



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Présidence de la République

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida

Secrétariat Exécutif National



RAPPORT D'ÉVALUATION RAPIDE DES BESOINS LIÉS AU VIH/SIDA DES POPULATIONS DÉPLACÉES INTERNES

PROVINCE DU KASAI CENTRAL



SEPTEMBRE 2024



Produit par

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le
Sida



Version du 30 septembre 2024

© 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 Kasavubu
Kinshasa
République Démocratique du Congo
Contact :
Tél. +243 825 749 276 - +243 992 146 237
Courriel : contact@pnmls.cd
Site : www.pnmls.cd

REMERCIEMENTS

Au Secrétaire Exécutif National du PNMLS, Pr. Dr Liévin KAPEND A KALALA ;

Au Secrétaire Exécutif National Adjoint du PNMLS, Dr Bernard BOSSYKY NGOY BELLY

Au Directeur de Département de Planification et renforcement des capacités, Pr.
Georges NTUMBA ;

Aux Superviseurs nationaux, Dr Rams MPALE et Papy KAWATA :

A l'équipes provinciale de collecte des données supervisée par le Secrétaire Exécutif
Provincial du PNMLS, Jean-Carret MANSHIMBA, et le Médecin Coordonnateur
Provincial du PNLS, Dr Aubhein MPANDA

Aux partenaires techniques et financiers : PAM, HCR, ONUSIDA ;

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé de à la réalisation de cette étude,
veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

RESUME EXECUTIF

L'enquête sur l'évaluation des besoins des populations déplacées internes (PDI) liés au VIH/sida dans le contexte Nexus-humanitaire dans la province du Kasai central a été menée dans deux sites : Tshilumba et Nkonko selon une démarche descriptive, exploratoire et qualitative. Les informations ont été collectées auprès des informateurs clés et différentes cibles, notamment les PVVIH, les populations clés (HSH, PS et UDI) et vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, adolescents et jeunes, survivants des violences sexuelles), à travers des entretiens individuels et des focus group et analysées à l'aide des logiciels Excel 2021 de Microsoft et SPSS v.20.

Dans l'ensemble, l'enquête a montré que le conflit a entraîné l'aggravation de la pauvreté et la précarité des populations déplacées internes (PDI) ainsi que de l'insuffisance criante de services VIH, de l'appui nutritionnel, de l'accès à l'eau potable, à l'éducation, à l'emploi pour les groupes spécifiques déplacés internes constituant ainsi des facteurs de vulnérabilité au VIH à la base des comportements à risques.

Les personnes vivant avec le VIH ont vu leur appui nutritionnel coupé et l'accès aux services des soins et traitement limité. Les femmes enceintes et allaitantes n'ont plus accès au paquet PTME, à la trousse de maternité et à l'appui nutritionnel. Les professionnels de sexe de leur côté ont déclaré faire face à la baisse de leur revenu, à la violence des hommes en uniformes et autres clients, aggravant ipso facto les comportements à risque comme les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues et d'alcool.

Cette dure réalité n'a pas épargné les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes tout comme les utilisateurs des drogues injectables. Les premiers se sont retrouvés sans programmes spécifiques en leur faveur et ainsi donc contraints à la clandestinité suite à un environnement fortement stigmatisant. En plus, la précarité est telle que la vente du sexe devient pour eux une source de revenus pour leur subsistance. Les utilisateurs de drogues injectables de leur côté ont été réduits à vivre en utilisant des équipements non stérilisés pour les injections, à se les partager et à recourir au commerce du sexe comme source de revenus. Les survivants des violences sexuelles se retrouvent eux également sans services spécifiques en leur faveur.

Les adolescents et jeunes font face, beaucoup d'entre eux, à la perte des parents aggravant ainsi leur vulnérabilité, à l'interruption des études pour ceux du niveau secondaire et aux travaux pour trouver de quoi se nourrir et vivre. Dans cette tranche d'âge, il a été observé également une ignorance manifeste des questions liées au VIH comme la connaissance des moyens de protection et l'existence du VIH. Les rapports sexuels et non protégés avant le mariage ont également été renseignés.

D'où les besoins majeurs ci-après ont été épinglés :

- Accès aux services sociaux de base (nutrition, soins de santé, éducation des enfants, emploi, eau potable, abris confortables, etc.) ;
- Rapprochement des services VIH et droits humains (IST, dépistage, préservatifs, lubrifiants, SSR, et VSBG) des sites des PDI ;
- Prise en charge holistique des populations clés (PS, HSH, UDI) et vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, adolescents et jeunes, SVS).

En conclusion, tenant compte de l'analyse faite ci-dessus et celles des indicateurs IASC dans la province du Kasai central, les grandes recommandations suivantes sont formulées :

- Renforcer la coordination multisectorielle de la riposte au VIH y compris du VIH en situation humanitaire dans la province ;
- Mobiliser les ressources financières pour des interventions VIH y compris celles en faveur des PDI ;
- Améliorer l'accès des PDI aux services VIH (IST/VIH, dépistage, préservatif, PTME, soins et traitement, accompagnement psychosocial, SSR, VSBG) ;
- Renforcer les capacités des prestataires cliniques et communautaires sur les IST/VIH, IO, PTME, SSR, VSBG, stigmatisation et discrimination ;
- Renforcer les interventions d'information, éducation et communication sur le VIH.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	II
RESUME EXECUTIF	III
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES GRAPHIQUES.....	VII
LISTE DE FIGURES	VII
SIGLES ET ACRONYMES	VIII
1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte et justification	1
1.2. Présentation de la province du Kasai central.....	3
1.2.1. Contexte géographique.....	3
1.2.2. Contexte démographique	4
1.2.3. Contexte administratif.....	5
1.2.4. Situation économique.....	6
1.2.5. Contexte politique, sécuritaire et humanitaire	6
1.2.6. Contexte sanitaire.....	7
1.2.7. Contexte épidémiologique du VIH.....	8
2. OBJECTIFS.....	10
2.1. Objectif général.....	10
2.2. Objectifs spécifiques.....	10
3. METHODOLOGIE	11
3.1. Cadre de l'étude	11
3.2. Type et durée de l'étude.....	11
3.3. Sites et critères de sélection	11
3.4. Population d'étude	11
3.5. Echantillonnage	12
3.5.1. Taille de l'échantillon.....	12
3.5.2. Technique de l'échantillon	12
3.6. Critères de sélection	13
3.6.1. Critères d'inclusion.....	13
3.6.2. Critères de non-inclusion	13
3.7. Variables de l'étude	13
3.8. Outils de collecte des données	13
3.9. Technique de collecte des données	14

3.10.	Déroulement de l'étude	14
3.10.1.	Phase préparatoire	14
3.10.2.	Phase de collecte des données	15
3.11.	Analyse des données.....	16
3.12.	Considérations éthiques.....	16
4.	RESULTATS	17
4.1.	Caractéristiques sociodémographiques des répondants	17
4.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés.....	17
4.1.2.	Caractéristiques sociodémographiques des populations déplacées internes.....	18
4.2.	Facteurs de vulnérabilité.....	21
4.2.1.	Populations déplacées internes	21
4.2.2.	Adolescents et jeunes	22
4.2.3.	Femmes enceintes et allaitantes	24
4.2.4.	Professionnelles de sexe.....	24
4.2.5.	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	24
4.2.6.	Utilisateurs des drogues injectables.....	25
4.2.7.	Les personnes vivant avec le VIH	25
4.2.8.	Survivants des violences sexuels.....	25
4.3.	Comportements à risque.....	26
4.3.1.	Adolescents et jeunes	26
4.3.2.	Femmes enceintes et allaitantes	26
4.3.3.	Professionnelles de sexe.....	26
4.3.4.	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	26
4.3.5.	Utilisateurs des drogues injectables.....	27
4.3.6.	Personnes vivant avec le VIH	27
4.3.7.	Survivants des violences sexuels.....	27
4.4.	Analyse des besoins des populations déplacées internes.....	27
4.5.	Analyse des indicateurs IASC dans la province du Kasai central.....	28
4.5.1.	Sensibilisation de l'opinion sur le VIH et soutien Communautaire.....	29
4.5.2.	Santé.....	29
4.5.3.	Protection.....	31
4.5.4.	Sécurité alimentaire, nutrition et soutien des moyens de subsistance.....	32
4.5.5.	Education	33
4.5.6.	Hébergement.....	34
4.5.7.	Coordination et gestion des camps.....	34

4.5.8. Eau, assainissement et hygiène	35
4.5.9. VIH sur le lieu de travail	35
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	37
REFERENCES.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Population de la province du Kasaï central par territoire	4
Tableau 2. Organisation administrative de la Province du Kasaï Central.....	5
Tableau 3. Synthèse des réalisations des indicateurs VIH en 2023 dans la Division provinciale de la santé du Kasaï central.....	8
Tableau 4. Caractéristiques des sites des déplacés internes choisis	11
Tableau 5. Nombre de personnes à sonder par site.....	12
Tableau 6. Liste des enquêteurs et superviseurs.....	15
Tableau 7. Répartition des populations déplacées internes interviewées par groupe, âge et sexe	18
Tableau 8. Nombre de focus group animés avec les Populations déplacées internes	19
Tableau 9. Connaissances des adolescents et jeunes sur les modes de prévention du VIH	24

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Répartition par groupe des informateurs clés interviewés	17
Graphique 2. Répartition par sexe des informateurs clés interviewés.....	18
Graphique 3. Affirmations des informateurs clés sur les sources des revenus des PDI	20
Graphique 4. Affirmations des informateurs clés sur les motifs des dépenses d'argent des PDI	21
Graphique 5. Affirmations des informateurs clés sur l'interaction entre PDI et population locale	22
Graphique 6. Affirmations des informateurs clés sur la scolarisation des jeunes.....	23
Graphique 7. Affirmations des informateurs clés sur l'existence des femmes ou des filles (ou des hommes ou des garçons) dans la communauté ayant été forcé d'avoir des rapports sexuels	23

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Carte administrative de la province du Kasaï central	3
--	---

SIGLES ET ACRONYMES

ARV	: Antirétroviraux
AS	: Aire de santé
ASNU	: Agences du système des Nations-Unies
CPN	: Consultations prénatales
HCR	: Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HSH	: Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
IASC	: Inter-Agency Standing Committee (Groupe d'étude du comité permanent inter-organisations sur le VIH/SIDA dans des situations d'urgence)
IO	: Infection opportuniste
IST	: Infection sexuellement transmissible
MONUSCO	: Mission de l'organisation des Nations-Unies pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo
ND	: Non déterminé
OAC	: Organisations à assise communautaires
OCHA	: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies)
OEV	: Orphelins et autres enfants vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations-Unies contre le sida
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PDI	: Populations déplacées internes
PEP	: Prophylaxie post exposition
PNLS	: Programme National de Lutte Contre le Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida
PNUD	: Programmes des Nations Unies pour le développement
PreP	: Prophylaxie pré exposition
PS	: Professionnelle de sexe
PSN	: Plan Stratégique National de la riposte au VIH

PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
SIDA	: Syndrome d'Immuno-déficience Humaine Acquis
SSR	: Santé sexuelle et de la reproduction
SVS	: Survivants des violences sexuelles
UDI	: Utilisateurs des drogues injectables
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant
VBG	: Violences basées sur le genre
VIH	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VSBG	: Violences sexuelles et basées sur le genre
ZS	: Zone de Santé

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et justification

Depuis plusieurs années, la République Démocratique du Congo (RDC) connaît des crises humanitaires complexes et récurrentes, marquées par des conflits armés engageant des groupes rebelles internes et externes, d'une part, des conflits inter-ethniques, d'autre part, et aussi par des catastrophes naturelles et des urgences sanitaires (Ebola, Covid, Cholera, et actuellement Monkey Pox). Ces crises, jadis focalisées à l'Est du pays, se sont étendues au centre du pays notamment dans la province du Kasai central.

