

MISSION CONJOINTE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DU CONFLIT ET DES BESOINS LIÉS AU VIH DANS LES ZONES HUMANITAIRES EN RDC





Abréviations

ACF	Action contre la faim
ACP	Action contre la pauvreté
AGR	Activité génératrice de revenu
ARV	Anti-rétroviraux
ASADHO	Association africaine des défenses des droits de l'homme
BCZS	Bureau central de la zone de santé
CDV	Centre de dépistage volontaire
CEMUBAC	Centre médical de l'université libre de Bruxelles en Afrique Centrale
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CSR	Centre de santé de référence
CS	Centre de santé
CL	Comité de liaisons
CVT	Centre pour victimes de la torture
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FOSA	Formations sanitaires
FOSI	Forum Sida
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCDH	Haut Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HCV	Hépatite C Virus
HGR	Hôpital général de référence
IO	Infections opportunistes
IPS	Inspection provinciale de la santé
IST	Infection sexuellement transmise
LASI	Ligue Anti Sida
MLC	Mouvement pour la Libération du Congo
MONUC	Mission des Nations Unies en République Démocratique du Congo
MSF	Médecins sans frontières
OAC	Organisation à Assise communautaire
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la Coordination d'affaires Humanitaires
OEV	Orphelin et enfant vulnérable
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PAV	Personnes affectées par le VIH
PDI	Personne déplacée interne
PEP	Prophylaxie post exposition
PNLS	Programme national de lutte contre le Sida
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission du VIH de mère enfant
PVV / PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RCD	Rassemblement congolais pour la démocratie
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVS	Victime de violence sexuelle



Remerciements

Nous souhaitons remercier particulièrement le Coordonnateur Résident pour son implication personnelle pour la réalisation de cette mission. Nous remercions également le Représentant du HCR ainsi que tous ses collègues des agences sœurs qui ont assuré leur part dans la matérialisation d'une équipe conjointe pour cette mission (ONUSIDA, BIT, FNUAP, HCDH, OCHA, OIM, OMS, PNUD, FONDS MONDIAL, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, MONUC) et Echo flight.

Nous tenons aussi à remercier le gouvernement de la République Démocratique du Congo qui par le biais du PNMLS/PNLS et du Ministère de la santé a non seulement facilité la mission mais s'est impliqué totalement en tant qu'enquêteur. Votre collaboration nous a été d'une valeur inestimable.

Notre gratitude est adressée aux déplacés internes, cible directe de cette mission et à tous les répondants qui ont bien voulu nous accorder leur temps précieux pour participer à la lutte contre le Sida.

Le rapport a également bénéficié du soutien infaillible du personnel de terrain des agences des Nations Unies, le personnel sanitaire, les religieux, les guérisseurs traditionnels, le corps enseignant, les fonctionnaires. Qu'ils trouvent ici exprimée notre profonde reconnaissance pour leur contribution.

Nous remercions aussi les ONG locales et internationales, Action Aid, Action contre la faim, Action contre la pauvreté, Amevesa, AMI, avsviuvira (aidevulnerables), APADEMO, ASADHO, Basadi, CAPERDI, CARE, CARITAS, CEFI, le Centre pour victimes de la torture, Colfhadema, COLUSMO, COOPI, le Comité de liaison, le CICR, Forum Sida, Femisa, FF+, CEFI, GTZ, IPS, la Ligue anti sida, Médecins du Monde, MSF (Belgique, Suisse et Hollande), REDD BASADI, LASI et plusieurs autres pour leur contribution.

Enfin notre gratitude s'adresse aux autorités politiques, administratives, militaires et sécuritaires aux différents lieux d'enquête pour leur participation active.



Summary

This qualitative assessment took place to review the HIV and AIDS activities and services in place for the Internally Displaced Populations in the Democratic Republic of Congo was conducted in March 2007. The assessment was conducted by UNHCR in partnership with the UNAIDS secretariat, united the PNMLS and PNLS ministries with NGOs, including SWAA, CEFI and GTZ and with UN agencies, namely OCHA, ILO, IOM, UNDP (Global Fund), UNFPA, UNHCHR, UNICEF, UNIFEM, WFP and WHO.

The research evaluated how HIV related protection, prevention, treatment, coordination, monitoring and evaluation needs are met in communities recovering from conflict in eastern DRC. Additionally, the assessment reviewed the vulnerability of displaced people and conflict-affected communities to HIV, as well as their risk and exposure to HIV.

Findings from Bunia in Ituri district, Goma and the surrounding territory of Rutshuru and Masisi in the province of North Kivu, Uvira (and the surroundings) in province of South Kivu, and Moba and Mitwaba in the province of Katanga revealed weaknesses in the interventions and services offered. Coordination is minimal, and monitoring and evaluation efforts are lacking. In Mitwaba, HIV persons are not informed about their status, because treatment is not available.

The war has affected the quality of health care due to damages to infrastructure and pillaging of medical supplies by the military, particularly in South Kivu. Moreover, the ethnic tension infiltrated the health systems, so that health staff denies access for patients of opposing ethnicity.

Schools closed down as the violence and displacement grew, and the quality of education declined. Furthermore there is a lack of teachers due to other job opportunities with NGOs. However, children are now returning to school, and girls' access appears to be improving. The girls in Bunia mentioned that the presence of women in humanitarian NGOs has inspired families to send their daughters to school.

School children are taking part in early and unsafe sex, despite the assumption that schools are a protective structure for children that reduces their vulnerability to HIV and risk of infection. In Bunia, eight year old girls are starting to have sex and teenage boys describe how suggestive behaviour and teenage pregnancy are becoming more common and acceptable. During focus group discussions the presence of older children in primary school and the children's exposure to materialism during their displacement were given as factors. The sexual education component of the school curriculum is outdated and unsuited to the children's practices. Teachers keep repeating that this is a delicate topic and that they lack both material and training support.

Displacement, impoverishment from pillaging and the destruction of fields and cattle have also increased the vulnerability of some groups. Young people in North Kivu are being forced to migrate to Uganda, leading to increased vulnerability of HIV. Men parents have noted that they are relying on the financial income of their working children, some of whom are forced to live on the streets or enter sex work. Some young displaced men said to be exchanging sex for money with older women. Women are turning to men in uniform (who are often married), including UN peacekeepers for financial support and protection. This movement towards multiple sexual partners at risk of HIV raises their potential exposure and risk of HIV infection. However, there is a possible reduction in the

exposure of husbands abandoned by their wives who claim that their poverty prevents them from any sexual activity with sex workers.

The number of sex workers has also risen, which in North Kivu has reduced the fee they can charge. Some have been forced into the trade because of their displacement, loss of parents or both; others by the demand from men in uniform. These men, as well as other men in mobile professions form part of their clientele, and the client turnover rate can be high, with new customers every day. The sex workers' lack of HIV prevention knowledge, their unprotected sexual practices and high partner turnover rate raises these women's risk of infection.

The study found that HIV transmission knowledge was poor overall, often limited to sexual transmission, and with no sources of additional information once displacement takes place: the displaced women in North Kivu had lost all sources of additional information when they left their homes. Even those who knew about condoms used it irregularly. Condoms are not widely available, particularly in Mitwaba and rural areas. Partners, including UN peacekeepers, may refuse to use them, and young people interviewed were under-informed on correct use and potential complications. Among war survivors, fatalism or vengeance may be an additional source of non-use. Alcohol and drug consumption are other contributors, but their links with the war are unclear.

Nevertheless, the conflict offers opportunities for interventions targeting at-risk groups. In Mitwaba, the ex-combatants who received minimal HIV prevention information in their cantonments were the most informed in the region.

The study's recommendations aim to address gaps in the fight against HIV in eastern DRC. They address protection, vulnerability to HIV and risk of HIV infection among displaced people, other victims of conflict, and men in uniform. At the same time, improved coordination, monitoring, evaluation, HIV prevention and treatment are an urgent need.

Résumé

Cette enquête a permis de dégager et d'analyser les liens spécifiques entre le conflit en RDC et les facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH, et d'en évaluer l'impact sur les populations affectées. En même temps, elle a mis en lumière la réponse mise en œuvre par rapport à la protection, la prévention, le traitement, la coordination et le suivi-évaluation à Bunia dans le district de l'Ituri, dans la ville de GOMA et dans les territoires de Rutshuru et Masisi dans la province du Nord Kivu, à Uvira dans la province du Sud Kivu, et Moba et Mitwaba dans le Katanga.

Facilitée par le HCR en partenariat avec le secrétariat de l'Onusida, l'enquête a bénéficié de la participation active de l'Equipe Conjointe VIH des Nations Unies, (BIT, FNUAP, HCDH, OCHA, OIM, OMS, PAM, UNDP (Fonds Mondial), UNICEF, UNIFEM), du gouvernement congolais (PNLS et PNMLS) ainsi que de la société civile et des ONG internationales et locales (SWAA, GTZ et CEFI).

Les données récoltées confirment que les guerres qui ont ravagé l'Est de la République Démocratique du Congo, ont forcé les populations à fuir, privant ainsi les déplacés internes de leurs biens et des structures familiales qui les protégeaient, et aggravant ainsi leur vulnérabilité au VIH. Les femmes mariées si pas ravies, ont abandonné leurs maris appauvris pour trouver des hommes en uniformes, onusiens ou militaires. Les veuves et les étudiantes se sont également dirigées vers ces hommes en uniforme puissants et nouveaux riches. Le mouvement de ces femmes vers des hommes mobiles et à risque d'infection accroît leur propre risque d'infection au VIH. Quelques jeunes de Nord Kivu ont été forcés de migrer en Ouganda, ce qui pourrait aggraver leur risque d'exposition quand ils s'y rendent seuls et fréquentent les professionnelles du sexe. Si cette migration est un phénomène important, il pourrait faire propager le virus d'une région à l'autre.

De plus, le déplacement des armées rwandaises et ougandaises vers ces régions constitue un facteur de risque de propagation du virus VIH, notamment quand le viol est utilisé comme arme de guerre.

Quant aux enfants, la perte d'un foyer, l'appauvrissement de la famille, le décès des parents ou la charge financière qu'ils subissent les placent dans des situations de vulnérabilité au VIH. Ils arrêtent de fréquenter l'école et vivent parfois dans la rue où ils développent des comportements à risque et peuvent être victimes de violences sexuelles. L'encadrement physique et psychologique des parents disparaît, et certains sont encouragés à se prostituer par leurs propres parents ou leurs gardiens.

Les enfants encadrés dans des établissements scolaires se livrent également à des relations sexuelles précoces et non protégées. Il est difficile de séparer la croissance du matérialisme de l'impact de la guerre sur le comportement sexuel. Les filles mères de Bunia et du Nord Kivu satisfaisaient leurs envies de produits cosmétiques (et non des besoins de survie ou de frais scolaires) en échange de sexe. Pourtant, les répondants de Bunia ont affirmé que ce matérialisme est lié à la guerre : comme toute la ville s'était déplacée, les jeunes avaient été exposés au matérialisme et à la sexualité pendant ce séjour en milieu urbain. La guerre aurait donc accéléré la progression du matérialisme en Ituri, mais dans tous les sites, la présence des hommes en uniforme depuis la guerre accentue la demande pour ces adolescentes ainsi que pour les femmes dépourvues.

Les connaissances des populations sur le VIH et le SIDA étaient incomplètes et l'utilisation du préservatif optionnelle même parmi les répondants informés. La banalisation du VIH, la dépendance financière sur un partenaire qui refuse d'utiliser le préservatif, sa non disponibilité, les méconnaissances sur son utilisation, la consommation d'alcool et de chanvre et le fatalisme des survivants de la guerre sont autant des facteurs qui contribuent à ce comportement à risque. Certaines femmes déplacées dans le Nord Kivu n'avaient plus de sources d'informations depuis qu'elles avaient dû abandonner leur radio parmi leurs biens.

Le système sanitaire désorganisé, les infrastructures sanitaires détruites par la guerre et les populations manquant des moyens financiers pour y accéder sont autant de facteurs qui renforcent la vulnérabilité des déplacés et des victimes de la guerre qui ne peuvent pas se faire traiter pour des IST ou après un viol.

Cependant, la vulnérabilité de quelques populations aurait diminué, comme celle des maris abandonnés par leurs femmes et qui disent ne plus pouvoir se permettre le luxe de fréquenter des professionnelles du sexe par manque des moyens. Les adolescentes de Bunia étaient aussi d'avis que la présence des femmes employées dans les ONG humanitaires dans la situation de post-conflit avait encouragé l'accès des jeunes filles à l'école. A Mitwaba, les cantonnements d'ex-combattants qui sont la cible des messages de sensibilisation au VIH, certes insuffisants, mais plus complets que les informations obtenues par les autres répondants de cette région.

Des programmes complets organisés dans le cadre d'un ensemble d'activités VIH sont nécessaires pour lutter contre le VIH dans l'Est de la RDC. Certains sites, démunis de leurs établissements sanitaires et scolaires suite à la guerre, doivent être remis en état pour pouvoir offrir les services essentiels de base. D'autres nécessitent un renforcement technique, structurel et d'approvisionnement. La coordination et le suivi-évaluation manquent également à tous les niveaux.

Les recommandations ont pour objectif l'amélioration et/ou l'implantation des programmes pour lutter contre le VIH à travers la mise en place d'une réponse complète aux besoins émergents et spécifiques des populations affectées par la guerre.



	ITURI / BUNIA	NORD KIVU / GOMA	SUD KIVU / UVIRA	KATANGA / MOBA	KATANGA / MITWABA
Prévention					
Sécurité transfusionnelle	Service disponible à l'hôpital Bon Marché, Bunia (MSF Suisse) et précaire partout ailleurs	Service disponible à Rutshuru et sur l'axe de Masisi; sélection des donneurs sur base d'une liste ; guide disponible	HGR + C.H. Kasenga et kavivira CEPAC. Pas de Banque de sang à l'HGR. (donneur familial)	Non systématique	MSF Belgique dans la cité de Mitwaba
Précautions universelles	Manque de connaissances du personnel médical du HGR, rupture du stock de gants, vente des seringues	Assurées mais on note des ruptures de stock en intrants et même des poches de sang	HGR + C.H. Kasenga et Kavivinra. Non observées par le personnel, Rupture fréquente du stock en gants et seringues	Inégalement appliquées	Garanties uniquement dans le CSR Mitwaba tenu par MSF Belgique
Promotion et distribution des préservatifs	Activités sporadiques Pas de programme	Disponibles à Rutshuru, mais pas à Masisi	Intégrée dans toutes les formations sanitaires (FOSA)	Inexistant	Inexistant
Information et éducation pour les changements de comportement	Activités sporadiques Pas de programme	Inexistant à Masisi	Activité en place Mais non coordonnées et insuffisance en Matériel IEC	Inexistant	Inexistant
Contrôle des IST	MSF et COOPI (approche syndromique) HGR (n'applique pas l'approche	Inexistant à Rutshuru Disponible à Goma (Médecins du Monde	L'approche syndromique est non appliquée Avec rupture des stock en	Inexistant	MSF Belgique (approche syndromique)



	ITURI / BUNIA	NORD KIVU / GOMA	SUD KIVU / UVIRA	KATANGA / MOBA	KATANGA / MITWABA
	syndromique)	France/FOSI)	Médicaments IST		
Programmes destinés aux jeunes	Existence d'un club de jeunes (unicef)	Inexistant	Inexistant	Inexistant	CARITAS- Développement partenaire de l'UNICEF
Education scolaire à la santé sexuelle et reproductive	Incorporée au secondaire pas selon l'approche par Compétences de Vie Courante (CVC)	A été dispensé à Rutshuru par approche CVC	Intégrée dans les écoles catholiques et non par approche CVC	Non intégrée dans toutes les écoles	Inexistant
Programmes pour les professionnels du sexe	Inexistant	Disponible à Rutshuru	Réalisées par les ONG locales membres de FOSI	Inexistant	Inexistant
Programmes /services pour les homosexuels	Inexistant	Inexistant	Inexistant	Inexistant	Inexistant
Prévention de la transmission mère-enfant	Inexistant	Disponible dans 4 CS à Rutshuru et 3 à Masisi (Sake, Shasha et Mumba)	Intégré dans 4 FOSA	Inexistant	Inexistant
Services de conseil et de test VIH	Un seul CDV communautaire, non-conforme aux normes.	Disponible à Goma (Médecins du Monde France/FOSI) et à Rutshuru (HGR, CS Buturande) Inexistant à Masisi (mais 1309 tests de dépistage VIH ont	Intégré dans 3 FOSA et 2 CDV communautaires (FF+ SWAA)	Inexistant	Inexistant



