupes est en général pacifique. Cependant plusieurs conflits intertribaux sont couramment signalés sans forcément que cela n'escalade en des conflits majeurs. Le conflit en cours a réactivé les conflits ethniques et intercommunautaires en lien avec les rapports perçus entre les milices et certains groupes ethniques.

2.3. Mouvement des populations

Au sommet de la crise 1,4 million Personnes Déplacées Internes (PDI) ont été dénombrées et environ 34,000 sont réfugiés en Angola. La plupart des PDI sont concentrées dans les agglomérations les plus sécurisées, au sein de familles d'accueil dans des provinces voisines pour s'éloigner le plus possible des tensions intercommunautaires et des activités des milices ou des forces de sécurité dans leur zone d'origine. Un nombre de déplacés est en déplacement continu de suite des quelques poches d'insécurité isolées dans la région.

Dans les zones de conflit selon que la sécurité le permet, on observe un retour spontané des PDI dans leurs villages d'origine, notamment dans le Kasai Central. En raison de la destruction à grande échelle des habitations, des écoles et des structures de santé, un grand nombre de retournés s'installe dans les villages voisins au sein de communautés d'accueil, en attendant que toutes les conditions soient réunies pour un retour durable. Cet aspect a un impact sur l'estimation de personnes déplacées et retournées.

Les PDI cohabitent avec la population hôte. Dans la plupart de cas, cette cohabitation est, en dépit des cas de discrimination, pacifique.

Les chiffres des PDI a fait objet d'un malentendu entre le gouvernement de la RDC et les acteurs humanitaires. Leur nombre varie selon les sources en fonction de la méthodologie utilisée pour l'enregistrement des PDI et la dynamique complexe des déplacements.

Selon les provinces, le nombre des PDI est le suivant :

- Il est passé de 48 045 en 2017 (source OCHA) à 229 186 Juin 2018 (Division Provinciale des affaires humanitaires) au Kasai Oriental
- 26 244, soit de 2% de la population totale, en 2017 à Mwene Ditu
- 584 432 au Kasai Central
- 65 552 dans les zones de santé de Kamwasha, Kanzala et Tshikapa au Kasai

2.4. Situation éducative

Selon les statistiques de 2015, 84% et 94,5% d'enfants avaient accès à l'éducation primaire respectivement dans l'ancienne province du Kasai Oriental et celle de Kasai Occidental. Parmi ces enfants, 73,7% et 84% pour ces deux provinces respectives ont pu achever l'année scolaire (Annuaire Stat 2015, INS). Cependant, en 2017, selon un rapport de l'UNICEF, près d'un demi-million d'enfants dans la région du Kasai n'ont pas pu terminer leur année scolaire et quelque 60 000 élèves du primaire n'ont pas pu passer leurs examens de fin de cycle à temps. De plus, 416 écoles ont fait l'objet de pillages et/ou de destruction. La province de Kasai Central est celle ayant subi le plus de destruction (voir figure 2 ci-dessous).

Ceci démontre que les statistiques d'accès à l'éducation citées ci-haut ont certainement baissé avec le conflit.

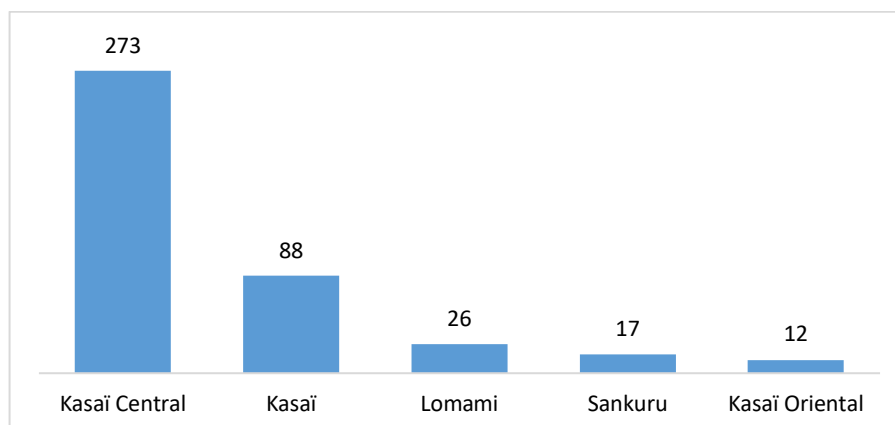


Figure 2. Nombre d'écoles détruites et/ou pillées suite au conflit par province

2.5. Contexte économique

Le Kasai est l'une des régions les moins développées de la RDC. Malgré l'existence de riches ressources naturelles, l'économie s'est effondrée depuis plusieurs décennies. Une situation d'extrême pauvreté et de sous-développement chronique perdure en raison du très faible investissement de l'État dans les services de base de la région. Dans l'ensemble, les provinces du grand Kasai dépendent essentiellement de l'exploitation du diamant soit de façon industrielle (cas du Kasai Oriental) soit artisanale (cas des provinces de l'ancien Kasai Occidental), des activités agro-pastorales et du commerce avec les provinces voisines notamment le Kwango, Kwilu (grâce à la route en réhabilitation), le Haut Lomami, le Haut Katanga (grâce à la ligne de chemin de fer). Cependant avec le déclin de l'exploitation du diamant, ces provinces sont tombées dans la faillite qui s'est traduite par une pauvreté massive et une insécurité alimentaire généralisée qui sévissait déjà avant le conflit Kamwina Nsapu.

- 2.6. Contexte sanitaire :** Un contexte sanitaire aux priorités multiples et concomitantes avec des ressources réduites sur un fond de sous-développement chronique a été gravement impacté par le conflit.

L'organisation du système de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de Santé, qui organise les structures chargées de dispenser des soins de santé globaux, continus et intégrés.

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en trois niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central : il est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé et les hôpitaux et autres structures à vocation nationale.

Le niveau intermédiaire ou provincial : le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé (MPS), d'une Division Provinciale de la Santé (DPS), d'une Inspection Provinciale de la Santé (IPS), de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale.

La décentralisation confère au niveau provincial les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires. Les DPS sont des structures décentralisées redevables devant le Ministre Provincial en charge de la Santé (MPS). Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures « déconcentrées » qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province.

Le niveau périphérique ou opérationnel : la Zone de Santé (ZS). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Il comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA). Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5.000 à 10.000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activité (PMA). L'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées à but lucratif, confessionnel et associatif. Le système de soins de santé est basé sur le recouvrement des coûts.

La protection sociale demeure encore un vaste chantier et l'assurance santé n'est pas obligatoire.

L'organisation du système de santé dans la région du Kasai est calquée sur la pyramide sanitaire définie par le Ministère de la Santé au niveau national.

La région du Kasai compte ainsi, quatre Divisions Provinciales de la Santé (DPS): Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental et Lomami. La DPS Kasai compte 18 zones de santé, la DPS Kasai Central en compte 26, la DPS Kasai Oriental 19 zones de santé et la DPS Lomami 16 zones de santé.

Ce système de santé non résilient n'a pu résister face à ce choc causé par le conflit armé Kamwina Nsapu. L'offre des services a été sérieusement affectée dans ces zones marquées par la destruction et le pillage des formations sanitaires particulièrement dans le Kasai Central et le Kasai (Voir figure 3 ci-dessous), le dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement, de la chaîne de froid et du système d'information sanitaire ainsi que le déplacement forcé du personnel de santé. Pour des raisons sécuritaires, les projets de développement du secteur santé en cours ont été arrêtés. Cette situation a contribué à limiter l'accès des populations aux soins de santé de qualité, plus particulièrement les personnes vulnérables, notamment les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et/ou allaitantes, les malades chroniques dont les personnes vivant avec le VIH/SIDA et la tuberculose.

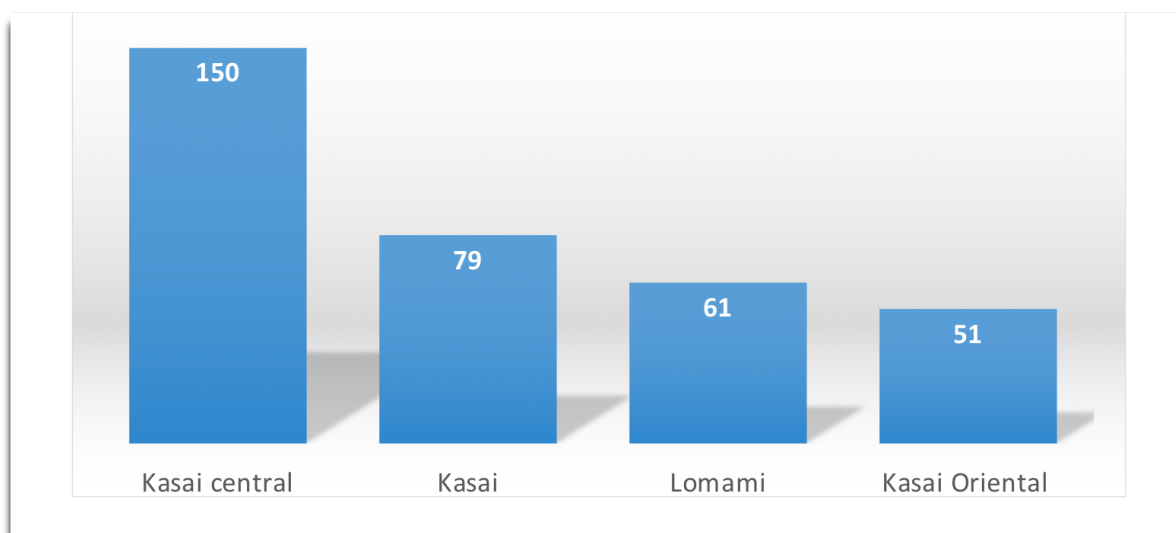


Figure 3. Nombre des formations sanitaires détruites et/ou pillées lors du conflit par province

Plusieurs situations d'épidémies sont régulièrement signalées dans la région. En 2017, 929 cas de choléra ont été rapportés dans la Province du Kasai (dont 93 décès), et 2 251 dans la Lomami (dont 80 décès). A cela s'ajoutent 8 177 cas de rougeole (dont 27 décès) dans la Lomami, 438 au Kasai Central, et 20 dans la Province du Kasai. Le nombre de zones de santé en alerte nutritionnelle est passé de 8 à 23 entre avril et novembre 2017³. Les enquêtes nutritionnelles en cours permettront de comprendre le statut nutritionnel de la population et d'orienter les interventions nutritionnelles d'urgence. Pendant l'évaluation rapide, la province du Kasai Oriental est affectée par l'épidémie de choléra.