Le contexte humanitaire dans la province du Kasai central est marqué par la persistance de conflits intercommunautaires sporadiques liés à la mauvaise gestion du pouvoir coutumier et foncier, les retournés d'Angola, l'insécurité alimentaire sévère (Phase 3 de l'IPC ou plus) affectant soit 1,6 millions de personnes, soit 37% (2^e position après le Kasai, 41%), la résurgence des épidémies, la malnutrition chronique et l'accroissement des cas de violences basées sur le genre (VBG) entraînant ainsi des mouvements de la population avec comme corollaire une augmentation de la population dans certaines zones et une pression importante sur les communautés d'accueil, un faible accès aux services sociaux de base (santé, éducation, etc.), et augmentant la vulnérabilité non seulement des populations déplacées, mais aussi des populations hôtes (OCHA, 2023).

Au regard de cette situation, les fonds ont été mobilisés par le Gouvernement de la République Démocratique du Congo auprès de ses partenaires traditionnels afin d'atténuer les effets néfastes de ces crises. Ces fonds ont été destinés à répondre aux besoins primaires notamment la nourriture, l'eau potable, les abris, la santé, principalement en faveur de certaines cibles identifiées comme plus vulnérables notamment les femmes, les enfants et les personnes vivant avec handicap. Toutefois, la riposte au VIH/sida n'a pas été prise en compte dans l'appui apporté dans le volet sanitaire, compromettant ainsi les efforts du pays dans l'atteinte des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA d'ici 2026 et dans l'élimination du sida en tant que problème de santé publique à l'horizon 2030.

En 2018, une évaluation rapide des besoins liés au VIH/sida des populations déplacées internes (PDI) avait été réalisée dans la province du Kasai central, dans 2 zones de santé (Kananga et Tshikaji). Les résultats de ladite évaluation avaient révélé un accroissement de la pauvreté, une insécurité alimentaire et une augmentation des cas de malnutrition, une discrimination des PDI vivant avec le VIH et populations clés (HSH et UDI), une exploitation des enfants (exploitation sexuelle et recrutement des enfants soldats) et des femmes (proxénétisme), un faible accès à l'information et aux services VIH et une accentuation des inégalités sociales (PNMLS, 2018). Les mêmes constats sur l'accroissement de la pauvreté et l'insécurité alimentaire avaient été documentés dans l'étude sur la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle dans le contexte du VIH dans les Provinces du Kasai Oriental et du Kasai-Central en République Démocratique du Congo réalisée en 2021 par PNLs et PRONANUT avec l'appui de PAM. Cependant, la mise en œuvre des interventions dans le contexte humanitaire n'a pas été efficace.

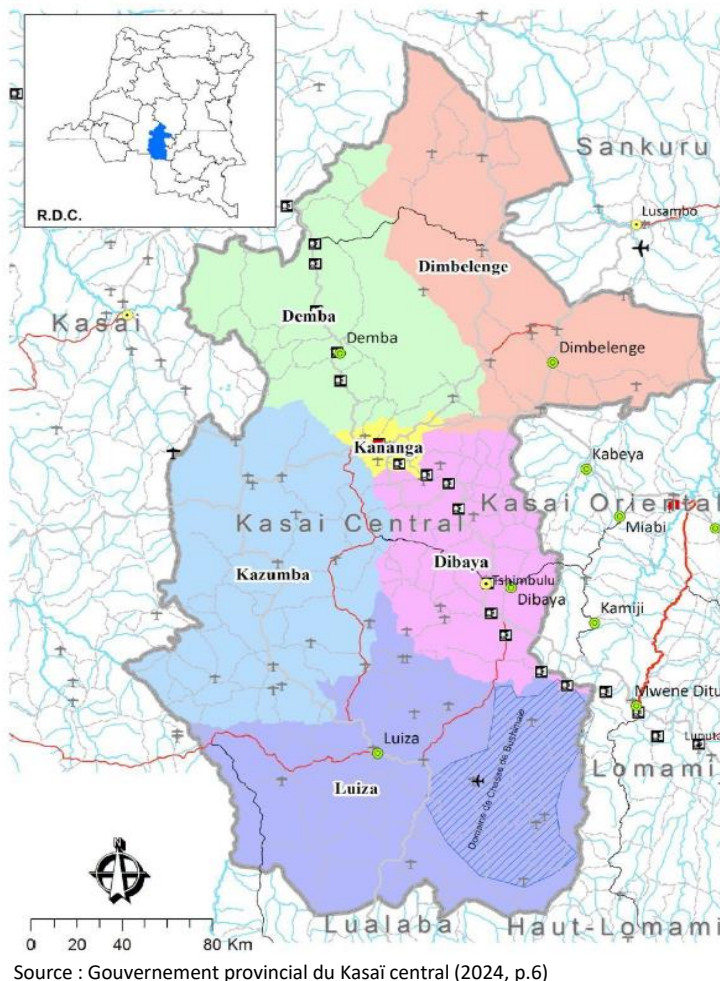
Par ailleurs, le Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida (PSN 2023-2027) a épinglé plusieurs problèmes prioritaires liés à la riposte au VIH en situation de crise humanitaire et a aligné plusieurs interventions en faveur des personnes en situation de crise humanitaire. C'est dans ce cadre que le PNMLS et le PNLs en collaboration avec l'ONUSIDA et les agences du système de Nations-Unies avaient amorcé des actions de mobilisation des partenaires humanitaires pour l'intégration de la riposte au VIH dans les différents clusters, lesquelles ont abouti à une mobilisation des ressources financières.

C'est dans ce cadre que cette évaluation rapide est menée, avec l'appui technique et financier de PAM et HCR, afin de réidentifier les besoins liés au VIH des populations déplacées internes dans la province du Kasai central en fonction de l'évolution actuelle de la situation et d'élaborer ainsi un plan opérationnel de la province intégrant les interventions humanitaires.

1.2. Présentation de la province du Kasai central

1.2.1. Contexte géographique

Figure 1. Carte administrative de la province du Kasai central



Avec une superficie de 59.111 Km², la province du Kasai Central est située au centre-sud de la RDC, au cœur de l'espace géographique Grand Kasai. Elle est située entre les parallèles 2° et 8° de latitude Sud et entre les méridiens 21°30' et 24° de longitude Est.

Elle est limitée au Nord par la Province du Sankuru, à l'Est, par les Provinces du Kasai Oriental et du Lomami, au Sud, par la Province du Lualaba et la République d'Angola, et à l'Ouest, par la Province du Kasai.

La province présente un relief peu diversifié. Il est caractérisé par des plateaux d'une altitude moyenne de 500 à 1000 mètres. Le Kasai Central est caractérisé par deux types de sols : le sol argilo-sablonneux, très fertile, qui prédomine dans tout le territoire de Luiza, le secteur de Tshishilu dans le territoire de Dibaya et la partie sud du territoire de Kazumba ; et le sol sablo-argileux qui prédomine dans le reste de la Province. Sur le plan géologique, le sous-sol du Kasai Central est principalement composé de roches granitiques dont l'affleurement est exploité à Kananga sur les sites de Nganza, Tshibashi, Lubi et Lulua. Il offre de nombreuses ressources géologiques et minières abondantes.

Deux types de végétation se rencontrent dans la Province du Kasai Central : la végétation forestière dense humide (subéquatoriale) alternant avec la savane (pluies de 1.600 mm) et un taux de boisement de 60 %. Dans le Nord des territoires de Demba, Dimbelenge, la savane de type guinéenne est présente. Elle s'étend sur une grande partie de la région. La flore est peuplée d'une faune. Une variété d'animaux tels que les herbivores, les carnivores, les reptiles et les oiseaux de diverses variétés et d'une grande beauté.

Le climat de la Province est du type tropical caractérisé par l'alternance de deux saisons : la grande saison de pluie qui s'étend en principe du 15 août au 15 janvier et la grande saison sèche qui s'étale généralement du 15 mai au 15 août. Il existe également deux petites saisons de pluie (15 février au 15 mai) et sèche (15 janvier au 15 février). La température moyenne de la Province varie entre 16°C et 32°C.

Du point de vue hydrographie, le Kasai Central est drainé par plusieurs grands cours d'eau et lacs, constituant le Grand sous-bassin du Fleuve Congo, riches en poissons pour la pêche, disposant des chutes et rapides pour le développement du Tourisme et de l'Energie.

1.2.2. Contexte démographique

La Province du Kasai Central compte une population estimée à 4.926.823 habitants, avec une densité moyenne de 83 habitants par km².

Le pays est constitué d'ethnies Lulua, Salampasu, Bindi, Luntu, Kete, Songye, Lualua et Mbala qui parlent le Tshiluba comme langue maternelle et le Français comme langue officielle. Cependant, chaque ethnie de la Province possède son propre dialecte.

Tableau 1. Population de la province du Kasai central par territoire

Kananga	Demba	Dibaya	Dimbelenge	Kazumba	Luiza	TOTAL
1.198.000	845.984	640.973	472.491	945.807	883.628	4.926.823

Source : Division Provinciale de l'intérieur (s.d., tel que cité dans Gouvernement provincial du Kasai central, 2024, p.10).