	ITURI / BUNIA	NORD KIVU / GOMA	SUD KIVU / UVIRA	KATANGA / MOBA	KATANGA / MITWABA
		été effectués en 2006 à l'HGR)			
Traitement, soin et soutien					
Traitement des infections opportunistes	Non structuré ; Cotrimoxazole en rupture de stock	Cotrimoxazole fourni à Rutshuru	Intégrés dans 4 FOSA	Inexistant	Seulement la Tuberculose bénéficie d'un programme structuré de lutte : partenariat Fondation Damien, BCZS, MSF
Prévention des infections opportunistes	Non structuré	Inexistant à Rutshuru	Intégrés dans 4 FOSA	Inexistant	Inexistant
Traitements ARV Traitements ARV (suite)	Disponible à Bunia depuis décembre 2006 ; approvisionnement irrégulier, non conforme aux besoins ; un seul médecin prescripteur	Inexistant à Rutshuru, les cas suspects sont transférés à Goma. Aucun médecin prescripteurs formé. Disponible à Goma (Médecins du Monde France/FOSI)	Intégrés dans 3 FOSA (HGR et CH Kasenga/CEPAC) Rupture fréquente du stock et approvisionnement irrégulier, non coordination entre les 2 FOSA.	Inexistant	Inexistant
Soins de base pour les PVV	Non structuré : soutien nutritionnel (LASI) appui du PAM	AFEMISA : mais sans formation à Rusthuru	Inexistants, pas de programme des soins de base en faveur des PVV+	Inexistant	Inexistant
Conseil et support psychosocial	Non structuré (LASI) ; prestataires sans	Soutien psychosocial disponible à	Réalisés par les ONG locales et non intégrés dans	Inexistant	Inexistant



	ITURI / BUNIA	NORD KIVU / GOMA	SUD KIVU / UVIRA	KATANGA / MOBA	KATANGA / MITWABA
	formation	Rutshuru	FOSA,		
Soins à domicile	Non structuré (LASI) ; prestataires sans formation		Non intégrés dans FOSA, réalisés par les ONG locales	Inexistant	Inexistant
Autre programme à spécifier	Existant mais a renforcer. PEP (CIP/COOPI) appui Unicef	A Rutshuru, le diagnostic de la TB pulmonaire se fait au HGR et dans les CS. Le test VIH se fait dans le CS-CDT sans le consentement éclairé du client. Les patients co-infectés ne sont pas référés pour une prise en charge.	Inexistant		CSDT Tuberculose a CSR Mitwaba. Pas de test VIH
Surveillance					
Tests syphilis dans les services prénataux	Inexistant	Disponibles à l'HGR de Rutshuru	Intégré par quelques FOSA (VIH, syphilis)	Inexistant	Inexistant
Surveillance sentinelle du VIH Surveillance sentinelle du VIH (suite)	ZS de Bunia est un site de surveillance épidémiologique du VIH chez la femme enceinte. Dernière enquête décembre 2006..	Seules la ville de Goma (urbain) et Katwa (rural) ont des sites sentinelles de surveillance épidémiologique du	Intégré dans 4 FOSA	Inexistant	Inexistant



	ITURI / BUNIA	NORD KIVU / GOMA	SUD KIVU / UVIRA	KATANGA / MOBA	KATANGA / MITWABA
		VIH chez les femmes enceintes.			
Surveillance comportementale du VIH	Inexistant	Données comportementales (BSS+) disponibles pour les groupes cibles suivants de Goma: Adolescents et jeunes vivant dans les ménages, professionnelles de sexe, camionneurs et militaires. Inexistant à Rusthuru	Inexistant	Inexistant	Inexistant



Recommandations

La lutte contre le Sida en RDC ne peut s'avérer effective et efficace que s'il y a la cessation définitive des conflits armés dans les provinces affectées et si l'on prend en compte les besoins VIH spécifiques des populations affectées par les conflits dans la réponse à mettre en place. Il s'agit de plus de la moitié du pays qui en est affectée.

1. Restauration de la paix et de la sécurité : gage d'une réponse efficace. La guerre ayant accru le risque et la vulnérabilité au VIH des populations affectées et détruit l'infrastructure sociocommunautaire et sanitaire de base.
2. Prise en compte des questions humanitaires et VIH dans le plan stratégique et différents documents de planification opérationnelle nationale.
3. Renforcement d'une réponse VIH participative et communautaire en paquet d'activités politiques et programmatiques de prévention et de traitement avec un appui adapté au contexte.

STRATEGIES A ADOPTER POUR...

...LE PLAIDOYER:

- ⓧ L'intégration et inclusion des populations affectées par les conflits armés dans le plan stratégique national et autres documents de planification nationale dont l'objectif est de lutter contre le VIH.
- ⓧ L'intégration de la prévention et de la réponse aux violences sexuelles dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH.
- ⓧ L'intégration effective de la lutte contre le Sida en situation de crise humanitaire suite à l'élaboration de programmes conjoints de lutte contre le VIH en situation de crise humanitaire par l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH à travers l'ONUSIDA.
- ⓧ La mise en œuvre d'une planification intégrée avec un rôle bien défini pour l'Etat congolais (PNMLS et PNLS) pour la coordination et la cartographie des interventions.
- ⓧ Le renforcement de la réponse multisectorielle en ce qui concerne la lutte au VIH compte tenu de la situation de pauvreté accrue par le conflit.
- ⓧ Le renforcement de l'approche communautaire et participative à travers un partenariat.
- ⓧ La prise de mesures appropriées pour mettre fin à l'impunité, particulièrement pour les auteurs des violences sexuelles.
- ⓧ L'amélioration de la rémunération et la situation sociale des fonctionnaires, des soldats et des policiers.
- ⓧ L'accélération urgente de la prise en charge des PVV sur le territoire national avec la mise en place de structures de prise en charge dans chaque HGR dans toutes les ZSR bénéficiant déjà d'un appui global des partenaires de développement.



...LA COORDINATION

- ⓧ Mettre en place des mécanismes de coordination et/ou amélioration de la coordination au niveau opérationnel, central et territorial.
- ⓧ Développer un partenariat opérationnel entre le système des Nations Unies, le PNMLS et la société civile (ONG internationales et locales) avec l'implication de toutes les parties prenantes dans toutes les étapes - conception, mise en œuvre, suivi et évaluation - pour assurer une appropriation du processus et du programme.
- ⓧ Mettre en place une planification intégrée avec un rôle bien défini de l'Etat congolais (PNMLS et PNLS) pour une coordination et cartographie des interventions.
- ⓧ Apporter une réponse multisectorielle dans la lutte contre le VIH compte tenu de la situation de pauvreté renforcée par le conflit.
- ⓧ Renforcer la décentralisation de la lutte contre le VIH au niveau périphérique réduire la concentration d'activités dans les grandes villes et à Kinshasa.

... LE SUIVI-EVALUATION

- ⓧ Mettre en place/renforcer un système standard, unique et simple de collecte de données sanitaires sur les territoires et de dissémination
- ⓧ Renforcer les capacités des prestataires, et leur fournir des outils simples et modernes (informatique) etc.



... LA PROTECTION

- ⓧ Assurer la protection juridique, psychologique et physique des déplacés (les femmes et les enfants en particulier) avec le renforcement des capacités structurelles et intellectuelles des acteurs oeuvrant dans ce domaine, une collaboration étroite entre les acteurs concernés et la mise en place d'un système de suivi-évaluation approprié.
- ⓧ Assurer une prise en charge appropriée des OEV
- ⓧ Renforcer les mécanismes de protection dans les camps de déplacés
- ⓧ Assurer la protection des VVS au sein de leurs familles et vis-à-vis des repréailles
- ⓧ Lutter contre la discrimination/stigmatisation

... LA PREVENTION



- ⌘ Elaborer une politique nationale de prévention et l'opérationnaliser en fonction des spécificités provinciales,
- ⌘ Renforcer les services de base des structures de santé, en commençant par les HGR.
- ⌘ Elargir/mettre en place les centres de dépistage volontaires des services de CDV communautaires.
- ⌘ Approvisionner les centres de santé, les hôpitaux, les petits kiosques, etc. en préservatifs.
- ⌘ Mettre en œuvre des activités de prise en charge des personnes affectées par le VIH (PAV) en renforçant particulièrement les activités génératrices de revenus des femmes.
- ⌘ Renforcer les capacités des associations féminines.
- ⌘ Contribuer à l'autonomisation des femmes en vue de réduire leur vulnérabilité à la prostitution et au risque de contamination.
- ⌘ Adopter une approche intégrée et transversale VIH dans le programme de l'éducation formelle et informelle à tous les niveaux,
- ⌘ Commencer l'éducation sexuelle à l'école primaire, ciblant les filles à partir de 8 ans et les garçons aussi et insérer le VIH dans les curricula des enseignants.
- ⌘ Cibler les écoles privées et publiques
- ⌘ Créer et promouvoir l'emploi pour les jeunes.
- ⌘ Créer des centres récréatifs pour jeunes pour leur encadrement et occupation.
- ⌘ Appuyer l'installation/renforcer les clubs anti-Sida.
- ⌘ Former et informer les leaders de l'armée et de la police.
- ⌘ Favoriser le développement des matériels IEC culturellement intégrés

... LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN

- ⌘ Créer/renforcer les structures de prise en charge psycho-sociale, médicale et alimentaire des PVV et des femmes victimes de violences sexuelles.
- ⌘ Offrir un appui technique au renforcement des capacités des ressources humaines disponibles par la formation.
- ⌘ Elaborer, en concertation avec les pays voisins, d'un plan de prise en charge synchronisée des malades sous traitement anti-rétroviral, en instance de rapatriement.
- ⌘ Apporter un appui aux structures sociales, notamment aux HGR, aux zones de santé, aux centres de santé de référence, aux écoles, aux ONG locales d'une entité sélectionnée, etc.
- ⌘ Renforcer les services de laboratoire dans les différents centres de santé y compris à l'hôpital général de référence.
- ⌘ Assurer en permanence le cycle logistique d'approvisionnement adéquat des ARV et autres intrants y afférents



...DIMINUER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION DES PVV ET DES VICTIMES DU CONFLIT

- ⓧ Accélérer l'adoption par l'assemblée nationale de la loi anti-discriminatoire des PVV
- ⓧ Créer une structure de défense des droits des PVV et des PAV.
- ⓧ Assurer la prise en charge et l'accessibilité équitable aux services VIH existant des retournés en respectant le principe de l'universalité de l'assistance.

...A BUNIA (Province Orientale : Ituri)

- ⓧ Développer des interventions efficaces de lutte contre le VIH en paquet d'activités de prévention, traitement et prise en charge, intégrant genre, violences sexuelles et lutte contre la pauvreté pour les déplacés (femmes, hommes et enfants), les enfants des rues, les enfants travailleurs, les hommes en armes, les alentours des bases militaires, etc
- ⓧ Lutter activement contre la stigmatisation et la discrimination des PVV et des VVS
- ⓧ Renforcer le groupe d'auto-support de PVV
- ⓧ Renforcer la prise en charge psychosociale des VVS
- ⓧ Créer des groupes d'auto-support pour les VVS
- ⓧ Renforcer les mécanismes de protection dans les camps de déplacés, y compris celui de Getty
- ⓧ Renforcer les connaissances en précautions universelles et sécurité transfusionnelle du personnel médical et assurer l'approvisionnement régulier des intrants.
- ⓧ Mettre en œuvre un programme de CCC/IEC et rendre disponible le matériel IEC

- ⓧ Rendre accessible et disponible les préservatifs dans les bases militaires, les alentours des bases militaires, les hôtels, les bars, les boîtes de nuit
- ⓧ Appliquer l'approche syndromique dans la prise en charge des IST
- ⓧ Mettre en place des CDV communautaires et intégrés
- ⓧ Assurer un approvisionnement d'ARV régulier et conforme aux besoins
- ⓧ Assurer des formations de prise en charge des infections opportunistes

...A GOMA (Nord Kivu)

- ⓧ Assurer la prise en charge des IST à Rutshuru
- ⓧ Doter les CDV de matériel de sensibilisation et de support éducatif
- ⓧ Mettre en place un CDV dans les hôpitaux de l'axe Goma-Massi



...A UVIRA (Sud Kivu)

- ⌘ Elargir les services de prise en charge des IST et approvisionner les formations sanitaires de médicaments essentiels pour une prise en charge correcte.
- ⌘ Initier les programmes d'encadrement sur la santé de la reproduction et la sexualité responsable au profit des jeunes (cible perçue comme étant plus exposée)
- ⌘ Initier des programmes de prévention ciblant spécifiquement les déplacés, les pêcheurs, les professionnels de sexe ainsi que les personnes mobiles (camionneurs etc.)
- ⌘ Intégrer un microprogramme de sensibilisation accompagné de la distribution des supports éducatifs et des préservatifs aux centres de transit des rapatriés.
- ⌘ Implanter des centres de traitement anti-rétroviral et renforcer les capacités du personnel prescripteur et soignant.
- ⌘ Elargir les services de prise en charge des infections opportunistes et approvisionner des formations sanitaires en médicaments essentiels pour une prise en charge correcte.

...A MOBA (Katanga)

- ⌘ Appuyer la réhabilitation des infrastructures de base (hôpitaux, écoles, centres et postes de santé, sources d'eau potable).
- ⌘ Contribuer au plaidoyer afin de réduire les tracasseries policières.
- ⌘ Améliorer le système de production agricole (donner la priorité sur les engrais, etc.)
- ⌘ Créer des centres d'informations et de sensibilisation sur les IST, le VIH et le SIDA
- ⌘ Mettre en œuvre un paquet complet de mesures pour la prévention dans la lutte contre le VIH - information/sensibilisation, prévention, dépistage volontaire et prise en charge.
- ⌘ Mettre en œuvre des activités de prise en charge des PAV en renforçant particulièrement les activités génératrices des revenus des femmes.



...A MITWABA (Katanga)

- ⌘ Mettre en œuvre un paquet complet de mesures pour la prévention dans la lutte contre le VIH et santé de reproduction dans la seule structure existante.



TABLE DES MATIERES

Abréviations	ii
Remerciements	iii
Summary	iv
Résumé	vi
Recommandations	xiii
TABLE DES MATIERES	1
CONTEXTE	3
A. Introduction.....	3
B. Situation VIH en RDC	3
C. Objectifs	4
D. Méthodologie.....	5
RESULTATS.....	6
A. District de l'Ituri : Bunia	6
I. Situation générale.....	6
II. Vue d'ensemble du VIH et des IST	7
III. Protection	7
IV. Prévention	9
V. Traitement, soins et soutien.....	11
VI. Suivi et évaluation.....	11
VII. Coordination	11
B. Province du Nord Kivu : Goma (Territoires de Rutshuru et Masisi)	12
I. Situation générale.....	12
II. Vue d'ensemble du VIH et des IST	12
III. Protection	13
IV. Prévention	13
V. Traitement, soins et soutien.....	14
VI. Suivi et évaluation.....	14
VII. Coordination	15
C. Province du Sud Kivu : Uvira	15
I. Situation générale.....	15
II. Vue d'ensemble du VIH et des IST	15
III. Protection	16
IV. Prévention	16
V. Traitement, soins et soutien.....	17
VI. Suivi et évaluation.....	18
VII. Coordination	18
D. Province du Katanga : Moba	19
I. Situation générale.....	19
II. Vue d'ensemble du VIH et des IST	19
III. Protection	20
IV. Prévention	20
V. Traitement, soins et soutien.....	20



VI.	Suivi et évaluation.....	20
VII.	Coordination	20
E.	Province du Katanga : Mitwaba	21
I.	Situation générale.....	21
II.	Vue d'ensemble du VIH et des IST	22
III.	Protection	22
IV.	Prévention	22
V.	Traitement, soins et soutien.....	23
VI.	Suivi et évaluation.....	23
VII.	Coordination	24
F.	Facteurs de vulnérabilité et de risque liés au VIH	25
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS GENERALES.....	34
	ANNEXE	35



CONTEXTE

A. Introduction

La RDC, pays qui vient tout juste de connaître ses premières élections libres depuis son accession à l'indépendance en 1960, est un pays en transition après une longue période de crise humanitaire chronique exacerbée par des périodes de guerre. Cette période de crise persistante a détruit les efforts de développement et a produit des conséquences néfastes. Les conflits des 10 dernières années sont à la base des déplacements forcés d'un grand nombre de congolais à l'intérieur et à l'extérieur du pays.

En 2006 on comptait plus 1,2 millions de déplacés internes et près de 400 000 réfugiés congolais dans les pays voisins. Des violations massives de droit de l'homme et des violences sexuelles sont encore signalées çà et là. Les régions les plus affectées sont les Kivus, la province Orientale et le Katanga.

Les populations déplacées par les conflits sont d'une plus grande vulnérabilité au VIH à cause notamment de l'interruption du système de santé, des programmes de prévention à l'infection au VIH ou une augmentation des violences sexuelles et sexistes associée entre autre à la présence d'un grand nombre de personnes en uniforme et des paramilitaires, qui directement et indirectement exposent les femmes et les enfants à des risques liés au VIH.

Le HCR en sa qualité d'agence leader des questions liées au VIH dans les communautés des personnes déplacées internes (PDI) et réfugiés, a coordonné cette analyse situationnelle en étroite collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA (l'organisation leader en ce qui concerne le VIH en faveurs des services armés et des situations humanitaires) au niveau pays et régional. L'équipe conjointe VIH des nations unies a bénéficié de la participation du gouvernement représenté par PNMLS et du PNLS et de la société civile à travers les ONG locales et internationales.