2.7. Contexte de lutte contre le VIH/IST

Situation de l'épidémie à VIH/SIDA

En RDC, l'épidémie de l'infection à VIH est de type généralisé, avec une prévalence de 1,2% dans la population générale. Les femmes (1,6%) sont plus touchées que les hommes (0,6%). Quant aux provinces du grand Kasai, selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2013-2014, le Kasai Oriental et le Sankuru, font partie, avec une prévalence de 2,8% et 1,7% respectivement, des provinces hyper prioritaires de par leurs prévalences supérieures à la moyenne nationale. Les provinces de Kasai, Kasai Central et Lomami ont des prévalences bien en dessous de la moyenne avec respectivement 0,1%, 0,8% et 0,7%.

Les rapports de la sérosurveillance 2015 et 2017 ont montré que dans la province du Kasai Oriental, la prévalence était respectivement de 2,3% et 3,74% à Mbuji-Mayi et de 1,9% et 1,51% à Tshilenge. Dans la province du Kasai Central, la prévalence était de 2,8% et 4,9% à Kananga et de 0,5% et 0,38% à Mikalay. Pour la province du Kasai, elle était respectivement

³ UNOCHA. Bilan final de la riposte L3 d'octobre 2017 à avril 2018.

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/sitrep_l3_rdcongo_no3_vfinale.pdf

de 0,9% et 3,11% à Ilebo et de 2% et 6,12% à Tshikapa et pour celle de la province de Lomami, elle était de 0,9% et 3,3% à Kabinda et de 1,7% et 2,46% à Mwene Ditu.

La riposte nationale VIH

La riposte nationale au VIH s'inscrit dans le cadre des engagements sous régionaux et internationaux dont le l'objectif Fast Track 90-90-90 visant le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA d'ici 2020 et son élimination en 2030 et l'engagement au niveau national sur la génération sans SIDA.

Dans un processus participatif la RDC a un Plan National Stratégique (PSN) multisectoriel de lutte contre le VIH couvrant la période 2018-2020, un plan de suivi et évaluation et une coordination institutionnalisée. Le plan stratégique inclut les populations affectées par les situations humanitaires, les personnes déplacées internes et les réfugiés parmi les populations prioritaires.

Coordination de la lutte contre le VIH/SIDA

Le leadership dans la lutte contre le VIH est exercé au haut niveau de l'Etat par le Chef de l'Etat qui a promulgué l'ordonnance N°11/023 du 18 Mars 2011 portant création et organisation du Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le SIDA (PNMLS).

Les organes

La coordination de la lutte est organisée autour du PNMLS ayant comme organes de coordination : un Secrétariat Exécutif National (SEN), des Secrétariats Exécutif Provinciaux (SEP), des Secrétariats Exécutif Locaux (SEL) et des Comités sectoriels de lutte contre le sida de ministères en charge de secteurs. Le secteur de la santé est le plus développé avec un programme dénommé Programme National de Lutte contre le SIDA, PNLS en sigle.

Au niveau opérationnel, la coordination des toutes les interventions en rapport avec la lutte contre le VIH est sous la responsabilité de l'équipe cadre de zone de santé.

Le Plan Stratégique National Multisectoriel, a inclus et retenu les populations affectées par les crises humanitaires dont les réfugiés, les PDIs, parmi les populations vulnérables prioritaires nécessitant des actions ciblées. Le PSN, bien que sous financé, est mis en œuvre à travers les différents plans opérationnels provinciaux de lutte contre le VIH.

Dans l'optique d'une riposte ciblée et priorisée, la RDC a identifié, selon les critères prédéfinis dont l'incidence VIH et la taille de la population, huit provinces « haute priorité » : Maniema, Haut Uélé, Bas Uélé, Tanganyika, Tshuapa, Ituri, Kasai Oriental et Lualaba.

Dans la région du Kasai investiguée seule la province du Kasai Oriental a été retenue parmi les huit provinces « haute priorité » avant le conflit.

De façon générale, la lutte contre le VIH dans la région du Kasai avant le conflit en 2016 est caractérisée par une intégration à différents degrés du paquet VIH selon les provinces au point qu'on note une disparité des résultats obtenus (figure 4).

Évaluation rapide VIH/SIDA dans la région du Kasai 2018

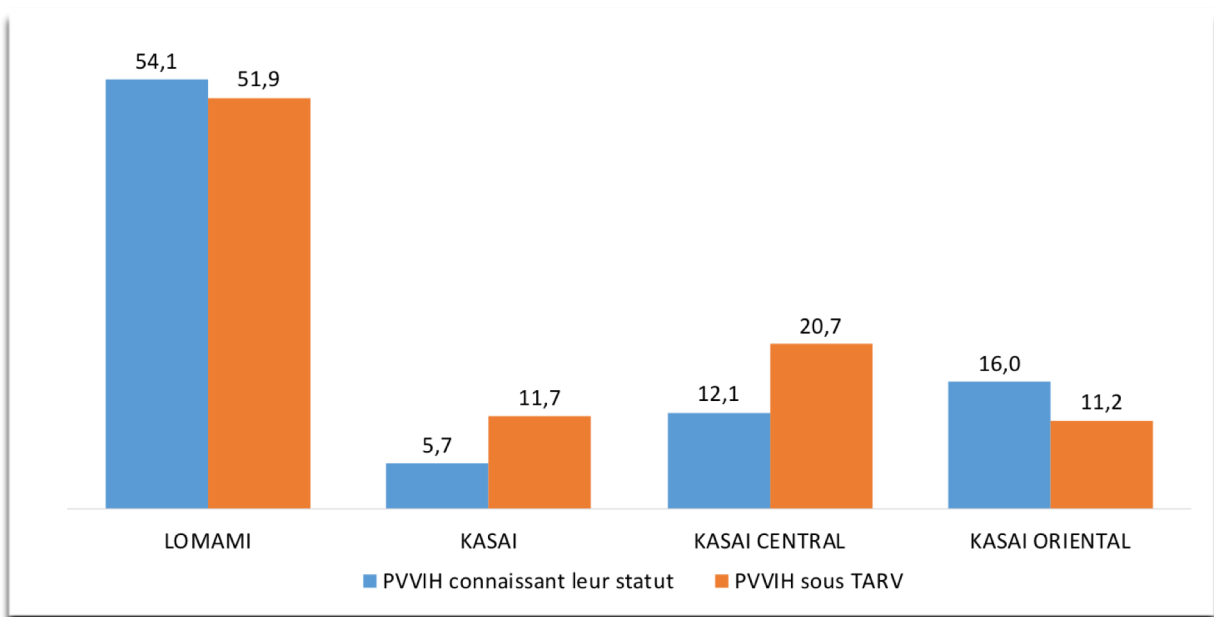


Figure 4. Connaissance et accès aux ARV de PVVIH attendues par province en 2016

Le Kasai Oriental a une couverture en paquet VIH planifiée de 100% tandis la Lomami, le Kasai Central et le Kasai ont respectivement une couverture de 52%, 50% et 22%. Cette situation s'explique par la priorisation et le ciblage selon les ressources disponibles pour la riposte au VIH/SIDA.

En 2016, en dehors de la Lomami, moins de 20% des PVVIH attendues pour chaque province connaissaient leur statut sérologique et avaient accès aux ARV⁴.

Toutefois, de la figure 4, on relève une situation paradoxale au Kasai, Kasai Central et Kasai Oriental où plusieurs personnes sous ARV ne connaissent pas leur statut sérologique, pourtant préalable à la mise sous traitement. Cela doit être lié à la non concordance des sources d'information collectée soit directement auprès des individus soit tirée des structures sanitaires.

Le financement de la riposte VIH

Le financement est essentiellement assuré par le gouvernement et ses partenaires, le Fonds Mondial et le PEPFAR comme indiqué sur la figure 5.

Selon les critères de priorisation et de ciblage, la région du Kasai a deux (2) provinces (Kasai, Kasai Central) non prioritaires et pratiquement pas financées pour intégrer le paquet VIH.

La province du Kasai Oriental est financée pour intégrer le paquet VIH dans toutes les 19 zones de santé qui la compose.

Mais le conflit a été un défi majeur pour cette intégration sous financement Fonds Mondial. Cette situation n'a pas changé après le conflit voire s'est empirée avec la transition entre l'ancien récipiendaire principal, SANRU, et le nouveau, CORDAID. Cette mauvaise transition a contribué au ralentissement des activités de prévention et prise en charge du VIH. Des

⁴ PNLS. Rapport Annuel d'Activités 2016

ruptures fréquentes des stocks dans les zones ayant intégré le paquet VIH ont été enregistrées.