1.2.3. Contexte administratif

Globalement, la Province du Kasai Central est composée de deux (2) Villes, cinq (5) Territoires, cinq (5) Communes urbaines, six (6) Communes rurales, 33 secteurs, 492 Groupements et 5.845 villages.

Tableau 2. Organisation administrative de la Province du Kasai Central

N°	Entités administratives	Entités territoriales décentralisées (ETD)
1.	Kananga	Ville de Kananga ; Communes urbaines : Kananga, Katoka, Lukonga, Ndesha et Nganza
2.	Demba	Communes rurales : Demba et Benaleka. Secteurs : Diofa, Mamba, Lombelo, Lusonge, Muanza Ngoma, et Tshibungu
3.	Dibaya	Ville de Tshimbulu ; Secteurs : Dibataie, Dibanda, Kamuandu, Kasangidi et Tshishilu
4.	Dimbelenge	Commune rurale : Dimbelenge ; Secteurs : Lubi, Lubudi, Lukibu, Kunduyi, Mashala
5.	Kazumba	Communes rurales : Kazumba et Matamba. Secteurs : Matamba, Miao, Kafuba, Musuasua, Mboie, Mbulungu, Tshitadi, Kavula, Mutefu
6.	Luiza	Commune rurale : Luiza ; Secteurs : Kalunga, Lueta, Kabelekese, Lusanza, Bambayi, Luatshi, Mbushimai

Source : Division Provinciale de la Décentralisation (s.d., tel que cité dans Gouvernement provincial du Kasai central, 2024, p.10).

Le territoire de Demba est le plus proche du chef-lieu de la Province, avec une distance moyenne de 65 km, tandis que le territoire de Luiza est le plus éloigné, avec une distance moyenne de 200 km. En ce qui concerne les trois autres Territoires, ils se trouvent à près de la même distance, à 120 km de Kazumba, 125 km de Dimbelenge, 127 km de Dibaya.

Les principales voies d'accès sont :

- La voie routière : la plupart des routes sont état de délabrement surtout pendant la saison de pluie car non asphaltées et non entretenues. La province du Kasai Central est reliée à la capitale par une route la nationale N° 1 en mauvais état, longue d'environ 1.200 Km, avec de nombreux carrefour ;
- La voie aérienne : avec un aéroport national de Lungandu de Kananga à 1.100 Km à vol d'oiseau de la capitale, reliant la province au reste du pays et le chef-lieu au reste de la province ;
- Et enfin la voie ferrée : traversant la province de l'Est à l'Ouest reliant ainsi à partir de Bena Leka jusqu'à Lubumbashi en passant par Mwene Ditu, Kamina et plusieurs autres gares (PNLS, 2024).

1.2.4. Situation économique

L'économie de la Province du Kasai Central est essentiellement basée sur l'agriculture vivrière et sur le commerce de gros et de détail. Les cultures de maïs, arachide, niébé, manioc, banane et huile de palme sont celles les plus pratiquées. Tandis que l'élevage petit bétail, principalement les caprins et les porcs, y domine.

Le commerce est pratiqué dans toute la province, mais surtout dans la ville de Kananga, la ville de Tshimbulu, au poste frontalier de Kalamba Mbuji, aux chefs-lieux des territoires de Demba et de Luiza. L'ouverture des frontières entre la République Démocratique du Congo et l'Angola a permis l'écoulement sur le marché de divers produits de première nécessité et d'importation.

Les institutions bancaires et financières sont : BCC, Equity-BCDC, TMB, Rawbank, Advans Bank et FirstBank.

1.2.5. Contexte politique, sécuritaire et humanitaire

Le Kasai central a deux grandes institutions politiques fonctionnelles : l'Assemblée Provinciale et le Gouvernement Provincial avec des infrastructures propres qui sont en pleine réhabilitation.

L'Assemblée Provinciale est composée de 34 députés issus de différentes circonscriptions électorales. Elle fonctionne avec quatre commissions et les groupes parlementaires :

- Commission Politique, Administration et Judiciaire ;
- Commission Socio-économique ;
- Commission Socioculturelle ;
- Commission des infrastructures.

La paix et la sécurité au Kasai Central ont été sérieusement perturbées par le conflit Kamuina Nsapu entre 2016 et 2018, et sporadiquement par des conflits communautaires (conflit du pouvoir coutumier, conflit foncier, conflit de limite entre les Provinces, entre les groupements et les villages ; de conflit de gestion des ressources naturelles ; de conflit intercommunautaire ; de conflit de leadership ; etc.)

détruisant le patrimoine public et le tissu économique, freinant ainsi l'élan du développement local et provincial (Gouvernement provincial du Kasai central, 2024).

Le conflit Kamuina Nsapu a entraîné le déplacement forcé de milliers de personnes hors de leurs zones d'origine, aggravant la vulnérabilité et les comportements à risque liés aux VIH de ces populations, y compris les personnes vivant avec le VIH, et entraînant l'insécurité alimentaire, les violations massives de droits humains, l'augmentation de l'exploitation et des violences sexuelles, la perturbation des réseaux traditionnels de protection sociale, familiale et communautaire (PNMLS, 2022).

Les Territoires de Dimbelenge et de Dibaya connaissent depuis plus de 10 ans des conflits des limites avec les Territoires de Kabeya Kamwanga et de Miabi de la Province du Kasai Oriental ; le Territoire de Kazumba avec le Territoire de Kamonia de la Province du Kasai ; le Territoire de Demba avec le Territoire de Mweka de la province du Kasai ; le groupement Bena Nkana, Secteur de Lukibu dans le Territoire de Dimbelenge et la mission Iyenga du Secteur Basho dans le Territoire de Kole, Province de Sankuru.

La cohabitation conflictuelle entre certaines ethnies est observée dans le Territoire de Luiza où les « Lualua », les « Mbala » et les « Kete » sont exclus par les « Salampasu » (Gouvernement provincial du Kasai central, 2024).

1.2.6. Contexte sanitaire

Selon PNL (2024), la province du Kasai Central compte 26 ZS (dont 6 ZS urbaines et 20 ZS rurales), 1.020 établissements de soins de santé (ESS) dont 25 hôpitaux généraux de référence (HGR). La ZS Bobozo n'a pas d'HGR.

La couverture des activités VIH demeure très faible :

- 206 FOSA sont couvertes par les activités VIH sur les 1.020 ESS (20%) ;
- 156 maternités avec activité PTME (18%) ;
- 1.361.272 populations couvertes par les activités de la riposte au VIH (36%) ;
- 14 ZS avec paquet complet (Prévention, soins et traitement) et 12 ZS ayant intégré par coïnfection bénéficient de l'appui financier de Fonds mondial ;

- Nombre CDT avec coïnfection : 98 sur 98 soit 100% de couverture interne dans les 26 ZS.

La province a 2 sites sentinelles de surveillance VIH : Mikalayi (site rural) et Kananga (site urbain).

1.2.7. Contexte épidémiologique du VIH

Le contexte épidémiologique de la province se présente généralement de la manière suivante :

- Prévalence du Kasai occidental (démembré) : 0,6% (Ministère du plan et Ministère de la santé, 2014) ;
- Prévalence du VIH auprès des femmes enceintes : 2% (PNLS, 2018, tel que cité dans PNL, 2024) ;
- Prévalence de la syphilis auprès des femmes enceintes : 0,6% (PNLS, 2018, tel que cité dans PNL, 2024) ;
- Nouvelles infections au VIH sont passées de 1.029 à 940 de 2020 à 2023 (soit une réduction de 8,6%).

Tableau 3. Synthèse des réalisations des indicateurs VIH en 2023 dans la Division provinciale de la santé du Kasai central

1. Information sur la DPS	
a. Nombre de ZS dans la DPS	: 26
b. Nombre des FOSA dans la DPS	: 1020
c. Nombre des FOSA avec paquet VIH	: 206
2. Communication pour le changement de comportement	
a. Nombre de personnes sensibilisées	: 294.193
b. Nombre de préservatifs distribués dans la province	: 322.239
c. Nombre de gel lubrifiant distribué	: 356
d. Nombre de seringues autobloquantes distribuées	: 309
3. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles	
a. Nombre de nouveaux cas d'IST	: 49.060
b. Nombre de cas traités selon l'approche syndromique	: 45.651
c. Nombre de cas IST conseillés VIH	: ND
d. Nombre de cas IST dépistés VIH+	: ND
4. DCIP (dépistage et conseils initiés par les prestataires)	
a. Nombre de personnes conseillées et testés	: 35.052
b. Nombre de personnes ayant retiré les résultats	: 33.825
c. Nombre de testés positifs	: 863
5. Conseil et dépistage volontaire	

a. Nombre de personnes conseillées et testés	: 8.017
b. Nombre de personnes testées et retiré le résultat	: 7.600
c. Nombre de personne testés positifs au VIH	: 209
6. Prévention de la transmission de mère à l'enfant du VIH et syphilis	
a. Nombre de femmes enceintes conseillées et testées au VIH	: 58.947
b. Nombre de femmes testées ayant retiré les résultats	: 53.701
c. Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant retiré les résultats	: 106 : 59
d. Nombre de femmes enceintes VIH sous TLD	: 115
e. Nombre de nouveaux nés ayant reçu la prophylaxie aux ARV	: 119
f. Nombre de nouveaux nés ayant reçu la prophylaxie aux CTX	: 217
g. Nombre de femmes VIH + ayant accouché à la maternité	: 44
h. Nombre de nouveaux nés exposés au VIH testés à 6 semaines testés au DNA	: 6
i. Nombre de nouveaux nés VIH positifs à 6 semaines mis sous ARV	
7. Traitement aux ARV	
a. Nombre de malades enrôlés dans les services des soins VIH et qui sont sous ARV	: 6.398
b. Nombre d'adultes sous ARV	: 6.146
c. Nombre d'enfants sous ARV	: 252
d. Nombre de NC PVV chez lesquels la recherche TB est effectuée	: 788 : 79
e. Nombre de NC PVV avec signes TB soumis au test moléculaire	: 97 : 233
f. Nombre des malades Co infectés VIH/TB	
g. Nombres de PVVIH exclus à la TB sous TPT	
8. Laboratoire	
a) Nombre des PVVIH sous ARV ayant réalisé une charge virale durant la période	: 547
b) Nombre de rendus des résultats de la CV	: 404
c) Nombre des PVVIH sous ARV pour lesquelles la charge virale est supprimée durant la période :	: 293

Source : PNLS (2024)

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer les besoins liés au VIH/sida des populations déplacées internes et les populations hôtes (familles d'accueil).