Cette analyse situationnelle inter agence sur le VIH dans les communautés affectées par les conflits est la deuxième coordonnée et facilitée par le HCR depuis la nouvelle division de travail de l'ONUSIDA. La première a eu lieu au Népal en 2006.

B. Situation VIH en RDC

Le taux de prévalence du VIH en RDC est estimé à 4% de la population¹. Avec l'installation progressive de la paix et l'ouverture des axes de communications et les déplacements qui en résulteront, cette prévalence pourra augmenter. La tendance est à la juvénilisation, féminisation et ruralisation de l'épidémie.

Actuellement, près de 1,2 million de personnes vivent avec virus², ce qui représente une augmentation remarquable des 700 000 personnes en 1995. Parmi ces 1,2 million, à peu près 780 000 sont à un stade avancé de la maladie¹. A ce jour, les services VIH n'ont pas été suffisants pour prévenir la propagation de l'épidémie ou fournir les soins adéquats aux personnes infectées et affectées. A titre

¹ Ministère de la Santé/PNLS (2006) Le point sur la situation du VIH/SIDA en RDC: Estimations et projections de l'épidémie et des besoins en traitement antiretroviraux. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin.

² *Ibid.*



illustratif, moins de 3% de personnes entre 15-24 ans ont une information correcte sur les modes de transmission et de prévention du VIH¹. La couverture des services pour le dépistage volontaire, de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est très basse, soit 426 centres pour ce vaste pays¹. Il existe une politique nationale pour rendre le traitement ARV universellement accessible mais qui demeure non-operationnelle soit moins de 5% des personnes éligibles y ont accès¹. Le plan stratégique national 1999-2008 est caduque et devrait être revu et adapté aux nouvelles réalités sur la pandémie et à la situation actuelle en RDC, mais en attendant une Feuille de route pour l'accélération vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH/SIDA d'ici 2010 en République Démocratique Congo sert de document de référence. Les peu des services VIH existants sont concentrés dans quelques grandes villes.

En milieu rural et dans les zones affectées par les conflits dans lesquels les communautés sont si pas plus vulnérables et à risque, les services sociaux et médico-sanitaires pouvant héberger des services de prévention, traitement, soins et prise en charge VIH sont quasi inexistantes. Pas d'études au niveau national sur les dynamiques, vulnérabilités et risques spécifiques, interactions et impacts du VIH dans les communautés affectées par les conflits, et rarement ces personnes déplacées sont incluses dans les documents stratégiques de lutte contre le VIH.

C. Objectifs

Objectifs généraux

- Déterminer les liens entre conflit et facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH
- Développer en matière du VIH et du Sida, des stratégies de plaidoyer et de mise en place des programmes pour la prévention, le traitement, les soins et le support pour les populations affectées par les conflits en RDC

Objectifs spécifiques

- Décrire les tendances épidémiologiques en terme de prévalence, de risque comportemental et facteurs de prévention.
- Décrire et évaluer les interventions et réponses VIH en cours par rapport à la politique, stratégie, coordination, protection, prévention, soins et traitement, surveillance, suivi- évaluation, et financement dans les communautés de populations déplacées et leurs hôtes.
- Elaborer des recommandations :
 - Visant à réduire la vulnérabilité et le risque associé au VIH et répondre aux besoins des personnes infectées et affectées.
 - Conseiller sur les mécanismes adéquats de coordination et de suivi-évaluation.
 - Contribuer à la programmation sur le VIH au sein des PDI et autres populations affectées par les conflits.



D. Méthodologie

L'enquête a été menée selon une approche qualitative pour approfondir les questions de la vulnérabilité et du risque liées au VIH dans les zones humanitaires, parmi les personnes déplacées et des communautés hôtes. Cinq équipes d'environ quatre personnes se sont rendues respectivement dans le district de l'Ituri (Bunia) et dans les provinces du Nord Kivu (Goma), Sud Kivu (Uvira) et Katanga (Moba et Mitwaba) en mars 2007.

Les méthodes proposées se rapprochent des "procédures d'évaluation rapides" ou "rapid assessment procedures", et permettent de documenter en peu de temps les effets de la guerre vis-à-vis des facteurs de vulnérabilité et de risques par rapport au VIH, ainsi que les besoins en matière de programmes VIH dans les districts touchés par un conflit armé avec suffisamment de témoignages et d'observations de services VIH.

Sur la base de quatre questionnaires, l'approche associe les entretiens individuels semi structurés réalisés auprès des informateurs clés (autorités locales, responsables d'ONG, médecins, etc.) et des groupes cibles concernés (déplacés, étudiants, Professionnels du sexe, etc.) et les discussions de groupe. Les quatre guides de discussion comportaient plusieurs sous thèmes, notamment :

- Ⓡ le contexte général de conflit et de déplacement
- Ⓡ les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et aux IST des personnes touchées par le conflit
- Ⓡ les facteurs de risque concernant le VIH et les IST, y compris les violences sexuelles et le commerce de sexe
- Ⓡ l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH
- Ⓡ les données démographiques, sanitaires, de séroprévalence et de surveillance comportementale

Les données récoltées ont été soumises à une vérification (triangulées) auprès des informateurs clés et des participants des groupes de discussion. Les enquêteurs ont également effectués des observations directes de sites dans les structures gouvernementales et autres structures de santé aux niveaux district et communautaires.

Les données qualitatives découlant des entretiens approfondies et des groupes de discussion ont été transcrites sous formes de compte rendu puis analysées selon les techniques d'analyse de contenu et d'analyse comportementale.

Ces analyses ont permis de déterminer les effets du conflit sur les comportements des populations à risque et vulnérables vis-à-vis du VIH, notamment les femmes, des enfants et les jeunes.



RESULTATS

A. District de l'Ituri : Bunia

Le Sida vient de la guerre.
Le Sida vient de la pauvreté.
Le pilier de tout, c'est la guerre.
Hommes déplacés

I. Situation générale

L'Ituri, un des districts de la Province Orientale, couvre une surface de 65 830 km² avec environ cinq millions d'habitants répartis en 18 groupes ethniques, dont les Hema/Gere et les Lendu/Ngiti constituent 40% de la population. Ces communautés Lendu et Hema ont longtemps vécu en paix, hormis les conflits fonciers qui les opposaient de temps à autres. La crise actuelle s'inscrit dans le cadre de la guerre d'agression de la RDC par l'alliance rwando-ougando-burundaise avec des liaisons internes notamment du Rassemblement des Congolais pour la Démocratie (RCD), du Mouvement de Libération pour le Congo (MLC) et des défections successives. Entre 1998 et 2003, l'Ituri va connaître la guerre et des violations des droits de l'homme à grande échelle : viols, tortures, assassinats, affrontements, massacres, bombardements. On estime qu'il y a eu au moins 55 000 morts depuis 1999, dont 5 000 entre juillet 2002 et mars 2003. En cette période post-conflit, la situation est caractérisée par une crise humanitaire chronique ponctuée de crises humanitaires aiguës.

L'ONG Comité de Liaison (CL) partenaire de mise en œuvre du HCR dans l'Ituri procédant à l'identification des PDI estime que le district compte environ 400 000 personnes déplacées. Les personnes déplacées qui se trouvent dans le territoire de Djugu ou Irumu vivent principalement dans des camps, tandis que dans les autres régions, elles se sont installées dans les collectivités locales. En général, ce sont des villages entiers qui se déplacent, y compris le corps enseignant. Certaines ont pu se réinstaller dans le lieu d'accueil, avec les mêmes effectifs - enseignants et élèves, où elles partagent le bâtiment scolaire du village en fonction des heures de disponibilité.



Le district de l'Ituri avec Bunia comme chef lieu est subdivisé en cinq territoires administratifs : Djugu, Aru, Mahagi, Mambasa et Irumu. L'Ituri est aussi réparti en trois districts sanitaires de Djugu, d'Aru (qui comprend le territoire de Mahagi) et de Bunia (qui regroupent les territoires d'Irumu et de Mambasa). Ces districts sanitaires sont à leur tour divisés en zones de santé (ZS).

Les zones de santé du district sanitaire de Bunia hébergent des personnes déplacées et sont en même temps des zones de retour. Le site de Gety compte environ 50 000 personnes déplacées, le site d'Aveba, 17 000, le site de Kagaba, 12 000, et le site de Komanda, 7000.

Les données de base sur la santé à Bunia sont disponibles ci-contre. La lèpre est aussi présente dans la contrée - soit 8 nouveaux cas pour l'année 2006⁴.

Indicateurs	ZS ³ BUNIA
Population	199 155
Taux brut mortalité	4.8/1000/mois
Taux mortalité < 5 ans	Non disponible (ND)
Taux mortalité infantile	ND
Taux mortalité maternelle	2500/100 000 nces vivantes
Taux brut natalité	78/1000
Taux couverture CPN	39%
Couvert. vaccin rougeole	58.1%
Taux malnutrition sévère	ND
% utilisation IDP	ND
Taux tuberculose	ND

II. Vue d'ensemble du VIH et des IST

INDICATEURS	ZS BUNIA
CLINIQUE	
Incidence IST	4.3%
Prévalence VIH clinique	ND
TRANSFUSION (Hôpital Bon Marché, MSF)	
HIV	19.7%
Syphilis	13.9%
HBS	9.1%
HCV	15%
SERO SURVEILLANCE (femmes enceintes)	
VIH	5% (2005) 4.8% (2006)
Syphilis	5.6% (2005) 4.6% (2006)

Tout en retenant qu'il n'existe aucun programme VIH organisé en paquet minimum d'activités requis, on note des activités isolées qui nous permettent d'estimer la situation VIH et infections sexuellement transmises (IST) sans la moindre prétention de donner une image réelle. Le rapport annuel du PNMLS district de l'Ituri, après vérification des données à la source lors de visites de site, indique les statistiques ci-contre.

III. Protection

Ces déclarations résument la perception de la communauté et des

agents commis à la protection des citoyens face à la question du VIH. Aucune mesure de protection n'est assurée. La discrimination, la

On doit rendre obligatoire le test V Nationale Congolaise (PNC) et l'arr République Démocratique du Congo recruter des moribonds au sein des FA

Les pasteurs exigent le résultat du test de dépistage VIH aux fiancés avant de célébrer le mariage.¹ Un conseiller

Qu je et je J'ai perdu mon travail du fait de mes absences fréquentes ou prolongées pour cause de maladie.

avec laquelle faire l'acte sexuel, in qui lui fait passer le test VIH, ila comment je me protège car éconatif

Les services de renseign travailleurs de sexe co PVV qui ne font aucun cas échéant, les interpe n'est pas légale.

L'appui nutritionnel des PVV en phase Sida a permis leur réintégration dans leurs familles alors qu'elles les avaient abandonnées. Un informateur clé

³ District santé non disponible

⁴ Rapport annuel (2006) Bureau Central Zone de Sa



Le jour qu'on saura que je suis séro-positive, c'est ma mort. [...]
J'entend tout ce qu'on dit des PVV et comment ils sont considérés
dans la société : C'est le mépris, la médisance, le rejet.



stigmatisation et le rejet des PVV sont intenses, à telle point qu'une PVV dit : « *je ne peux pas me dévoiler tant que j'ai pas de garantie d'autonomie ; et pourtant je veux bien aider ma communauté par les témoignages.* »

Il y a une proposition de loi portant sur la protection des PVV et des personnes affectées au parlement. L'agenda du parlement ne permet pas son adoption rapide. Un plaidoyer voire le lobbying doit être organisé pour y arriver.

Certains enfants séparés ou orphelins sont pris en charge dans un des deux orphelinats de Bunia. Cependant, il n'existe aucune structure assurant la protection des enfants des rues.

La mise en place du tribunal de guerre offre la possibilité aux victimes de violences sexuelles de dénoncer leurs agresseurs, mais les femmes soulignent le manque de protection contre les vengeances éventuelles.



Le HCR assure la protection des IDPs par le biais de ses partenaires de mise en œuvre.

IV. Prévention

Le personnel médical, particulièrement à la maternité de l'hôpital général de référence (HGR) de Bunia, ne se souvient pas exactement du contenu des **précautions universelles**. Les seringues sont achetées par le patient. Selon un inventaire du stock, il y aurait 200 et 500 seringues respectivement de 2 ml et 5 ml.

Les ruptures de stock en gants sont très fréquentes et le stock indique 8 paires de gants 7½ à \$1 la paire. A la maternité, on trouve des gants à usage unique rincés pour réutilisation. Le stock de matériel pour accouchements contient une seule paire de ciseaux.⁵

On a une contrainte majeure :
L'accès à l'eau dans cet hôpital.
Médecin directeur HGR

MSF Suisse assure la **sécurité transfusionnelle** à l'hôpital Bon Marché. La banque de sang est un projet de l'ONG locale dénommée Association de Développement pour la Vie Sociale et Environnement (ADVSE), qui auparavant était appuyé par le PNUD/UNOPS, mais travaille à ce jour sur fonds propres. Ce projet prétend couvrir toute la ville de Bunia en don de sang. De juin à septembre 2006, on note 11 tests séropositifs sur 122 donateurs de sang. Le sang transfusé est testé avec Unigod, Détermine et Capillus pour le VIH, HBs pour l'hépatite et VDRL pour la syphilis. Cependant l'équipe a noté que le stock des tests contenait aussi des tests périmés (Détermine VIH, périmé en mai 2006 ; Détermine syphilis en septembre 2006 ; HBs en septembre 2006). Le coût d'une poche de sang est de \$10 pour toute capacité (150 cc, 250 cc ou 450 cc) quand le citoyen vit avec moins d'un dollar par jour.

Les ONG et organisations à assise communautaire (OAC) affirment organiser des **campagnes** de sensibilisation, hélas non documentées. Le matériel IEC est non disponible. Il n'existe aucun programme de promotion et de distribution des

Lors de la journée mondiale du Sida en 2006 une séance de sensibilisation avec démonstration du port correct du préservatif a été organisée créant ainsi une demande de préservatifs malheureusement non disponibles et/ou accessibles.

Un informateur clé

ocal. Le stock et la gestion de stock n'existent pas.



préservatifs, malgré les séances de démonstration. Un programme en milieu de travail est assuré par MSF et Oxfam GB, comprenant la distribution de préservatifs pour le personnel.

L'éducation sexuelle a été incorporée principalement dans la matière 'éducation à la vie' à l'école secondaire, mais elle n'est même pas mentionnée au niveau primaire. Les enseignants estiment que l'activité sexuelle parmi les filles débute vers l'âge de 12-13 ans. « *Dix ans, c'est trop tôt* », affirment-ils, sans connaître les changements depuis la guerre. Selon un enseignant, l'éducation sexuelle n'est pas toujours perçue comme une priorité et tous les enseignants ne savent pas ce que c'est que le Sida. D'autres expliquent qu'il leur manque la formation nécessaire pour incorporer l'éducation sexuelle, le VIH et le Sida dans leur cursus sans encourager les relations sexuelles.

Le HGR n'applique pas l'approche syndromique dans **la prise en charge des IST** malgré la capacité fonctionnelle réduite de son laboratoire. MSF et COOPI l'utilisent, mais la couverture est faible, soit 5 ZS parmi les 13 ZS couvertes par COOPI dans le district sanitaire de Djugu et à l'hôpital Bon Marché de MSF. MEDAIR a assuré la formation de 14 prestataires sur l'approche syndromique dans les structures médicales qu'il appuie, mais les kits médicaux IST ne sont pas encore disponibles. L'approche syndromique la mieux indiquée dans le contexte de Bunia est malheureusement très limitée, bien que les IST sont classées parmi les 6 premières maladies.

Il n'existe qu'un seul **CDV** ne répondant pas aux normes (confrontation aux normes nationales en la matière notamment infrastructure, confidentialité et âge), piloté par l'église anglicane du diocèse de Boga, comptant 26 paroisses et 42 écoles. Le personnel ressource, dont un pasteur, a été formé en technique de conseils et dépistage pendant trois sessions de six jours chacune. Sur 917 clients testés depuis l'ouverture le 15 février 2006, 70 cas se sont révélés positifs au VIH, dont 41 de sexe féminin et 29 de sexe masculin. La prise en charge psychologique et spirituelle est assurée pour 58 PVV (8 sont décédées et 4 perdues de vue).

Il n'y a pas de **PTME** à Bunia. La santé de la reproduction est un nouveau programme en cours, exécuté par COOPI et financé par le PNUD. Il couvre 2 HGR, 2 centres de santé de référence (CSR) et 2 centres de santé (CS) dans le district sanitaire de Djugu, mais en ce début 2007, 2 nouveaux CRS et 2 CS bénéficieront du programme. 135 relais communautaires IST, VS ont été formés. Notons que le taux de décès maternel est estimé à 2 500 pour 100 000 naissances vivantes, tandis qu'en RDC, il est de 1 289 pour 100 000 naissances vivantes

Il existe un programme de **lutte contre les violences sexuelles** depuis 2003 dans le volet prise en charge psychosociale, dont bénéficient 8000 à 10 000 victimes/survivants de viols. Les données recueillies par COOPI/ CIP et Medair⁶ indiquent que 73% des agresseurs sont les milices et les militaires. Depuis juin 2006, le volet de prise en charge médicale kits PEP s'y est greffé avec 283 bénéficiaires dont 72 cas ayant bénéficié de PEP. Les sont fournis par l'UNICEF à travers CIP et COOPI. Entre octobre et novembre 2006, on a noté 1093 cas de violences sexuelles, dont 98% de viol avec coït vaginal et 1% avec coït anal. Seulement 19.4% sont pris en charge dans les 72 heures qui suivent.