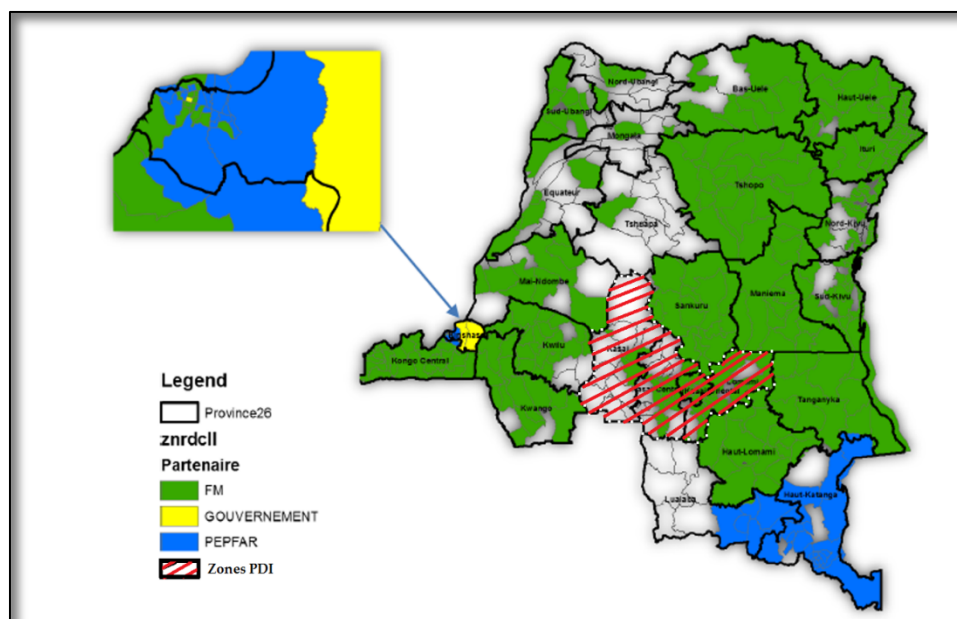


Figure 5. Financement de la lutte contre le VIH/SIDA en RDC 2017⁵

Coordination de la riposte humanitaire dans le Kasai

La Coordination nationale de la riposte humanitaire est basée à Kinshasa. Elle a comme rôle principal d'assurer la coordination et la veille humanitaire au niveau national, ainsi que de proposer l'activation ou la désactivation des pôles régionaux selon les besoins. A ce jour, quatre pôles régionaux ont été activés : Bukavu, Goma, Kalemie et Kananga avec une présence d'OCHA.

Dans chaque pôle régional de coordination, les structures suivantes ont été créées et sont fonctionnelles :

- Un Comité Régional Inter-Organisations (CRIO), représentant les fonctions de l'Equipe humanitaire pays (EHP) au niveau régional ;
- Un Inter-Cluster Régional, veillant à la coordination opérationnelle régionale ;
- Les Clusters régionaux et un Cash Working Group régional.

Au niveau des antennes, la coordination se fait à travers :

- Un Comité local inter-organisations (CLIO), rassemblant les organisations présentes sur le terrain. Il s'agit d'un organe de coordination technique multisectoriel ;
- Des points focaux multisectoriels et sectoriels, qui font le lien avec la coordination au niveau régional.

Cette structure de coordination est reflétée dans la région du Kasai :

Le pôle de coordination humanitaire pour la crise dans la région du Kasai est centralisé à Kananga, Province du Kasai Central. En effet, la majorité des acteurs opérant dans cette zone

⁵ Figure adaptée de la graphique du paysage financier contenu dans PSSS 2018-2021

sont basés à Kananga, à partir de laquelle ils gèrent les opérations dans les autres provinces affectées de la région. Le Comité Régional Inter-Organisations (CRIO) à Kananga est l'organe de coordination stratégique pour la région, appuyé par les Comité local inter-organisations (CLIO) à Mbuji-Mayi et Tshikapa. Le leadership des clusters est centralisé à Kananga, avec des capacités de soutien (« roving ») aux groupes sectoriels dans les autres provinces.

3. OBJECTIFS.

3.1. Objectif général

Évaluer les conséquences du conflit sur la vulnérabilité et les comportements à risque liés au VIH/SIDA parmi les PDI et les populations affectées (familles d'accueil) par le conflit en tenant compte des populations vulnérables (femmes, enfants, adolescent, jeunes, PVVIH ...)

3.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les effets du conflit sur la vulnérabilité et les comportements à risque liés au VIH.
- Comparer la cartographie des interventions VIH avant et après le conflit pour une programmation plus adaptée.
- Formuler des recommandations pour la prévention, les soins, le traitement et le soutien VIH en faveur des PDI et populations affectées.

II. METHODOLOGIE

1. DESIGN DE L'ETUDE

L'enquête a été menée selon une approche qualitative en utilisant la méthode d'évaluation rapide des besoins relatifs au VIH des populations déplacées internes et affectées par le conflit.

2. CADRE DE L'EVALUATION

L'enquête s'est déroulée au niveau central et provincial ainsi qu'au niveau opérationnel.

1. **Niveau central** : chargé de définir les politiques, les stratégies, les normes et les directives

A ce niveau, ont été enquêtés :

- le PNMLS
- les Ministères : 1) de la santé à travers ses programmes spécialisés impliqués dans la lutte contre le VIH et dans la riposte en situation d'urgence (PNLS, PRONANUT, PNSR, Programme National de lutte contre les catastrophes, etc.), 2) des affaires sociales, 3) de l'intérieur, 4) de l'Enseignement primaire et secondaire et 5) de la Défense 6) Affaires humanitaires

2. **Niveau provincial** : niveau qui assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau opérationnel.

A ce niveau, nous avons enquêté les gouvernements provinciaux (Ministres provinciaux de la santé, chefs de division ou leurs représentants des DPS de Kasai, Kasai Central, Kasai-Oriental, Évaluation rapide VIH/SIDA dans la région du Kasai 2018

Lomami). Les agences de Nations Unies (HCR, OCHA, OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, PNUD, le cluster santé).

3. **Niveau opérationnel** : La Zone de Santé, qui assure la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

A ce niveau, deux sites par province, un rural et urbain, parmi ceux ayant accueilli un grand nombre des PDI et étant accessibles ont été sélectionnés grâce aux informations recueillies au niveau central et provincial. Ainsi les sites suivants ont été sélectionnés pour être visités :

- Kasai : Kamwasha et Kanzala
- Kasai Central : Kananga et Tshikaji
- Kasai Oriental : Bipemba et Kabeya Kamwanga
- Lomami : Mwene Ditu. La ZS de Mulumba préalablement retenue n'a finalement pas été enquêtée à cause des problèmes d'accessibilité qui sont survenus au moment de l'enquête.

Les visites sur le terrain ont inclus les services sociaux, les ONG, les établissements de santé dont les hôpitaux généraux de référence, les centres de santé, les sites de Traitement antirétroviral (TAR). Les structures à visiter ont été choisies en fonction de leur proximité avec les PDI ou de leur utilisation par ces populations.

3. POPULATION DE L'ETUDE

Cette évaluation a été conduite auprès de la population déplacée interne notamment les hommes, femmes, jeunes et adolescents, les PVVIH déplacées internes et les populations clés déplacées internes (HSH, PS, UDI). Ont aussi fait l'objet de l'enquête les populations d'accueil ou hôtes, les représentants des institutions publiques (les différents Ministères, le PNMLS, les prestataires des soins...), les Agences du Système des Nations Unies (ASNU) et les acteurs communautaires (les Organisations associées communautaire, les prestataires des services privés, les leaders communautaires) et les personnes en uniforme des zones à conflit.

4. COLLECTE DES DONNEES

4.1. Méthodes de collecte

Nous avons utilisé les outils développés dans le guide sur l'évaluation rapide des besoins liés au VIH parmi les personnes déplacées internes⁶. Les principales méthodes de collecte de données utilisées dans le cadre de cette évaluation rapide de la situation sont les suivantes :

⁶ <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=&comid=4acda9f29&cid=49aea9390&keywords=HIV-bss-assessments>

1. *Revue de la documentation existante*

La revue de la documentation a consisté à l'identification des informations existantes sur le conflit et son impact sur le fonctionnement des services de santé sexuelle et reproductive (y compris les données sur le VIH/SIDA).

Elle a aussi permis la comparaison de certains indicateurs avant et pendant le déplacement.

Les données du Système national d'information sanitaire (SNIS) des zones affectées, les rapports d'activités des ONG actives, des ASNU et le plan d'action humanitaire 2018, le rapport du HCDH de juin 2018 ont été utilisés à cette fin.

2. *Interviews semi-structurées*

Des Interviews semi- structurées ont été réalisés avec des informateurs clés sélectionnés en raison de leurs connaissances des problèmes dans la zone. Il s'agissait de personnels d'organismes publics, de dirigeants locaux, de représentants des jeunes, de responsables de services de santé (public et privé), des membres de sous-groupes de PDIs sélectionnés comme les utilisateurs de drogues (injectables ou pas), les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes séropositives/atteintes du SIDA, les veuves de guerre et les enfants vivant dans la rue, les hommes en uniforme (militaires et policiers)

Les informations qui ont été recueillies à l'issue des interviews semi-structurées réalisées auprès des informateurs clés ont guidé le processus de recueil des données lors des groupes de discussions.

Le nombre d'interviews réalisées par site de PDIs avec des informateurs clés varie en fonction de la taille du site, de la composition de l'équipe, du temps et des ressources disponibles, de la sécurité et d'autres facteurs locaux. L'objectif est d'obtenir des informations provenant des membres types de chaque catégorie d'intérêt.

3. *Groupes de discussion*

Ces discussions ont été conduites avec des groupes de PDIs et des populations affectées par le conflit. Il s'agissait de groupes jeunes femmes, de jeunes hommes, de femmes, d'hommes, ou de personnes issues des sous-groupes de PDIs décrits ci-dessus.

Ces discussions ont permis de recueillir des informations plus détaillées sur la vulnérabilité, les comportements à risque au VIH et l'accès aux services de prévention, soins et soutien.

La durée moyenne d'une session du groupe de discussion a été d'environ deux heures. Au total huit discussions ont été organisées avec chacune, 10 participants. La sélection des participants à chaque session a été homogène en fonction du sexe et le statut de PDI.

