



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Présidence de la République
Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS)
Secrétariat Exécutif National



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

PROVINCE : TANGANYIKA

Décembre 2023

Produit par



Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida



Version du 18/janvier 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 :



Professeur Paulin MUTOMBO, Consultant

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	III
SIGLES ET ACRONYMES.....	IV
I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
1.1. Contexte géographique et administratif	1
1.2. Contexte démographique	1
1.3. Contexte social	1
1.4. Contexte sanitaire.....	2
1.5. Riposte au VIH	3
1.6. La situation de la crise humanitaire et sa réponse.....	3
1.7. Les risques et la vulnérabilité au VIH des personnes en situation d'urgence humanitaire.....	4
II. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION	5
III. OBJECTIFS	6
III.1. Objectif général	6
III.2. Objectifs spécifiques	6
IV. APERÇU DES METHODES UTILISEES ET DES PERSONNES INTERROGEEES A CHAQUE ETAPE	7
IV.1. Design de l'étude	7
IV.2. Collecte des données.....	7
IV.2.1. Méthodes de collecte.....	7
IV.2.2. Processus de collecte des données proprement dite	9
Phase 1 : Collecte des données au niveau provincial	9
Phase 2 : collecte des données au niveau des sites	9
1. Etape préparatoire	9
2. Etape 2 : formation des enquêteurs et superviseurs provinciaux	10
3. Etape 3 : Collecte des données	10
IV.2.3. Restitution et validation des résultats de l'évaluation au niveau provincial	10
V. RESULTATS.....	11
V.1. Présentation de la situation des déplacés	11
V.2. Facteurs de vulnérabilité au VIH parmi les déplacés internes et les populations hôtes....	2
V.3. Comportements à risque pour le VIH parmi les déplacés internes et les populations d'accueil	4
V.4. Entretiens avec les leaders communautaires et les officiels de la province	Erreur ! Signet non défini.
V.4.1. Entretiens avec les leaders communautaires	Erreur ! Signet non défini.
V.4.2. Entretiens avec les officiels de la province	Erreur ! Signet non défini.
V.5. Réponses au VIH/Sida dans la province de Tanganyika	6
VI. BESOINS DU PROGRAMME VIH ET RESSOURCES POTENTIELLES.....	11
CONCLUSION	13
BIBLIOGRAPHIE	15
ANNEXES	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Types et nombre de personnes prévues à sonder par site	8
Tableau 2. Caractéristiques des sites des déplacés internes choisis	10
Tableau 3. Prévalence de malnutrition aigüe globale dans la province de Tanganyika par territoires	2
Tableau 4. Cartographie des interventions de lutte contre les IST-VIH/SIDA organisations/acteurs principaux dans la Province	7
Tableau 5. Cartographie des interventions la prise en charge des violences sexuelles organisations/acteurs principaux dans la Province	10

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Evolution du mouvement des PDIs de Septembre 2020 à Novembre 2023	1
Figure 2. Evolution du nombre des PDIs par territoire de T4 2020 à T3 2023	1
Figure 3. Proportions des PDIs selon le sexe et l'âge	1
Figure 4. Proportions des PDIs selon le type d'hébergement	1
Figure 5. Disponibilités des services (réseau téléphonique, école et centre de santé) par territoire	4

SIGLES ET ACRONYMES

DIVAH	: Division des actions humanitaires
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
HCR	: Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HSH	: Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
OCHA	: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies)
OIM	: Organisation internationale de migration
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations-Unies contre le sida
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PDI	: Populations déplacées internes
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
PS	: Professionnelle de sexe
PSN	: Plan Stratégique National de la riposte au VIH
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquis
UDI	: Utilisateur des drogues injectables
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1.1. Contexte géographique et administratif

La province du Tanganyika est située au Sud-Est de la RDC, elle est l'une des plus grandes provinces de la RDC, s'étendant sur une superficie de 134.940 Km². La province compte six (06) territoires : Kalemie, Kabalo, Kongolo, Manono, Moba et Nyunzu. Les territoires les plus vastes sont Manono (34.198 km²) et Kalemie (30. 511km²). Le territoire de Kongolo est le moins vaste en superficie (13.408 km). Administrativement, elle est limitée au nord par les provinces du Sud-Kivu et du Maniema ; au sud par la province du Haut-Katanga et la République de Zambie ; à l'ouest par les provinces du Haut-Lomami, de Lomami et Kasai-Oriental et à l'est par le lac Tanganyika. La province du Tanganyika présente une pyramide d'âge de forme régulière élargie à la base et effilée au sommet. Elle dénote une population jeune (60 %), à forte fécondité et à mortalité élevée. Cette situation est similaire pour les trois provinces voisines (Haut Lomami, Lualaba et Haut Katanga).

1.2. Contexte démographique

La population de la province du Tanganyika est estimée à 3469139 habitants en 2022 selon le rapport de la Division provinciale de santé du Tanganyika. La densité est de 26 habitants par km², ce qui montre que la province est sous peuplée. Cette densité connaît des disparités par territoire du fait que la majorité de la population est concentrée sur un petit nombre de territoire, deux sur six territoires, au chef-lieu de la province (Kalemie), et Kongolo(Tanganyika, 2022).

Dans sa grande majorité, la province est peuplée de Tabwa, de Lubade Hembra. D'autres peuples, principalement les Songye, les Bwile, les Kou, les Lumbu, les Kalanga et les Holoholo sont rattachés, de près ou de loin, à ces trois grands ensembles. A côté de ces groupes appartenant au groupe Bantu, il existe la minorité Twa qui représente environ 15 % de la population du Tanganyika (soit 375 000 personnes), et jusqu'à 35 % de la population dans les territoires de Nyunzu et Manono. Une grande partie de la population de ces deux territoires a également un héritage mixte twa et bantou. Les populations Twa ne possèdent pas de villages reconnus par l'administration et se retrouvent dans des territoires essentiellement dirigés par des chefs bantou ; ceci conduit, de fois, à des abus de pouvoir et des actes de discrimination, de violence et d'abus sexuel(Groleau, 2017).

1.3. Contexte social

En considérant l'indice de pauvreté basé sur les quintiles de bien-être pour mesurer la situation économique des ménages, le Tanganyika est l'une des provinces où la population vit dans une extrême pauvreté. En effet, la province du Tanganyika comptait 47% de la population appartenant aux deux quintiles les plus pauvres contre seulement 3,7% dans le quintile le plus riche(Institut National de Statistique, 2018).

1.4. Contexte sanitaire

Le Système de santé de la RDC est piloté par le Ministère de la Santé. Il comprend 3 niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Au niveau du point de vue organisationnelle et fonctionnelle, la DPS est constituée des Bureaux et des programmes sous la responsabilité du Chef de Division. Il s'agit de : un Bureau DPS, une Coordination L-TBC, une Coordination PRONANUT, une Coordination PNLS, une Coordination CPTS, une Coordination PNSR, deux Antennes PEV (Kalemie et Kabalo), une coordination PNSM.

Au niveau opérationnel, la DPS est subdivisée en 11 ZS avec 263 AS fonctionnelles sur les 264 planifiées.

L'organisation de l'offre des soins est assurée par des structures publiques, privées, confessionnelles et associatives. Le sous-secteur public est organisé autour des CSR, CS, des HGR. Le sous-secteur privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain. Le sous-secteur pharmaceutique avec une seule centrale qui assure l'approvisionnement et la distribution en gros des médicaments (CADMETA). La médecine traditionnelle constitue aussi une part non négligeable de l'offre de soins.

Le Tanganyika n'a pas un hôpital provincial depuis le découpage qui a intervenu en 2015.

Sur le plan de financement, la province a une faible mobilisation de ressources locale. Elle présente une très forte dépendance aux ressources externes mobilisées par le niveau central. La majeure partie de financement de la riposte provinciale provient des partenaires techniques et financiers. Cependant, des efforts en termes de mobilisation locale des ressources doivent être améliorés.

La province compte un effectif total des ressources humaines en santé (RHS) d'environ 2950 repartis dans les zones de santé et les bureaux/coordinations (Rapport annuel 2021 DPS Tanganyika).

La gestion des approvisionnements et de stock est coordonnée par la DPS à travers le groupe de travail médicament (GTM). Ce groupe de travail se réunit à un rythme trimestriel et connaît la participation des cadres de tous les programmes spécialisés, ceux de la DPS, de la CDR ainsi que les PTF présents au niveau du chef-lieu de la province. Cependant, le niveau central ne respecte pas le rythme d'approvisionnement en médicaments ni le besoin exprimé ou réel. On assiste souvent à des approvisionnement push parfois avec des médicaments en proche péremption.

Les prestations des services en province sont marquées par quelques faiblesses qui influencent la confiance de la communauté, à savoir : la faible couverture sanitaire, la faible qualité des services et soins offerts, la faible utilisation des services disponibles et la faible redevabilité publique des Services de santé devant la communauté.

1.5. Riposte au VIH

La riposte au VIH en RDC est organisée sur base d'une approche multisectorielle du fait que l'épidémie pose des problèmes d'ordre social, économique et humain qui débordent largement le cadre de la santé. Cette approche requiert la mobilisation de tous les partenaires sociaux du domaine public, privé et communautaire. Cependant, la RDC dispose d'un nouveau Plan Stratégique National de la riposte au VIH (PSN 2023-2027) qui s'aligne sur les différents engagements nationaux et internationaux auxquels le pays a souscrit, notamment : (i) l'atteinte des objectifs de développement durable en lien avec la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 à travers l'objectif 95-95-95 de l'ONUSIDA ; (ii) le Plan National Stratégique du Développement (2019-2023) avec l'approche Nexus qui recommande l'intégration des interventions humanitaires. L'opérationnalisation de ce nouveau PSN s'effectuera à travers les plans opérationnels multisectoriels provinciaux. A cet effet, la prise en compte de la riposte au VIH dans tous les processus de planification y compris des interventions humanitaires dans les provinces en situation de crise humanitaire s'avère d'une importance capitale. Ceci nécessite une évaluation de la situation afin de cerner les besoins des populations déplacées internes (PDI) et affectées liés au VIH/sida.