⁶ Sources : Base des données sur les victimes de violences sexuelles et rapport annuel COOPI/PCI et MEDAIR.



V. Traitement, soins et soutien

Aucune structure n'a bénéficié d'une formation sur les **infections opportunistes** (IO) structurée et selon les normes. Les cas pris en charge ne le sont que grâce à des connaissances personnelles des médecins et aucune documentation n'est disponible. Le cotrimoxazole prophylactique est en rupture de stock

La prescription des **ARV** gratuits a commencé en décembre 2006, initialement avec un stock très réduit pour sauver la vie des PVV qui étaient sous ARV payant. L'approvisionnement irrégulier et non conforme aux besoins est assuré par le PNLs et le PNMLS. Le monitoring biologique reste payant et coûte au moins \$25-35 par mois. Le Traitement Anti Rétroviral (TAR) est une activité isolée sans autres supports et non inscrit dans un programme/projet cohérent. Il n'existe qu'un seul médecin prescripteur des ARV. A ce jour, parmi les 58 PVV connues, 37 sont sous ARV (dont 6 enfants), 10 non éligibles sont sous cotrimoxazole, et 11 sont perdues de vue. Aucun déplacé identifié n'est sous TAR.

La Ligue Anti-Sida (LASI), une ONG locale, déclare qu'un **soutien** nutritionnel est accordé aux PVV par le canal du PAM (Programme Alimentaire Mondial). Cet apport a revalorisé la PVV au sein de sa famille car cette dernière considère cet apport comme une contribution de la PVV. Cette ONG organise des visites à domicile pour fournir un appui psychosocial, tandis que les soins sont assurés en collaboration avec l'HGR. Cependant, l'ONG n'a aucune documentation et les prestataires de ses activités n'ont reçu aucune formation.

VI. Suivi et évaluation

Le PNLs se charge de la surveillance sentinelle du VIH. Les données de séro surveillance de 2006 indiquent une prévalence de 4,8% pour le VIH et 4,6% pour la syphilis. Les services prénataux ne disposent pas de tests syphilis. le mécanisme de rapportage n'est pas établi et la base des données partagées n'est pas constituée.

VII. Coordination

Il existe des activités isolées, spontanées et sporadiques, non coordonnées ni documentées, animées par une majorité de volontaires sans formation en la matière.

L'équipe de coordination du PNMLS en Ituri est sur place depuis le 22 février 2006, et attend son installation officielle. Le Conseil Local Multisectoriel de Lutte contre le VIH (CLMLS) est installé régulièrement par arrêté du 5 avril 2006 du Commissaire de district. On note toutefois une faiblesse de coordination au niveau du programme et de leadership au sommet du district, ainsi qu'un manque d'engagement et de moyens.

En même temps un Comité Multisectoriel de Lutte contre le VIH (CMLS) non conforme aux dispositions légales existe et fonctionne avec le Comité Provincial Inter Agence (CPIA). Une fois de plus, ce comité n'est qu'un canal d'informations pour les autres clusters et non une structure de coordination par manque de ressources qualifiées VIH.



B. Province du Nord Kivu : (Territoires de Rutshuru et Masisi)

I. Situation générale

Les territoires de Rutshuru et de Masisi ont été les lieux d'études de la province du Nord Kivu. Le territoire de Rutshuru, regroupant les ethnies nandes (40%), hutus (45%), tutsis (9%), hundes (5%) et twas (1%), détient une population de 576 310, dont 279 895 hommes et 296 415 femmes. Dans le territoire de Masisi, la zone de santé de référence (ZSR) Kiroshé, voisine à la ZSR Goma, compte 291 381 habitants éparpillés dans les collines et vallées du lac Kivu.

Aujourd'hui, dans le Nord Kivu, la plupart des déplacés internes du territoire de Rutshuru sont installés au site de Nyongera à deux km de Kiwandja. Des lycéens ont aussi rapporté que les jeunes qui ont été obligés de migrer en Ouganda, principalement à cause des conflits dans la région, mais également suite à la pauvreté, au manque d'emploi et à la crainte d'un recrutement forcé par les milices et ou les rebelles armés.

Quoique le territoire de Rutshuru soit une région agricole et fertile de la Province du Nord Kivu, il existe des foyers qui faute de moyen ne mangent pas tous les jours. La majorité des femmes questionnées n'ont pas été à l'école, tandis que les hommes en moyenne sont du niveau primaire. Certaines femmes déplacées exercent des travaux champêtres (agriculture) en louant des lopins de terre ou en travaillant pour une tierce personne.

La ZS de Kiroshé est répartie en 21 aires de santé toutes dotées de centres de santé fonctionnels. Elle bénéficie d'un appui global de l'Union Européenne (FED 9) à travers l'ONG Centre médical de l'université libre de Bruxelles en Afrique centrale (CEMUBAC). Parmi les principaux problèmes de santé identifiés dans la zone de santé au courant de l'année 2006 figurent la morbidité élevée due au paludisme, notamment chez les enfants et la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans : à l'HGR Kiroshé, le paludisme et la malnutrition protéino-calorique sont les causes de décès les plus fréquentes chez ces enfants de moins de 5 ans. Le faible taux d'utilisation des services curatifs estimé à 41%, varie de 16% à 60% selon le centre de santé. Les taux de détection et de guérison de la tuberculose sont respectivement de 29% et 69% et on note la recrudescence des maladies évitables par la vaccination, notamment la coqueluche. La sensibilisation de la communauté en matière de VIH est incomplète et les interventions de lutte contre le VIH ne sont que très faiblement intégrées, particulièrement dans la ZS de Kiroshé.

L'accès des malades aux structures sanitaires a été dans l'ensemble sérieusement perturbé par la guerre. Des ruptures de stock en médicaments ont été signalées dans la plupart des centres de santé suite au pillage des structures par des militaires (Sake, Murambi, Ngungu et Mitumbala) et aux difficultés d'approvisionnement liés à l'insécurité.

II. Vue d'ensemble du VIH et des IST

Les données de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en 2005 dans la province du Nord Kivu présentent des prévalences VIH de 5,1% pour le site de Goma 3,1% pour celui de Katwa dans le Nord de la province. Elle est de 4,9% chez les camionneurs et de 15,8% chez les professionnelles de sexe.



Selon la dernière enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence⁷, 55% des jeunes garçons ont connu leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 15 ans contre 58% des filles. L'âge médian au premier rapport sexuel se situe respectivement à 19 et 17 ans. Le multipartenariat sexuel est reconnu par les jeunes des deux sexes. En effet, 55% des garçons et 51% des filles ont reconnu avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. La multiplicité des partenaires semble être une pratique fort courante chez les camionneurs. Soixante-douze pourcent d'entre eux ont eu au moins deux partenaires sexuels les douze derniers mois contre 41% des militaires.

Très peu de jeunes ont été en mesure d'identifier les trois modes majeures de prévention et de rejeter trois méthodes erronées de transmission ou de prévention du VIH. Seuls 3,5% des garçons contre 5% de filles ont été en mesure de le faire.

La coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH est assurée par le PNMLS qui vient de s'installer à Goma. Les activités sanitaires de la réponse au VIH sont supervisées par le Bureau Provincial de Coordination du PNLIS et le PNTS, le Programme National de Sécurité transfusionnelle (pour les aspects VIH liés à la sécurité transfusionnelle). Plusieurs ONG nationales et internationales assurent des interventions de lutte contre le VIH.

III. Protection

Les **violences sexuelles** constituent un problème réel reconnu par le personnel de santé, avec 265 cas rapportés dans la ZS en 2006, dont 120 cas dans la seule aire de santé de Sake territoire de Rutshuru. Sake a été le site des affrontements militaires survenus vers la fin de l'année 2006 et la forte déclaration des cas dans cette ZS est liée à l'existence d'un canal de prise en charge par le projet DOC (Goma). Il est fort possible que la situation réelle soit plus dramatique.

Néanmoins, aucun plan d'intervention n'est envisagé dans ce domaine par la ZS. L'ONG internationale Action Aid intervient entre autre dans la lutte contre les violences sexuelles et y intègre les volets prévention et atténuation de l'impact du VIH. Elle collabore activement dans ce domaine avec la Commission provinciale de prévention des violences sexuelles, Médecins du Monde, SNV, NRC et les FARDC. Par manque de fonds, la prise en charge des enfants nés des femmes victimes des violences sexuelles est souvent aléatoire dans les programmes financés. Toutefois, les victimes des violences sexuelles ont des besoins énormes nécessitant plus d'interventions.

IV. Prévention

Les **précautions universelles** sont garanties et les services de **transfusions sanguines** sont disponibles dans le territoire de Rutshuru. La sélection des donneurs se fait sur la base d'une liste et le guide sur la sécurité transfusionnelle est disponible. Dans la ZS de Kiroshé territoire de Masisi, 238 transfusions ont été réalisées à l'HGR avec du sang testé. Cependant, la ZS a dû recourir à un approvisionnement de 60 poches de sang de Goma pour faire face à une rupture de stock.

La **PTME** est disponible dans quatre centres de santé dans le territoire de Rutshuru et trois aires de santé (Sake, Shasha et Mumba) dans le territoire de Kiroshé. Un problème d'instabilité du personnel et de baisse de l'adhésion au service par les

⁷ BSS+ volume 2



femmes enceintes a toutefois été noté à Rutshuru. Le territoire de Rutshuru ne dispose pas de structure de prise en charge des IST.

Le **dépistage du VIH** est disponible dans le CS Buturande et l'HGR de Rutshuru. Il est toutefois nécessaire de réhabiliter les infrastructures, particulièrement la salle de CDV, et de doter les centres de CDV de matériel de sensibilisation et de supports éducatifs. Aucun CDV n'a encore été implanté dans la ZS de Kiroshé, territoire de Masisi, même si 1309 tests de dépistage VIH ont été effectués en 2006 au niveau de l'HGR.

Les **préservatifs** sont facilement accessibles dans les bars locaux, les centres de santé et les pharmacies du territoire de Rutshuru et des programmes spécifiques sont en place pour les professionnelles du sexe, les veuves et les hommes démobilisés. Plusieurs ONG locales, dont COLPHADEMA, sont impliquées dans la prévention du VIH, mais de façon assez irrégulière et souvent avec des moyens très limités qu'elles doivent solliciter auprès des ONG internationales.

Cependant, dans la zone de santé de Kiroshé territoire de Masisi, il n'existe aucun programme de distribution des préservatifs et aucun programme de sensibilisation. Chez les policiers, la majorité n'a jamais bénéficié de sensibilisation, mis à part ceux qui ont été informés sur le Sida par le canal des églises. Ceci implique que les policiers ne savent pas où se procurer des préservatifs et ne l'utilisent jamais lors des rapports sexuels occasionnels, même s'ils reconnaissent son utilité dans la prévention du VIH. Seuls les soldats démobilisés par la CONADER reconnaissent avoir été sensibilisés sur le problème du VIH en 2005 et paraissent plus enclin à se protéger du VIH par rapport aux policiers.

Dans la ville de Goma, l'ONG Médecins du Monde France appuie le dépistage du VIH et la prise en charge médicale des PVV (ARV), la prise en charge des IST, et la sensibilisation à travers le FOSI. Elle n'a pas d'action spécifique en faveur des personnes déplacées.

V. Traitement, soins et soutien

La **prise en charge des PVV aux ARV** n'est assurée dans aucun des territoires visités du Nord Kivu (Rutshuru et Masisi) et les cas suspects sont transférés à Goma, où le traitement ARV est soutenu par l'ONG Médecins du Monde France. Toutefois, la cotrimoxazole est fournie aux séropositifs du territoire de Rutshuru et un soutien psycho-social est assuré. Aucun médecin prescripteur n'a été formé jusqu'à présent. ET a Masisi ?

En ce qui concerne la **co-infection TB et VIH**, le diagnostic de la tuberculose pulmonaire se déroule au HGR et dans les centres de santé du territoire de Rutshuru. Le test VIH se fait dans le CS-CDT, mais sans le consentement éclairé du client. Les patients co-infectés ne sont pas référés pour une prise en charge. Dans la ZS de Kiroshé (Masisi), la lutte contre la TB est intégrée dans les 21 aires de santé, 4 CSdT et 17 CST, mais aucune disposition particulière n'a été prise sur la co-infection.

VI. Suivi et évaluation

Les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose ainsi que la sécurité transfusionnelle font l'objet de suivi dans la province du Nord Kivu. La surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN se fait à Goma et à Katwa. La dernière enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence (BSS+) a également été conduite dans la ville de Goma pour les



groupes cibles suivant : adolescents et jeunes vivant dans les ménages, professionnelles de sexe, camionneurs et militaires.

VII. Coordination

Avant l'installation du PNMLS dans la province du Nord Kivu, la coordination des activités de lutte contre le VIH était assuré par l'Inspection Médicale Provinciale à travers son bureau provincial de coordination avec une task force regroupant les agences du système des Nations Unies, les ONG engagées dans les activités de lutte contre le VIH autour du bureau provincial de coordination. La coordination multisectorielle se fait aujourd'hui par le PNMLS sous l'autorité du gouverneur de la province.

C. Province du Sud Kivu : Uvira

I. Situation générale

Le territoire d'Uvira dans la province du Sud Kivu, est situé au bord du lac Tanganyika, face à Bujumbura au Burundi. Il héberge 214 698 habitants, dont les ethnies sont composés de Bavira (50%), Babembe (30%) et Bifulira (20%).

Uvira comprend un hôpital général de référence et 16 centres de santé (CS) pour ses 27 aires de santé. L'HGR dispose de deux médecins et quatre infirmiers, et les centres de santé d'un médecin et de 40 infirmiers. Il existe aussi beaucoup de formations sanitaires (FOSA) privées.

La population appauvrie par les conflits, utilise peu les services sanitaires, réduisant le taux d'utilisation de 2006 à 30,8%. Le système de référence enregistre aussi une utilisation très faible (6,3 % en 2006) et les FOSA privées ne rapportent pas d'informations au BCZS. Pendant la guerre, le système sanitaire a souffert de ruptures régulières de médicaments essentiels, de manque d'équipements dans les FOSA et du non recyclage du personnel.

En 2006, le paludisme a atteint 21 492 enfants de 0-59 mois et 20 005 de plus de 60 mois. La tuberculose a été dépistée parmi 22 personnes et 388 sont actuellement sous traitement.

II. Vue d'ensemble du VIH et des IST

Il n'existe aucune surveillance sentinelle du VIH. Les cas d'IST et d'infections au VIH constatés en 2006 étaient de 860 et 907 respectivement. Les enfants séropositifs âgés de 0 à 59 mois étaient au nombre de 32, alors que 875 enfants de plus de 60 mois vivaient avec le VIH la même année.

La sécurité transfusionnelle et les précautions universelles sont assurées par le HGR et le centre hospitalier (CH) de Kasenga mais on note des ruptures de stock en intrants. Dans principalement 3 formations sanitaires, les activités préventives concernant le VIH comprennent la promotion et distribution de préservatifs, l'information et l'éducation visant le changement de comportement, le contrôle des IST, la prévention de la transmission mère-enfant et les services de conseil et de dépistage VIH. Il existe aussi deux CDV communautaires. Les ONG locales membres des FOSI ont mis en place des programmes pour les professionnelles de sexe. Cependant, aucun



programme n'est destiné aux jeunes, mis à part la santé sexuelle et reproductive dans l'éducation scolaire de quelques écoles (surtout catholiques).

Le traitement ARV, la prévention et le traitement des infections opportunistes sont gérés par les FOSA de Kasenga et CEPAC Kavinvira. Quelques ONG locales offrent les soins à domicile et le conseil et support psycho-social, mais les soins de base ne sont pas disponibles.

III. Protection

La **protection des groupes vulnérables** est assurée par les ONG internationales et le HCR, notamment en ce qui concerne la prise de mesures garantissant aux femmes et aux enfants non accompagnés l'accès à la nourriture et aux produits de première nécessité, leur enregistrement et leur réunification avec leurs familles respectives. Quelques enfants déplacés ont accès à l'école grâce aux ONG qui assurent leur prise en charge scolaire. Toutefois les besoins sont énormes et les fonds limités.



La **lutte contre les violences sexuelles** est assurée par certaines ONG locales appuyées par les ONG internationales. Celles-ci enregistrent les cas et les rapportent aux services de sécurité et la police, mais l'indifférence des autorités locales qui accordent une impunité aux violeurs constitue un problème encore non résolu qui fait l'objet d'un plaidoyer incessant des mouvements des femmes et des ONG locales impliquées dans la défense des droits de l'homme.