2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité liés au VIH des PDI et populations hôtes ;
- Déterminer les moyens de survie des PDI et populations hôtes dans les sites ;
- Déterminer l'impact des conflits sur les services de santé, de nutrition, et de VIH avant et après les conflits afin de ressortir les besoins spécifiques pour une programmation mieux adaptée ;
- Formuler des recommandations aux parties prenantes.

3. METHODOLOGIE

3.1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans deux sites des déplacés internes (PDI) : Tshilumba et Nkonko, dans les familles d'accueil et dans la ville de Kananga dans la province du Kasai central.

3.2. Type et durée de l'étude

C'est une étude qualitative, descriptive, exploratoire, menée du 17 au 22 septembre 2024.

3.3. Sites et critères de sélection

Le Kasai central compte 2 sites des PDI et tous les deux ont fait l'objet de l'étude. Il s'agit du site de Tshilumba (dans la zone de santé de Katoka, aire de santé Nsanga Nyembue) et du site de Nkonko (dans la zone de santé Tshikaji, aire de santé Nkonko). Ces 2 sites ont été sélectionnés parce que ce sont eux qui abritent les déplacés internes dans la province du Kasai central pendant la période de réalisation de l'étude. Leur choix a été avantageux à cause leur accessibilité géographique et des ressources financières disponibles.

Tableau 4. Caractéristiques des sites des déplacés internes choisis

N°	Site	Zone de Santé	Population totale (Hab)	Nombre de ménages	Distance estimée du centre-ville de Kananga (Km)
1.	TSHILUMBA	Katoka	ND	500	12
2.	NKONKO	Tshikaji	7867	778	14

Source : commission nationale pour les réfugiés (2024)

3.4. Population d'étude

L'étude a été menée auprès de la population affectée (PDI et hôtes) ainsi que les représentants des institutions publiques (les différents ministères, les prestataires des soins, etc.) et privées (les ASNU, les OAC, les prestataires des services privés, etc.) impliqués dans la réponse.

D'une manière détaillée, la population de l'étude a été représentée par :

- Les informateurs clés : Représentants des zones de santé (ZS), les dirigeants locaux (les enseignants, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les jeunes, les personnes en uniformes, les leaders communautaires), les bailleurs des fonds (OMS, UNICEF, PAM, HCR, MONUSCO, PNUD, UNFPA, ONUSIDA) ;
- Les PDI et populations hôtes : hommes et femmes, populations clés (PS, UDI, HSH), populations vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, adolescents et jeunes, survivants de violences sexuelles), PVVIH.

3.5. Echantillonnage

3.5.1. Taille de l'échantillon

Un échantillon de 100 personnes a été prévu pour participer à l'étude.

3.5.2. Technique de l'échantillon

L'étude a utilisé un échantillonnage non probabiliste par quotas selon le tableau ci-dessous.

Tableau 5. Nombre de personnes à sonder par site

	Type de personnes sondées	Nombre de personnes à sonder par site		
		Hommes	Femmes	Total
Informateurs clés	Représentants de la zone	2		2
	Dirigeants locaux tels que les enseignants, les Professionnels de la santé, les travailleurs sociaux	4	4	8
	Jeunes	5	5	10
	Personnes en uniformes	2	2	4
	Prestataires de soins (animateurs communautaires)	2	2	4
Individus	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays	5	5	10
	Populations clés (HSH, PS)	2	2	4
	Personnes séropositives	3	3	6
Discussions en groupes	PS		8	8
	UDI	6	6	12
	HSH	6		6
	Jeunes	8	8	16
	Femmes enceintes et allaitantes		10	10

3.6. Critères de sélection

3.6.1. Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude les PDI et populations hôtes ainsi que les représentants des institutions publiques et privées impliqués dans la riposte au VIH/sida présents respectivement dans leurs sites et dans leurs lieux de service au moment de la collecte des données.

3.6.2. Critères de non-inclusion

Sont exclus dans l'étude les PDI et populations hôtes ainsi que les représentants des institutions publiques et privées impliqués dans la riposte au VIH/sida absents respectivement dans leurs sites et dans leurs lieux de service au moment de la collecte des données.

3.7. Variables de l'étude

- Caractéristiques sociodémographiques des PDI : sexe, âge, occupation, durée de séjour dans le site, lieu de séjour avant l'arrivée dans le site, ethnie ;
- Conséquences du conflit sur la situation sécuritaire, les moyens de subsistance (survie, revenus), la santé, le travail, la composition familiale, les services scolaires et les stratégies d'adaptation, l'alimentation, la vie sexuelle ;
- Données relatives à la santé, aux IST et au VIH parmi les PDI et les populations affectées par le conflit ;
- Interventions en faveur des PDI et populations hôtes.

3.8. Outils de collecte des données

Les outils suivants ont été utilisés pour collecter. Il s'agit de :

- Téléphones portables androïdes dans lesquels les questionnaires étaient incorporés dans l'application KoboCollect ;
- La connexion internet afin d'envoyer les données collectées dans le serveur central.

3.9. Technique de collecte des données

Les techniques suivantes ont été utilisées pour la collecte des données :

- Revue documentaire et observation des services :
Différents rapports (PNMLS, PNLS, OCHA, division des actions humanitaires, ASNU, etc.) ont été passés en revue afin de collecter les informations existantes sur les interventions menées en faveur des PDI, et services (santé sexuelle et de la reproduction, VIH, IST alimentaires et sociaux, etc.) en faveur des PDI ont été observés ;
- Interviews semi-structurées :
Pour des entretiens avec les informateurs clés et PDI (y compris les populations hôtes) ;
- Entretiens en groupes :
Les focus group ont été conduits avec les PDI (hommes et femmes, adolescents et jeunes, PVVIH, UDI, PS, HSH, femmes enceintes et allaitantes, survivants des violences sexuelles).

3.10. Déroulement de l'étude

3.10.1. Phase préparatoire

Un comité de pilotage provincial a été mise en place et s'est réuni sous le leadership pour partager les informations et conduire le processus de l'évaluation rapide.

Avant la descente sur terrain pour la collecte des données, une équipe de 8 personnes au niveau de la province dont 6 enquêteurs et 2 superviseurs ont été formées pendant 3 jours, soit du 14 au 16 septembre 2024 dans la salle des réunions de la cathédrale Saint-Clément, par les superviseurs centraux afin de maîtriser les objectifs et la méthodologie de l'enquête, les techniques pour conduire une bonne interview et animer un focus group, et de se familiariser avec l'outil KoboCollect.

Les 6 enquêteurs ont été sélectionnés (Cfr. Le tableau 6) par le Secrétaire Exécutif Provincial du PNMLS et le Médecin Coordonnateur Provincial du PNLS sur base de leur niveau de connaissance sur le VIH/sida, leurs expériences concernant les enquêtes

similaires, leur connaissance du terrain, de la langue locale de communication, et la maîtrise de l'utilisation des téléphones androïdes.

Tableau 6. Liste des enquêteurs et superviseurs.

N°	Prénom et Noms	Sexe	Institution	Titre	Téléphone
1.	Claudine BAKAMBIDILA	F	PNLS	Enquêteur	0999052107
2.	Regine NDAMPIA	F	UCOP+	Enquêteur	0990307819
3.	Shammah KWEMING	M	RAPATRIE	Enquêteur	0973784227
4.	Simon NTUMBA	M	PNLS	Enquêteur	0810510789
5.	Mariette NGAMALA	F	PNMLS	Enquêteur	0812657036
6.	Théodore NGALAMULUME	M	JAMS	Enquêteur	0994003715
7.	Dr Aubhen M'PANDA	M	PNLS	Superviseur provincial	0997343401
8.	Jean-carret MANSHIMBA	M	PNMLS	Superviseur provincial	0812570540
9.	Dr. Rams MPALE	M	PNMLS	Superviseur central	0814708455
10.	Papy KAWATA	M	PNMLS	Superviseur central	0810658025

Des exercices de simulations ont été réalisés après une formation de 3 jours en vue de se familiariser avec les questionnaires et les pré-tester avant la collecte des données. Les difficultés sur la compréhension de certaines questions ainsi que sur paramétrage de certaines questions ont été abordées et éclairées et résolues.

Les points focaux des 2 sites ont été contactés par l'équipe du niveau provincial et informés de la descente sur terrain.

Un ordre de mission élaboré par le Secrétaire Exécutif Provincial du PNMLS a été remis aux enquêteurs et superviseurs provinciaux.

3.10.2.Phase de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée pendant 6 jours (du 17 au 22 septembre 2024) dans deux sites, le site de Tshilumba dans la ZS de Katoka et le site de Nkonko dans la ZS de Tshikaji. Deux jours de rattrapage ont été organisée le 23 et le 25 septembre 2024 pour les cibles non touchées.

L'équipe provinciale a bénéficié de l'accompagnement des superviseurs centraux dans la collecte des données.

3.11. Analyse des données

Cette phase s'est déroulée du 23 au 27 septembre 2024. Elle a consisté tout d'abord au nettoyage des données brutes envoyées sous format Excel par le gestionnaire du serveur d'HCR au niveau national. A travers cette opération, les superviseurs nationaux ont retranscrit les données à traiter et les ont catégorisées et classées en fonction des hypothèses et des objectifs de l'enquête.

L'analyse a été axée sur l'interprétation des données en fonction des hypothèses de l'enquête et des objectifs fixés en utilisant le logiciel SPSS 20.0. et Excel.

L'analyse des données a tourné autour des points suivants :

- Le profil des personnes enquêtées ;
- Les facteurs de vulnérabilité ;
- Les comportements à risque ;
- L'existence des services/programmes (VIH, IST, nutrition et assainissement, PreP, PEP, prise en charge des OEV et autres) en faveur des PDI ;
- Les besoins des populations des PDI les plus exposées au VIH et des autres groupes vulnérables.

3.12. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le PNMLS et bailleur (PAM) avant la descente des superviseurs centraux dans la province.

Des informations sur les objectifs et la méthodologie de recherche, les risques et les bénéfices encourus de l'étude ont été fournis aux responsables des deux sites avant la collecte des données. Les identités, numéros de téléphones et/ou adresses physiques de la population de l'étude n'ont pas été enregistrés dans le logiciel KoboCollect pour respecter le principe d'anonymat. Les enquêteurs et superviseurs ont été tenus au principe de confidentialité. Avant le début de chaque entretien, le consentement éclairé de l'interviewé était requis.