1.6. La situation de la crise humanitaire et sa réponse

Entre 2013 et 2020, la Province du Tanganyika a enregistré une recrudescence des tensions intercommunautaires opposant au départ la communauté Twa à la communauté Luba et qui se sont progressivement propagées dans 5 territoires de la Province (Kalemie, Nyunzu, Manono, Kabalo et Moba) affectant d'autres communautés et jusqu'aux provinces voisines notamment le Haut Katanga (Pweto). Outre le conflit intercommunautaire, la Province reste également secouée par l'activisme des groupes armés notamment les Mai Mai « Apa na Pale » au Nord sur la bande frontalière avec le territoire de Fizi (Sud Kivu) ; les Mai Mai Malaïka sur la bande frontalière avec le territoire de Kabambare (Maniema) mais aussi des Mai Mai Bakata Katanga dans le territoire de Mitwaba avec une extension dans les territoires de Manono et Malemba Nkulu, initialement qualifié de « Triangle de la mort ». L'activisme des milices et groupes armés reste la principale cause de la dégradation des conditions sécuritaires et est principalement à la base d'important mouvements de populations observés dans les zones sécurisées. En octobre 2020, les chiffres des PDIs dans l'Ex-province du Katanga ont atteint environ 528,768 personnes déplacées dont 469,095 personnes déplacées dans le Tanganyika (CCCM Cluster, 2023).

Ce conflit trouve son origine dans la marginalisation du groupe minoritaire Twa en raison d'une combinaison d'accès limité aux ressources, d'exclusion du processus décisionnel local et de discrimination systématique de la part des Bantou. Le conflit a entraîné des violences et des déplacements à grande échelle (Groleau, 2017).

En effet, depuis fin 2022, le Tanganyika fait face à une nouvelle flambée de violences dans la partie Sud du territoire de Kalemie et la Partie Nord de celui de Moba. Ces violences sont liées principalement à la résurgence des conflits intercommunautaires Twa – Bantu dans cette partie

de la province (ZS Kalemie, ZS Kansimba et ZS Moba). A cela s'ajoute la présence des hommes armés dans le site de pré-cantonement des démobilisés à Mulange, qui insécurisent les personnes déplacées dans les sites de Likasi, Mwaka et Kisalaba, ainsi les communautés locales (GBV AoR/UNFPA, 2023).

Malgré ce sombre tableau, il y a lieu de signaler qu'une stabilité progressive mais fragile est observée dans le Nord du territoire de Nyunzu et le Nord-Ouest de celui de Kalemie, conduisant du coup à un retour des populations dans ces zones qui étaient abandonnées depuis plusieurs années. Il faudrait aussi souligner qu'un processus de relocalisation des populations déplacées dans la ville de Kalemie a été déclenché par les autorités provinciales depuis 2020 et a abouti à la fermeture d'au moins 8 sites des déplacés et la relocalisation de ceux-ci dans des villages autour de la ville, ce qui a créé de nouveaux besoins en termes d'installation et d'accès aux biens et fournitures de première nécessité, ainsi qu'aux services sociaux de base (GBV AoR/UNFPA, 2023).

La réponse humanitaire est marquée par la présence de plusieurs partenaires dont des organisations du système de Nations unies, les ONG tant internationales, nationales que locales qui interviennent dans plusieurs domaines. En le catégorisant, il y en a qui sont dans le développement et d'autres dans les urgences. Le volet VIH a comme partenaires (FM, UNICEF, CORDAID, ONU SIDA, PAM, SANRU...).

Le PSN 2020-2023 avait prévu que 90% des populations vulnérables et en situation humanitaire d'urgence vivant avec le VIH bénéficient d'une PEC du VIH d'ici à 2023. Selon le rapport de la revue des performances a ressorti qu'aucune activité n'a été menée en faveur de PVVIH ni la mise en place d'un dispositif minimum d'urgence dans les divers camps des déplacés (Tanganyika, 2022). Cela ne veut pas forcément dire que rien n'a été fait mais pourrait plus signifier une absence de communication entre le PNMLS et les partenaires susmentionnés. A titre illustratif, le rapport d'activités de différents clusters fait mention de quelques faibles interventions (par manque de financement) de supplémentation alimentaire pour les PVVIH. Plusieurs activités ont aussi été menées pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles, soit 35% (47902 sur les 137000) des personnes ciblées ont bénéficié d'une prise en charge médicale (OCHA, 2023).

1.7. Les risques et la vulnérabilité au VIH des personnes en situation d'urgence humanitaire

Les facteurs déterminant la transmission du VIH pendant les crises humanitaires sont complexes et varient en fonction du contexte.

1. Les inégalités entre les sexes peuvent s'accroître et augmenter de façon disproportionnée la vulnérabilité des femmes et des enfants au VIH.
2. La perte des moyens de subsistance et du manque d'offres d'emploi, le travail du sexe et l'exploitation sexuelle peuvent se développer et augmenter l'incidence du VIH.

3. Les déplacements massifs peuvent provoquer la séparation des familles, l'éclatement de la cohésion communautaire et la dégénérescence des normes sociales et sexuelles qui régissent le comportement.
4. Les femmes et les enfants peuvent être utilisés par les groupes armés et se retrouver particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH des suites de l'exploitation et de la violence sexuelles.
5. Le viol peut être utilisé comme un moyen de guerre. Les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clé à haut risque d'exposition au VIH peuvent avoir besoin de mesures spécifiques pour se protéger de la négligence, de la discrimination et de la violence.

Tous ces facteurs sont bien présents parmi les personnes en situation d'urgence humanitaires et laissent penser, en l'absence des données, que la situation du VIH parmi ces populations pourrait être alarmante. En effet, un rapport a récemment ressorti les saillants suivants parmi les déplacés dans la province de Tanganyika (GBV AoR/UNFPA, 2023):

1. Le risque de VBG en raison des attaques des groupes armés et milices contre des villages et des embuscades dans les territoires de Kalemie, Moba, Manono et Kongolo. Huit zones de santé sur les 11 que compte la province du Tanganyika sont classées au niveau de sévérité « catastrophique » par rapport aux besoins relatifs aux VBG.
2. Le recours à des mécanismes d'adaptation négatifs de survie, (sexes transactionnel) avec comme conséquences des risques de protection (vulnérabilité à la violence physique, psychologique, déni de ressources, mariage précoce intimement associé aux besoins de résilience économique), la stigmatisation communautaire ainsi que des risques sanitaire (IST/ VIH, grossesses précoces et/ou non désirées) ;
3. Le risque d'abus et exploitations sexuels sur les femmes et les enfants incluant dans les carrières minières dans le contexte de diminution des interventions humanitaires face à des crises persistantes.
4. Le risque d'augmentation des violences sexuelles liées aux conflits (VSLC) commises par les acteurs armés étatiques et non étatiques en raison des opérations militaires et de l'esprit de vengeance, y compris la faible présence de l'Etat (axe Kalemie – Bendera, zone frontalière entre les territoires de Kongolo et de Kabambare (Maniema), le territoire de Manono avec la ZS de Kiambi, zone frontalière entre les territoires de Kalemie et de Moba.

II. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

Généralement, le contexte d'urgence humanitaire avec déplacement des populations augmente la vulnérabilité et les risques de transmission du VIH et dépend d'un grand nombre de facteurs concurrentiels et interdépendants comme expliqué ci-haut. Dans le PSN 2023-2027, les personnes en contexte humanitaire sont considérées comme faisant parties des sous-groupes prioritaires.

Lors de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2011, les gouvernements ont reconnu que "les populations déstabilisées par les conflits armés, les situations d'urgence humanitaire et les catastrophes naturelles, en particulier les réfugiés et les personnes déplacées, et notamment les femmes et les enfants, sont plus exposées au risque d'infection à VIH ; et [qu'il faut] intégrer les composantes VIH/SIDA dans les programmes d'aide internationale ;". La session a demandé à "l'ensemble des organismes des Nations Unies, des organisations régionales et internationales, et des organisations non gouvernementales, participant à la fourniture et à l'acheminement de l'aide internationale vers les pays et régions affectés par des conflits, ..., d'intégrer d'urgence les éléments relatifs à la prévention, aux soins et à l'information sur le VIH/SIDA dans leurs plans et programmes.". Dans le cadre de cette Session spéciale, et dans bien d'autres occasions de ce type, il a donc été reconnu que le VIH constituait un facteur crucial à prendre en compte dans le contexte d'un déplacement forcé.

Aussi l'approche basée sur les droits indique : Les populations en contexte humanitaire ont le droit d'accéder aux services VIH sur la même base que la population non affectée. Mais ils ont aussi des besoins particuliers nécessitant une programmation innovante dans des circonstances qui peuvent être très difficiles sur le plan opérationnel. Les directives relatives au VIH en contexte humanitaire (IASC), la division de travail sur le VIH (OUSIDA), renforcent l'opérationnalisation de cet engagement international.

Dans cette optique et afin de mieux cerner l'impact du conflit des personnes déplacées internes et affectées et les besoins réels liés aux VIH/SIDA d'une part et d'appuyer la réponse 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 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 PDI et populations affectées dans les provinces de Tanganyika, Ituri, Nord-Kivu et Kasai.

Le présent document rapporte les résultats de cette évaluation rapide pour la province de Tanganyika.

III. OBJECTIFS

III.1. Objectif général

Evaluer les facteurs de vulnérabilité au VIH et les comportements à risque parmi les PDI et les populations hôtes.