IV. Prévention

La **sécurité transfusionnelle** accuse une forte insuffisance, car le sang transfusé ne provient pas d'une banque de sang, mais des membres de la famille des malades. Cependant, le sang n'est pas toujours testé.

Les précautions universelles ont été observées dans les formations sanitaires visitées (HGR et CH Kasenga), mais cette observation souffre parfois de négligences de la part du personnel soignant. L'irrégularité du courant électrique ne garantit pas toujours la stérilisation requise du matériel des soins, d'où la nécessité d'intégrer la lutte contre le Sida en milieu des soins. L'équipe a également constaté l'inexistence de l'association des infirmiers congolais, structure pouvant faciliter l'intégration effective de cette lutte.

Selon les rapports du Systeme National d'Information Sanitaire (SNIS), 90% **des accouchements** faits par les formations médicales le sont dans des conditions acceptables, avec l'appui des ONG telles AMI. Les accouchements à domicile sont rares. La **prévention de la transmission mère-enfant**, interrompue pendant la guerre, a maintenant repris grâce à AMI et BCZS dans quatre formations sanitaires.

Il existe trop peu de **CDV** intégrés (3) et communautaires (2), alors qu'il y a beaucoup à faire pour subvenir aux besoins de cette population dont le comportement sexuel propage sans arrêt le VIH et les IST.

Il faut également signaler une déperdition croissante parmi ceux qui fréquentent les CDV : les uns ne reviennent pas retirer les tests (positifs ou négatifs), les autres, une



fois révélés positifs se perdent dans la nature, faute de mise en place d'un système de suivi. Selon certains groupes consultés lors des interviews, cette déperdition tient au manque de confidentialité dont les conseillers et le personnel médical font montre.

Les ONG locales ont des **programmes VIH** ciblant les femmes, les filles, les enfants de rue, les prostitués et les enfants travailleurs, mais l'insuffisance de ressources financières, les capacités limitées des acteurs ainsi que l'absence de supports didactiques et de communication pour le changement de comportements (CCC), affaiblissent ces programmes et la qualité des services. De plus, les séances de CCC intégrées ont été arrêtées pendant la guerre. Aucun programme VIH ne vise les jeunes en particulier. D'où la nécessité de renforcer les capacités des acteurs, de les approvisionner en supports éducatifs et communicationnelles et de les appuyer financièrement.

La **promotion et la distribution du préservatif** font partie des services assurés par les formations sanitaires. Ils existent aussi sur le marché pharmaceutique. Cependant, ni la qualité, ni les conditions de la conservation du préservatif ne sont contrôlées. A cela s'ajoute un problème comportemental lié à sa non utilisation en tant que moyen de protection parce qu'il n'est pas accepté sur le plan culturel/religieux. Pendant le conflit, le stock de préservatifs a connu des ruptures de stock par manque d'approvisionnement.

Les infections sexuellement transmises sont diagnostiquées et traitées dans les quatre FOSA du centre de santé et de l'hôpital général de référence, appuyés par les ONG internationales, notamment AMI et MSF/B. On utilise l'approche syndromique. Les FOSA disposent de guides pour les traitements syndromiques. Les médicaments essentiels sont disponibles, mais les besoins sont énormes en raison de la présence des IST parmi les groupes les plus sexuellement actifs (jeunes, militaires, pêcheurs, déplacés et professionnels de sexe), soit 860 cas notifiés pour le mois de janvier.

Le VIH et la santé de la reproduction ne sont pas systématiquement intégrés dans le **programme scolaire**. Il convient de signaler que les mouvements des jeunes intègrent les activités de lutte contre le SIDA (sensibilisation et communication pour le changement des comportements) dans leurs activités culturelles avec l'appui des ONG locales, mais de manière ponctuelle.

En ce qui concerne la **planification familiale**, la vulgarisation des méthodes contraceptives modernes se fait par les ONG locales en direction des couples, déplacés et mariés, avec l'appui du HCR et du FNUAP. Toutes les méthodes sont vulgarisées et le choix est laissé aux utilisateurs.

V. Traitement, soins et soutien

Les traitements antirétroviraux sont devenus disponibles au HGR et au CH Kasenga/CEPAC après la fin des conflits. Le cotrimoxazole est fourni dans le HGR et le CH de Kasenga aux PVV qui ont un CD4 de plus de 400.

Un appui nutritionnel est offert par des ONG locales bénéficiant de l'appui des organismes internationaux. Pour en bénéficier, il faut être PVV ou malade. Les soins à domicile ainsi que le conseil et l'apport psycho-social font partie des activités des ONG locales. Les soins de base en faveur des personnes vivant avec le VIH sont inexistantes, et la situation post-guerre a créé un environnement encore plus défavorable.



La prévention et le traitement des infections opportunistes sont assurés par les quatre FOSA. Pendant la guerre, le traitement a souffert de ruptures de médicaments, d'arrêt de traitement et d'une déperdition, faute de moyens. Il n'y avait pas non plus de programme de prévention intégré.

La tuberculose est diagnostiquée dans les FOSA privées. Les cas détectés sont référés aux CDV pour le dépistage du VIH et l'accompagnement psycho-social est assuré par les ONG locales.

VI. Suivi et évaluation

Le VIH, les IST et la TBC font l'objet de collecte passive ; mais il n'existe pas de surveillance ni de suivi systématique. Pour le VIH, trois tests sont appliqués : Determine (1^{er} test), Uni-gold (2^{ème} test), Ora quick (3^{ème}). En 2006, les résultats présentés dans le tableau ci-contre ont été enregistrés dans le rapport annuel.

Ordre des tests	Test	NB de tests effectués	NB de tests positifs	%
1 ^{er}	Determine	250	38	15,2
2 ^{ème}	Uni-Gold	117	31	26,5
3 ^{ème}	Ora-Quick	11	7	63,6

Les diagnostics sont déclarés sur un formulaire de suivi de morbidité. Les chiffres enregistrés en fin 2006 sont disponibles dans le tableau ci-dessous. Il faut souligner que le programme de surveillance épidémiologique systématique n'existe pas. Il n'y a pas non plus de surveillance comportementale. Les tests syphilis sont compris dans les services prénataux de quatre FOSA, mais pendant la guerre le système de suivi des IST a été interrompu.

Maladie	NB de cas déclarés
VIH	907
IST	860
TBC	410

VII. Coordination

Quant à la coordination, les partenaires interviewés ont cité les clusters santé et les réunions de FOSI, comme deux mécanismes de coordination. Mais nous notons la présence de la coordination locale PNMLS.



D. Province du Katanga : Moba

I. Situation générale

Moba est situé dans le district de Tanganyika au nord-est de la province du Katanga. Il compte environ 260 540 habitants répartis en Batabwa (90%), Luba (6%) et Bemba (4%).

Ce territoire à vocation agro-pastorale avant le conflit se retrouve ensuite avec des centaines de milliers de cheptel décimés, volés et des infrastructures socio-économiques de base dans un état de délabrement très avancé. Ayant perdu tous les mécanismes de survie, la population est abandonnée à son triste sort au regard des acteurs humanitaires et des acteurs politico-administratifs de la province. Le niveau de pauvreté a atteint son paroxysme. Bref, la situation humanitaire est inquiétante. Un apport des acteurs humanitaires s'avèrerait indispensable en vue de lui permettre de reprendre l'élan de la production. Les plus grands mouvements des populations ont été observés depuis 1998-2004 vers la Zambie et la Tanzanie.

L'enquête s'est déroulée dans un contexte d'inexistence et d'indisponibilité des données statistiques d'ordre général et sanitaires en particulier dans les deux zones de santé. Selon les informations recueillies le taux d'alphabétisation serait en dessous de 40% après le conflit.

Le territoire de Moba comprend deux zones de santé, à savoir, celle de Moba/Kirungu s'étendant sur 12 500 km², qui est dotée d'un hôpital général de référence dans un état de délabrement avancé où les différents services n'existent que de nom. Le taux d'accouchement hospitalier est de 43%. La zone de Kansimba qui s'étend sur 12 000 km² serait la grande zone de retour. Elle n'a aucune infrastructure sanitaire de référence excepté les centres de santé au niveau périphérique. Le taux de malnutrition sévère globale y serait de 13,5%⁸.

II. Vue d'ensemble du VIH et des IST



Il est difficile pour l'instant de chiffrer le taux de prévalence du VIH. Le silence qui caractérise tous les acteurs autour de la question est inquiétant. La seule donnée existante au niveau de l'hôpital est la prévalence du VIH parmi les donneurs bénévoles de sang qui s'élève à 15,7%. Quelques initiatives locales de lutte non coordonnées ont été créées mais restent en veilleuse suite à la limite en terme des moyens matériels.

Il n'existe pas de système de prévention pour la transmission mère-enfant, et moins encore un programme sur la santé de la reproduction. Les tests pré-transfusionnels ne sont pas systématiques car le test rapide de VIH connaît par moments une rupture de stock. Le test de la syphilis et de l'hépatite ne sont pas assurés par manque des réactifs. Il faut cependant relever la présence de plusieurs cas de maladies sexuellement transmissibles et de violences sexuelles perpétrées sur les femmes au niveau de ce territoire.

⁸ Enquête nutritionnelle conduite par COOPI en septembre 2006 sans publication des résultats.



III. Protection

Il n'existe pas des structures de défense des droits des PVV, PAV ni des OEV de manière particulière. Les victimes de violences sexuelles n'ont pas non plus un cadre de protection identifié. Au même moment que l'on envisage des questions relatives à la sensibilisation et à la prise en charge des PVV, des PAV dont les OEV, il est nécessaire d'envisager la création des cliniques juridiques et des structures de lutte et de défense des droits de PVV et PAV au sein de la communauté. De même, une vulgarisation des textes légaux de protection contre toute forme de violence sexuelle doit être assurée pour outiller la communauté et les structures de protection doivent être mises en place. Prévention

Une évaluation rapide démontre qu'il n'existe **pas de service ou de programme de prévention** à Moba hormis les tentatives des deux ONG locales (APADEMO et COLUSMO) qui ont assuré pendant un temps court la sensibilisation contre le VIH au chef lieu du territoire sans pour autant aller vers les villages lointains.

Les rapports non protégés tiennent à l'ignorance pour les uns et indisponibilité des préservatifs pour les autres dans toutes les couches de la population. Le manque d'information sur les moyens de prévention du VIH, la consommation accrue des boissons alcoolisées avec toutes ses conséquences sur la vie sexuelle de la population ainsi que les habitudes des pêcheurs et des mineurs à amener des femmes non légitimes dans leurs camps de pêche comme sur le lieu d'exploitation minier et celles sont aussi des comportements qui les exposent particulièrement aux IST et VIH.

On note 74 nouveaux cas de violences sexuelles dénombrés par les structures de prise en charge pour le mois de février 2007⁹. Les cas de violences sexuelles identifiés et non pris en charge correctement augmente du jour au jour

Traitement, soins et soutien

Les programmes de traitement, de soins et de soutien n'existent pas dans ce territoire. Seuls les membres de la famille aident les malades dans la prise en charge. Dès que les moyens sont dissipés, le malade est abandonné.

IV. Suivi et évaluation

Il n'existe pas de système de collecte des données opérationnelles ni de suivi et d'évaluation. Les informations recueillies ne sont pas documentées. Toutes les archives ont été détruites durant les conflits. Dans le territoire, il n'a jamais existé de services de lutte contre le VIH pour en assurer le suivi et l'évaluation. Le système d'information sanitaire mis en place est défaillant.

V. Coordination

Il manque une unité de coordination à Moba. Même les quelques actions signalées au niveau des initiatives locales dans la sensibilisation ne sont pas coordonnées.

Il n'existe aucune source de financement du programme VIH. Néanmoins il a été signalé un cas d'appui du PNMLS dans une structure locale qui n'a jamais pu finir son projet initialement prévu pour trois mois, mais qui s'est déroulé en 11 mois. La dernière tranche du financement d'une hauteur de 6400 USD n'a jamais été perçue depuis près de six mois après l'arrêt du projet.

⁹ Les informations ont été obtenues de la part des autorités sanitaires sans aucun rapport servant de support de vérification.



E. Province du Katanga : Mitwaba

I. Situation générale

Mitwaba est situé dans le Haut-Katanga, un district de la province du Katanga, borné au nord par Malemba Nkulu, à l'est par Pweto, à l'ouest par Bukama et au sud par Likasi. La population de Mitwaba est estimée à 91 760 habitants¹⁰. La base géographique utilisée est la zone de santé rurale de Mitwaba, issue du redécoupage de 2004. Les groupes ethniques sont principalement des Bazelas, suivi par les Balomotwas, Banuenshis et Balubas. La langue d'expression est le Kizela et le Kiluba .

La sol de Mitwaba n'est pas fertile et la végétation est dominée par les fougères, signe de l'acidité du sol (et peut-être témoin de la richesse du sous-sol). En effet, la localité de Mitwaba fut construite autour d'un centre d'intérêt minier, la SERBIKAT, une société abandonnée ayant laissé les ruines immobilières dans lesquelles les hommes du bataillon des FARDC vivent (jonction des quartiers Mission et Kanada).

Mitwaba a souffert d'une dégradation très profonde au niveau du tissu socio-économique. La ville est véritablement isolée et enclavée. Les routes sont en très mauvais état, le seul lien sûr est constitué par la flotte aérienne de la MONUC et les avions humanitaires (Echo Flight, Air Serv). Cet enclavement est étendu aux moyens de communication. Les quelques postes radio-transistor recensés dans la cité ne sont pas utilisés parce que la seule boutique dans la contrée offre un approvisionnement irrégulier de piles.



Il n'existe pas d'hôpital. Le centre de santé tenu par MSF et qui devra fermer en juin 2007, fonctionne dans la maison destinée au logement du curé de la paroisse.

La couverture de vaccination rougeoleuse est de 87% chez les enfants âgés entre 12 et 59 mois, c'est-à-dire après les 3 passages de vaccination de masse. Cette estimation, qui date du 13 janvier 2007, est une pure estimation de l'équipe du Bureau Central de la Zone de Santé (cumul après campagne). Les personnes déplacées utilisant les services de santé locaux représentent près de 65% des patients dans les 12 derniers mois (Registres consultés).

La prévalence de malnutrition sévère globale est de 2% d'après les dernières estimations du PAM et de l'équipe du Bureau Central de la Zone de Santé (10 février 2007). Les quantités alimentaires consommées par jour par personne ne sont pas disponibles.

¹⁰ Selon les résultats des journées nationales de vaccination (JNV) Polio Porte à Porte de 2003, avec un taux d'accroissement de la population appliqué pour une actualisation approximative. Les JNV sont des séances de vaccination de masse complémentaires aux vaccinations de routine, avec une stratégie de porte à porte.



II. Vue d'ensemble du VIH et des IST

Les IST sont connues par la population. MSF Belgique tient deux centres de santé où les IST sont dépistées et traitées (Mitwaba et Kasungeshi). Les écoulements urétraux constituent 90% des cas, tandis que les ulcères génitaux, condylomes et inflammations pelviennes composent les 10% restant.

La prévalence moyenne du HIV parmi les donneurs de sang essentiellement familiaux (CSR Mitwaba) est de 16%. La sécurité transfusionnelle est assurée uniquement par MSF Belgique dans la cité de Mitwaba. Il en est de même pour le contrôle des IST qui se fait par l'approche syndromique.

Aucune femme enceinte ne bénéficie du dépistage du VIH, de l'information concernant le VIH et de dépistage pour la syphilis dans le périmètre de Mitwaba.

III. Protection

Aucune ONG oeuvre dans le domaine de la protection des OEV et des femmes mis à part FNUAP qui débute quelques activités en faveur des victimes des violences sexuelles. L'ONG ASADHO apporte secours à certaines personnes lésées dans leurs droits en dénonçant les abus auprès des autorités (notamment l'administrateur du territoire), et elle a entre autre, réussi à faire libérer des gens détenus injustement ou sans respect de procédure.

Le dépistage volontaire du VIH n'est pas disponible pour la population, sauf celui requis par le service sur le sang reçu des donneurs bénévoles (familiaux).

IV. Prévention

Il n'existe pas de programme de lutte contre le VIH. La structure supportée par MSF Belgique offre le seul service de **transfusion sanguine** avec une moyenne de 12 transfusions par mois, pour cause principale anémie sur paludisme. La sélection des donneurs n'est pas faite sur la base du questionnaire. Ils sont pris parmi les membres de la famille. Le sang transfusé est soumis au test rapide VIH Determine, et la séroprévalence moyenne parmi les donneurs essentiellement familiaux est de 16%. Il faut noter que les résultats de ce test restent un secret du personnel et la personne concernée reste ignorante de son statut sérologique. Il n'y a pas de counselling (pré et post) et ce résultat est clairement consigné dans le registre de laboratoire au regard du nom du donneur.