4. RESULTATS

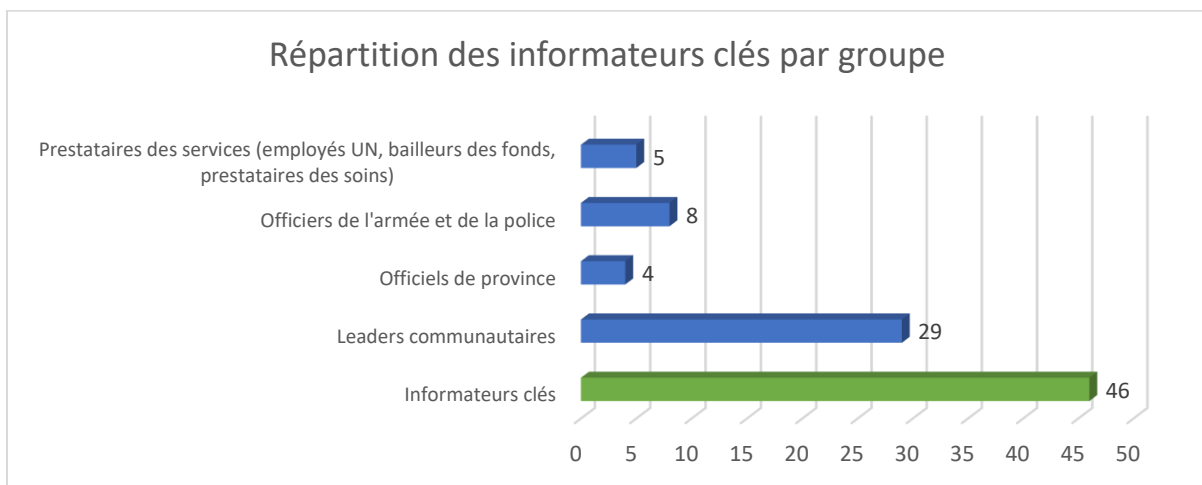
Au total 148 personnes sur 100 prévues ont participé à l'étude, soit une réalisation de 148%.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés

4.1.1.1. Répartition par groupe des informateurs clés

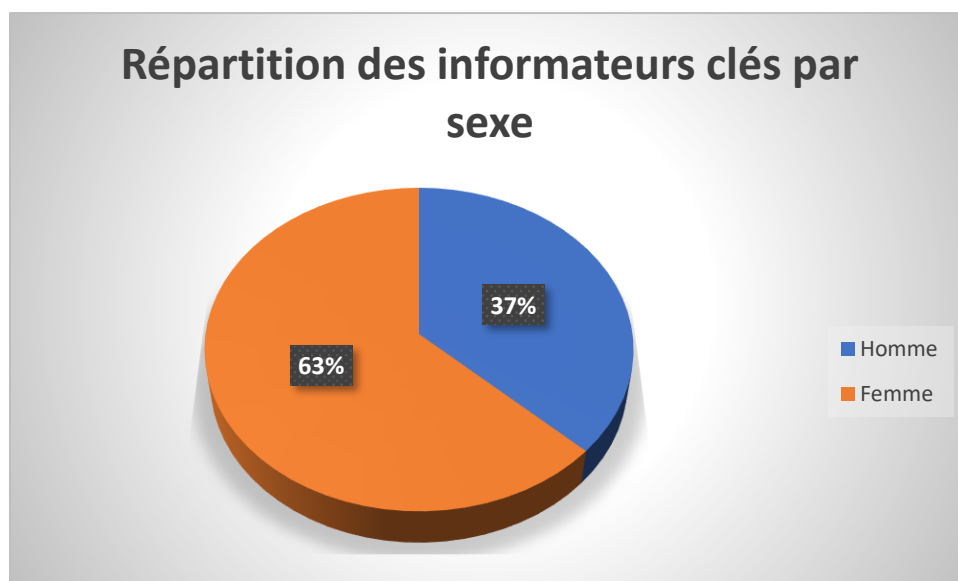
Graphique 1. Répartition par groupe des informateurs clés interviewés



46 informateurs clés ont été interviewés dont les prestataires de services (les employés des Nations-Unies, les bailleurs de fonds et prestataires de soins), les officiers de l'armée et de la police, les officiers de la province (Médecins Coordonnateurs des Zones de santé, Infirmier superviseur VIH, Infirmier superviseur, Assistant communautaire) et les leaders communautaires qui ont représenté la majorité (29/46, soit 63%).

4.1.1.2. Répartition par sexe des informateurs clés

Graphique 2. Répartition par sexe des informateurs clés interviewés



La majorité d'informateurs clés interviewés étaient de sexe féminin (63%).

4.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des populations déplacées internes

4.1.2.1. Répartition des populations déplacées internes par groupe, âge et sexe

Tableau 7. Répartition des populations déplacées internes interviewées par groupe, âge et sexe

Age		Sexe		Total
		Homme	Femme	
10-14	Ado & Jeunes	3	2	5
	Total	3	2	5
15-19	Ado & Jeunes	4	6	10
	Femmes allaitantes et enceintes	0	1	1
	Professionnelles de sexe (PS)	0	2	2
	Survivants de violences sexuelles (SVS)	0	1	1
	Utilisateurs des drogues injectables (UDI)	3	0	3
	Total	7	10	17
20-24	Ados & Jeunes	0	3	3
	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	2	0	2
	Survivants des violences sexuelles	0	1	1
	Utilisateurs des drogues injectables	1	0	1
	Total	3	4	7

25-70	PDI	6	10	16
	Hôtes	2	3	5
	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	2	0	2
	Femmes allaitantes et enceintes	0	3	3
	PVVIH	0	2	2
	Survivants des violences sexuelles	0	1	1
	Utilisateurs des drogues injectables	2	1	3
Total		12	20	32
Plus de 70	PDI	2		2
	Hôtes	1		1
	Utilisateurs des drogues injectables	1		1
Total		4		4
Total général		29	36	65

Ce tableau montre que 65 déplacés internes dans les camps Tshilumba et Nkonko ont été interviewés dont la majorité était de sexe féminin (55,4%) contre 44,6% de sexe masculin. L'âge moyen était de 47 ans [32 ans - 62 ans]. Les tranches d'âge de 15 à 19 ans et de 25 à 70 ans représentent le plus grand groupe (49/65, soit 75%).

Les groupes interviewés étaient constitués de : 18 adolescents et jeunes (27,7%), 4 femmes enceintes et allaitantes (6,2%), 2 PS (3,1%), 3 SVS (4,6%), 8 UDI (12,3%), 4 HSH (6,2%), 18 PDI hommes et femmes (27,7%), 6 populations hôtes (9,2%), 2 PVVIH (3,1%).

Tableau 8. Nombre de focus group animés avec les Populations déplacées internes

	Effectif
FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES	2
ADOS ET JEUNES	6
PS	2
HSH	2
UDI	2
PDI HOMMES ET FEMMES	4
PVVIH	4
SVS	2
TOTAL	24

24 focus group au total ont été animés avec différentes cibles.

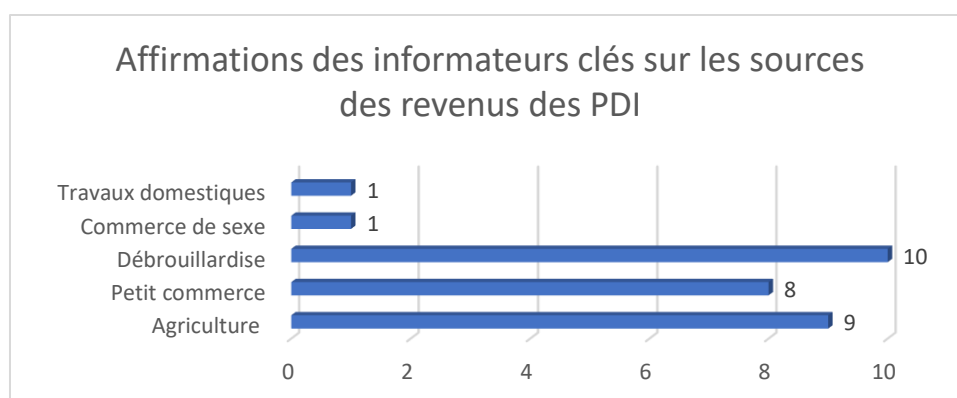
4.1.2.2. Groupes ethniques des PDI

La majorité de PDI sont des Lulua (60%) suivies des Luba (11,4%), des Bindi (8%) , des Pende et Tshokwe (5,7%), et enfin des Songe, Lele et Tetela (2,9%).

4.1.2.3. Occupations ou professions/sources des revenus

Les occupations ou professions renseignées par les PDI sont les suivantes : Couturière, Monitrice, enseignante, directrice, cultivateur, éleveur, pêcheur, ménagère, sage-femme, infirmière, diacre/diaconesse, pasteur, prêtre, chef des jeunes, leader communautaire, chef d'avenue, chef de quartier, secrétaire du quartier, débrouillardise (maçons, journaliers, vente des bois, etc.), « Muyanda » (marchand ambulante à vélo). Les femmes enceintes et allaitantes ont cité comme moyen de survie l'exercice de petits commerces et des coups de mains journaliers, et les adolescents et jeunes ont avancé pour certains qu'ils vont à l'école, pour d'autres qu'ils s'occupent souvent des travaux ménagers et d'autres encore sont engagés pour le transport des briques.