III.2. Objectifs spécifiques

- Former les enquêteurs et superviseurs provinciaux pour la collecte des données auprès des PDI et populations hôtes ;

¹<http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids>

- Organiser une enquête pour l'évaluation rapide des besoins liés au VIH des PDI et populations hôtes ;
- Identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité liés au VIH et ceux accrues par la crise ;
- Identifier les besoins spécifiques liés au VIH des PDI et populations hôtes ;
- Formuler des recommandations dont les stratégies de plaidoyer pour la prévention, soins, traitement, soutien VIH pour les PDI et populations hôtes.

IV. APERÇU DES METHODES UTILISEES ET DES PERSONNES INTERROGEES A CHAQUE ETAPE

IV.1. Design de l'étude

L'enquête a été menée selon une approche qualitative en utilisant la méthode d'évaluation rapide de la situation sur les besoins relatifs au VIH dans la population déplacée interne et affectée par le conflit. Un autre outil supplémentaire créé sur base des directives IASC a aussi été utilisé afin de renseigner sur les activités menées par les différents clusters en réponse au VIH.

IV.2. Collecte des données

IV.2.1. Méthodes de collecte

Les principales méthodes utilisées dans le cadre de cette évaluation rapide de la situation sont les suivantes :

1. **Analyse des informations existantes et observation des services :**

Le but de cette analyse était d'évaluer l'offre de service lié au VIH, à la santé de la reproduction, à la nutrition ainsi que l'éducation sur le VIH offerte dans les milieux où se trouvent les PDI. En dehors cette analyse de l'offre de service, l'analyse des activités menées par les différents clusters impliqués dans la réponse aux urgences humanitaires a aussi été réalisée en se servant de l'outil IASC.

Cette Analyse a consisté en une revue documentaire, lors d'un atelier où étaient conviés tous les différents acteurs, des rapports des organisations impliquées dans la riposte au VIH et/ou dans la réponse aux urgences humanitaires.

2. **Interviews semi-structurées**

Des Interviews semi- structurées ont été avec des informateurs clés sélectionnés en raison de leurs connaissances des problèmes dans la zone. Il s'agit d'organismes publics, de dirigeants locaux, de représentants des jeunes, des responsables de services de santé (public et privé), des membres de sous-groupes de PDI sélectionnés comme les utilisateurs de drogues (injection 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 informations, qui ont été recueillies à l'issue des interviews semi-structurées ont permis de renseigner l'accès aux services de prévention, des soins curatifs ainsi que la protection des PDI grâce à un environnement favorable.

3. *Entretien en groupes*

Ces discussions ont été conduites avec des groupes de PDI, des populations affectées par un conflit et toujours inclure les populations hôtes.

Ces discussions se sont penchées sur des questions telles que la fréquentation de partenaires multiples, les réseaux commerciaux et transactionnels, le manque de préservatifs ou le manque d'utilisation des préservatifs, les demandes de soins pour les infections transmises sexuellement ou qui font suite à un viol.

Tableau 1. Types et nombre de personnes prévues à sonder par site

Questionnaires	Type de personnes à sonder	Nombre de personnes à sonder			
		Hommes	Femmes	Total	
Entretiens individuels	Représentants de la zone	2		2	
	Dirigeants locaux tels que les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux	4	4	8	
	Jeunes	5	5	10	
	Personnes en uniformes (militaires et policiers)	2	2	4	
	ONG humanitaires, bailleurs des fonds, Organisations gouvernementales	2	2	4	
	PDI	5	5	10	
	Populations clés (PS, HSH, UDI)	2	2	4	
	Personnes séropositives	3	3	6	
Total				48	
Focus group	PS		8	8	9 focus group
	UDI	6	6	12	
	HSH	6		6	
	Jeunes	8	8	16	
	PVVIH	10	10	20	
	Femmes enceintes et allaitantes		10	10	
Total				120	

Au total, 240 personnes (120 par site) ont été ciblés soit 96 entretiens (48 par site) individuels et 18 focus group (9 par site).

IV.2.2. Processus de collecte des données proprement dite

Le processus de collecte des données s'est déroulé en deux grandes phases : collecte des données au niveau provincial et collecte des données au niveau des sites :

Phase 1 : Collecte des données au niveau provincial

Cette phase, sous le lead du Consultant, a consisté essentiellement en 2 ateliers au cours desquels les acteurs impliqués dans la réponse au VIH et ceux impliqués dans la réponse humanitaire ont été conviés à renseigner sur les différents outils prévus pour cette évaluation. Un premier atelier a eu lieu dans la salle de réunion du PNMLS. Cet atelier a réuni, autour du Secrétaire Exécutif Provincial et du Consultant, les acteurs impliqués dans la réponse au VIH (PNMLS, PNLS, Santé de la Reproduction, UCOP+, PASCO...). Au cours de cet atelier, l'outil de l'évaluation a été renseigné pour ce qui concerne les données nationales en lien avec le VIH. En dehors du remplissage de ces outils, les participants ont aussi renseigné sur les activités à considérer pour le plan d'action opérationnel du VIH en situation d'urgence humanitaire.

Un deuxième atelier a eu lieu quelques jours dans la salle de réunion d'OCHA. Celui-ci a intégré, en dehors des acteurs de la riposte au VIH, les acteurs de la réponse aux urgences humanitaires avec qui le consultant avait au préalable eu une discussion pour leur présenter l'objectif de la mission mais aussi obtenir leur accord pour participer à l'atelier. Lors de cet atelier, les différents participants, organisés en sous-groupes, ont renseigné sur l'outil IASC et celui de l'évaluation rapide du niveau provincial. Il ne s'agissait pas que du remplissage mais aussi de faire quelques observations sur les pourquoi des insuffisances constatées.

Phase 2 : collecte des données au niveau des sites

Sous le lead du Superviseur PNMLS, cette phase s'est déroulée en 3 étapes suivantes :

1. Etape préparatoire

Cette étape a consisté à la sélection des enquêteurs et superviseurs provinciaux, au choix des sites et à la mobilisation des ressources financières. Au total, 7 enquêteurs et 3 superviseurs ont été sélectionnés, après concertation entre le PNMLS, PNLS et HCR au niveau de la province, sur base de leur expérience concernant des enquêtes similaires, leur connaissance du terrain et de la langue.

Les sites ont été choisis sur base de leur accessibilité géographique, de la situation sécuritaire, du délai de la collecte des données, et sur base des ressources financières disponibles.

Tableau 2. Caractéristiques des sites des déplacés internes choisis

N°	Site	Zone de Santé	de Population totale (Hab)	Nombre de ménages	de Distance estimée du centre-ville (Km)
1.	KABEMB E	NYEMBA	2.103	1.004	18
2.	ELYA	NYEMBA	753	292	13
3.	LIKASI	KALEMIE	1.656	839	13

Source : Division des actions humanitaires (2023). Rapport de la situation démographiques des PDI au 31 octobre 2023

Le plus grand site des PDI enquêtées est celui de KABEMBE dans la ZS de NYEMBA, suivi du site LIKASI et ELYA.

2. Etape 2 : formation des enquêteurs et superviseurs provinciaux

La formation des enquêteurs et superviseurs provinciaux a été organisée pendant 3 jours, soit du 6 au 8 décembre 2023, dans la salle ROULENS chez les sœurs à Kalemie. Le premier jour de la formation a consisté à la présentation des termes de référence de l'enquête et à la présentation sur comment mener un entretien individuel et animer un focus group. Les principes de la neutralité, de la conservation du texte et de l'ordre des questions du questionnaire, ainsi que de la gestion du groupe.

Les deux autres jours (2^{ème} et 3^{ème}) de la formation ont consisté au paramétrage de Kobocollect dans les tablettes et à la maîtrise de son utilisation ; à la présentation de différents questionnaires dans Kobocollect qui seront utilisés pendant l'enquête et le passage en revue de chaque question ; aux exercices de simulation pour les entretiens individuels et les focus group.

3. Etape 3 : Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 9 au 15 décembre 2023 dans deux sites, le site de KABEMBE (à environ 18 à 20 Km du centre-ville de Kalemie) dans la ZS de Nyemba et le site de LIKASI (à 13 Km du centre-ville de Kalemie) dans la ZS de Kalemie. Un troisième site, celui d'ELYA dans la ZS de Nyemba, à quelques kilomètres du site de KEBEMBE, a été visité le deuxième jour de l'enquête suite à l'inaccessibilité de la route menant vers ce dernier due aux fortes pluies. Avec l'appui de HCR, un véhicule (Jeep Land cruiser 4X4), voire deux certains jours, étaient disponibles pour le déplacement des enquêteurs et superviseurs vers les sites.

Sept enquêteurs et trois superviseurs provinciaux, sous le lead du superviseur national, ont collecté les données, à l'aide des tablettes en utilisant l'application Kobocollect.

IV.2.3. Restitution et validation des résultats de l'évaluation au niveau provincial

Les résultats préliminaires de cette évaluation ont été présentés au cours d'un atelier et validé par les participants qui en ont profité pour ajouter quelques recommandations.