Aucun service de santé de reproduction n'est organisé et la **prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** est inexistante. Seules des séances de CPN générale sont organisés au centre de santé pour les femmes enceintes. Seulement 40% des femmes enceintes accouchent à la maternité où elles sont le plus souvent aidées par les matrones. Il n'y a pas d'école de formation des infirmières dans la contrée : « *je suis une infirmière autoformée* ». Le terme « *autoformé* » a été systématiquement cité comme réponse auprès des prestataires des soins interrogés sur leur cursus scolaire.

En 2006, environ 45 césariennes ont été pratiquées dans le seul service du Centre de Santé de Référence. Les assistantes oeuvrant dans les services ont accès à des moyens de protection (gants, tabliers, bonnets) et des kits d'accouchement (ciseaux, désinfectant), tandis que les accoucheuses traditionnelles à domicile qui font le plus gros du travail (60% des accouchements) n'ont ni moyens de protection ni kit d'accouchement.



La prévalence des **IST** est élevée à Mitwaba. Le traitement des IST est syndromique et gratuit. Le partenaire sexuel est aussi soigné dans le cas où il est accessible. Il n'existe **aucun programme spécifique pour le VIH**, aucun matériel écrit ou visuel sur le VIH, sauf au centre de santé MSF de Kasungeshi, à 47 Km de Mitwaba où une boîte à images montre le port du condom masculin. CARITAS-Développement propose des programmes destinés aux jeunes avec des projections sporadiques de films thématiques.



Les **préservatifs** ne sont disponibles que dans deux centres de santé MSF et au bénéfice des seules personnes ayant consulté pour IST : 6 à 9 pièces de condoms masculins font partie du kit de traitement.

La promotion et distribution des préservatifs, l'information et l'éducation pour le changement de comportement, l'éducation scolaire à la santé sexuelle et reproductive, les programmes pour les professionnelles du sexe, **les programmes/services pour les homosexuels, les services de conseil et de test VIH sont inexistants**. Au sein de la population autochtone, le mot Sida semble ne pas être étranger, mais sa connaissance se limite à :

Une personne très maigre et qui va mourir dans les jours prochains.
C'est ça le Sida.

V. Traitement, soins et soutien

Aucun traitement n'est fourni à Mitwaba. Le centre le plus proche où les ARV sont disponibles est localisé à Likasi, à 346 Km sur une route qui est dans un état de délabrement très avancé. Selon les médecins, les PVV ne sont pas informées de leur état sérologique, vu qu'il n'y a aucun moyen pour la suite de leur prise en charge.

Parmi les infections opportunistes, seul la tuberculose bénéficie d'un programme structuré de lutte grâce au partenariat de la Fondation Damien, de BCZS et de MSF Belgique.

Les soins à domicile, le conseil et support psycho-social, ainsi que les soins de base pour les personnes vivant avec le VIH et les ménages affectés sont inexistants.

VI. Suivi et évaluation

Seul le programme de lutte contre la tuberculose fait l'objet d'un programme de suivi. Le SIDA ou le VIH à stade avancé est déclaré sur le formulaire de morbidité dans le rapport mensuel des structures de soins.

Il n'existe aucune surveillance comportementale du VIH, aucune surveillance sentinelle du VIH et aucun test syphilis dans les services prénataux.



VII. Coordination

La zone de santé de Mitwaba est le prototype de parent pauvre, **incapable de tenir la coordination** du fait d'une certaine frustration : il n'a pas de bâtiments et fonctionne dans une pièce de 3 mètres sur 4 mètres dans un bâtiment en pisé couvert de paille comme toiture. Les organes de gestion ne sont pas fonctionnels : pas de conseil d'administration, pas de comité de gestion.

En période de crise humanitaire active avec déplacement massif des populations environnantes sur Mitwaba, OCHA a été l'agence autour de laquelle tous les autres acteurs se retrouvaient. L'UNICEF avait pris la relève mais depuis le départ de son agent, il n'y a plus de réunions de coordination. Ainsi les acteurs sur le terrain, notamment les ONG internationales (ACF, MSF, CVT, CICR) et locales (CARITAS Congo, ASADHO, ACP) et les agences du SNU (FNUAP, PAM), travaillent chacun en vase clos, poursuivant des objectifs qui ne sont pas partagés avec les autres.

La paroisse catholique jouerait un rôle rassembleur par laquelle les données de surveillance épidémiologique des maladies sont transmises à une certaine hiérarchie. C'est aussi ses vieux bâtiments qui donnent hospitalité au MCZ et au personnel des ONG.



F. Facteurs de vulnérabilité et de risque liés au VIH

DEPLACEMENT, VULNERABILITE ET RISQUE

Les violences militaires, miliciennes et inter- et intra- ethniques ont été **les causes principales des déplacements des populations**, de villages entiers et même de villes dans les sites visités de la RDC. En 2002, presque toute la ville de Bunia s'était réfugiée dans la brousse, dans d'autres villes ou villages ou encore **dans les pays voisins**. Aujourd'hui encore, les déplacements se renouvellent et le retour est entravé par l'occupation des terres par d'autres villageois, par des activités miliciennes incessantes, par les FARDC et **par la destruction de l'infrastructure éducative et sanitaire**. Selon les estimations d'OCHA de mars 2007, le Nord Kivu héberge le plus grand nombre de déplacés internes tandis que le Katanga¹¹ accueille la majorité des retournés dans l'est du pays.

Ce déplacement massif combiné avec la perte des terres et des biens ont entraîné **l'appauvrissement total** des populations. A Bunia, pratiquement tous les répondants avaient été victimes du pillage lors de leur déplacement.

Les maisons sont détôlées, les bétails sont emportés et mangés, les produits de champs sont brûlés ou encore vendus. Les militaires vont cueillir [le manioc] dans nos champs [...] et ils le vendent au marché.

Hommes déplacés (Bunia)

Les déplacés ont des choix de survie limités. Les répondants de tous les sites vivent au jour le jour, la destruction du système agricole par la guerre rendant le travail difficile à trouver. **Le chômage ainsi que l'insécurité et la peur d'être recruté par les milices sont les causes de la migration des jeunes du Nord Kivu vers l'Ouganda**. En Ituri également, « *en 2000, à Getty, il y avait 23 000 bétails. A ce jour, il n'en reste plus que 100* » selon un déplacé. Aucun migrant n'a pu être interrogé à Bunia, mais une informatrice-clé signale que cette destruction du système agricole a provoqué un nouveau phénomène de migration et a aussi renforcé le commerce des produits ougandais. **La migration pourrait augmenter la vulnérabilité et le risque** de ces déplacés de guerre au VIH surtout s'ils se rendent dans un pays hôte sans leur famille pour de longues durées et entretiennent des relations sexuelles avec des professionnelles du sexe.

Dans le Nord Kivu où la majorité des déplacés seraient des femmes et des enfants, on souligne l'augmentation de la charge de travail de ces groupes pour survivre et la diminution de la qualité et de la quantité de leur alimentation. **Pour s'assurer une meilleure sécurité financière et bénéficier d'une protection, certaines femmes déplacées se donnent aux militaires FARDC et Onusiens**. L'accroissement du nombre de partenaires sexuels et le mouvement vers des hommes à risque, aggravent le risque d'exposition et d'infection au VIH de ces femmes.

Chez les hommes déplacés, l'appauvrissement pourrait être un facteur qui réduit leur risque sexuel. Ceux du Nord Kivu confirment que comme ils ne vivent plus avec leurs épouses et n'ont plus de moyens pour fréquenter les professionnelles du sexe, leur activité sexuelle a diminué. En effet, selon ces hommes, la séparation du couple est un phénomène important, aggravé par le décès, la dislocation et l'enlèvement des femmes par des militaires ou des miliciens.

¹¹ OCHA (2007) IDPs and returnees in the eastern provinces as of March 2007

La deuxième guerre d'agression en Ituri c'est le Sida, et la troisième c'est le fait de récupérer nos femmes des mains des riches plus forts.

Hommes déplacés de guerre (Bunia)

La lutte pour la survie oblige également les enfants victimes de guerre à abandonner leurs études pour travailler et les familles appauvries à marier précocement leurs filles. Un lycée de filles à Bunia, qui comptait 650 élèves lors de sa fermeture en mai 2003, n'a pu récupérer que 114 sept mois plus tard. Aujourd'hui, il compte encore plus 450 élèves. **Selon plusieurs enseignants, les orphelins, les enfants déplacés, les enfants de familles démunies par les pillages successifs et les enfants vivant maintenant dans la rue sont parmi les enfants vulnérables qui, suite à la guerre, n'ont plus la possibilité de continuer les études.** La destruction de nombreuses écoles et l'interruption intempestive des cours dans le Nord Kivu et dans les villages en Ituri ont également contribué à l'interruption des études.



Beaucoup sont obligés de subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs frères et soeurs qui étudient, et parfois même de leurs

Je travaille depuis que j'ai 9 ans car ma grand-mère qui me garde depuis le décès de ma mère n'est pas en mesure de subvenir à mes besoins. Je loue un vélo et fais le transport sur Kasungeshi. L'aller-retour me prend une semaine et le gain maximum de 500 francs congolais (1\$) on se le partage avec le propriétaire du vélo.
Orphelin de guerre, 18 ans (Mitwaba)

parents. Les enfants de Mitwaba transportent des marchandises à vélo en provenance de Kasungeshi, cité située à 57 Km de Mitwaba. **A Bunia, la guerre a contribué à un accroissement des enfants des rues** qui prétendent travailler au marché pour récolter entre 300 et 500 francs congolais (0,7-1\$) par jour, tandis que d'autres répondants affirment que ces enfants volent. Beaucoup d'enfants ont

perdu leurs familles pendant la guerre, mais ont trouvé des enfants de rue qui ont une famille. Un déplacé éduque quatre de ses sept enfants tandis que les trois autres (dont deux garçons âgés de 8 et 10 ans) travaillent. *« S'ils ne rentrent pas, je n'ai pas d'inquiétude parce qu'il n'y a pas de place pour eux. Nous sommes quatre à cinq familles à partager une chambre dans la cité universitaire [abandonnée] »* dit-il. Avant de devenir un déplacé interne, il était éleveur et agriculteur et pouvait scolariser tous ses enfants. De nombreux parents ont perdu leur autorité avec ce renversement de rôles. Un père déplacé s'interroge : *« Comment est-ce que je peux gronder mon enfant quand c'est lui qui me nourrit ? »* D'autres, accablés par leurs souffrances, ne peuvent plus se préoccuper de leurs enfants.

Les structures protectrices en faveur des enfants, qu'elles soient familiales, psychologiques ou éducatives, ont été démantelées par la guerre. De plus, l'encadrement dans les sites était soit inexistant, soit insuffisant pour répondre aux besoins. Des fois, il était aussi touché par le conflit. L'orphelinat de Bunia qui a pris en charge cinq fois plus d'enfants depuis la guerre, avait subi un pillage important. *« Des fois, on n'a même pas de lait. On ne donne que de l'eau sucrée »*, exprime une des sœurs. **Le manque d'encadrement pour ces enfants, la perte ou la séparation des parents, la destitution et l'interruption des études constituent des**

J'étais chez moi avec papa, maman et ma petite soeur, quand j'ai vu papa sortir par la fenêtre. J'ai vu les Lendus arriver avec des machettes et j'ai couru. Je suis parti à l'aéroport, où il y avait un camp de personnes déplacées. Ce n'était pas bien. Il faisait froid; il y avait plein de moustiques. Je passais la nuit à la belle étoile et je tirais les manches de mon polo pour dormir. Je suis parti dans la rue. Plus tard, j'ai appris que maman et ma soeur étaient mortes.
Garçon des rues, 13 ans (Bunia)

facteurs de vulnérabilité qui peuvent les placer dans des situations à risque du VIH sous forme d'exploitation sexuelle, comme l'affirment plusieurs témoignages.

SCOLARITE

La fille est [devenue] une marchandise.
J'ai une amie. Sa mère l'a chassée de chez elle car elle ne voulait plus faire la prostitution. Elle est partie habiter avec des amies. Elle a un enfant de 5 ans. Avant [la guerre], elle étudiait avec moi.

Une lycéenne (Bunia)

Seulement une partie des enfants ont pu poursuivre leurs études, mais avec un retard de quelques années. L'accès aux études est souvent considéré comme un outil de protection vis-à-vis du VIH grâce aux connaissances acquises et parce que cela implique que ces enfants sont dans un environnement sain, où la parité est renforcée.

Dans les quelques écoles encore fonctionnelles de Mitwaba, les enfants étudient assis au sol. Selon des lycéennes à Bunia, les filles ne font plus l'objet de discrimination sexuelle. Elles estiment que le recrutement des femmes dans les ONG, qui sont apparues avec la guerre, incite les parents à éduquer leurs filles. Même les filles mères, qui auparavant ne pouvaient pas continuer leurs études une fois tombées enceintes, peuvent maintenant s'inscrire dans les écoles privées, où la collation mensuelle est de \$6,5, soit deux fois plus qu'une école publique. Certains attribuent ce relâchement de la part des autorités scolaires aux séquelles de la guerre qui ont conservé un cadre moins stricte : « *Pendant la guerre, rappelle un enseignant, il n'y avait pas moyen de sanctionner les élèves miliciens. On était parmi les loups.* » Mais la plupart explique que ce foisonnement récent des écoles privées implique que « *l'école, c'est le commerce* », où payer ses études suppose une liberté d'audience. Quelques ONG facilitent aussi l'accès des enfants aux écoles existantes, notamment l'UNICEF et sa campagne 'toutes les filles à l'école'. Dans le Sud Kivu, les ONG ciblent les enfants déplacés.



A Mitwaba cependant, l'arrivée des ONG qui recrutent au sein de l'école leur personnel enseignant local capable de répondre au minimum de critères - savoir lire et écrire - a forcé la fermeture de l'école pendant deux ans. Comme conséquence, les enseignants sont aujourd'hui non seulement sous-qualifiés, mais aussi instables, et les jeunes filles et garçons de 14 à 18 ans, encore au degré inférieur des études secondaires, déclarent ne pas savoir lire! De plus, l'unique école secondaire de la place n'a délivré aucun diplôme d'Etat pendant les cinq dernières années.

Toutefois, la scolarité n'empêcherait pas le comportement sexuel précoce chez les élèves. A Bunia, l'activité sexuelle chez les filles scolarisées qui débutait vers 12 ans avant la guerre, commencerait maintenant à 8 ans, selon plusieurs informateurs, avec des garçons du secondaire. Une guérisseuse note: « *avant la guerre, les jeunes filles avaient honte d'être des prostituées¹² et d'avoir des relations sexuelles. Maintenant, la honte disparaît et l'activité sexuelle augmente.* » Des jeunes femmes confirment : « *Avant, les filles ne parlaient pas aux garçons même en 4ème secondaire. Même voir une fille marcher avec un garçon, c'était rare.* »

¹² Le terme 'prostituées' est transcrit littéralement selon les paroles de la guérisseuse.

Selon des garçons âgés entre 16 et 18 ans, ils peuvent mettre leurs mains sur les cuisses de leur voisine ou même sur ses seins en classe, dans leur lycée public. C'est aujourd'hui « *une honte pour un jeune de 16 ans d'être vierge* » et la grossesse au lycée est devenue une banalité à laquelle on ne réagit pratiquement plus. **Ces jeunes, ainsi que plusieurs autres répondants cibles et clés, accusent leur propre déplacement vers des zones urbaines¹³ en RDC et en Ouganda, où ils furent introduits à de nouveaux comportements sexuels précoces, avec des partenaires multiples.** Selon eux, leur retour, accompagné de l'arrivée des médias et de l'internet, a urbanisé Bunia et cette éducation diffuse a supplanté toutes les autres formes d'éducation. Cependant, ils dénoncent aussi l'affaiblissement de l'autorité parentale et éducationnelle, la pauvreté et la présence d'enfants plus âgés en classe à cause du redoublement, autant de facteurs qui auraient contribué à ce phénomène de dévergondage.

A Bunia, il est fort possible que le déplacement en masse a bousculé les mœurs, et le système scolaire est mal adapté aux besoins des enfants. Les enseignants, qui trouvent les sujets de sexualité et d'IST difficiles à aborder, soulignent **le besoin de formation et de supports éducatifs.**

SERVICES SANITAIRES

Tout comme pour le système scolaire, la qualité des soins a été fortement affectée par la guerre. Les difficultés d'approvisionnements liés à l'insécurité et le pillage par les militaires ont dépourvu quelques centres de santé à Goma de leur stock de médicaments. Le système sanitaire d'Uvira a lui aussi souffert du non recyclage du personnel, de manque d'équipements et d'interruptions régulières de fourniture de médicaments essentiels, y compris ceux nécessaires pour le traitement des infections opportunistes. Même le système de suivi des IST a été suspendu. A Bunia, les ethnies, qui se trouvaient en majorité dans les structures sanitaires et les ONG humanitaires, contrôlaient l'accès des ethnies ennemies aux soins. Une femme fut obligée de se déplacer à Beni, au Nord Kivu, pour se faire soigner après un viol.