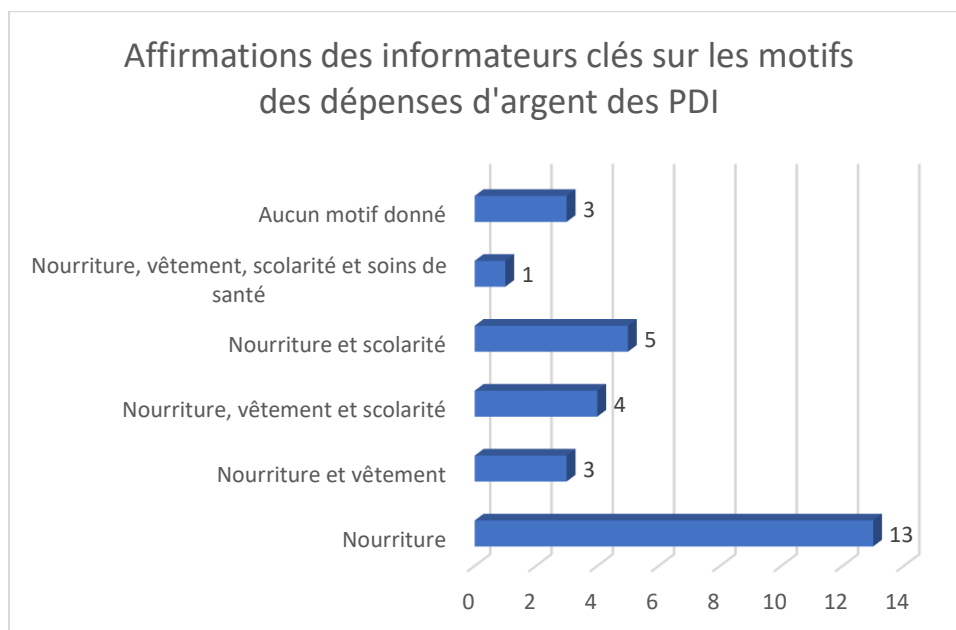
Graphique 3. Affirmations des informateurs clés sur les sources des revenus des PDI



Les informateurs clés ont affirmé que les sources des revenus des PDI sont majoritairement la débrouillardise, l'agriculture, le petit commerce, le commerce de sexe et les travaux domestiques.

4.1.2.4. Motifs des dépenses d'argent des PDI

Graphique 4. Affirmations des informateurs clés sur les motifs des dépenses d'argent des PDI



Les motifs de dépenses d'argent des PDI sont majoritairement pour l'achat de la nourriture, scolarité.

4.2. Facteurs de vulnérabilité

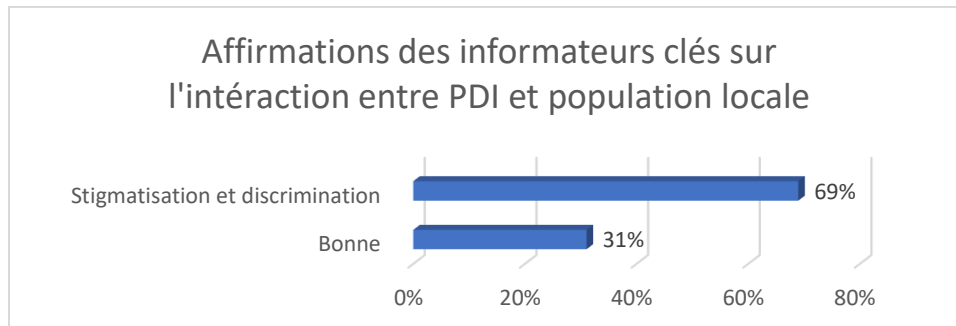
4.2.1. Populations déplacées internes

D'une manière générale, les facteurs de vulnérabilité suivant ont été identifiés chez les PDI hommes et femmes :

- La pauvreté ;
- Le chômage ;
- La séparation des familles (beaucoup de femmes sont séparées de leurs maris) ;
- Le veuvage ;
- Le promiscuité/abris non adaptés (hébergement) ;
- Le manque de moyens de subsistance ;
- Le manque de nourritures ;
- L'insuffisance d'eau potable ;
- La stigmatisation et discrimination de la part de la population locale (voir graphique 5) ;

- Le manque d'accès aux services de prévention et de prise en charge ;
- L'exposition à la violence.

Graphique 5. Affirmations des informateurs clés sur l'interaction entre PDI et population locale

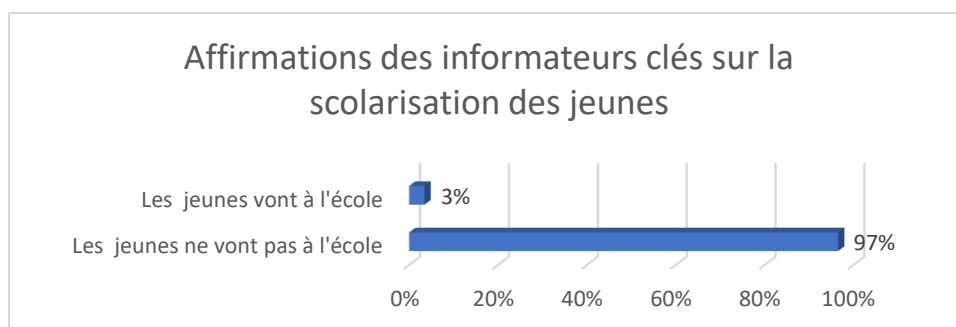


4.2.2. Adolescents et jeunes

Chez les adolescents et jeunes, les facteurs de vulnérabilité suivant ont été identifiés :

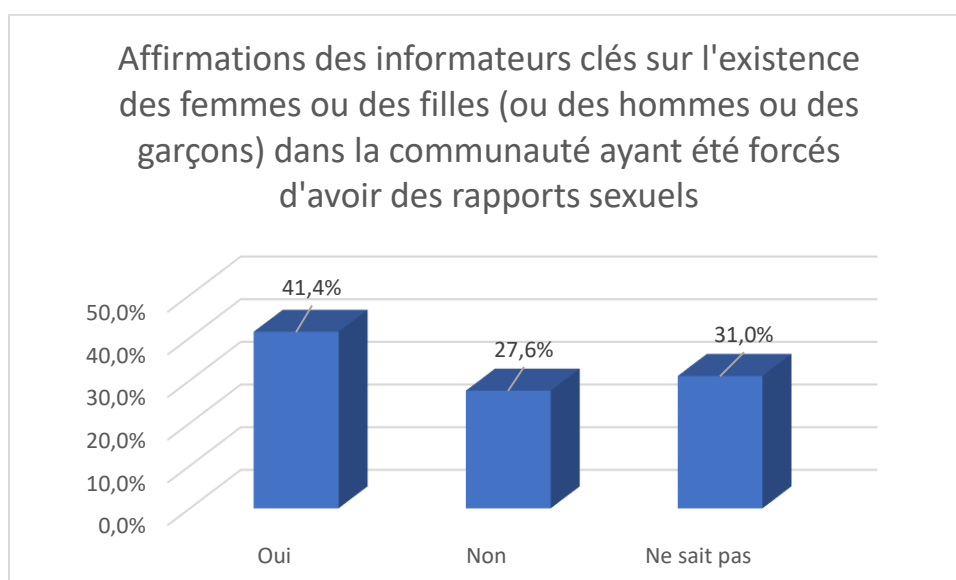
- La perte des parents (la majorité sont des orphelins) ;
- L'interruption des études pour les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans : ceci a été également affirmé par les informateurs clés (voir graphique 6) ;
- Le travail des enfants (exploitation des enfants) ;
- Grossesses précoces ;
- Les violences sexuelles : la majorité d'informateurs clés ont affirmé l'existence des femmes ou des filles (ou des hommes ou des garçons) ayant été forcés d'avoir des rapports sexuels (voir graphique 7) ;
- Le manque d'informations sur le VIH/sida (voir tableau 6) : les jeunes ont des connaissances erronées (idées fausses) sur le VIH notamment la transmission en cas de partage du lit (dormir ensemble), en piétinant les urines d'une personne séropositive, la transmission par les moustiques et par la salutation avec les mains, par la salive.

Graphique 6. Affirmations des informateurs clés sur la scolarisation des jeunes



La majorité des jeunes ne sont pas scolarisés selon les affirmations de 97% des informateurs clés.

Graphique 7. Affirmations des informateurs clés sur l'existence des femmes ou des filles (ou des hommes ou des garçons) dans la communauté ayant été forcé d'avoir des rapports sexuels



La majorité d'informateurs clés ont affirmé qu'il existe des femmes ou des filles (ou des hommes ou des garçons) dans la communauté ayant été forcé d'avoir des rapports sexuels.

Tableau 9. Connaissances des adolescents et jeunes sur les modes de prévention du VIH

		Citez les modes de protection contre le VIH				Total
		Fidélité, préservatif	Je ne sais pas	Eviter les objets tranchants	Abstinence	
Déjà entendu parler du VIH						
Oui	Ado & Jeune	1	2	2	2	7
	Total	1	2	2	2	7
Non	Ado & Jeune	1	8		2	11
	Total	1	8		2	11
Total	Ado & Jeune	2	10	2	4	18
	Total	2	10	2	4	18

Il se dégage du tableau ci-dessous que 11 sur 18 (61%) adolescents et jeunes n'ont pas encore entendu parler du VIH et 10 sur 18 (55%) ne connaissent pas les modes de protection contre le VIH.

4.2.3. Femmes enceintes et allaitantes

- Pauvreté ;
- Interruption de l'appui nutritionnel, de la trousse maternité, des services PTME ;

4.2.4. Professionnelles de sexe

- Pauvreté ;
- Violences : surtout de la part des clients militaires et policiers ;
- Manifestation à plusieurs reprises des symptômes d'infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Stigmatisation ;
- Faible accès aux préservatifs.

4.2.5. Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

- Stigmatisation et discrimination ;
- Absence de services appropriés pour les HSH ;
- Consommation des drogues et alcools.

4.2.6. Utilisateurs des drogues injectables

- Pauvreté ;
- Utilisation du chanvre et alcool indigène ;
- Absence de services appropriés pour les UDI ;
- Manque d'informations sur les IST et VIH : 50% des UDI ne connaissent pas que le VIH peut être transmis à l'occasion du partage de l'équipement destiné aux injections, et 100% ne connaissent pas leurs statuts sérologiques.

4.2.7. Les personnes vivant avec le VIH

- Pauvreté ;
- Stigmatisation et discrimination ;
- Faible accès aux ARV des PVVIH nouvellement arrivées dans les sites ;
- Pas d'accès aux médicaments pour soins des infections opportunistes (IO) ;
- Pas d'accès à l'appui nutritionnel : 100% de PVVIH ont déclaré ne pas bénéficier d'un appui nutritionnel ni de subsistance ;
- Pas d'accès aux services de santé de la reproduction et VIH ;
- Manque de réseaux sociaux : 83% de PVVIH interviewées ne font pas partie d'un groupe d'autosupport.

4.2.8. Survivants des violences sexuels

- Violences sexuelles : de la part des forces de l'ordre au poste de passage de Ndamba à la cité Cinq à la frontière avec l'Angola et à Kamako à Tshikapa (Kasaï) en 2017 lors des atrocités de Kamuina nsapu et au camp militaire dans le site de Nkonko (Kasaï central), et aussi de la part de la population locale (un parent voisin) ;
- Stigmatisation et discrimination ;
- Pas de connaissance sur les services existant de prise en charge spécifique des victimes de violence sexuelle ;
- Absence d'un programme destiné aux SVS.