V. RESULTATS

V.1. Présentation de la situation des déplacés

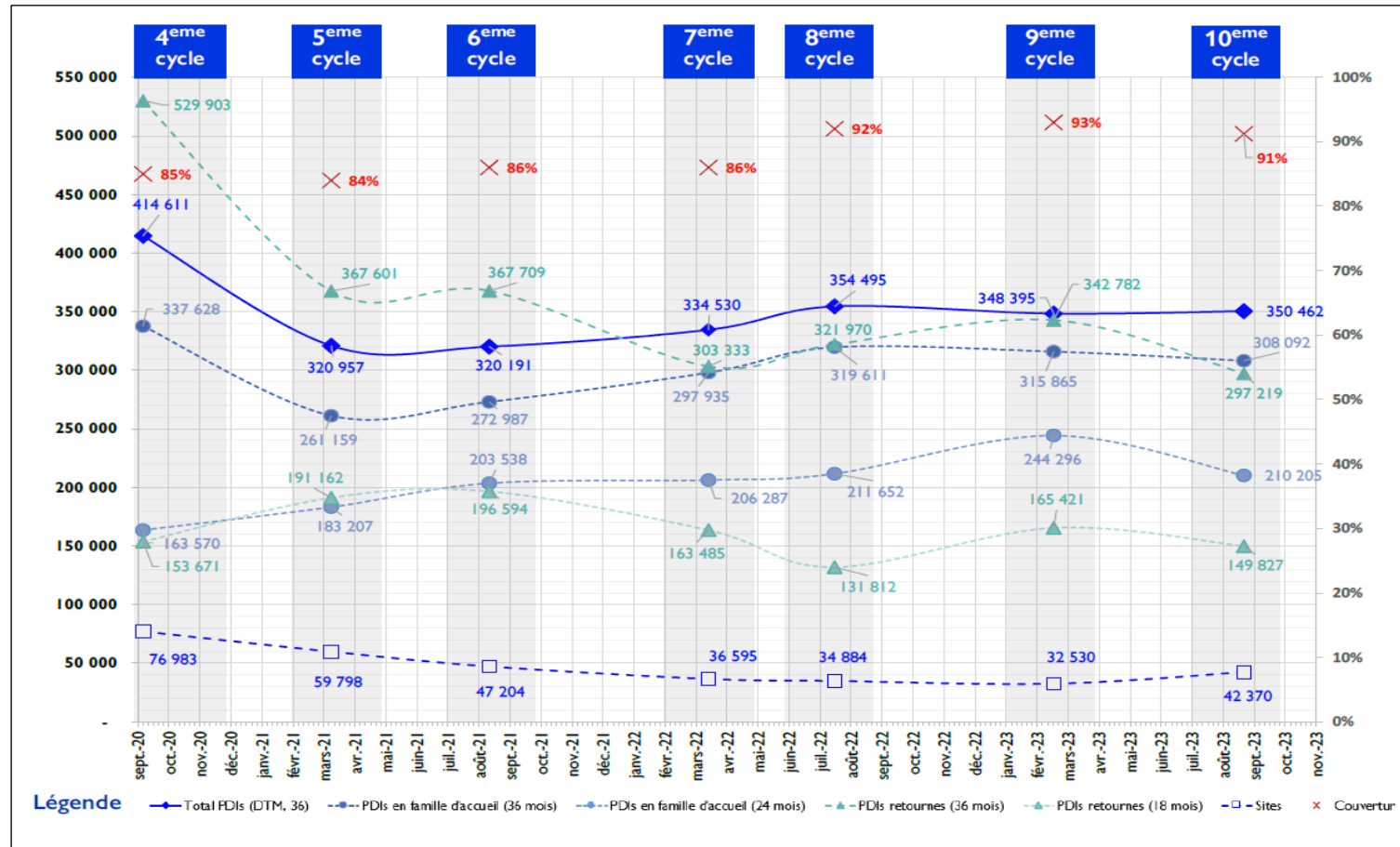
Au total, la province de Tanganyika comptait environ 350462 en Novembre 2023, soit une réduction de 15% comparativement à la situation de Septembre 2020 (Figure 1). La majorité de PDI se trouvent dans trois territoires, précisément à Kongolo (117 mille individus, 33% du total), à Kalemie (100 mille, 29%) et à Manono (83 mille, 24%). Les principales zones de provenance des PDI sont le territoire de Nyunzu (47 mille personnes) ainsi que les ZS de Kiyambi (42 mille), de Kalemie (37 mille), de Nyemba (26 mille) et de Kabalo (23 mille). Tanganyika accueille environ 86 mille PDI venant d'autres provinces, dont la majorité des provinces du Maniema (67 mille), du Haût-Lomami (11 mille), et du Sud-Kivu (6 mille) (Figures 1 et 2). En moyenne, sur toute la province, il est estimé que 53 pour cent des PDI en famille d'accueil sont des femmes et 47 pour cent des hommes, dont 16 pour cent sont des enfants de moins de cinq ans. La majorité (88%) de ces PDI habitent dans des familles d'accueil (figures 3).

Selon les données recueillies à travers cette évaluation, 297 219 personnes déplacées ont regagné leur village d'origine, en province du Tanganyika, au cours des trois dernières années. Les retournés (dont le retour date de moins de trois ans) représentent une proportion importante de la population totale de certaines zones, ce qui pourrait augmenter la pression ressentie par la communauté hôte (Figure 1).

En moyenne, sur toute la province, il est estimé que 53 pour cent des PDI en famille d'accueil sont des femmes et 47 pour cent des hommes, dont 16 pour cent sont des enfants de moins de cinq ans (Figure 4).

Quant à la malnutrition aigüe globale, elle y est très élevée avec un minimum de 3,1% pour Kalemie tandis qu'elle atteint le seuil alarmant de 12% à Manono et à Moba (Tableau 3)

Figure 1. Evolution du mouvement des PDIs de Septembre 2020 à Novembre 2023



Source : OIM_DTM

Figure 2. Evolution du nombre des PDIs par territoire de T4 2020 à T3 2023

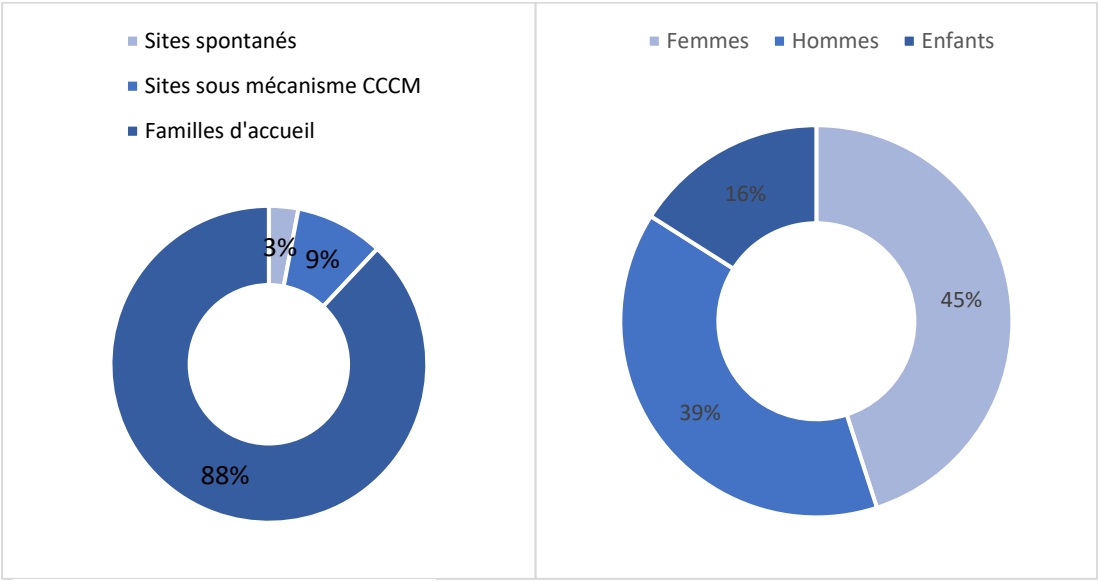
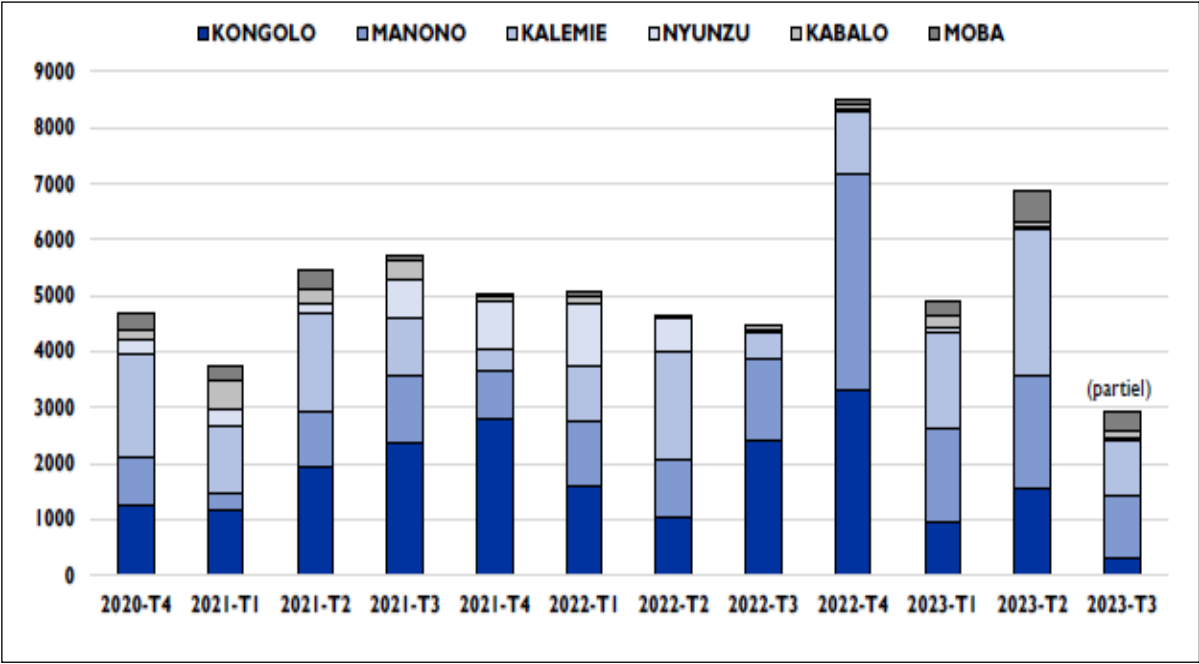