4. Observation des services

Dans le souci de trianguler l'information, les observations de services ont été réalisées pour apprécier l'impact du conflit sur les infrastructures physiques et confirmer la fonctionnalité des services et la disponibilité des médicaments et autres intrants VIH

4.2. Nombre des personnes interviewées par zone

Qualité de personnes		Nombre de personnes		
		Hommes	Femmes	Total
Informateurs clés	Représentants de la zone	1		1
	Dirigeants locaux tels que les enseignants, les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux	5	5	10
	Jeunes	5	5	10
	Personnes en uniformes	2	2	4
	Prestataires de soins	2	2	4
Individus	PDIs	5	5	10
	Populations clés	2	2	4
	Personnes séropositives	3	3	6
Discussions en groupes	PDIs	10	10	20
	Jeunes	10	10	20

4.3. Constitution des équipes

Dans le cadre du renforcement de la résilience des structures locales et du transfert des compétences, l'identification et la sélection des membres des équipes pour l'enquête ont été faites conformément au cahier de charge. Ainsi les Chefs d'équipes avaient une expertise en santé publique et les enquêteurs avaient tous une expérience dans le cadre de la riposte au VIH/SIDA ainsi qu'une bonne connaissance du terrain et de la langue locale. Ces équipes ont travaillé étroitement avec les acteurs locaux tout en veillant à transférer les connaissances nécessaires pour conduire ce type d'enquête de manière autonome.

Les enquêteurs provenaient, pour la plupart d'entre eux, des organisations communautaires de base qui interagissent avec les groupes clés (les jeunes et adolescents, les HSH, les UDI, les PS et les PVVIH), notamment RACON, PSSP, UCOP+, Femmes Plus. Ce choix se justifie par la nécessité de collecter les informations sur les besoins des populations difficiles d'accès que sont les populations clés et qui requiert plus de confidentialité.

Au total, pour chaque province, 2 équipes de 6 personnes ont été constituées avec : un chef d'équipe, 3 enquêteurs, un animateur des discussions, un secrétaire. Le chef d'équipe avait une expertise en santé publique. Les chefs d'équipe ont été recrutés et formés à Kinshasa par

UNHCR, PNMLS et École de Sante Publique (ESP) de l'Université de Kinshasa (UNIKIN). Tous les autres membres d'équipe ont été formés pendant trois jours par les chefs d'équipes. Chaque outil a été présenté et expliqué pendant la formation. Les formations ont eu lieu au niveau de chefs-lieux des provinces cibles.

4.4. Planning de la visite sur le terrain

	Jour
Orientation et préparation de l'équipe	3
Voyage pour se rendre sur la zone	1
Rencontre avec l'équipe et les autorités locales	1
Interviews des parties prenantes	3
Interviews des groupes cible	3
Visites des centres et des services de santé	3
Sessions du groupe de discussions	3
Retour de la zone vers la ville	1
Total des jours sur terrain	18

La collecte des données proprement dite sur le terrain a duré 6 jours.

4.5. Traitement et analyse des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide tablettes Android à partir de supports électroniques développés avec l'application Kobo. Cette collecte électronique a permis un contrôle rapide de la qualité des données collectées.

Les données collectées ont été analysées selon les méthodes d'analyse des données qualitatives. Ces analyses se faisaient de façon quotidienne. Selon les feedbacks au cours des rencontres quotidiennes, la collecte des données était constamment ajustée.

L'analyse du contenu des informations s'est faite à l'aide d'une grille d'analyse qui a permis de catégoriser les phénomènes et les problèmes qu'elles renferment d'abord, et les hiérarchiser et/ou les prioriser par la suite. L'analyse comparative pour identifier et expliquer les différences entre diverses situations a été utilisée.

5. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La participation à tout volet de l'étude était entièrement volontaire. Un consentement éclairé a été obtenu de chaque participant à l'étude. Dans le formulaire de consentement éclairé étaient résumées les procédures utilisées pour la conduite des entretiens ainsi que la manière dont les informations recueillies devaient être protégées.

6. DIFFICULTES RENCONTREES

Les principales difficultés rencontrées au cours de la réalisation de l'enquête étaient les suivantes :

- Retard dans le déploiement sur terrain pour des raisons logistiques dont le report des vols.
- Conflit d'agenda avec certains informateurs clés qui étaient pris par d'autres activités.
- L'inaccessibilité géographique et sécuritaire.
- L'insuffisance des documents renseignant spécifiquement sur les PDIs mais surtout sur le VIH/SIDA chez les PDIs.

7. FORCES

Cette évaluation a été une opportunité de plaider pour l'intégration du VIH dans la riposte humanitaire d'urgence. Elle a permis d'identifier les personnes affectées par la crise qui présentaient des problèmes urgents d'accès aux services VIH et qui ont été systématiquement référées vers les structures pour une prise en charge adéquate.

A la fin de la collecte des données, une restitution devant toutes les parties prenantes de la région a été organisée dans chaque province et a permis de replacer sur les différents agendas la problématique VIH en contexte humanitaire.

Par la suite, des ateliers provinciaux d'intégration du VIH humanitaire dans les plans d'action provinciaux ont été organisés dans chaque province.

Elle a permis enfin, le renforcement des capacités sur le VIH en contexte humanitaire et l'appropriation en vue de la résilience.

III. RESULTATS

La compréhension de l'interaction dynamique entre les conflits armés et le VIH requiert une analyse approfondie au-delà des clichés. Les liens entre le VIH et le conflit sont complexes. Cette évaluation se veut rapide pour déterminer les facteurs clés de la vulnérabilité et les risques liés au VIH et leur ampleur dans la région du Kasai en vue de développer une riposte à court et moyen terme cohérente, adaptée, efficace et efficiente.

Il est admis que le mécanisme d'action du conflit sur le VIH s'inscrit dans le mécanisme général selon lequel l'épidémie du VIH se nourrit de la vulnérabilité et du risque lié au VIH. Le conflit agit dans un sens ou dans un autre sur la vulnérabilité et l'exposition au risque VIH. Selon qu'il accroît la vulnérabilité et/ou l'exposition au risque VIH, le conflit conduit à l'explosion de la propagation du VIH. Et selon qu'il réduit l'exposition au risque VIH, le conflit diminue le risque de la population affectée à la transmission du VIH.

Les différents facteurs de vulnérabilité et de risque liés au VIH et leur tendance à l'accroissement ou à la réduction de suite du conflit sont ci-dessous repris.

1. LES FACTEURS DE VULNERABILITE PAR RAPPORT A L'INFECTION VIH

La situation de crise dans la région du Kasai émaillée par les violations graves des droits humains a entraîné des mouvements massifs de populations qui fuyaient les violences. Cette situation a contribué à aggraver voire créer des conditions qui ont renforcé la vulnérabilité à la fois des PDI et des communautés d'accueil face au VIH/SIDA.

Il ressort de l'analyse des données récoltées à l'issue de l'enquête que les principaux facteurs susceptibles d'aggraver la vulnérabilité des PDI et des populations d'accueil sont l'accroissement de la pauvreté et de la dépendance, les violences qui ont eu pour conséquence l'émergence de normes de prédation sexuelle, les déplacements vers des nouvelles zones avec la perte de biens, la rupture des liens familiaux et des normes sociales ainsi que le manque voire l'absence d'informations sur le VIH.

1. Le déplacement.

Le déplacement des populations est l'un des principaux facteurs qui a accru la vulnérabilité des PDI face au VIH. La grande majorité des répondants PDI ont reconnu que le déplacement leur a fait perdre leur travail ou occupation ainsi que leurs biens. Ces déplacements ont aussi causé des pertes en vies humaines et rompu la structure familiale :

« Avec le déplacement je ne sais plus quoi faire pour avoir la vie que j'avais avant, j'ai tout perdu. » (Entretien PDI)

« Avec le déplacement, j'ai perdu mon champ, ma famille et je suis obligée de me prostituer pour survivre » (Entretien avec PDI).

Les déplacements répétitifs des populations affectées par la crise ont contribué à la séparation de nombreuses familles voire leur disparition. Les plus affectés sont les jeunes et les adolescents qui ont été, par la suite de ces séparations, psychologiquement affectés et ont dû

se retrouver dans un autre milieu où ils étaient dépayés et, de fois, laissés pour compte. Ce constat a été fait par la majorité des jeunes adolescents : « *J'ai perdu tous mes parents, j'ai fui avec les autres ici où je ne connais personne* » (FGD avec jeunes)

« *Je me suis retrouvé, du jour au lendemain, dans une autre ville sans parents et j'étais obligé de mendier pour survivre. C'est comme ça que je suis devenu 'Muyanda' ou garçon des courses* » (FGD avec jeunes).

Les autres victimes sont les veuves, qui, en dehors du choc psychologique, se sont aussi retrouvées seules dans le rôle du responsable de la famille. La majorité des veuves ont reconnu la difficulté qu'elles éprouvent à faire face à cette nouvelle vie : « *J'ai perdu mon mari et mes 4 enfants jumeaux. Je n'ai plus personne* » (Entretien avec PDI).

Enfin, en fuyant les violences dans les zones ayant subi directement le conflit, plusieurs enfants ont été recrutés de force dans les groupes armés surtout comme informateurs ou porteurs de butin. Ils ont représenté au moins 60 % des forces miliciennes de la région et des milliers de mineurs ayant été forcés à prendre les armes⁷ : « *Nous avons été recrutés pour aller combattre* » (FGD avec les jeunes). Ces enfants qui n'étaient pas préparés à ce genre d'activités ont pour la plupart d'entre-deux été exposés au VIH car ayant développé des mécanismes négatifs d'adaptation en se tournant vers l'alcool ou l'utilisation de drogues. Certains d'entre-eux ont été obligés de pratiquer des rites à risque avec le breuvage du sang.

2. L'exacerbation de la pauvreté.

La précarité préexistante a été exacerbée par le conflit qui a causé des pertes des membres de familles parmi les plus actifs, et des biens. Toutes les PDIs ont été affectées mais ce sont surtout les veuves et les jeunes qui subissent le plus : « *Je me réveille le matin et je passe d'une maison à une autre chercher les habits à nettoyer pour faire 2 bassins d'habits à 1000FC* » (Entretien avec une PDI).

Cette pauvreté a conduit les populations à adopté des stratégies négatives de survie qui ont exposés les PDIs à certains comportements à risque du VIH. Plusieurs PDIs, notamment les femmes, se sont adonnées au commerce de sexe ou ont pris le risque d'avoir des rapports sexuels non protégés dans l'espoir de tomber enceinte et ainsi compter sur une affiliation ou un mariage de fait : « *nous n'avons pas d'autre choix que de vendre nos corps si on veut survivre dans ces endroits sans mari* » (FGD avec PDI).