4.3. Comportements à risque

4.3.1. Adolescents et jeunes

- Rapports sexuels non protégés : 93% d'adolescents et jeunes ne connaissent l'endroit où se procurer du préservatif ;
- Consommation des drogues et alcool ;
- Refus de dépistage volontaire ;
- Violences sexuelles entre pairs.

4.3.2. Femmes enceintes et allaitantes

- Pas de dépistage du VIH lors des CPN : 75% de femmes enceintes et allaitantes ont déclaré de n'avoir pas été dépistées lors des CPN ;
- Accouchement non assisté.

4.3.3. Professionnelles de sexe

- Partenaires sexuels multiples : les clients des PS sont majoritairement les militaires, les policiers, les « bayanda » (marchands ambulants vélos), les motards et les pêcheurs. Le cout est d'environ 4000 Fc par client ;
- Rapports sexuels non protégés : 67% de PS ont déclaré de n'avoir pas utilisé le préservatif lors des rapports sexuels avec leurs clients et 100% ne l'ont pas utilisé lors du dernier rapport ;
- Auto prise en charge en cas d'IST : utilisation des produits traditionnels ; bain intime avec l'eau des feuilles bouillies et ingestion d'une tasse de cette même eau (pratiques affirmées par 100% de PS interviewées).

4.3.4. Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

- Partenaires sexuels multiples ;
- Rapports sexuels non protégés par voie anale : 75% de HSH ont déclaré n'avoir pas utilisé le préservatif lors des rapports sexuels et 100% de HSH ont déclaré n'avoir pas utilisé le lubrifiant lors des rapports sexuels ;
- Refus de se faire dépister.

4.3.5. Utilisateurs des drogues injectables

- Partage de seringues déjà utilisés : 75% d'UDI ont déclaré avoir partagé des seringues déjà utilisées ;
- Utilisation du matériel non stérile pour les injections : 100% d'UDI ont déclaré avoir utilisé des équipements non stériles pour les injections.

4.3.6. Personnes vivant avec le VIH

- Clandestinité ;
- Rapports sexuels non protégés.

4.3.7. Survivants des violences sexuels

- Ignorance du statut sérologique.

4.4. Analyse des besoins des populations déplacées internes

Les besoins des PDI suivants ont été identifiés :

- **Pour les PDI en générale :**

- Accès aux services sociaux de base (nutrition, soins de santé, éducation des enfants, emploi, eau potable, abris confortables, etc.) ;
- Rapprochement des services de prévention et prise en charge de IST/VIH, SSR, et VSBG des camps des PDI ;
- Sensibilisation de la population locale contre la stigmatisation et stigmatisation ;
- Appui psychosocial : activités génératrices de revenus (accès aux ressources agricoles).

- **Besoins spécifiques des jeunes :**

- Accès aux services de sensibilisation sur les IST/VIH, SSR, dépistage, préservatifs ;
- Appui à la scolarisation ;
- Création d'autres centres des jeunes (espaces des jeunes) à proximité des sites des PDI ;

- Appui psychosocial : apprentissage des petits métiers, réinsertion sociale des OEV.
- **Professionnelles de sexe :**
 - Activités génératrices de revenus ;
 - Accès aux préservatifs ;
 - Services de sensibilisation et de prise en charge des violences sexuelles ;
 - Services de prise en charge des IST.
- **Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :**
 - Accès aux préservatifs et lubrifiants ;
 - Accès au service de dépistage.
- **Utilisateurs des drogues injectables :**
 - Services de sensibilisation sur les IST/VIH et dépistage, et sur les conséquences du partage des seringues déjà utilisés ;
 - Accès aux équipements stériles pour les injections.
- **Besoins spécifiques des PVVIH :**
 - Accès aux services de prévention et prise en charge IST/VIH, PTME, SSR et IO à proximité des sites ;
 - Approvisionnements réguliers en ARV pédiatriques et adultes ;
 - Appui nutritionnel ;
 - Services du dosage de la charge virale ;
 - Renforcement des capacités des groupes de soutien des PVVIH.

4.5. Analyse des indicateurs IASC dans la province du Kasaï central

L'analyse de quelques rapports et documents des programmes et des organisations des Nations-Unies ainsi que les données recueillies des informateurs clés pendant l'enquête ont abouti aux constats ci-après par secteur suivant les indicateurs IASC :

4.5.1. Sensibilisation de l'opinion sur le VIH et soutien Communautaire

- **Préparation**
 - Absence de stocks de matériel d'informations sur la prévention, les droits humains et l'accès au traitement et aux soins ;
 - Recensement des interlocuteurs des communautés les plus touchées ;
 - Recensement des populations clés à haut risque d'exposition au VIH (Ministère de la santé, 2022).
- **Réponse initiale minimum**
 - Absence de stratégie d'information et de soutien communautaire mise en place ;
 - Mise en œuvre des activités de sensibilisation, mais pas de dotation du matériel sur le VIH : à l'exemple des activités menées avec l'appui d'HCR où 200.082 personnes ont été sensibilisées sur le VIH et Covid-19 dans 5 ZS (Luambo, Luiza, Maswika, Tshibala et Kalomba) d'octobre à décembre 2020 (PNMLS, 2021) ;
 - Aucun support d'information, d'éducation et de communication n'a été distribué.
- **Réponse élargie**
 - Les populations à haut risque de l'infection à VIH (populations clés) ont été touchées par les messages sur le VIH ;
 - Aucun groupe de soutien indépendant n'a été soutenu ;
 - Les communautés touchées sont prises en comptes dans les procédures de planification et de décision.

4.5.2. Santé

- **Préparation**
 - Existence des protocoles nationaux concernant les précautions universelles, la sécurité transfusionnelle, et la gestion des déchets ;

- Existence des protocoles nationaux concernant l'utilisation des ARV dans le cadre d'une thérapie antirétrovirale, de la PTME, de la PEP et PreP. Les Kits PEP sont distribués au Kasaï central avec l'appui de l'UNFPA ;
- Existence des protocoles nationaux concernant la prise en charge clinique des viols ;
- Pourcentage du personnel clinique formé à la prise en charge clinique des viols : ND ;
- Pourcentage du personnel clinique formé aux soins et au traitement du VIH : ND (la dernière formation date de 2016) ;
- Existence des stocks de préservatifs masculins de plus de 6 mois (stock reçu au mois de juin 2024 avec l'appui de l'UNFPA), et aussi des stocks des ARV y compris pour la PEP et la PTME ;
- Existence d'un programme de PTME.

- **Réponse initiale minimum**

Pourcentage d'établissements de soins qui :

- Appliquent les précautions universelles : Moins de 80% ;
- Procèdent à des transfusions de sang sécurisées : 100% ;
- Assurent une prise en charge clinique des victimes de viol (y compris la PEP et la contraception d'urgence) : plus de 80% ;
- Assurent la prise en charge des IST : plus de 80% ;
- Fournissent des services de PTME aux femmes sur le point d'accoucher et dont la séropositivité est connue : Moins de 21%
- Poursuivent le traitement antirétroviral des personnes déjà sous traitement : 93% ;
- Distribution des préservatifs distribués ;
- Pourcentage de la population séropositive déjà sous thérapie antirétrovirale qui poursuit son traitement : 93% ;
- Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui des services de PTME ont été proposés : 21% ;

- Pourcentage de personnes à qui une PEP a été proposée dans les 72 heures suivant une exposition potentielle : 60% ;
- Aucun UDI n'a reçu du matériel d'injection stérile.

- **Réponse élargie**

- Pourcentage ou nombre de personnes recherchant des services de conseil et de dépistage volontaire qui ont été dépistées et qui ont reçu leurs résultats : 60% ;
- Nombre de personnes séropositives ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale qui ont pu entamer cette thérapie : 26 ;
- Nombre de femmes enceintes à qui des services de PTME ont été proposés : 87 ;
- Pourcentage de centres de soins fournissant des services intégrés sur le VIH et la tuberculose : 87% ;
- Aucun agent de santé communautaire qui soutient activement la dispense de soins à domicile ;
- Aucun foyer ne bénéficie d'un soutien pour la dispense de soins à domicile.

4.5.3. Protection

- **Préparation**

- Existence d'une législation sur la non-discrimination et la confidentialité concernant le statut VIH ;
- Absence d'un mécanisme de documentation des violations des droits humains liées au VIH ;
- Faible pourcentage des membres du personnel humanitaire formés aux questions relatives aux droits humains et à la protection en matière de VIH.

- **Réponse initiale minimum**

- Il n'y a pas égalité d'accès aux services de VIH entre les personnes déplacées séropositives et la population environnante : l'accessibilité géographique et financière (la pauvreté) sont une barrière pour les PDI séropositives. Les établissements de soins de santé sont à environ 5 Km des sites ;

- Existence d'un mécanisme confidentiel de signalement des violences sexistes mis en place par les OAC (Woman muakaji, Centre Bamamu Tabulukayi, REFEDDEF, Amour plus, FMMDI, etc.) à travers des boîtes à suggestion ;
- Aucune violation des droits humains liées au VIH n'a été signalée ;
- Absence d'un mécanisme de suivi et de signalement des cas d'exploitation et d'abus sexuels sur le lieu de travail. Le mécanisme existe seulement dans les agences des Nations-Unies.

- **Réponse élargie**

- Aucune évaluation complète de la situation des personnes séropositives en matière de droits humains n'est en cours d'élaboration ;
- Nombre de membres du personnel humanitaire formés à la protection en cas de VIH, y compris aux droits des enfants : ND
- Existence des stratégies inter-organisations sur les violences sexistes et le VIH seulement dans les agences des Nations-Unies.

4.5.4. Sécurité alimentaire, nutrition et soutien des moyens de subsistance

- **Préparation**

- Aucun membre du personnel des programmes sur la nutrition, l'aide alimentaire et l'agriculture n'est formé sur les aspects relatifs au VIH et aux stratégies d'atténuation ;
- Connaissance du nombre des foyers affectés par le VIH ayant éventuellement besoin d'une aide alimentaire et d'un soutien nutritionnel et des moyens de subsistance (au nombre de 6) ;
- Connaissance du nombre de personnes ayant besoin de soutien diététique.