Figure 4. Proportions des PDIs selon le type d'hébergement

Figure 3. Proportions des PDIs selon le sexe et l'âge

Tableau 3. Prévalence de malnutrition aigüe globale dans la province de Tanganyika par territoires

Territoires	%
Kabalo	8%
Kalemie	3,10%
Kongolo	7,60%
Nyunzu	7%
Manono	12%
Moba	12%
Score	<input type="checkbox"/> z-score
Quelle méthode	<input type="checkbox"/> enquête
Date de la dernière évaluation	2023

V.2. Facteurs de vulnérabilité au VIH parmi les déplacés internes et les populations hôtes

Parmi les facteurs ayant connu une exacerbation à cause du conflit, nous notons :

1. **Le déplacement** : ce facteur a été identifié par la grande majorité des répondants comme un des facteurs les plus importants qui a eu un effet sur tous les autres facteurs de vulnérables et les comportements à risque. La grande majorité des répondants PDI ont reconnu que le déplacement leur a fait perdre leur occupation, causé des pertes en vies humaines et de tous leurs biens et rompu la structure familiale.
2. **Disparition/ séparation des familles** : qu'elle soit à cause des pertes en vies humaines ou de séparation lors des fuites, la disparition et la séparation ont créé un étourdissement avec l'éclatement du socle familial. Le plus affectés sont les enfants, dépendant de leurs parents, et les veuves, qui en dehors du choc psychologique, se sont aussi retrouvées seules dans le rôle du responsable de la famille.
3. **La pauvreté** : La précarité préexistante a été exacerbée par le conflit qui a causé des pertes des membres de familles les plus actifs et des biens. Cette pauvreté a développé des moyens de survie qui ont exposés les PDI à certains comportements à risque du VIH. Plusieurs PDI notamment les femmes à s'adonner au commerce de sexe ou prendre des risques des rapports sexuels non protégés dans l'espoir de tomber enceinte. Une autre conséquence de cette pauvreté est les violences sexuelles dont sont sujettes les femmes PDI et sont de fois forcées à avoir des rapports non consentis avec certains membres masculins des familles d'accueil qu'elles ne peuvent dénoncer.
4. **Mauvaise nutrition / insécurité alimentaire** : l'insécurité alimentaire, préexistant au conflit, s'est accrue avec le déplacement et l'exaspération de la pauvreté, a poussé plusieurs PDI à développer des mécanismes de survie dont le commerce de sexe ou prise de risque avec les rapports sexuels non protégés comme expliqué ci-haut. Les

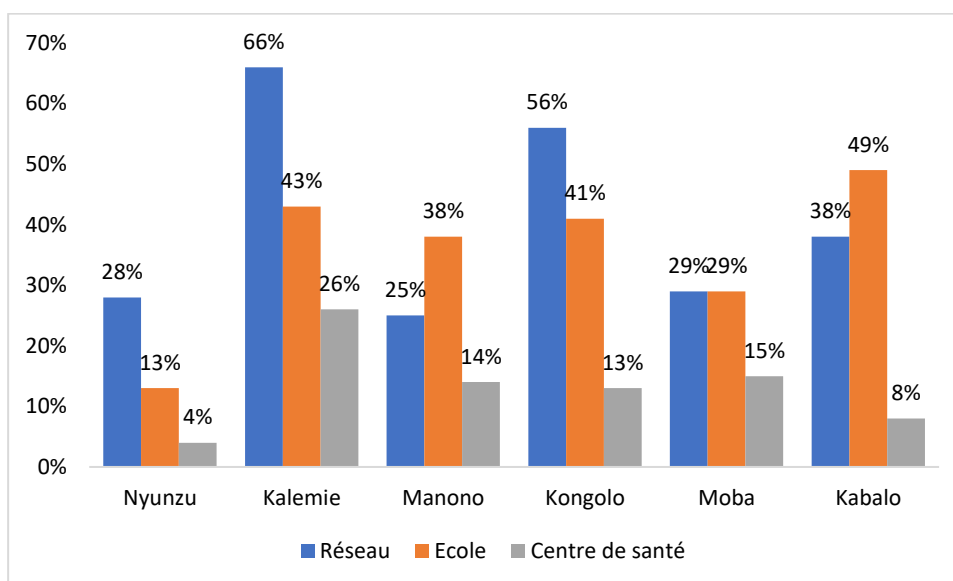
plus touchés sont les PDI enfants, adolescentes, jeunes et les femmes. Toutes les zones enquêtées sont dans une situation d'insécurité alimentaire importante.

5. **Les violences (sexuelles ou non)** : le conflit a accentué des inégalités basées sur le genre préexistant dans cette région. Ces violences se sont accrues avec le conflit qui a poussé plusieurs PDI 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 viol ont été rapportés aux lieux de conflit notamment les viols collectifs perpétrés par les hommes armés. Dans les zones d'accueil, cette même culture de violence basée sur le genre a été accentuée avec le conflit entraînant des cas de viol perpétrés également par des hommes civils qui y vivent.
6. **Discrimination des PDI** : Cette discrimination concerne plus les PDIs vivant avec le VIH, les PDI homme ayant des rapports sexuels avec les hommes et les PDIs. Ces deux groupes particuliers ont reconnu cachet leur statut par peur de discrimination. Ceci a pour conséquence le faible recours aux services de santé dont ils peuvent avoir besoin par peur que leur statut ne soit divulgué.
Cette discrimination est aussi rapportée à l'encontre des populations twa qui ne sont pas considérée au même pied d'égalité par les populations bantoues. Cette discrimination a aussi un impact dans leur fréquentation des services de santé, notamment pour la prévention et la prise en charge du VIH, souvent tenus par les bantous.
7. **Le travail des enfants et des femmes dans les lieux d'hébergement** : l'exploitation du travail des enfants et adolescents : les enfants PDI sont devenus plus vulnérables suite à la contrainte de devoir travailler pour contribuer aux revenus de la famille ou simplement pour leur survie :
8. **Exploitation du travail des Femmes** : Les femmes séparées de leurs maris sont du fait devenues chefs de famille. Elles vivent souvent de petits travaux mal rémunérés (exploitation). Souvent, elles sont contraintes de travailler dans des sites éloignés les exposant ainsi aux violences sans témoins.
9. **Les maladies** : la quasi-totalité des informateurs clés ont reconnu plusieurs situations « des maladies » notamment lors des déplacements vers les sites d'accueil. Plusieurs problèmes de malnutrition et de traumatisme physique ont aussi été évoqués.
10. **Faible connaissance du VIH/Sida** : si la grande majorité des PDI avaient déjà entendu parler du VIH/Sida, leur connaissance des moyens de contamination et des mesures de prévention était limitées. Plusieurs PDIs ont aussi rapporté ne pas avoir reçu des informations sur le VIH et ne connaissaient pas non plus où trouver les soins en cas de problème. Quant aux IST, certaines PDIs, notamment les travailleuses de sexe, ont reconnu en avoir souffert dans le passé tandis que la plupart des PDIs interrogées ne connaissaient pas leurs symptômes ni où se procurer les soins. Celles qui avaient reconnu en avoir souffert, la moitié a rapporté (50%) avoir recouru à l'automédication par peur de stigmatisation dans les formations sanitaire.

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

Dans l'ensemble des villages évalués dans la province du Tanganyika lors d'une enquête de l'OIM, ont déclaré avoir accès à un centre ou à un poste de santé à 13%. L'accès au CS était le plus bas à Nyunzu, soit 4%. Ceci est en accord avec les propos des PDI qui ont rapportés ne pas connaître où se procurer les soins de santé liés au VIH. Aucun site de prise en charge n'existe dans les sites d'hébergement. L'accès aux préservatifs est limité, les PDI ne savent pas où s'en procurer gratuitement.

Figure 5. Disponibilités des services (réseau téléphonique, école et centre de santé) par territoire



12. **Faible accès à l'éducation des plus jeunes** : la même enquête ci-haut citée a aussi rapporté un accès à l'éducation à 36%. Cet accès est plus faible dans la ZS de Nyunzu avec seulement 13% des enfants PDI ayant accès à l'école. La plupart des répondants ont tout de même reconnu l'accès par leurs enfants. Il sied aussi de noter que l'intégration du VIH/Sida dans le cursus scolaire.

V.3. Comportements à risque pour le VIH parmi les déplacés internes et les populations d'accueil

1. **Partenaires sexuels multiples** : le conflit a favorisé ou exaspéré un relâchement des mœurs dans une culture. Le sexe transactionnel est un de principaux mécanismes de survie adoptés surtout par les PDI 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. Les partenaires le plus cités parmi la population d'accueil sont les cultivateurs et les motards.