Dans une certaine mesure, la population d'accueil a aussi subi une exacerbation de la pauvreté à cause de la pression qu'exerce la présence des PDIs sur les maigres ressources disponibles :

⁷ UNICEF. Kasai : les enfants, premières victimes de la crise. Mai 2018

« C'est un proche parent mais je n'arrive plus à tolérer cette situation car ça commence à peser sur nos ressources et tout ça dans une situation de promiscuité ». (Entretien avec une hôte) ».

Toutes les zones enquêtées ont subi une exacerbation de la pauvreté mais ce sont plus les zones de l'épicentre du conflit (Kamwasha, Kabeya Kamwanga...) et les aires de santé les plus éloignées (AS Lukole à Mwene Ditu) qui sont les plus concernées. Contrairement aux zones d'accueil, l'activité économique dans les épicentres de conflit est anéantie et ceux qui y vivent sont complètement dépourvus.

Manque d'accès aux aliments de base : Par ailleurs, il convient de préciser que la situation d'extrême pauvreté s'est fait ressentir sur l'accès à la nourriture qui s'est vu limité pour la majorité des populations affectées dans une région déjà très affectée par l'insécurité alimentaire. En effet, l'insécurité alimentaire, préexistant au conflit, s'est accrue avec le déplacement et l'aggravation de la pauvreté.

Cela a poussé plusieurs PDI à développer des mécanismes de survie dont le commerce de sexe et/ou la prise de risque à travers des rapports sexuels non protégés dans l'espoir de parrainage de la grossesse : *« La crise a poussé les femmes et les jeunes filles à la prostitution ou à se chercher un mari pour survivre »* (Entretien avec un informateur clé d'une ONG active). Les plus touchés sont les PDI enfants, adolescentes, jeunes et les femmes et ainsi toutes les zones enquêtées sont dans une situation d'insécurité alimentaire inquiétante.

Exploitation des enfants et adolescents : face à l'accroissement de la pauvreté, plusieurs familles déplacées se sont vues dans l'obligation de faire travailler leurs jeunes enfants afin de rapporter de l'argent pour contribuer à assurer les dépenses dans les familles d'accueil. Les enfants et adolescents déplacés ont été obligés pour la plupart d'entre-eux de trouver du travail le plus souvent dans des bars et dancings où les risques d'exploitation sexuels et d'abus sont importants.

Les jeunes filles et les adolescentes se sont adonnées au commerce de sexe soit délibérément ou de façon forcée (Tumpatu). Les grandes agglomérations urbaines comme Kananga, Tshikapa et Mbuji Mayi qui ont accueilli un grand nombre de PDI sont celles qui ont le plus connu cette situation.

Exploitation des femmes : Les femmes séparées de leurs maris qui sont de fait devenues chefs de famille se sont elles aussi vues obligées d'accepter des petits travaux afin de subvenir aux besoins de leurs enfants. Souvent contraintes de travailler dans des sites éloignés, elles se sont retrouvées exposées aux violences sans témoins : *« nous sommes obligées d'aller plus loin pour trouver des terres arables mais nous sommes victimes de violence sexuelle surtout de la part des militaires »* (Entretien avec une PDI).

3. Les violences (sexuelles ou non)

Ces violences se sont accrues avec le conflit qui a poussé plusieurs PDIs à fuir leurs abris vers des lieux inconnus, et a causé des pertes des membres de famille masculins qui protègent la famille. Plusieurs cas de viols ont été rapportés notamment les viols collectifs perpétrés par les hommes armés : « *Deux de mes filles ont été violées par les militaires lorsque nous fuyions pour arriver ici.* » (Entretien avec une PDI).

Dans les zones d'accueil, cette même culture de violence basée sur le genre a été accentuée avec le conflit entraînant des cas de viols perpétrés également par des hommes civils qui y vivent.

Les zones les plus touchées sont, selon les cas :

- Les lieux directement touchés par le conflit comme Kabeya Kamwanga et Kamwasha où l'on remarque encore une certaine présence des militaires qui vivent disséminés dans la population.
- Les grandes agglomérations (Mbuji-Mayi, Mwene Ditu, Kananga, Tshikapa...) qui sont parmi les zones d'accueil les importantes.

4. Discrimination des PDIs surtout en milieu rural

Ce facteur a certainement contribué à accentuer la vulnérabilité en limitant l'accès (culturel) aux soins par peur de stigmatisation. Ceci concerne particulièrement les PDIs PVVIH qui, par peur de stigmatisation si jamais leur statut sérologique était rapporté aux hôtes, préféraient garder silence. C'est aussi le cas des PDIs HSH qui, par peur de représailles ou de stigmatisation à cause de leur orientation sexuelle, préféraient ne pas recourir services disponibles. Les zones les plus concernées sont plus les grandes agglomérations comme Bipemba, Kamonia et Kananga.

Les conflits ont aussi fait resurgir, dans certains endroits comme Kamwasha ou Kabeya Kamwanga, de vieux conflits tribaux ou entre chefferies, du fait que les populations hôtes ne voyaient pas toujours d'un bon œil l'arrivée de leurs rivaux du passé. « *Tout le monde de ce village ne nous supporte pas comme nous venons d'un autre village* à cause de nos querelles passées » (Entretien avec une PDI).

Maladie : avec le conflit, il y a eu résurgence de certaines épidémies notamment le choléra au Kasai et Kasai Central. La malnutrition a été exacerbée avec le conflit dans tous les sites enquêtés où se trouvaient les PDIs. Les répondants (prestataires de soins) ont rapporté plusieurs cas de tuberculose notamment à Mwene Ditu dans l'aire de santé Kanda Kanda. Plusieurs cas de dermatoses ont aussi été constatés.

Un des problèmes assez récurrents constaté dans tous les sites est le **syndrome de stress post-traumatique** : « *les déplacés sont très irritables, indifférents, avec un contact difficile et émotifs* » (Entretien avec un prestataire des soins).

5. Manque d'informations sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles

- La disponibilité et l'accès à l'information sur le VIH/ SIDA a été réduit. Le faible accès à l'information sur le VIH semble préexister au conflit. Le manque d'information est accru surtout dans les milieux les plus éloignés ou ceux ayant été affectés par le conflit. Certaines personnes ne connaissaient pas les préservatifs : lors d'une discussion en groupe dans une aire de santé reculée (AS Matadi, AS Cincianku) de Kabeya Kamwanga, les femmes ne connaissaient pas les préservatifs bien qu'ils se trouvaient en stock dans le centre de santé. Même dans les grandes agglomérations, plusieurs PDI ne savaient pas où se procurer gratuitement les préservatifs en dehors des lieux de vente.
- Avec le conflit, plusieurs écoles ont été détruites limitant ainsi l'accès à l'éducation pour des milliers d'enfants se trouvant dans l'épicentre du conflit. Cette situation a contribué à limiter davantage l'accès à l'information sur le VIH qui était rendue disponible à travers le système éducatif. Il est par ailleurs important de préciser qu'il y a une inadéquation entre le programme d'éducation sexuelle à l'école et l'âge des premiers rapports sexuels. Le cours sur l'utilisation du préservatif est dispensé aux élèves de quatrième secondaire généralement âgés de 16-17 ans alors que les premiers rapports sexuels interviennent à l'âge de 12-13 ans (EDS 2013-2014).
- Aussi, le manque de ressources des PDI qui ont tout perdu en fuyant les violences, ne permettait pas, pour la plupart d'entre eux, de faire face aux dépenses liées à l'éducation « *Si nous n'avons quoi manger, comment allons-nous les faire étudier ? Que nos enfants restent ici où nous sommes hébergés car nous n'avons aucun sou pour les faire étudier* » (FGD avec les femmes). Dans le même ordre d'idée, pour la majorité des PDI enquêtées dans les grandes agglomérations comme Mbuji Mayi, Kananga ou l'information sur le VIH était disponible, il leur était difficile d'y accéder par manque de moyens « *Les services de VIH/SIDA sont disponibles dans le centre le plus proche, mais nous sommes moins intéressés parce que, arriver au centre est synonyme d'argent, il n'existe ni les associations ni les réseaux des mamans dans notre zone pour nous renseigner* » (Entretien avec une PVVIH).
- Enfin, il sied de noter qu'avec la peur de recrutement forcé, les jeunes étaient envoyés hors des zones de conflit ou gardés à la maison les privant en conséquence de l'information sur le VIH fournie à l'école. Il s'agit particulièrement des enfants PDI vivant dans les zones se trouvant dans l'épicentre du conflit (Kananga, Kamwasha, Tshikapa, Kabeya Kamwanga et certaines aires de santé de Mwene Ditu).
- Au même moment, à cause du conflit qui a causé la destruction des formations sanitaires, la fuite des prestataires de soins, le retard dans l'intégration des activités VIH, certaines zones particulièrement celles dans l'épicentre du conflit, ont connu une réduction d'accès aux services liés au VIH.

6. Manque des services (infections sexuellement transmissibles, conseil et test volontaires soins et traitement) et le manque d'accès aux soins de santé de base

Le conflit a provoqué des destructions et le pillage des infrastructures de santé, le déplacement de nombreux prestataires de santé et a freiné l'intégration des services VIH dans les zones de santé ciblées par le plan d'extension de la couverture en services VIH. Ceci a fait que les PDIs ne pouvaient accéder aux soins notamment contre les IST, accentuant ainsi leur vulnérabilité au VIH. Ce facteur a été exacerbé dans les zones se trouvant dans l'épicentre du conflit notamment les zones de santé de Kasai Central, Kasai et, pour Kasai Oriental, les zones frontalières avec le Kasai Central comme Kabeya Kamwanga.

2. COMPORTEMENTS A RISQUE

1. Partenaires sexuels multiples

Le conflit a favorisé un relâchement des mœurs dans une culture connue pour ses tabous sur le sexe. Avec ces tabous levés, les PDIs surtout de sexe féminin, le plus souvent en quête de moyen de survie ont multiplié le nombre de partenaires sexuels occasionnels : *« je couche avec plus de cinq partenaires par jour pour trouver de quoi me nourrir. J'espère que l'un d'eux pourra m'engrosser et me prendre en charge »* (FGD avec les jeunes filles).