L'appauvrissement avait accentué l'affaiblissement du traitement des infections opportunistes d'Uvira pendant la guerre, et même aujourd'hui, cette population ne peut pas se permettre d'utiliser les services sanitaires régulièrement. Chez les femmes, l'arrivée des hommes en uniforme est un remède éventuel : une PVV de Bunia non déplacée a partagé qu'elle a été obligée de se tourner vers un staff de la MONUC pour payer d'abord ses frais d'études, que ses parents pillés ne pouvaient plus assumer, et ensuite ses ARV.

La détérioration des services sanitaires réduit l'accès aux traitements, y compris les traitements des IST qui diminueraient le risque d'infection au VIH, et accroît la vulnérabilité de ceux qui se déplacent à la recherche des soins. Par ailleurs, la pauvreté peut créer une dépendance financière sur les hommes en armes, un groupe à risque.

CONNAISSANCES SUR LE VIH

Les répondants, déplacés et non déplacés, avaient pour la plupart des connaissances du VIH qui se limitaient aux notions élémentaire (modes de

¹³ Presque toute la population de Bunia a fui pendant la guerre. La majorité des répondants, cibles et clés, avaient vécu un déplacement. «*Je ne pouvais faire 30 mètres sans voir ni apercevoir quelqu'un*», dit un garçon des rues non déplacé.

contaminations sexuelles), et à la prévention par la fidélité. A Mitwaba, le mieux informé des participants d'un groupe de discussion explique que pour se protéger : « *il faut abandonner les femmes* ». Certains n'avaient jamais vu le préservatif, notamment à Mitwaba où il n'est pas disponible. Quelques filles mères de Bunia, toutes des retournées, ignoraient toujours comment prévenir une grossesse. Dans les sites où les activités de sensibilisation étaient déjà limitées, comme dans ces deux villes, l'impact de la guerre sur le développement des interventions est difficile à estimer.

La guerre a néanmoins permis le rassemblement de quelques groupes et facilité leur sensibilisation. C'était pendant que certaines lycéennes de Bunia séjournaient dans leur ville hôte de Beni qu'elles ont été informées sur les procédures à suivre après un viol. Grâce aux séances d'informations organisées par des ONG, notamment le CICR et MSF Belgique, en vue de la démobilisation, les ex-combattants démobilisés du groupe de l'ex-chef Mai Mai Gédéon vivant dans les camps à Makanda étaient mieux informés que les populations hôtes aux alentours de Mitwaba. A noter qu'au cours de ces séances, quelques jeunes répondants de Mitwaba ont eu l'occasion de voir un préservatif pour la première fois. Malgré cela, les ex-combattants avaient très peu de connaissances sur les moyens de prévention du VIH et ne savaient pas où trouver des services éventuels.

Cependant, la guerre a éliminé certaines sources d'informations, tels que la radio ou l'école. Les jeunes du Nord Kivu ont confirmé que la radio et l'école, ainsi que les campagnes de sensibilisation, constituaient leurs principales sources d'information sur le sida, alors que les films pornographiques étaient leur source d'apprentissage de l'acte sexuel. Avec la guerre, les études ont été arrêtés temporairement ou définitivement, et les films pornographiques, selon plusieurs sources à Bunia, se sont multipliés à cause du désespoir des femmes, du marché florissant d'hommes en armes et de la participation de ces hommes à la réalisation des films. Les femmes déplacées dans le Nord Kivu n'avaient plus d'informations depuis qu'elles avaient perdu leurs radios lorsqu'elles ont abandonné leur lieu de résidence.

Il est vraisemblable que la guerre ait eu un effet sur les moyens de sensibilisation concernant le VIH, en accroissant la vulnérabilité des victimes. Mais en même temps, le regroupement des populations vulnérables ou à risque facilite les campagnes de prévention du VIH.

RISQUE SEXUEL

Même parmi les répondants informés, **l'utilisation du préservatif** n'est pas systématique. A Uvira, le contenu du lubrifiant est utilisé comme cirage à chaussures. Certains prétendent que le préservatif contient le Sida ou qu'il pourrait glisser dans l'utérus, ce qui nécessiterait une opération. Les hommes se lamentent de la diminution du plaisir et répètent que « *l'on ne mange pas le bonbon dans le sachet* », alors que les femmes cessent de l'utiliser une fois qu'elles se sont habituées à leur partenaire, ou n'insistent pas de crainte d'être accusées de prostitution. « *La fille qui propose un préservatif à son partenaire est considérée comme une pute*¹⁴ le sens péjoratif », disent

Je compte 19 partenaires sexuels hommes qui ont refusé d'utiliser le préservatifs lors de nos relations sexuelles bien que j'ai insisté sur mon état sérologique.

Parfois ce refus s'accompagne de violences ou de chantage. Et quand je leur dit « je vous protège, » ils prennent prétexte pour me rétorquer en ces termes : Si tu étais réellement séropositive tu ne pourrais pas le déclarer comme tu le fais. C'est bien la preuve que tu ne l'es pas.

Une PVV

¹⁴ Le terme 'pute' est transcrit littéralement suivant les paroles des jeunes de Bunia.

les jeunes de Bunia. La banalisation du VIH notée dans le Nord Kivu et à Bunia et la dépendance financière sur le partenaire les incitent d'autant plus au rejet du préservatif. Les victimes de violence sexuelles n'ont pas ce choix.

Les viols à très grande échelle ont débuté pendant la guerre pour tous les sites. Les viols ont été perpétrés par les hommes en uniforme de diverses origines, et les civils des clans ethniques opposés, qui se sont attaqués à toutes les filles et les femmes, qu'elles soient seules, mariées ou veuves. Ces troupes rebelles et étrangères et auteurs de viols, se sont succédées à Mitwaba depuis 1998. Lors d'un recensement conduit par MSF et le BCZS en octobre/novembre 2006, 726 cas de viol ont été dénombrés. A Bunia, les victimes les plus jeunes auraient eu 3 mois, les plus âgées, 72 ans. Une répondante de 47 ans avait été violée à deux reprises, une fois par 17 hommes dont un garçon d'environ 12 ans. Deux soeurs de 13 et 15 ans respectivement furent violées par deux militaires pendant une semaine de captivité, avant qu'elles n'aient pu s'enfuir. A Goma, une mère décrit que sa fille avait été violée par les miliciens quand elle n'avait que deux ans. Selon les répondants de Bunia, aujourd'hui, le viol n'est plus confiné aux combattants. Les rues deviennent déjà dangereuses vers 17 heures et personne ne viendrait en aide à une personne attaquée.

Pendant le conflit, la victime ne pouvait dénoncer son agresseur de peur des représailles allant jusqu'à la mort. Aujourd'hui encore, malgré la mise en place du tribunal de guerre à Bunia, peu de femmes portent plainte à cause de l'ignorance des droits, des procédures légales, du manque de soutien familial et communautaire, de la pauvreté, de la menace d'une peine légère d'un an de prison (selon les lycéennes) et des possibilités de vengeance.

Ces viols qui ont un lien direct avec la guerre, sont des facteurs de risque importants dans la transmission du VIH. Cependant, les victimes de viol interviewées n'avaient pas toutes été informées de l'existence des kits PEP et des services de CDV. De plus, beaucoup de répondantes femmes ne savaient pas où se diriger après un viol. Mais les filles informées expliquent la réticence des jeunes filles violées de parler d'un incident « *honteux* » avec leurs parents d'abord, une étape nécessaire, selon elles, pour accéder aux soins.

Les IST constituent un problème important dans tous les sites, et à Bunia, plusieurs informateurs clés ont remarqué une augmentation depuis la guerre¹⁵. Les patients d'une guérisseuse traditionnelle pour IST sont : soldats de la MONUC, commerçants et chercheurs d'or, parmi les hommes, et élèves, étudiantes, professionnelles du sexe, femmes mariées et femmes enceintes parmi les femmes. Les plus jeunes sont des garçons de 12 ans et des filles de 11 ans. A Uvira, les IST sont particulièrement fréquentes parmi les militaires et les déplacés, ainsi que les jeunes, les pêcheurs et les professionnels de sexe.

En Ituri, **la guerre a aggravé certains facteurs qui contribuent à l'augmentation du risque y compris la non utilisation du préservatif, tels que l'abus de l'alcool, du chanvre et d'autres drogues locales traditionnelles.** Selon des répondants clés et cibles, les drogues utilisées par les milices pendant la guerre se sont propagées dans la population locale, et surtout parmi les jeunes scolarisés et non scolarisés. Les enquêteurs ont aussi observé des enfants des rues se droguant à la vapeur d'essence. A Goma, selon les représentants de la police nationale congolaise, la

¹⁵ Les données avant la guerre ne sont pas disponibles, mais les données récentes (MSF) montrent une prévalence élevée de 13,9% de syphilis parmi les donneurs de sang.

consommation d'alcool qui les conduit au sexe fait partie des principaux loisirs des policiers qui vivent dans de mauvaises conditions de vie. Le problème de consommation abusive d'alcool indigène observé au Nord Kivu dans les aires de santé Sake, Bweremana et Matande, serait, d'après les policiers, lié au désespoir d'une population confrontée aux conflits armés à répétition et à toutes leurs conséquences. Mais selon le personnel de santé, ce problème serait un aspect culturel. La consommation du chanvre existe, mais ne constitue pas de problème alarmant pour les policiers.

A Mitwaba, l'alcool ressort comme un élément important pour surmonter la peur par rapport au partenaire. « *Nous prenons aussi de ces boissons fortes pour avoir des sensations et pour ne pas être frustrées devant les garçons. Il faut être claire quand on est en présence des garçons* » témoigne une fille dans un groupe de discussion. Ce serait donc la sollicitation accrue de la part des hommes en armes qui pourrait contribuer à la consommation de boissons alcoolisées.

Le traumatisme aussi, selon un conseiller à Bunia, incite un comportement sexuel à risque pour se venger ou à cause d'une perte d'envie de vivre: « *Le Sida n'est qu'une manifestation. La racine, le plus souvent, c'est le traumatisme : on se livre à la drogue et à la prostitution pour essayer de précipiter la fin de ses jours.* » Une professionnelle de sexe confirme : « *Ils disent on s'en fout, on ne voit pas l'avenir.* »

Dans tous les sites, **le séjour des effectifs d'ONG, de la MONUC et de l'armée, tous sans leur famille, a créé un marché de sexe pour les femmes.** A Mitwaba, les migrants et les troupes zimbabwéennes présentes pendant trois ans de suite et auxquelles s'ajoutent à la MONUC et aux FARDC. Des femmes de tout âge se sont installées autour des campements onusiens de Bunia, tandis que d'autres les retrouvent dans les bars. Les plus pauvres acceptent juste du pain et de la confiture pour une relation sexuelle, alors qu'une professionnelle de sexe établie dit gagner tout au plus \$100 par relation sexuelle.

Les professionnelles du sexe rencontrées à Mitwaba étaient des déplacées de guerre, forcées dans la vente des services sexuels par le pillage et la perte de revenus. Une mère (divorcée avant de se déplacer), s'est livrée au commerce du sexe après son déplacement vers Kasungeshi pour subvenir aux besoins de ses deux enfants, en plus de vendre la braise dans le village de Mitwaba et poursuivre son activité de ménagère. Elle a perdu ses biens ainsi que des membres de sa famille pendant la guerre. Elle reçoit ses clients à profession mobile, notamment les militaires et les commerçants, dans sa case. Ses connaissances sur le VIH sont infimes et, de toute manière, elle n'aurait pas assez d'argent pour se procurer de préservatifs même s'ils étaient disponibles dans cette région.

A Goma également, les professionnelles de sexe confient qu'elles ont été poussées par la misère et la perte des parents pendant la guerre. Les jeunes sont devenues plus nombreuses et on y trouve maintenant des filles de 10 ans. Les vieilles femmes sont aussi présentes. Les clients de tout âge, mais principalement des commerçants et des chauffeurs, paient moins qu'auparavant, soit 1 à 1,5\$ US par



rapport sexuel. Les professionnelles du sexe ont en moyenne cinq clients par semaine qu'elles rencontrent dans des hôtels ou des chambres dans les maisons de passe qu'elles louent à 2\$ US par mois. Malgré l'absence de sensibilisation visant ces professionnelles du sexe, elles disent exiger le préservatif à des clients réticents. Le coût à l'unité varie de 12,5 francs (2\$) à Kiwandja (Rutshuru) à 100 francs à Kirotshe. Cependant, les services préventifs de diagnostic et de traitement des IST ainsi que le CDV n'existent pas. L'âge aux premiers rapports sexuels est de 10 ans.

Les professionnelles du sexe de Bunia ont en moyenne entre 16 et 18 ans et les plus jeunes 10 ans, selon des informateurs clés. Une professionnelle du sexe de 25 ans, bien établie, explique qu'elle a en moyenne trois clients par semaine mais que les nouveaux clients sont fréquents. Ce sont souvent des militaires et les policiers.

Le risque d'exposition au VIH chez les professionnelles du sexe est aggravé par la guerre : La demande est forte et l'offre suit., les clients proviennent de professions mobiles. Par ailleurs, ces professionnelles du sexe ont des connaissances insuffisantes en ce qui concerne le VIH et ne savent pas comment utiliser le préservatif, s'il est disponible.

Selon plusieurs informateurs à Bunia, dont un conseiller CDV, depuis la guerre, **les jeunes hommes appauvris et séparés de leurs familles se donnent aussi à une commercialisation d'activités sexuelles avec des femmes âgées, riches et seules.** Aucun homosexuel, y compris les professionnels du sexe homme, n'a été mentionné ou rencontré.

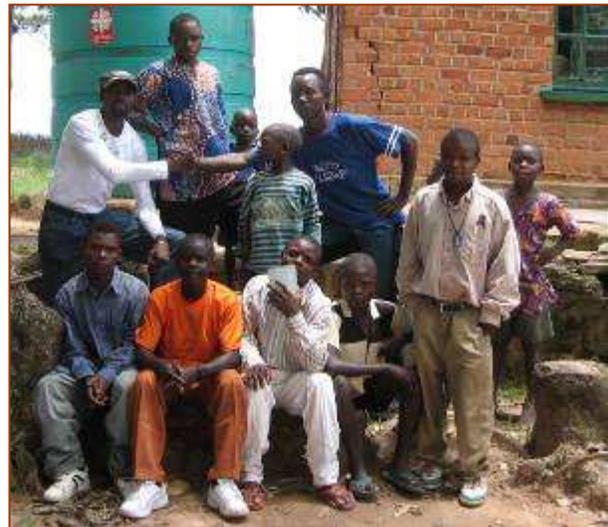
Cependant, toutes les femmes interviewées se livrant à une transaction du sexe ne se disent pas forcément professionnelles du sexe. A Bunia, la plupart des femmes déplacées rencontrées avaient eu plusieurs partenaires qui les soutenaient financièrement, mais elles pouvaient aussi n'en avoir qu'un seul pour une longue durée (qui est souvent déjà marié). Mais, comme le constate une veuve de la guerre, déplacée avec 6 enfants (dont le mari a été découpé en morceaux), « *C'est seulement à cause des besoins. Il n'y a pas d'amour* ». Elle dépend de son partenaire militaire marié pour le logement dans une maison délabrée, et admet qu'elle pourrait se retrouver sans domicile à tout moment. Même chez les familles pillées, la pauvreté peut entraîner un comportement à risque sans le déplacement. A part les déplacées et les femmes victimes du pillage, les orphelines, les veuves, les femmes séparées de leur mari par force ou par choix, les mères de famille ou les filles aidant leurs parents sont aussi parmi les populations vulnérables au commerce sexuel.

En même temps, **l'accroissement du matérialisme** constitue un autre facteur qui place les femmes et les filles face au risque du VIH. Les filles mères rencontrées dans le Nord Kivu, le sont devenues parce que les parents n'arrivaient pas à subvenir à leurs besoins de savon, sous-vêtement, ou crème de beauté. Les filles mères de Bunia, des déplacées, insistent qu'aujourd'hui, ce sont leurs partenaires qui satisfont à leurs besoins d'embellissement, tandis que leurs parents s'occupent des besoins vitaux comme la nourriture et les frais de scolarité. Ces filles mères confient qu'elles ont en moyenne quatre partenaires, dont un lycéen et trois hommes de tout âge et statut civil, mais ayant des moyens financiers pour leur faire des cadeaux de \$1 à \$30. « *Rester avec un copain, c'est être pauvre* », disent-elles. Elles avouent qu'avant la guerre, elles n'auraient eu qu'un partenaire au plus. Selon la majorité des répondants à Bunia, c'est le retour massif des déplacés qui aurait répandu ce matérialisme, tandis que dans les autres sites, l'arrivée des hommes en armes leur offre la possibilité de satisfaire leurs désirs matériels.