2. **Rapports sexuels forcés** : Il a été rapporté plusieurs cas de rapports sexuels forcés soit lors du conflit ou dans des zones d'accueil. Sans forcément chercher à tout expliquer par les conflits et les déplacements qui s'en suivent, il faudrait toutefois rappeler que huit zones de santé sur les 11 que compte la province du Tanganyika sont classées au niveau de sévérité « catastrophique » par rapport aux besoins relatifs aux VBG(GBV AoR/UNFPA, 2023). Les différentes violences basées sur le genre notamment les violences sexuelles y sont donc déjà monnaie courante et le fait des conflits pourrait avoir exacerbé ce comportement devant les PDI femmes démunies et sans protection.
3. **Non utilisation des préservatifs** : Plusieurs raisons peuvent expliquer cette non-utilisation, il s'agit notamment :
 - *Le faible niveau de connaissance des PDI sur le VIH/Sida* qui aurait un impact sur l'utilisation des services de prévention du VIH par le PDI pour y chercher les préservatifs. Ce faible niveau reflète aussi un *faible niveau de sensibilisation de cette population* comme reconnu par certains informateurs clés.
 - *L'absence des centres de prise en charge du VIH/Sida dans les sites d'hébergement* : il n'existe aucune politique pouvant permettre le dépistage, la distribution des préservatifs voire la prise en charge des PDI VIH+ dans les sites d'hébergement. Cette absence de service n'est pas une conséquence.
 - *La faible disponibilité des préservatifs féminins et les lubrifiants* : ce problème touche la province entière y compris les sites des PDI. La faible demande et le faible intérêt des décideurs pourraient expliquer cette faiblesse.
 - *Le faible pouvoir d'achat* : la précarité susmentionnée est un facteur important qui limite l'accès aux préservatifs étant surtout donné que, comme l'ont rapporté les répondants, ces préservatifs sont surtout en vente dans des pharmacies.
 - *L'insécurité* : certains sites ne sont pas encore suffisamment sécurisés pour permettre aux agents de la riposte aux VIH d'y conduire leurs activités.
 - *Les croyances culturelles* qui ont préexisté aux conflits et qui font les PDI ne trouvent pas d'utilité à utiliser les préservatifs.
 - *La honte* : la peur de la stigmatisation pousse certaines PDI, particulièrement les jeunes et les femmes, à ne pas rechercher les préservatifs dans des lieux de distribution ou de vente.
 - *L'incapacité à négocier le préservatif* : ceci particulièrement pour les PDI de sexe féminin déjà rendues vulnérables.
4. Peu de cas d'utilisation des drogues injectables (UDI) sont rapportés dans la province. Cependant, les seringues autobloquantes sont indisponibles dans toutes les structures enquêtées.

V.4. Réponses au VIH/Sida dans la province de Tanganyika

Il n'y a quasiment pas d'intervention VIH pour les PDIs dans la province. Les interventions listées ci-bas ne sont donc pas spécifiquement adressées. Cependant, étant donné que la plupart des PDIs vivent dans des foyers, il est fort probable que certaines d'entre elles aient pu en bénéficier. Certaines d'entre elles ont cependant aussi subi les effets du conflit.

1. La Sécurité transfusionnelle :

Cette activité n'est développée que dans 4 ZS sur 11, il est cependant peu probable que les PDIs se trouvant dans les sites aient bénéficié de transfusion sécurisée comme la plupart des sites sont éloignés des hôpitaux généraux de référence et difficile d'accès pour les PDIs vivant déjà dans la précarité. Plusieurs cas de transfusions clandestines et non conformes dans les structures privées ont été signalées.

2. Précautions universelles

Elles ont été rendues disponibles, grâce au CICR, dans certaines AS où se trouvent les sites des PDIs.

3. Promotion et distribution des préservatifs

Plusieurs intervenants ont notifié des interventions de distribution des préservatifs. Cependant, il ressort que cette activité est plus activée que dans quelques ZS (5 sur 11). Cette distribution semble ne pas atteindre la majorité des PDIs

4. Information et éducation pour le changement de comportement

Comme pour la distribution, plusieurs acteurs, notamment UNFPA et UNICEF, ont rapporté des activités. Cependant, ces activités ne sont pas reconnues par les PDIs et leurs effets sur le niveau de connaissance semblent être limités.

5. Gestion des IST

Les différents établissements de soins de santé ont des ressources pour prendre en charge la plupart des IST courantes. Cependant, il n'existe aucune politique de gratuité de la prise en charge devant permettre aux PDIs d'y accéder. Celles-ci doivent donc payer pendant les moyens financiers ne leur permet pas cela. Plusieurs PDIs ont aussi rapporté plus recourir à l'automédication.

6. Prophylaxie post-exposition

Plusieurs acteurs ont rapporté plusieurs cas de distribution des kits PEP tant aux survivants de violence sexuelle que les post-expositions professionnelles. Cependant la remontée des informations (tant pour le nombre réel des expositions que le nombre des kits distribués) faisant défaut, il est difficile d'évaluer sa couverture.

7. Programme destiné aux jeunes (éducation sur la santé de la reproduction et le VIH)

Plusieurs activités sont rapportées mais ne sont pas spécifiques aux PDIs. Il est donc difficile d'apprécier leur effet sur les jeunes PDIs.

8. Dépistage, PTME et traitement aux ARV

Le PNLS est responsable de ces activités qui sont menées dans toutes les ZS. Cependant, la couverture intra zonale reste faible ; soit environ 41%. Cette couverture devrait être encore plus

faible dans les sites d'hébergement où il a été reconnu par les experts l'absence de l'offre de service lié au VIH.

9. La prise en charge des IO

Parmi, les intrants pour la prise en charge des IO, seul le cotrimoxazole et les anti-TB sont disponibles. La couverture des besoins est donc très limitée. Cette limite devrait être encore plus faible dans les sites d'hébergement des PDIs.

10. Le soutien nutritionnel

Cette activité ne réalise plus. Cependant, le PAM, en charge de son implémentation, a prévu sa reprise dès 2024 pour les PDI VIH+ en situation de malnutrition.

Tableau 4. Cartographie des interventions de lutte contre les IST-VIH/SIDA organisations/acteurs principaux dans la Province

Activités	Organisation	Localisation	Effet du conflit sur les activités dans les 3* dernières années
	QUI	OU	
Sécurité transfusionnelle	CPTS, MDM	4 ZS (Kalemie, Nyemba, Moba et Kansimba)	Dons bénévoles de sang organisés occasionnellement, frigos disponibles seulement dans 4 ZS, MDM n'intervient que dans 2 ZS (Nyemba et Nyunzu), il est observé la pratique des transfusions clandestines et non conformes dans les structures privées. Les populations déplacées éloignées des ETS de référence rencontrent des difficultés de transport pour y accéder
Précautions universelles	CPTS, PNLS, CICR	11 ZS	Insuffisance des matériels nécessaires (EPI, désinfectant...) le CICR a eu des interventions ponctuelles dans les AS touchées par les conflits dans les ZS de Kalemie, Nyemba et Nyunzu
Promotion et distribution des préservatifs	PNLS, PNSR, Cordaid, UNFPA, UCOP+, CC	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Kongolo et Kansimba	En 2022, pour ce qui est du PNLS les préservatifs n'étaient rendus disponibles que dans deux ZS (Kalemie et Nyemba). Pour le PNSR c'est dans les 11 ZS, cette promotion a été intensifiée seulement dans les 5 ZS citées dans la localisation.
Information et éducation pour les changements de comportement	UNICEF, UNFPA, PNMLS, PNLS, UCOP+	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Kongolo et Kansimba	L'activité n'est pas réalisée dans toutes les ZS, seules les ZS de convergences appuyées par l'UNICEF et quelques établissements des soins appuyés par UNFPA
Gestion et Contrôle des IST	PNLS, UCOP+, CC, ZS concernées par la crise	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Kongolo et Kansimba	Tous les établissements des soins réalisent cette activité mais l'approvisionnement en intrants et la coordination PNLS n'interviennent que dans ceux ayant intégré le VIH

Programmes destinés aux jeunes (A détaillé)	RACJ, FOJED, UNICEF, PNMLS, PNLS, AFRIYAN	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Moba, Kabalo	Le projet all in avait permis de mettre en place les activités de ce programme dans 5 ZS mais il faut signaler que ces interventions n'avaient pas ciblé les populations déplacées
Education scolaire à la santé sexuelle et reproductive	RACJ, AILES DU COEUR, AFRIYAN, APEF, LIZADEL	Kalemie, Nyemba	Intervention réalisée seulement dans les écoles mais sans focus sur les populations d'âges scolaires vivant dans les camps de déplacés
Programmes pour les PS (A détaillé)	UCOP+, PASCO, PNLS, CC	Kalemie, Nyemba	Le programme n'est organisé que dans les ZS de Kalemie et Nyemba mais n'a pas un focus sur les populations déplacées, un centre convivial existe et est intégré à l'HGR Kalemie. Les conflits ont eu un effet négatif sur la stabilité de ces populations. L'enquête pour estimer la taille de cette population a été réalisée dans la ville de Kalemie en 2022
Programmes /services pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (A détaillé)	PASCO, UCOP+, PNLS, CC,	Kalemie, Nyemba	Idem supra
Prévention de la transmission mère-enfant	PNLS, CORDAID, UNICEF	11 ZS	Toutes les ZS réalisent cette activité mais la couverture intra zonale est faible (41%), l'UNICEF apporte un appui communautaire aux 4 ZS de convergences parmi lesquelles il y a 2 qui abritent des camps de déplacés internes, aucune activité spécifique n'a ciblé les populations déplacées
Services de conseil et dépistage VIH	PNLS, CORDAID	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Kongolo et Kansimba	Toutes les ZS réalisent cette activité mais la couverture intra zonale est faible (41%)
Prophylaxie Post Exposition pour les survivants du viol	PNLS, CORDAID	Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Kongolo et Kansimba	Cordaid impliqué dans la gestion GAS ; l'intervention ne concerne que l'appro en Kit PEP, mais la difficulté de remonté en information est criante bien que les conflits aient contribué à une augmentation des cas de SVS (sous rapportage)
Prophylaxie Post Exposition professionnelle	PNLS, CORDAID, PASCO, UCOP+, CC	Kalemie, Nyemba	N'est disponible que pour les Key Pop dans les ZS de Kalemie et Nyemba, les populations ne sont pas concernées