Quant aux hommes PDIs d'une part, la réduction de leur revenu à cause du conflit, les a amenés à limiter le nombre de leurs partenaires sexuels : *« sans argent, comment allons-nous chercher d'autres femmes en dehors de celles que nous avons »* (Entretien avec PDI). Cela ne devrait toutefois pas être interprété comme une protection contre le VIH d'autant que leurs partenaires ont un comportement à risque. D'autre part, les hommes des zones d'accueil ont quant à eux exacerbé ce comportement à risque à la faveur de la paupérisation des PDIs.

Toutes les zones enquêtées ont rapporté ce problème mais les sites d'accueil des PDIs particulièrement les grandes agglomérations sont le plus touchés.

2. Sexe transactionnel et changement dans les réseaux sexuels

Le sexe transactionnel est un de principaux mécanismes de survie adoptés surtout par les PDIs jeunes, adolescentes et femmes. Avec le conflit, il a été rapporté un accroissement du sexe transactionnel parmi les femmes seules ou mariées contrastant avec les us et coutumes du milieu : *« parmi les PS, il y a plusieurs femmes mariées ou des veuves dont les maris sont morts lors du conflit »* (FGD avec les PS).

Quant aux réseaux sexuels, avec le mouvement des populations de l'épicentre vers les zones d'accueil, les PS se sont également déplacés pour renflouer les réseaux sexuels existant dans la zone d'accueil : *« j'ai reçu plusieurs autres PS de mon village que j'ai hébergées chez moi avant qu'elles ne trouvent leur propre toit »* (FGD avec PS)

Bien que marginalisés, des cas de rapports anaux transactionnels non protégés ont quelques fois été rapportés dans les zones hôtes les plus urbanisées comme Mbuji Mayi, Kananga, Mwene Ditu et Tshikapa.

3. Rapports sexuels forcés.

Il a été rapporté plusieurs cas de rapports sexuels forcés collectifs souvent en présence des membres de familles dans les zones de conflits, pendant la fuite des populations et dans les zones d'accueil perpétrés par les hommes en armes : « *En fuyant dans la brousse, les militaires nous violaient et exigeaient à nos fils de coucher avec nous sinon on les tuait* » (FGD avec les PDI). « *Le phénomène « KANULADI⁸ » à Mbuji-Mayi est très répandu, les hommes à mains armées cassent les portes la nuit, pénètrent dans nos maisons et violent nos femmes et nos filles, ce qui les expose au divorce et à la contamination du VIH.* » (FGD avec les PDI).

4. Non utilisation des préservatifs

Plusieurs raisons ont été rapportées pour expliquer ou justifier le non utilisation du préservatif dans les zones enquêtées.

Les fausses croyances qui ont préexisté au conflit ont contribué à limiter l'utilisation des préservatifs même après le conflit : « *les lubrifiants de préservatifs rendent les gens stériles* » (FGD avec les jeunes). **Le facteur culturel** pourrait aussi expliquer cette non-utilisation du préservatif surtout chez les PDIs masculins : « *pourquoi utiliser le préservatif avec mes femmes ?* » (Entretien avec une PDI).

La barrière financière a été évoquée par plusieurs enquêtés pour qui le prix des préservatifs vendus 50 ou 100 Francs n'était pas accessible.

Chez les jeunes, la crainte d'être stigmatisé a été l'une des raisons la plus citée pour justifier la non-utilisation du préservatif « *Les jeunes n'ont pas accès aux préservatifs, un jeune qui se promène avec un préservatif est considéré comme pute et enfant du diable. Les préservatifs ne se trouvent que dans les pharmacies et sont payants et réservés aux adultes* » (FGD avec les jeunes).

Avec la pauvreté grandissante, les PDI particulièrement les femmes en situation de précarité, qui se sont adonnées au sexe transactionnel, n'avaient pas le pouvoir de négocier le port du préservatif. Par ailleurs, comme déjà expliqué, l'exacerbation de la pauvreté a poussé **certaines** PDIs de sexe féminin, en quête de survie, à prendre des risques liés au VIH. « *Je n'utilise pas les préservatifs pour attraper une grossesse d'un gars de la cité qui va me prendre en charge* » (FGD jeunes).

Aux éléments socioéconomiques et culturels décrits plus, s'ajoute **l'indisponibilité des préservatifs masculins et surtout féminins, et lubrifiants** dans les structures de santé des zones de santé n'ayant pas intégré le paquet d'activités VIH.

5. Transfusions sanguines non sécurisées

Le service de transfusion sanguine sécurisée déjà peu disponible avant le conflit a été désarticulé par le conflit suite aux destructions et pillage des infrastructures de santé avec des

⁸ Traduction littérale : « Ne vous endormez pas » ou « soyez vigilants ».

ruptures de stock en tests et autres intrants. Pendant le conflit, les besoins en sang ont été exacerbés entraînant le recours à la transfusion à chaud avec du sang non testé dans des zones directement touchées par le conflit.

A ce jour, plusieurs structures ont encore rapporté des ruptures des quatre marqueurs et certaines demeurent encore non fonctionnelles. Quasiment toutes les zones enquêtées ont rapporté ces problèmes.

Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Plusieurs situations de breuvage du sang comme rites d'initiation ont été rapportées, dans les sites directement affectés par le conflit. Les scarifications en chaîne avec une même lame ont aussi été rapportées pendant le conflit.

6. Partage des aiguilles/ seringues, utilisation de drogue par injection, réutilisation d'aiguilles et de seringues

Peu de cas d'utilisation des drogues injectables (UDI) ont été rapportés : seul trois UDI ont été identifiés dans la zone de santé de Bipemba. Il est apparu que ces UDI échangent les mêmes seringues sans aucune précaution.

Cependant, les seringues autobloquantes ne sont pas disponibles dans toutes les structures enquêtées.

Il sied toutefois de noter une augmentation de l'utilisation des drogues non injectables (ex: chanvre, alcool fort) parmi les PDI hommes comme femmes sans modération. Ceci pourrait encourager des comportements à haut risque. Cette consommation serait motivée par le besoin de s'évader des souvenirs difficiles à supporter : « *je prends la drogue pour oublier ce qui s'est passé* ». (Entretien avec un informateur clé). Ces pratiques sont très courantes dans toutes les zones enquêtées.

3. CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS VIH AVANT ET APRES LES CONFLITS

La cartographie des interventions VIH dans le Kasai avant le conflit distingue les zones de santé ayant intégré le paquet d'activités VIH et les zones n'ayant pas intégré ce paquet. Le conflit a eu pour effet notamment de retarder le plan d'extension de la riposte VIH dans certaines provinces de la région notamment Lomami et Kasai Oriental. La riposte au VIH s'est vue par ailleurs désarticulée par le conflit dans les zones qui offraient déjà ces services. Les destructions et pillages des structures de soins couplées aux déplacements des prestataires de soins à cause du conflit ont réduit davantage l'offre de service. Au même moment, les zones d'accueil ont connu un accroissement des besoins sans que cela ne soit accompagné par une augmentation de l'offre de service. Ceci démontre que la riposte VIH/SIDA en cours dans la région du Kasai n'a pas été ajustée en fonction de l'impact du conflit.

Quelques interventions ont toutefois été mises en œuvre dans le cadre de la riposte nationale et de la riposte humanitaire. Il existe très peu d'informations sur les interventions VIH dans le cadre de la riposte humanitaire étant donné que la thématique VIH n'a pas été priorisée selon les informateurs clés enquêtés.

3.1. Coordination et financement des interventions

Les entretiens avec les informateurs clés des structures intervenant dans la région du Kasai ont permis de noter que le VIH/SIDA n'apparaît pas comme une thématique prioritaire dans la coordination de la riposte à la crise des déplacés. L'absence d'une coordination intégrée entre les acteurs humanitaires et ceux du développement impliqués dans la lutte contre le VIH a été mentionnée par la majorité des acteurs enquêtés. Cette coordination intégrée est nécessaire pour une riposte efficace étant donné que les populations déplacées vivent dans les familles d'accueil.

A l'analyse de la cartographie du financement de la riposte nationale VIH dans le Kasai, il apparaît que la région est sous-financée.

Le financement humanitaire n'intègre pas la question VIH vu que la thématique n'est pas considérée comme une priorité.

3.2. Prévention

3.1.1. *Promotion de l'utilisation correcte des préservatifs et gel lubrifiant et CCSC-IEC*

- Pour toutes les zones ayant intégré le PMA VIH, bien que les préservatifs soient disponibles dans les formations sanitaires, l'accès est limité pour les PDIs par manque d'information ou des ressources financières.
- Au Kasai, SANRU a financé, avant et après conflit, plusieurs activités de promotion et distribution des préservatifs dans 17 des 18 ZS de la province.
- Au Kasai Central, le PNMLS, PNLS et des organisations d'assise communautaire de la province ont organisé des promotions et distributions des préservatifs notamment à Kananga et Tshikaji qui ont atteint 2.207.219 personnes avant conflit et 3.803.230 après conflit malgré la destruction des structures et le problème d'accessibilité géographique.
- Au Kasai Oriental, dans la ZS de Bipemba, 6 sur 21 avant et 16 sur 21 aires de santé après le conflit ont bénéficié de la promotion et de la distribution des préservatifs. Cependant, plusieurs situations de rupture d'intrants ont été signalées. La ZS de Kabeya Kamwanga n'a pas spécifiquement rapporté cette activité. Nous avons toutefois observé la présence des préservatifs dans les structures de soins visitées.

3.1.2. A Mwene Ditu, plusieurs ONG interviennent dans la sensibilisation de la population en général : ONGD AMAIN, ONGD Aide urgente, ONGD FOFADU, RACON, ABEF-ND, ALIMA...