- **Réponse initiale minimum**

- 2000 foyers affectés par le VIH reçoivent une aide alimentaire et un soutien nutritionnel et des moyens de subsistance (avec l'appui de PAM) ;

- Intégration du VIH aux programmes existants consacrés à l'aide alimentaire, à la nutrition et aux moyens de subsistance.

- **Réponse élargie**

- Les populations dans les zones post conflits sont aussi touchées par des programmes nutritionnels et d'aptitudes aux moyens de subsistance ;
- Existence d'une stratégie inter institutions intégrant les questions liées au VIH dans l'alimentation, la nutrition et le soutien des moyens de subsistance.

4.5.5. Education

- **Préparation**

- Intégration des questions liées au VIH dans les systèmes éducatifs formels et informels. Cependant, les enseignants ont été formés il y a longtemps ;
- Nombre/pourcentage d'enseignants et de membres du personnel auxiliaire formés à une éducation sur le VIH basée sur les aptitudes de la vie courante : ND ;
- Absence des supports éducatifs et programmes d'enseignement sur le VIH et les aptitudes de la vie courante en province.

- **Réponse initiale minimum**

- Nombre/pourcentage d'écoles ouvertes dans les régions touchées qui fournissent une éducation sur le VIH basée sur les aptitudes de la vie courante : ND ;
- Egalité d'accès des enfants affectés par le VIH aux systèmes éducatifs formels et informels.

- **Réponse élargie**

- Aucun jeune n'a été formé au soutien psychosocial des jeunes enfants touchés par le VIH ;
- Aucun enfant touché à la fois par le VIH et la crise humanitaire ne reçoit un soutien psychosocial.

4.5.6. Hébergement

- **Préparation**

- Absence d'évaluations des sites potentiels permettant de déterminer la vulnérabilité au VIH et les capacités de prise en charge des besoins spécifiques des personnes séropositives. La dernière cartographie des risques et de vulnérabilité liés au VIH date d'il y a 14 ans et concernait le Grand Kasai.

- **Réponse initiale minimum**

- Faible accès de la population séropositive à un hébergement adapté dans les sites.

- **Réponse élargie**

- Les personnes séropositives ne disposent pas d'un « espace couvert » suffisant conformément aux recommandations du projet Sphère.

4.5.7. Coordination et gestion des camps

- **Préparation**

- Absence d'évaluations des sites potentiels permettant de déterminer la vulnérabilité au VIH et les capacités de prise en charge des besoins spécifiques des personnes séropositives. La dernière cartographie des risques et de vulnérabilité liés au VIH date d'il y a 14 ans et concernait le Grand Kasai.

- **Réponse initiale minimum**

- Aucun camp/site des PDI n'affichent des messages visibles et non discriminatoires sur la prévention du VIH.

- **Réponse élargie**

- Aucun camp/site n'est doté d'un comité de coordination sur le VIH.

4.5.8. Eau, assainissement et hygiène

- **Préparation**

- Aucun membre du personnel des programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène n'est formé sur les aspects relatifs au VIH.

- **Réponse initiale minimum**

- Nombre/pourcentage de la population séropositive ayant accès à l'eau potable et à des systèmes d'assainissement : 6 ;
- Intégration des messages de prévention du VIH dans les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

- **Réponse élargie**

- Existence d'un mécanisme de retour d'information permettant d'évaluer l'adéquation des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (projet Wash avec l'appui de l'UNICEF).

4.5.9. VIH sur le lieu de travail

- **Préparation**

- Existence d'une politique nationale relative au VIH sur le lieu de travail. Cependant elle y reste faiblement intégrée (PNMLS, 2023, p.53) ;
- Pas de formations sur le VIH organisées en faveur du personnel et de structures sur le lieu de travail ;
- Pas d'intrants (préservatifs, kits/trousses médicales, kit PEP) ou supports d'information sur le VIH, pré-déployés en milieu de travail. Seulement auprès du personnel des agences des Nations-Unies.

- **Réponse initiale minimum**

- Nombre/pourcentage de bureaux de terrain où les trousse de PEP de départ sont disponibles dans la journée pour les organismes humanitaires : 2 (HCR & PAM) ;

- Absence d'un mécanisme de suivi et de signalement des cas d'exploitation et d'abus sexuels sur le lieu de travail. Le mécanisme existe seulement dans les agences des Nations-Unies ;
- Aucun support d'information, d'éducation et de communication n'a été distribué. Mais les préservatifs ont été distribués.

- **Réponse élargie**

- Existence d'une politique nationale relative au VIH sur le lieu de travail. Cependant, elle n'est pas régulièrement actualisée ;
- Absence d'un groupe de soutien au personnel séropositif en milieu de travail ;
- Pas de renforcement des capacités des membres du personnel humanitaire sur les questions liées au VIH et au code de conduite sur le lieu de travail.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le rapport d'évaluation rapide des besoins liés au VIH/sida des populations déplacées internes dans la province du Kasai Central a permis de :

- Identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité liés au VIH des PDI et populations hôtes ;
- Déterminer les moyens de survie des PDI et populations hôtes dans les sites ;
- Et déterminer l'impact des conflits sur les services de santé, de nutrition, et de VIH avant et après les conflits.

Au regard des informations recueillies auprès des PDI et des informateurs clés, des facteurs de vulnérabilité et des comportements à risque identifiés auprès des PDI ainsi que des besoins manifestés par ces dernières et de l'analyse des indicateurs IASC, les recommandations suivantes sont formulées :

❖ **Au PNMLS**

- Renforcer la coordination multisectorielle de la riposte au VIH y compris du VIH en situation humanitaire dans la province.

Ce renforcement passera par la redynamisation des réunions de coordination multisectorielle avec les différents secteurs (y compris les organisations de la société civile) et différents groupes de travail (préservatif, Droit et VIH, VIH en situation humanitaire, etc.) pour améliorer l'accès des PVVIH, populations vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, adolescents et jeunes, SVS) et populations clés (PS, HSH, UDI) aux services VIH (dépistage, préservatifs, lubrifiants, équipements stériles d'injection, soins et traitement, accompagnement psychosocial, VSBG) ;

- Mobiliser les ressources financières pour des interventions VIH y compris celles en faveur des PDI.

❖ **PNLS**

- Améliorer l'accès des PDI aux services VIH (IST/VIH, dépistage, préservatif, PTME, soins et traitement).

Les PDI n'ont pas l'information sur les services VIH existants et la plupart recourent à l'automédication et à la médecine traditionnelle vu que ces services se trouvent à une distance de 5 Km environ de leurs camps. La promotion et le rapprochement de ces services permettront un accroissement de l'utilisation de services par les PDI ;

- Renforcer les capacités des prestataires cliniques et communautaires sur les IST/VIH, IO, PTME, SSR, VSBG, stigmatisation et discrimination.

La dernière formation des prestataires cliniques et communautaires sur le paquet VIH a été organisée en 2016. D'où la nécessité de former les prestataires cliniques et communautaires pour une bonne prise en charge des PVVIH.

❖ **PNSR**

- Améliorer l'accès des PDI PS, jeunes et SVS aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

Les PDI (PS, jeunes et SVS) n'ont pas accès aux services de planification familiale par manque d'informations. Ces dernières doivent être sensibilisées et les services doivent être rapprochés d'eux.

❖ **Organisations de la société civile**

- Renforcer les interventions d'information, éducation et communication sur le VIH.

Les PDI ont des connaissances erronées (idées fausses) sur le VIH et elles sont stigmatisées et discriminées, et même certains groupes connaissent des violences de la part des hommes en uniformes. La société civile doit renforcer les stratégies d'information et de soutien communautaire sur le VIH et contre la stigmatisation et la discrimination en ciblant la population locale et les PDI (PVVIH, adolescents et jeunes, HSH, PS, UDI, femmes enceintes et allaitantes, SVS).

❖ **Aux agences des Nations-Unies**

- Appuyer les activités d'accompagnement psychosocial des PVVIH, adolescents et jeunes, y compris les OEV, PS, femmes enceintes et allaitantes, SVS.

Les populations déplacées internes ont exprimé le besoin d'avoir accès aux services sociaux de base et à la protection. Un appui en termes de nutrition (distribution des vivres), abris adaptés, eau potable, éducation des jeunes, activités génératrices des revenus, apprentissage des métiers, réinsertion sociale des OEV, etc.) permettra de réduire leur vulnérabilité due à leurs conditions précaires ;

- Appuyer la mise en place des matériels d'information sur la prévention, les droits humains et l'accès au traitement et aux soins.

Il a été remarqué une absence des matériels d'information sur le VIH (boîtes à image, dépliants, supports éducatifs sur le VIH dans le cursus scolaire et universitaire, etc.). Ces supports très importants permettent d'accompagner les activités de sensibilisation. Cependant, il est important d'apporter un appui pour la conception, la validation et l'impression de ces matériels.

REFERENCES

Division provinciale de la décentralisation (s.d.).

Division provinciale de l'intérieur (s.d.).

Gouvernement provincial du Kasai central (2024). Programme d'actions du gouvernement provincial 2024 -2028.

IASC (2010). Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence

Ministère de la santé (2022). Rapport d'enquête sur la cartographie programmatique et estimation de la taille des populations clés exposées aux risques d'infection à VIH et des IST dans 9 provinces de la République Démocratique du Congo.

Ministère du Plan et ministère de la Santé de la RDC (2014). Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014).

OCHA (2023). Aperçu de la situation humanitaire en RDC : cycle de programme humanitaire 2024, décembre 2023.

PNLS (2018). Rapport de Surveillance Sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes à partir des données programmatiques de routine des services de CPN en 2017.

PNLS (2024). Rapport annuel des activités de lutte contre le VIH/sida et la co infection VIH/Tuberculose dans la Division provinciale de la santé de la province du Kasai central.

PNLS et PRONANUT (2021). Etude sur la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle dans le contexte du VIH dans les Provinces du Kasai Oriental et du Kasai-Central en République Démocratique du Congo

PNMLS (2018). Evaluation rapide des besoins relatifs au VIH des populations déplacées et affectées dans la région du Kasai.

PNMLS (2021). Rapport sur la performance du projet Appui à la consolidation de l'intégration des besoins spécifiques au VIH-SIDA/IST et COVID-19 des populations dans les 9 zones de santé du Kasai et Kasai Central. HCR.

PNMLS (2022). Rapport de la revue des performances du programme sida 2020-2022 de la province du Kasai central.

PNMLS (2023). Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida 2023-2027.