Traitement des infections opportunistes	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Les intrants pour les traitements IO sont disponibles mais ne couvrent pas le besoin (seul le cotrimoxazole et les anti-TB sont disponibles et gratuits)
Prévention des infections opportunistes	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Les intrants pour la prévention des IO sont disponibles mais ne couvrent pas le besoin (seul le cotrimoxazole et 3HP ou TPT sont disponibles) bcp des PVV en situation de conflit sont perdus de vue, ce qui les prédispose à faire des IO dans l'avenir
Traitements antirétroviraux des adultes	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Le traitement est gratuit ; la situation de conflit favorise la déperdition des cas mais aussi l'absence d'un plan d'urgence n'a pas aidé ces populations déplacées à bénéficier des soins dans les camps ou familles d'accueil
Traitements antirétroviraux des enfants	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Idem supra,
Traitement pédiatrique	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Idem supra
Soins médicaux de base pour les PVVIH	PNLS, CORDAID, ZS	11 ZS	Les soins médicaux de base sont offerts aux PVVIH mais les services sont payants alors que certaines PvVIH n'ont pas parfois les moyens financiers nécessaires pour couvrir leur PEC
Conseil et soutien psychosocial pour les PVVIH	UCOP+, ZS	Kalemie, Nyemba	Le besoin est énorme mais la formation n'avait ciblé que les ZS de Kalemie et Nyemba où 5 acteurs étaient formés. Dans les autres ZS il n'y a pas les APS
Soins à domicile et soins palliatifs			Pas organisé mais ces notions sont généralement abordées dans les ateliers de formations des prestataires
Soutien nutritionnel aux OEVs			Ce soutien n'est pas disponible au Tanganyika mais il a été implémenté dans le passé (2012-2014) avec UMCOR, World Vision et SANRU
Dépistage Syphilis dans les services prénataux (CPN)	PNLS, DPS	11 ZS	Le nombre des cas de syphilis chez les femmes enceintes a considérablement augmenté avec l'intégration des nouveaux tests (DUO) mais les intrants de PEC ne sont pas subventionnés. Les malades doivent payer les intrants eux-mêmes
Surveillance sentinelle du VIH	PNLS, CORDAID	KONGOLO, KALEMIE	Elle ne se réalise que dans deux sites cités mais la rupture de stock en tests de dépistage ne permet pas au programme d'avoir un aperçu assez clair de l'ampleur (prévalence, incidence...)

Pour ce qui est des cas de violences sexuelles situation d'urgence humanitaire, plusieurs activités ont été menées par plusieurs acteurs. Cependant, la recrudescence des conflits, cette prise en charge (distribution des Kits PEP, soutien psycho-social...) a temporairement suspendu dans plusieurs sites.

Tableau 5. Cartographie des interventions la prise en charge des violences sexuelles organisations/acteurs principaux dans la Province

	Organisation	Localisation	Effet du conflit sur les activités dans les 3* dernières années
Education communautaire et sensibilisation	UNHCR,	Tout Tanganyika, sauf Kabalo	Retrait du staff de la ZS Kiambi ; arrêt des activités dans la Zone Nord Lukuga
Support psychosocial /conseil	UNHCR,	Tout Tanganyika, sauf Kabalo	Suspension temporaire des activités dans certaines Zones
Contraception d'urgence	PNSR, IMA, UNFPA	Tout Tanganyika	RAS
Soins médicaux accessibles et confidentiel y compris traitement IST	PNSR, IMA	Tout Tanganyika	5 AS non fonctionnelles à Nyunzu (avant 2023) ; besoin accru à Kongolo suite à l'accueil des PDI venant du Maniema
Prophylaxie Post Exposition pour la prévention de la transmission du VIH	PNSR, IMA, CORDAID, PNLIS	Tout Tanganyika	Accroissement en besoin et ruptures de stocks
Rapports médicaux et collecte de preuves médico-légales	PNSR		Accès difficile aux survivantes
Directives/guide pour répondre aux incidents de violence sexuelle	PNSR, PNSA, PNSM	Tout Tanganyika	Accès difficile dans les zones en conflits pour la vulgarisation

VI. BESOINS DU PROGRAMME VIH ET RESSOURCES POTENTIELLES

Il ressort de cette évaluation que les besoins touchent tous les niveaux de la riposte au VIH (prévention, prise en charge, amélioration de l'environnement favorable, lutte contre les discriminations et stigmatisations ainsi que le renforcement de la coordination entre les différents acteurs. Cette coordination est un préalable important pour assurer une meilleure collaboration entre les acteurs humanitaires (tous les clusters) et ceux impliqués dans la réponse au VIH. Ces besoins se calquent bien sur les directives IASC pour l'intégration du VIH dans la réponse aux urgences humanitaires. Cependant, ces directives ne sont pas encore mises en place par les différents clusters (voir annexe sur les activités IASC menées à ce jour). Ainsi, nous réitérons sur les mêmes activités à conduire dans le contexte d'urgence humanitaire. Il s'agit de :

1. *Sur la communication pour le changement social de comportement :*
 - 1.1. Créer un groupe de sensibilisation et de soutien communautaire
 - 1.2. Diffuser les messages et les supports existants par le biais de canaux appropriés
2. *Précautions universelles*
 - 2.1. Instaurer des précautions universelles et souligner leur importance dans les milieux de soins
 - 2.2. Trier et stocker tous les déchets en provenance de patients, les collecter tous les jours et éliminer les déchets infectieux de façon appropriée
 - 2.3. Constituer une réserve de sang sécurisée et veiller à l'utilisation rationnelle des transfusions
3. *Distribution des préservatifs*
 - 3.1. Veiller à la mise à disposition de préservatifs de qualité
 - 3.2. Assurer un accès aux préservatifs et aux informations sur leur utilisation appropriée
4. *Prophylaxie post-exposition*
 - 4.1. Intégrer la PPE dans la prise en charge clinique des victimes de viol
 - 4.2. Fournir une PPE pour les expositions professionnelles
5. *Lutte contre les IST*
 - 5.1. Fournir un traitement syndromique aux patients présentant des symptômes d'IST lors du premier contact
 - 5.2. Fournir un traitement présomptif des IST dans le cadre de la prise en charge médicale des victimes de viol
6. *Populations clés*
 - 6.1. Veiller à ce que les populations à haut risque puissent accéder aux interventions de prévention du VIH concernant la transmission sexuelle du VIH

6.2. Veiller à ce que les utilisateurs de drogues injectables connus aient accès à du matériel d'injection hygiénique

7. *PTME*

7.1. Assurer l'hygiène et la sécurité des accouchements

7.2. Poursuivre le traitement antirétroviral des femmes enceintes déjà sous ARV

7.3. Fournir des ARV pour éviter la transmission mère-enfant lorsque l'on sait que la mère est séropositive

7.4. Fournir traitement, soins et prise en charge des enfants en bas âge

7.5. Informer les mères séropositives sur les options d'alimentation infantile

7.6. Veiller à la disponibilité des contraceptifs

8. *Traitement du VIH/Sida*

8.1. Assurer un traitement prophylactique par le cotrimoxazole pour les maladies liées au VIH

8.2. Identifier les personnes nécessitant le maintien de la thérapie antirétrovirale -

8.3. Fournir un traitement antirétroviral aux personnes précédemment sous traitement

9. *Amélioration de l'environnement et lutte contre la stigmatisation*

9.1. Surveiller les allégations de violations des droits humains liées au VIH

9.2. Veiller à ce que les services prodigués en matière de VIH respectent les droits humains

9.3. Mettre en place une protection des femmes et des filles

9.4. Enregistrer, suivre et prendre en charge les enfants vulnérables

9.5. Rechercher les familles des enfants non accompagnés et séparés et tenter de les réunir

9.6. Offrir aux enfants non accompagnés et séparés les mêmes informations et services essentiels qu'à tous les enfants

9.7. Développer une réponse coordonnée de prévention et de réaction contre les violences sexistes

9.8. Développer des programmes de lutte contre les violences sexistes

9.9. Cibler et distribuer l'aide alimentaire aux communautés et aux foyers affectés par le VIH

9.10. Intégrer le VIH dans les programmes de soutien des moyens de subsistance et d'aide alimentaire, ainsi que la sécurité alimentaire, la nutrition et les moyens de subsistance dans les projets et activités en matière de VIH

9.11. Introduire des mesures spécifiques visant à protéger/adapter les moyens de subsistance des foyers affectés par le VIH et à soutenir la production alimentaire de subsistance

9.12. Garantir une nutrition et des soins adaptés aux personnes vulnérables vivant avec le VIH

9.13. Répondre aux besoins spécifiques des femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH et à ceux de leurs enfants

9.14. Veiller à ce que les jeunes, y compris ceux affectés par le VIH, participent à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes éducatifs

- 9.15. Fournir à tous les enfants et à tous les jeunes un accès libre à une éducation formelle ou informelle
- 9.16. Fournir une éducation participative sur le VIH fondée sur les aptitudes de la vie courante en fonction des besoins et des résultats
- 9.17. Fournir un environnement d'apprentissage favorable et protecteur à tous les enfants et à tous les jeunes
- 9.18. Faciliter l'accès des apprenants et du personnel aux principaux services de soins du VIH

10. Hébergement

- 10.1. Sélectionner des sites sûrs et sécurisés

11. Education

- 11.1. Intégrer des messages de prévention du VIH dans les programmes d'hébergement

12. Gestion des camps

- 12.1. Instituer des mécanismes et services de gouvernance des camps sensibles au VIH
- 12.2. Intégrer le VIH dans la coordination et la gestion des camps

13. Eau, hygiène et assainissement

- 13.1. Veiller à ce que les personnes séropositives et leurs soignants aient accès à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène adaptés et suffisants en termes de quantité et de qualité
- 13.2. Veiller à ce que les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène réduisent les risques de violence à l'égard des groupes vulnérables, notamment les personnes séropositives
- 13.3. Intégrer des messages de prévention du VIH dans les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène afin de contribuer à mettre un terme aux idées fausses circulant sur le VIH

14. En milieu de travail

- 14.1. Informer et éduquer sur le VIH
- 14.2. Fournir des préservatifs, des troussees PE et un accès à d'autres services