3.1.3. *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)*

- **Kasai** : Le programme n'existe que dans 4 ZS sur 18 de la province avec l'appui du projet ASSP/SANRU qui touche à sa fin en mars 2019 (Ilebo, Tshikapa, Luebo et Mueka). Le paquet VIH n'a pas été intégré dans les deux ZS enquêtées. Il faut toutefois signaler que les prestataires ont été formés sur le paquet VIH y compris la PTME dans les 18 ZS que compte la province.

- **Kasaï Central** : Les zones de santé ayant intégré le PMA VIH indiquent : 109/427 maternités ont une activité PTME soit une couverture de 25%. Environ, 57 et 86 femmes étaient sous B+ respectivement pour 2016 et 2017. Aucun partenaire ne vient en appui pour ces activités.
- **Kasaï Oriental** : dans la ZS de Bipemba, 16 sur 21 aires de santé sont couvertes par les activités PTME. Aucun partenaire ne vient en appui pour ces activités.
- **Lomami : Mwene Ditu** : 16 sur 24 aires de santé sont couvertes par les activités de PTME. Aucun partenaire ne vient en appui pour ces activités.

3.1.4. Prophylaxie Pré et Post Exposition pour les Survivant du viol et les prestataires

- **Pour toutes les zones**, on a noté une faible intégration de la Prophylaxie Pré et Post Exposition accentuée par l'absence d'intrants.
- **Au Kasaï**, avant le conflit, MSF intervenait pour cette activité. Cependant, après le conflit, cette activité n'est plus mise en œuvre et les 2 zones enquêtées n'offrent pas les services.
- **Kasaï Central** : En 2017, plus de 1000 cas des violences sexuelles ont été notifiés au niveau de la synergie de la lutte et seuls 284 cas, ont été pris en charge dans les délais. Les distances séparant, dans certains cas les Fosa des survivants, constituent un obstacle pour l'accessibilité et le suivi.
- **Kasaï Oriental** : les mêmes aires de santé de Bipemba citées plus haut ont déclaré posséder des kits PEP et/ou PreP que nous n'avons pas observé dans les structures. Il a aussi été rapporté des ruptures de stock régulières.
- **Lomami, Mwene Ditu**: L'ONG ALIMIA intervient dans la lutte contre les violences sexuelles par la sensibilisation tout comme par la prise en charge des survivants. Plusieurs cas de violences sexuelles étaient encore enregistrés.

3.1.5. Programmes pour les PS, les homosexuels

Bien que les responsables des structures aient reconnu la présence des PS et des HSH, il a été noté que le programme ciblant les PS et HSH n'est pas intégré.

3.1.6. Sécurité transfusionnelle

- **Kasaï** : Le Programme de sécurité transfusionnelle n'est pas intégré du fait du redécoupage administratif qui a fait du Kasaï une nouvelle Province.
- **Kasaï Central** : Cette activité a été rapportée dans les deux ZS d'enquête.
- **Kasaï Oriental** : La ZS de Kabeya Kamwanga a intégré cette activité sans que cela ne soit bien quantifié. Les ruptures fréquentes des marqueurs sont ainsi rapportées.
- **Lomami, Mwene Ditu** : La banque du sang de la ZS n'est plus fonctionnelle à cause de la panne du réfrigérateur. Plusieurs ruptures de stock en marqueurs viraux sont aussi régulièrement rapportées.

3.1.7. Programmes destinés aux jeunes

- **Seul le Kasai Central** a rapporté quelques actions sporadiques en milieu des jeunes qui ont été organisées, avant et après conflit, notamment par l'association et clubs Adodev sans impact réel dans la communauté.

3.3. Prise en charge

- **Au Kasai** : aucune activité n'a été menée dans les 2 ZS enquêtées étant donné qu'elles n'ont pas intégré les activités VIH.
- **Kasai Central** :
 - Il a été rapporté des problèmes d'accessibilité au traitement avec un approvisionnement difficile en intrants couplé à la fermeture de certaines formations sanitaires suite à l'insécurité.
 - Le nombre des adultes sous TARV est passé de 2468 à 4004 PVVIH ; ceci est encore bien en dessous de 90% des PVVIH attendues. On a aussi rapporté une augmentation du nombre des perdus de vue.
- **Kasai Oriental** : le nombre des aires de santé qui offrent le TARV est passé de 2 à 10 ; soit 48% des aires de santé. Cependant, on note des ruptures fréquentes de stock pendant qu'il y a eu une augmentation de l'utilisation des services.
- **Lomami, Mwene Ditu**: le TARV est disponible dans 16 des 24 aires de santé de la ZS. Plusieurs ONG (UCOP+) interviennent dans la recherche des PDI PVVIH en abandon et/ou rupture de médicaments.

3.4. Protection

Les zones enquêtées n'ont pas rapporté des activités de protection en lien avec le VIH. Cependant, plusieurs activités ont été rapportées dans les rapports de certaines agences humanitaires dont le HCR, l'UNICEF, le PNUD à travers leurs partenaires de mise en œuvre.

3.4.1. Appui nutritionnel des PVVIH

Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a organisé ou planifié, avec plusieurs autres partenaires, la prise en charge nutritionnelle des co-infectés PVVIH-TB notamment dans toutes les zones enquêtées en dehors de Mwene Ditu. La plupart de ces activités sont en cours d'implantation.

3.4.2. Éducation

L'UNICEF fournit des tentes, des bâches et des structures de classe semi-permanentes afin de mettre en place des espaces d'apprentissage temporaires. À l'heure actuelle, l'UNICEF et les ministères provinciaux de l'éducation ont mis sur pied ou réhabilité 314 salles de classe temporaires. Au mois d'avril 2018, près de 20 000 enfants, sur les 150 000 ciblés, avaient pu bénéficier de services éducatifs et psychosociaux.

Pour aider les enfants qui n'ont pas quitté leur communauté, mais qui ont néanmoins été témoins des horreurs de la guerre, l'UNICEF et ses partenaires ont fourni à 2 500 enseignants une formation au soutien psychologique et à l'éducation à la paix dans des villages touchés par la violence

3.4.3. Prévention et prise en charge des violences sexuelles

- OCHA UNFPA/UNICEF/OMS /HCR ont organisé plusieurs activités notamment de prise en charge multisectorielle (médicale, psychosociale, conseil juridique), d'appui psychologique communautaire collectif, de distribution des kits de dignité, de la mise en place d'espaces sûrs pour les femmes et les filles ; de mobilisation communautaire pour le changement des comportements vis-à-vis des VBG, de détection et référencement des incidents des VBG et des stratégies de proximité pour la prise en charge en approche intégrée avec les interventions en santé de la reproduction.
- Au Kasai, en matière de violences basées sur le genre, quelques actions ont été l'œuvre de CARITAS qui assure la prise en charge des victimes des violences sexuelles. Le nombre des bénéficiaires n'a pas été rapporté.

CONCLUSIONS

Il ressort de cette évaluation rapide, que les liens entre le VIH et le conflit sont complexes. La vulnérabilité comme les comportements à risque dépendent d'un grand nombre de facteurs concurrentiels et interdépendants.

Dans la région du Kasai, les PDIs sont dans les familles d'accueil et il n'existe pas des sites particuliers pour ces populations.

Le conflit Kamwina Nsapu dans cette la région a accru les facteurs de vulnérabilité et de risques de transmission du VIH parmi les PDIs et les populations d'accueil avec notamment l'accroissement de la pauvreté et de la dépendance, les violences qui ont eu pour conséquence l'émergence de normes de prédation sexuelle, les déplacements vers des nouvelles zones avec la perte de biens, la rupture des liens familiaux et des normes sociales ainsi que le manque voire l'absence d'informations sur le VIH et la réduction de l'accès aux services VIH.

Ce conflit a affecté 50 /79 Zones de Santé (ZS) de la région du Kasai soit par le mouvement de la population et/ou la destruction et le pillage des infrastructures dans un système de santé non résilient.

Bien que le pays a fait des PDIs une des cibles prioritaires dans son plan stratégique national VIH 2018-2020, la riposte VIH en cours dans le Kasai n'est ni coordonnée ni adaptée aux besoins VIH des PDIs dans les zones d'accueil comme dans les zone de retour spontané. Les deux mécanismes de coordination en place sont non-intégrés avec risque de duplication des missions et d'interventions.

La couverture en activités VIH dans la région demeure faible par manque de financement et/ou par arrêt du processus d'intégration du paquet VHI à cause du conflit.

L'intégration du VIH dans la riposte humanitaire en cours est dans sa phase initiale est sans envergure face à la vulnérabilité et aux risques VIH accrus.

Les PDIs sont en général vulnérables au VIH, particulièrement les enfants dont les enfants chef de ménage, miliciens et non accompagnés, les jeunes et adolescents, la femme dont les femmes chef de ménage, veuves et les populations clés (professionnelles de sexe, les hommes ayant des rapports avec les hommes et les utilisateurs de drogues et d'alcool).

Les hommes en uniforme et les milices ont aussi été identifiés comme population à risque.

De ce qui précède, il se dégage l'urgence absolue de répondre de façon coordonnée et intégrée aux besoins VIH des populations déplacées internes et populations affectées par le conflit sans discrimination dans la région du Kasai, au risque de compromettre tous les efforts et progrès réalisés vers l'objectif Fast Track 90-90-90 visant le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA d'ici 2020 et son élimination en 2030 en RDC.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations sont développées en cohérence avec le contexte de non existence des sites/camps des PDI, renforçant ainsi la nécessité d'une coordination et d'un plan de riposte intégrés à la riposte nationale VIH dans la région. Les acteurs potentiels sont repris entre parenthèses en fin de chaque recommandation.

1. A court terme :

- Renforcer/Intégrer le PMA VIH en ciblant les populations prioritaires dans les zones d'accueil et de retour spontané. Les zones de santé prioritaires sont, pour le Kasai Central, la ZS de Kamonia, Kamuesha, Kalonda-Ouest, Mutena, et pour le Kasai, Tshikapa, Kanzala, Mweka, Ndjoko Punda, Luebo, Kitangua, Nyanga. Pour le Kasai Oriental, la ZS de Bipemba, de Kabeya Kamwanga, Cilumdu, Miabi, Kansasa, Thsishimbi, Mpokolo et pour la Lomami, la ZS de Mwene Ditu, Kalenda, Wikong, Luputa, Kamiji, kandankanda.(PNMLS-PNLS/ONUSIDA-HCR/FM-SANRU).
- Assurer un plaidoyer pour une riposte VIH urgente, coordonnée et intégrée à tous les niveaux (PNMLS/ONUSIDA-HCR)
- Faire le plaidoyer pour l'inclusion de la région du Kasai parmi les provinces prioritaires dans la riposte nationale au VIH dans le cadre du financement gouvernement-Fonds mondial (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-HCR).
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des fonds à travers les différents mécanismes de financement VIH et particulièrement le mécanisme urgent du financement Fonds mondial (PNMLS-PNLS/ ONUSIDA-HCR).
- Mettre en place un cadre de coordination intégrée entre l'humanitaire et les acteurs de développement en définissant les passerelles d'échanges d'informations, d'harmonisation des interventions, des acteurs, et du financement (PNMLS/PNLS, OCHA, ONUSIDA)
- Intégrer la riposte humanitaire VIH en cours dans la riposte nationale en vue de capitaliser les acquis et les ressources disponibles (PNMLS-PNLS/ONUSIDA)
- Mettre à jour les plans de riposte provinciaux en considérant les aspects humanitaires et les gaps identifiés par l'évaluation rapide (PNMLS/PNLS, OCHA, ONUSIDA, HCR, PAM, OMS, UNICEF, PNUD, UNFPA).
- Mettre en œuvre le paquet d'activités VIH qui cible à la fois les populations vulnérables et à risques parmi les populations déplacées internes et populations affectées par le conflit dans les zones de santé d'accueil et de retour, étant donné qu'il n'existe pas des sites des PDI (PNMLS-PNLS)
- Assurer la continuation des ARV pour les PVVIH en rupture des ARV dans les zones d'accueil et de retour spontané (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-OMS)
- Renforcer le paquet PTME pour la continuité de la prise en charge des femmes enceintes PVVIH et TAR pédiatrique dans les zones d'accueil et de retour spontané. (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-UNICEF)

- Assurer un approvisionnement en médicaments et intrants VIH dans les zones ayant déjà intégré le paquet VIH selon les besoins réels pour faire face aux ruptures de stock en accélérant le processus de remise et reprise entre les bénéficiaires principaux du Fonds mondial (Action PNMLS/PNLS-Cordaid- SANRU-FM)
- Couvrir les besoins alimentaires des PVVIH dans la zone d'accueil et de retour spontané. (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-PAM)
- Offrir des services des soins et de soutien aux populations clés à haut risque d'exposition au VIH dans la zone d'accueil et de retour spontané (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-UNFPA-ONU-FEMME-PNUD)
- Offrir des services de santé et VIH adaptés aux adolescents et jeunes dans les zones d'accueil et de retour spontané (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-UNFPA-UNICEF-UNESCO)
- Offrir une protection contre les violations de droits humains liés au VIH dans les zones d'accueil et de retour spontané (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-HCR-PNUD-UNICEF)
- Protéger la population contre les violences sexistes et faciliter l'accès aux services pour les survivants du viol dans les zones d'accueil et de retour spontané (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-ONU-FEMME, UNICEF-HCR-FNUAP-UNESCO).
- Assurer la protection des orphelins, les enfants et jeunes non accompagnés, séparés et vulnérables dans les zones d'accueil et de retour spontanés (PNMLS-PNLS/Unicef-HCR)
- Intégrer le VIH en milieu du travail (PNMLS-PNLS/ONUSIDA-BIT)

2. A moyen terme :

- Intensifier la riposte VIH dans les zones prioritaires et élargir la couverture des services VIH dans les 79 ZS de la région du Kasai,
- Intégrer le PMA VIH dans le processus de retour dans le cadre des solutions durables
- Renforcer la coordination de la lutte contre le VIH dans la région du Kasai ;
- Actualiser les zones prioritaires dans le cadre du financement gouvernement-Fonds mondial pour une riposte globale soutenue et pérenne ciblant les populations vulnérables et à risques dont les enfants, des femmes, les jeunes et adolescents, les PVVIH, les PS, les MSM, les ex-combattants, l'armée et la police, les chauffeurs, etc.
- Renforcer le volet soutien aux PS
- Pérenniser les mécanismes locaux de financement durable.

3. A long terme :

- Adresser les questions de pauvreté dans le cadre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté en intégrant le volet VIH comme l'un des piliers.

Le tableau ci-dessous reprend les actions à mener en urgence.

Recommandations pour la riposte au VIH/SIDA d'urgence en situation humanitaire

Domaines	Recommandations	Actions en urgence	Groupes cibles	Zones cibles	Acteurs de mise en œuvre
Prévention	Sensibiliser les PDI sur le VIH et les autonomiser	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un groupe de sensibilisation et de soutien communautaire - Diffuser les messages et les supports existants par le biais des canaux appropriés 	Toutes les PDI et les PA	Toutes	Les OAC Les organisations spécialisées de certains sous-groupes (UCOP+, RACOI, Femmes Plus, PSSP)
	Améliorer la prévention de la transmission du VIH dans le milieu des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer des précautions universelles et souligner leur importance dans le milieu de soins - Assurer une prophylaxie post exposition pour les expositions non professionnelles - Intégrer la PPE dans la PEC clinique des victimes de viol - Fournir une PPE pour les expositions professionnelles 	Toutes les PDI	Toutes particulièrement les zones situées dans l'épicentre du conflit	ECZ, IT et autres responsables des structures privées

Domaines	Recommandations	Actions en urgence	Groupes cibles	Zones cibles	Acteurs de mise en œuvre
	Prendre en charge les IST	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir un traitement syndromique aux patients présentant des symptômes d'IST lors du premier contact - Fournir un traitement présomptif des IST dans le cadre de la PEC médicale des victimes de viol 	Toutes les PDI	Toutes particulièrement les zones situées dans l'épicentre du conflit	ECZ, IT et autres responsables des structures privées
	PTME	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer l'identification des femmes enceintes PDIs PVVIH - Fournir des ARV pour éviter la transmission mère-enfant lorsque l'on sait que la mère est PVVIH - Accélérer l'identification des femmes enceintes PDIs PVVIH sous ARV en rupture de stock en vue de la poursuite de traitement - Assurer l'hygiène et la salubrité des accouchements 	Les PDIs femmes enceintes et/ou en âge de procréer	Toutes	ECZ, IT et autres responsables des structures privées

Domaines	Recommandations	Actions en urgence	Groupes cibles	Zones cibles	Acteurs de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Fournir le traitement, soins et PEC des enfants en bas âge - Informer les mères PVVIH sur les options d'alimentation infantile - Rendre disponible les contraceptifs - 			
	Offrir des services des soins et de soutien élémentaire aux key pop à haut risque d'exposition au VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement l'accès aux interventions de prévention du VIH - Rendre disponible les matériels d'injection hygiénique aux UDI - 	PDI populations clés	Toutes particulièrement les zones de grandes améliorations	PSSP
	Offrir des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des espaces conviviaux pour les adolescents et jeunes - Rendre disponible les kits d'urgence aux adolescentes et jeunes filles PDI - 	PDI adolescents et jeunes	Toutes	RACIJ

Domaines	Recommandations	Actions en urgence	Groupes cibles	Zones cibles	Acteurs de mise en œuvre
PRISE EN CHARGE	Fournir un TARV	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer l'identification des PDI PVVIH - Accélérer l'identification des PDI PVVIH sous ARV en rupture de traitement - Fournir le TARV aux PDI PVVIH - 	Toutes les PDI	Toutes particulièrement les zones situées dans l'épicentre du conflit	ECZ, IT et autres responsables des structures privées
	Fournir des soins contre les IO aux PDI PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un traitement prophylactique avec cotrimoxazole pour les IO - 	Toutes les PDI	Toutes particulièrement les zones situées dans l'épicentre du conflit	ECZ, IT et autres responsables des structures privées
PROTECTION	Offrir une protection contre les violations de droits humains liés au VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller les allégations de violations de droits humains liés au VIH - Mettre en place une protection des femmes et des filles - 	Toutes les PDI	Toutes	
	Protéger la population contre les violences sexistes	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une riposte coordonnée de la prévention et de réaction contre les violences sexistes - Développer des programmes de lutte 	Les PDI adolescentes, jeunes et femmes	Les zones encore instable et/ou avec une présence des groupes armés	

Domaines	Recommandations	Actions en urgence	Groupes cibles	Zones cibles	Acteurs de mise en œuvre
		contre les violations sexistes			
	Protéger les orphelins et les enfants et jeunes non accompagnés séparés et vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> - Enregistrer, suivre et prendre en charge les enfants vulnérables - Rechercher les familles des enfants séparés et tenter de les réunir - Offrir aux enfants non accompagnés les mêmes informations et services essentiels qu'à tous les enfants 	Les PDI enfants	Surtout les zones d'accueil	

ANNEXES

Liste des participants au processus d'évaluation

Coordonnateurs	Institution	E mail	Contact
Lievin Kapend	PNMLS	lievin.kapend@pnmls.cd	+243 994 001 111
Charles Dago	HCR	dago@unhcr.org	
Robert Anunu	HCR	anunu@unhcr.org	+243 815 140 459
Paulin Mutombo	ESPK	Paulinmutombo2004@yahoo.fr	+243 814 361 003
Elie Twite	PNLS	Elietwite1@gmail.com	+243 817 108 906
Patricia Nyembo	PNLS	tricianyembo@yahoo.fr	+243 823 249 317
Steve Yoka	RACOF	steve.yoka@yahoo.fr	+243 817 144 191
Felly Lonzolo	PSSP	felly.lonzolo@pnmls.cd	+243 819 050 500
Maurice Felo	UCOP+	felomaurice@gmail.com	+243 812 596 085
Marie Therese Omari	Femmes Plus	therese.kabale.omarie@gmail.com	+243 999 913 257