CONCLUSION

La réponse au VIH en situation d'urgence humanitaire dans la province de Tanganyika n'est pas effective. Quasiment pas d'activités liées à la réponse au VIH y sont implémentées de façon plus ciblée aux PDIs quand bien même cette population, à cause de sa vulnérabilité accrue et certains comportements à haut risque adoptés pour la survie, constituent un groupe sur lequel une attention plus particulièrement dans l'optique vision zéro nouvelles infections, zéro décès et zéro discrimination d'ici à 2030. Des efforts, en termes d'activités à mener, devront donc être fournis en ciblant cette population. Il parait donc important de renforcer la coordination entre acteurs de

la riposte et de la réponse aux urgences afin de planifier ensemble les activités à mener. En dehors de la coordination, il paraît aussi important de mener un plaidoyer auprès des décideurs de haut niveau de la réponse aux urgences humanitaires afin que ceux-ci décident de financer les activités VIH dans le contexte d'urgence humanitaire. Un autre préalable important est l'intégration des activités VIH en situation d'urgence dans le système national d'information sanitaire pour permettre leur meilleur suivi. Cette évaluation rapide peut servir d'outil de plaidoyer pour cette intégration dans le contexte d'urgence humanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

- CCCM Cluster. (2023). *STRATEGIE NATIONALE DU CLUSTER DE COORDINATION ET GESTION DES SITES (CCCM) POUR LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2023-2024*. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/strategie-nationale-du-cluster-de-coordination-et-gestion-des-sites-cccm-pour-la-republique-democratique-du-congo-rdc-2023-2024#:~:text=Le Cluster CCCM s'attache,sites ou zones d'accueil>.
- GBV AoR/UNFPA. (2023). *Analyse des gaps dans la réponse aux VBG dans le Tanganyika*.
- Groleau, G. (2017). A Silent Crisis in Congo: The Bantu and the Twa in Tanganyika. In *IRC Conflict Spotlight*.
- Institut National de Statistique. (2018). *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête*. Kinshasa, République Démocratique du Congo. <https://www.unicef.org/drcongo/media/3646/file/COD-MICS-Palu-2018.pdf>
- OCHA. (2023). *République Démocratique du Congo: Tableau de bord humanitaire*. file:///C:/Users/congopromotion.store/Downloads/DRC_humanitarian_dashboard_TRIM2_2023_Fr_vf.pdf
- Tanganyika, S. E. P. de. (2022). *Rapport provincial de la revue des performances de la riposte au VIH/SIDA: Province de Tanganyika*.

ANNEXES

SECTEUR	Réponse Initiale minimum	Exécution	Commentaires
Sensibilisation de l'opinion sur le VIH et soutien communautaire	1.1 Créer un groupe de sensibilisation et de soutien communautaire	Oui	Lors de la sensibilisation communautaire sur la VBG, les messages de sensibilisation sur les IST et VIH sont pris en compte
	1.2 Diffuser les messages et les supports existants par le biais de canaux appropriés	Oui	Formation des journalistes sur la VBG et PSEA, formation des membres des structures communautaires de protection (CLP, CVP, BARAZA, CMC...)
Santé	1.1 Instaurer des précautions universelles et souligner leur importance dans les milieux de soins	Non	
	1.2 Trier et stocker tous les déchets en provenance de patients, les collecter tous les jours et éliminer les déchets infectieux de façon appropriée	Oui	Dans quelques établissements de soins de santé
	1.3 Constituer une réserve de sang sécurisée et veiller à l'utilisation rationnelle des transfusions	Oui	Dans quelques établissements de soins de santé de références
	2.1 Veiller à la mise à disposition de préservatifs de qualité	Oui	ZS Kalemie et nyemba
	2.2 Assurer un accès aux préservatifs et aux informations sur leur utilisation appropriée	Oui	ZS Kalemie et nyemba
	3.1 Intégrer la PPE dans la prise en charge clinique des victimes de viol	Oui	Dans les 11 ZS, mais pas toutes les structures (48% des ESS)
	3.2 Fournir une PPE pour les expositions professionnelles	Oui	Toute la DPS

4.1 Fournir un traitement syndromique aux patients présentant des symptômes d'IST lors du premier contact	Oui	Toute la DPS
4.2 Fournir un traitement présomptif des IST dans le cadre de la prise en charge médicale des victimes de viol	Oui	Toute la DPS
5.1 Assurer l'hygiène et la sécurité des accouchements	Oui	Intégration de SONU dans 45% des ESS
5.2 Poursuivre le traitement antirétroviral des femmes enceintes déjà sous ARV	Oui	Dans 48 % des ESS
5.3 Fournir des ARV pour éviter la transmission mère-enfant lorsque l'on sait que la mère est séropositive	Oui	Dans 48 % des ESS
5.4 Fournir traitement, soins et prise en charge des enfants en bas âge	Oui	Dans 48 % des ESS
5.5 Informer les mères séropositives sur les options d'alimentation infantile	Oui	Dans 48 % des ESS
5.6 Veiller à la disponibilité des contraceptifs	Oui	Toute la DPS
6.1 Assurer un traitement prophylactique par le cotrimoxazole pour les maladies liées au VIH	Oui	Dans 48 % des ESS
7.1 Identifier les personnes nécessitant le maintien de la thérapie antirétrovirale -	Non	
7.2 Fournir un traitement antirétroviral aux personnes précédemment sous traitement	Oui	Dans 48 % des ESS

	8.1 Veiller à ce que les populations à haut risque puissent accéder aux interventions de prévention du VIH concernant la transmission sexuelle du VIH	Oui	Les déplacés internes, les professionnels de sexe, les transgenres
	8.2 Veiller à ce que les utilisateurs de drogues injectables connus aient accès à du matériel d'injection hygiénique	Oui	Avec PASCO, dans Kalemie et Nyemba
Protection	1.1 Surveiller les allégations de violations des droits humains liées au VIH 1.2 Veiller à ce que les services prodigués en matière de VIH respectent les droits humains 1.3 Mettre en place une protection des femmes et des filles	Non pour toutes les directives	
	2.1 Enregistrer, suivre et prendre en charge les enfants vulnérables 2.2 Rechercher les familles des enfants non accompagnés et séparés et tenter de les réunir 2.3 Offrir aux enfants non accompagnés et séparés les mêmes informations et services essentiels qu'à tous les enfants	Non pour toutes les directives	
	3.1 Développer une réponse coordonnée de prévention et de réaction contre les violences sexistes 3.2 Développer des programmes de lutte contre les violences sexistes	Non	

Sécurité alimentaire, nutrition et soutien des moyens de subsistance	<p>1.1 Cibler et distribuer l'aide alimentaire aux communautés et aux foyers affectés par le VIH</p> <p>1.2 Intégrer le VIH dans les programmes de soutien des moyens de subsistance et d'aide alimentaire, ainsi que la sécurité alimentaire, la nutrition et les moyens de subsistance dans les projets et activités en matière de VIH</p> <p>1.3 Introduire des mesures spécifiques visant à protéger/adapter les moyens de subsistance des foyers affectés par le VIH et à soutenir la production alimentaire de subsistance</p>	Non pour toutes les directives	En 2023 : manque d'appui financier, toutefois un soutien alimentaire est planifié en 2024 par Le PAM à travers le partenaire WVI avec le financement Français : cible : 12800 bénéficiaires dont les FEFA VIH : 4600 ; TB VIH :6000 ; UNTI y compris les accompagnants :1200. Le tonnage des vivres est de :103,500T composé de Super-céréale, Céréale, Huile végétal, Légumineuses et le sel.
	<p>2.1 Garantir une nutrition et des soins adaptés aux personnes vulnérables vivant avec le VIH</p> <p>2.2 Répondre aux besoins spécifiques des femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH et à ceux de leurs enfants</p>		
Éducation	<p>1.1 Veiller à ce que les jeunes, y compris ceux affectés par le VIH, participent à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes éducatifs</p>	Oui	Notamment par rapport aux VBG dans la mise en œuvre, activités de l'hygiène menstruelle, la rétention ou alerte précoce pour les enfants à risque d'abandon...
	<p>1.2 Fournir à tous les enfants et à tous les jeunes un accès libre à une éducation formelle ou informelle</p>	Oui	Pour le domaine formel même pour les déplacés en donnant les fournitures scolaires aux enfants. Certains sites ont bénéficié des tentes où les enfants reçoivent les enseignements (cas du site Katshelewa)

	1.3 Fournir une éducation participative sur le VIH fondée sur les aptitudes de la vie courante en fonction des besoins et des résultats	Oui	Le programme a déjà intégré le VIH et les IST ainsi que la SR. En plus il y a la sensibilisation au niveau scolaire en partenariat UNICEF et les CAC
	1.4 Fournir un environnement d'apprentissage favorable et protecteur à tous les enfants et à tous les jeunes	Oui	Les enfants sont encadrés à travers toutes les 3 subdivisions
	1.5 Faciliter l'accès des apprenants et du personnel aux principaux services de soins du VIH	Non	
Hébergement	1.1 Sélectionner des sites sûrs et sécurisés 1.2 Intégrer des messages de prévention du VIH dans les programmes d'hébergement	Non pour toutes les directives	
Coordination et gestion des camps	1.1 Instituer des mécanismes et services de gouvernance des camps sensibles au VIH 1.2 Intégrer le VIH dans la coordination et la gestion des camps	Non, activité en cours d'intégration	

	<p>1.1 Veiller à ce que les personnes séropositives et leurs soignants aient accès à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène adaptés et suffisants en termes de quantité et de qualité</p> <p>1.2 Veiller à ce que les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène réduisent les risques de violence à l'égard des groupes vulnérables, notamment les personnes séropositives</p> <p>1.3 Intégrer des messages de prévention du VIH dans les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène afin de contribuer à mettre un terme aux idées fausses circulant sur le VIH</p>	Non pour toutes les directives	
VIH sur le lieu de travail	<p>1.1 Informer et éduquer sur le VIH</p> <p>1.2 Fournir des préservatifs, des troussees PE et un accès à d'autres services</p>	Non	