A Mitwaba, mis à part l'accroissement de l'activité sexuelle et du nombre de partenaires chez les jeunes filles ayant appris à monnayer le sexe avec l'arrivée des militaires, le comportement sexuel précoce répandu est culturel, sans liens apparents avec la guerre. Les filles ont leurs premiers rapports sexuels vers 8 ans et les garçons à 11 ans. « *Nous toutes tel qu'on est ici, personne n'est vierge* », témoigne une fille de 14 ans. A l'âge de 18 ans, les filles reçoivent une « *potion anti-conceptive* » de leurs parents, suivant une tradition locale pour qu'une jeune fille encore entre les mains de ses parents ne tombe pas enceinte. De toute évidence, ce témoignage des parents de l'activité sexuelle de leurs filles est sans notions de comment les protéger contre le VIH. Aux alentours de Goma, la guerre n'a eu aucun effet apparent sur l'activité sexuelle des garçons qui débute vers 18 ans et des filles qui s'initient vers 15 ans.

La vulnérabilité et le risque d'infection au VIH des personnes déplacés et des victimes de guerres se sont aggravés surtout chez les femmes et les enfants.

Les plus démunis se livrent à des échanges sexuels pour leur propre survie, ou celle de leur famille. La présence des hommes en armes offre cette possibilité. D'autres femmes, influencées par le matérialisme, prennent part à cet échange contre des cadeaux d'embellissement, et à Bunia, les répondants lient ce matérialisme au retour massif de la population déplacée. La guerre a également rendu les jeunes forcés de migrer en Ouganda, vulnérables au VIH. Seuls les hommes déplacés, séparés de leurs femmes et sans moyens pour fréquenter les professionnelles du sexe aurait des activités sexuelles réduites.



Le lien entre la guerre et l'accroissement des relations sexuelles occasionnelles avec les partenaires multiples, la juvénalisation du commerce sexuel semble plausible pour tous les sites d'enquête.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS GENERALES

Dans les sites visités, il faut absolument améliorer sur le plan technique et structurel les interventions mises en œuvre jusqu'à présent pour combattre le VIH. Le suivi-évaluation et la coordination à tous les niveaux sont insuffisants. A Mitwaba et à Moba, pratiquement aucun programme n'est opérationnel.

De plus, les besoins des populations vulnérables et à risque se sont aggravés avec la guerre, notamment ceux des enfants, des femmes et des déplacés. Ils requièrent des interventions supplémentaires qui sont stratégiquement ciblées pour leur protection, et l'accès favorable aux programmes de prévention et de traitement du VIH et des violences sexuelles.

La lutte contre le Sida en RDC ne peut s'avérer effective et efficace que s'il y a la cessation définitive des conflits armés dans les provinces affectées et si l'on prend en compte les besoins VIH spécifiques des populations affectées par les conflits dans la réponse à mettre en place. Il s'agit de plus de la moitié du pays qui en est affectée. Elle nécessite :

⚡ La restauration de la paix et de la sécurité : gage d'une réponse efficace. La guerre ayant accru le risque et la vulnérabilité au VIH des populations affectées et détruit l'infrastructure sociocommunautaire et sanitaire de base.

⚡ La prise en compte des questions humanitaires et VIH dans le plan stratégique et différents documents de planification opérationnelle nationale.

⚡ Renforcement d'une réponse VIH participative et communautaire en paquet d'activités politiques et programmatiques de prévention et de traitement avec un appui adapté au contexte (**par exemple, avec un appui à une structure de santé, une école et une ONG à base communautaire locale dans une ou deux entités administrative dans les zones visitées**).

Les recommandations visent l'amélioration ou l'implantation des programmes pour lutter contre le VIH, ainsi que la mise en place d'une réponse complète aux besoins émergents des populations ayant souffert de la guerre.

ANNEXE

Liste de répondants

	Autorités et informateurs clés	Répondants du groupe cible	Groupes de discussion
BUNIA	<ul style="list-style-type: none"> • Commissaire du district de l'Ituri • PNMLS • 5 Médecins • 6 Infirmières • 1 Conseiller/enseignant • Officier de la police • Officier de l'armée • Comité de liaisons (CL) • Forum Sida (FOSI) • ONG Basadi • Ligue anti Sida • COOPI • 2 Orphelinats • 1 Guérisseuse traditionnelle • Pasteur/enseignant • Hôpital Bon Marché (MSF) • Hôpital général de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnelle du sexe • Veuves déplacées • PVV • Orphelins • Enfants des rues déplacés • Victimes de violences sexuelles • Etudiants 	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes déplacées • Hommes déplacés (2 groupes) • Lycéens • Lycéennes • Filles mères • Enseignants
GOMA	<ul style="list-style-type: none"> • PNLS • PNMLS • 6 médecins • IPS • Hôpital général de référence Poste admin. Kiroshu • Administrateur du territoire de Rutshuru • Gouvernorat du Nord Kivu • Médecins du Monde • CARE • ONG Amavesa • ONG Femisa • Action Aid • ONG Colfhadema 	<ul style="list-style-type: none"> • Hommes déplacés • Professionnelles du sexe • Veuves • Victimes de viols • Etudiants • policiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes déplacées • Elèves filles • Fille mères • Veuves • Jeunes filles mères non scolarisées • Lycéens • Policiers/militaires

MOBA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur de territoire adjoint • 3 Médecins • Administrateur des hôpitaux • ONG APADEMO • ONG CAPERDI • ONG COLUSMO • ONG COOPI • ONG REDD • Guérisseurs traditionnels • 2 Enseignants • 1 Pasteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnelles de sexe • Victimes de violences sexuelles • Orphelins • Déplacés internes • Retournés de l'étranger • Etudiants et élèves • Creuseurs d'or (Mineurs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elèves filles et garçons • Etudiants • Pêcheurs • Filles mères • Creuseurs d'or (Mineurs)
UVIRA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur du territoire d'Uvira • 2 Médecins chefs des Zones • 1 Médecin du FOSA/MSF • Police locale • FARDC • UNICEF (NRC), PAM • MSF Belgique (1 médecin et 4 infirmiers) • ONG internationale AMI • ONG locale FF+ • CARITAS • Directeur de l'école primaire • Enseignants et enseignantes • CICR 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants démobilisés • Professionnels du sexe • Pêcheurs • Jeunes filles mères • Jeunes veuves • Anciens miliciens • Enfant travailleur • Femmes VVS • Rapatriés • Soldats 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes filles (14 – 18 ans) scolarisées et non scolarisées • Jeunes garçons • Adultes hommes • Femmes du village • Prostituées • Jeunes orphelins

MITWABA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur du territoire de Mitwaba • Médecin chef de la zone • Police locale • FARDC • MONUC • UNICEF (NRC), PAM • MSF Belgique • Action contre la faim (ACF) • Centre pour victimes de la torture (CVT) • CICR • Action contre la pauvreté • CARITAS • ASADHO • Abbé stagiaire • Pasteur • Directeur de l'école primaire • Enseignants et enseignantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants démobilisés • Professionnels du sexe • Tradi-praticien • Jeunes filles mères • Jeunes veuves • Anciens miliciens • Enfant travailleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes filles (14 – 18 ans) scolarisées et non scolarisées • Jeunes garçons • Adultes hommes • Femmes du village
----------------	--	---	---

Les Equipes d'enquêteurs

DOCUMENT DE BASE

1. Repères historiques de la République démocratique du Congo¹⁶

- 1997: Naissance de l'Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo (AFDL) dirigée par Laurent-Désiré Kabila à l'est du pays, et appuyée par l'Ouganda et le Rwanda. Déclaration de guerre au pouvoir central de Kinshasa.
- Le 17 mai 1997, le président Mobutu Sese Seko est renversé.
- Kabila rebaptise le pays République démocratique du Congo (RDC) et cherche à limiter l'influence de l'Ouganda et du Rwanda en RDC.
- Le Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD) l'accuse de tribalisme et forme un groupe armé, composé de réfugiés Tutsis et de soldats congolais démobilisés, soutenu militairement par l'Ouganda et le Rwanda.
- Kabila est soutenu militairement par l'Angola, le Zimbabwe et la Namibie.
- D'autres mouvements rebelles naissent, comme le Mouvement de Libération du Congo (MLC) dirigé par Jean-Pierre Bemba et soutenu par l'Ouganda.
- Deux ans après l'arrivée de Kabila au pouvoir, plusieurs provinces sont sous le contrôle de l'Ouganda et du Rwanda.
- 1999: cessez-le-feu signé à Lusaka, qui conduit les cinq forces étrangères à retirer leurs troupes.
- Janvier 2001: le président Laurent Désiré Kabila est assassiné et son fils Joseph Kabila est désigné chef de l'Etat.
- 2003: accord de cessez-le-feu de Lusaka complété par l'Accord Global et Inclusif à Sun City (Afrique du Sud) met en place une période de transition sous la direction du chef de l'Etat Joseph Kabila, aboutissant par des élections générales.
- L'Ouganda retire ses troupes de Bunia, mais maintient des soldats dans d'autres poches de combats en Ituri et entretient des liens étroits avec plusieurs groupes armés, leur fournissant des armes.
- Le Rwanda cherche à maintenir son contrôle sur le Nord Kivu en s'appuyant sur les forces de défense et des bataillons loyaux au Rwanda.
- Des combats sporadiques mais réguliers se poursuivent et se concentrent sur l'est (Ituri, Nord et Sud Kivu, Katanga), zone où sont installés de nombreux groupes rebelles étrangers (essentiellement ougandais, rwandais et burundais ainsi que des milices tribales congolaises).
- La plupart des combats sont déclenchés par des "bandits" qui volent et menacent la population civile. Celle-ci se cache après la tombée de la nuit ou fuit vers les centres urbains.
- 2006: élections présidentielles, parlementaires et locales.

2. Les effets du conflit

Décès

- c. plus de 4 millions de morts, suite aux violences, aux maladies, à la malnutrition et à l'absence de services après la guerre¹⁷.

¹⁶ La MONUC (1999-2006) Contexte.

<<http://www.monuc.org/News.aspx?newsID=11582&menuOpened=Profil%20RDC>>

¹⁷ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

- Les séquelles des conflits en RDC sont responsables d'au moins 1 000 décès par jour¹⁸

Personnes déplacées et réfugiés

- c. 1,66 millions de personnes déplacées (essentiellement des femmes, des adolescents et des enfants)¹⁹
- Plus de 40 000 fuient leur foyer chaque mois
- Difficultés d'estimations: la plupart des gens sont dispersés sur le territoire et vivent non pas dans les camps, mais avec des familles d'accueil.
- Dans le Nord Kivu et en Ituri, les déplacements s'effectuent souvent sur des courtes distances (de 5 à 80 kilomètres), et pour des périodes multiples très courtes.
- c. 1,66 millions de personnes sont récemment retournées chez elles²⁰
- 46 000 réfugiés rentrés d'exil²¹

Enfants²²

- c. 33 000 enfants associés aux forces et aux groupes armés (c. 15 000 ont été libérés; 30-40% sont des filles)
- 50% des écoles ont été détruites (pourcentage plus élevé dans les Kivus et l'Ituri)
 - 50% des enfants congolais vont à l'école; la priorité est donnée aux garçons.

Violence sexuelle²³

- Les victimes de violence sexuelle sont souvent stigmatisées, rejetées par leurs familles et trop pauvres pour chercher un traitement.
- Les taux de violence sexuelle sont alarmants.

Economie²⁴

- L'impact des conflits a été considérable, dans un contexte de crise économique sévère durant les années 90.
- Cependant, reprise de la croissance économique depuis 2002 grâce au rétablissement de la sécurité après la réunification du pays. Les activités économiques redémarrent dans les secteurs du commerce, transport, construction et agriculture. Certains secteurs de l'industrie connaissent une très forte demande de produits (agro-industrie, matériaux de construction). Renaissance du secteur minier à partir d'un niveau d'activités très faible),

3. Situation épidémiologique du VIH/SIDA

¹⁸ La MONUC (1999-2006) Contexte: Points clés.

<<http://www.monuc.org/News.aspx?newsID=11582&menuOpened=Profil%20RDC>>

¹⁹ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

²⁰ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

²¹ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

²² Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

²³ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

²⁴ Annex 2: Supporting high, shared and sustainable growth. Joint background note for the multi-donor Country Assistance Framework.

Prévalence nationale²⁵: 4%

Rapport femmes/hommes²⁶: 1,6 en 1991 et 1,02 en 1998

Tranches d'âge les plus touchées²⁷: 20 à 29 ans chez les femmes; 30 à 39 ans chez les hommes

Mode de contamination²⁸: transmission sexuelle (87%); transmission mère enfant (8%); voie parentérale (5%)

Nombre de nouvelles infections²⁹: 155 500

Nombre de PVV³⁰: 1 190 000

Décès dus au SIDA (0-49 ans)³¹: 99 360

Orphelins³²: 930 000

Besoins en ARV enfants (0-14 ans)³³: 36 460

Besoins en ARV adultes (15-49 ans)³⁴: 158 940

²⁵ Ministère de la Santé/PNLS, Le point sur la situation du VIH/SIDA en RDC: Estimations et projections de l'épidémie et des besoins en traitement antiretroviraux. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

²⁶ Plan stratégique national de lutte contre le SIDA et les MST (1999-2001)

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Ministère de la Santé/PNLS, Le point sur la situation du VIH/SIDA en RDC: Estimations et projections de l'épidémie et des besoins en traitement antiretroviraux. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

³⁰ *Ibid.*

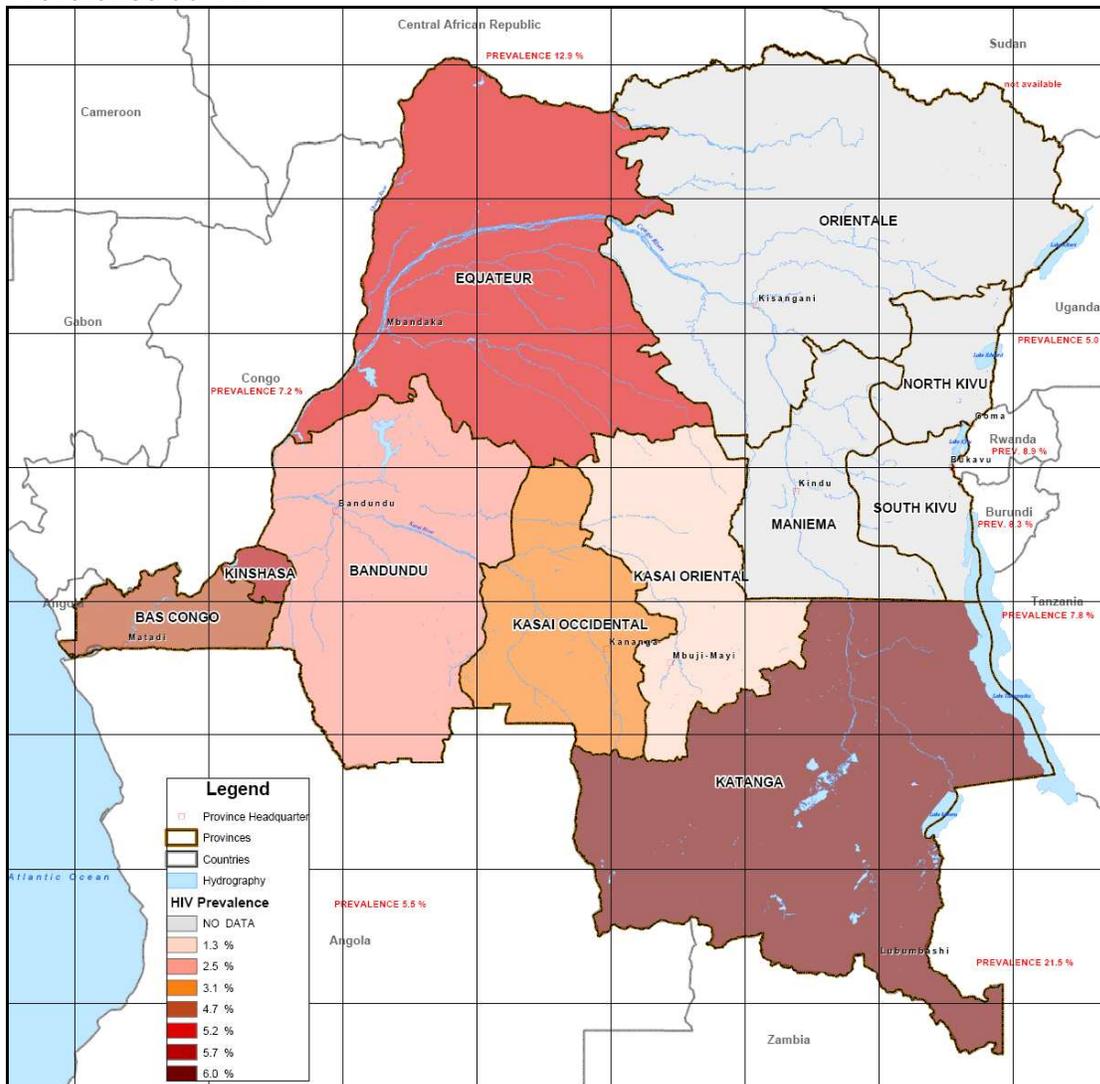
³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

Prévalence du VIH³⁵



Prévalence du VIH dans les groupes particuliers ou à risque

Professionnelles du sexe³⁶: 16,9%

Camionneurs³⁷: 3,3%

Mineurs³⁸: 2,4%

Donneurs de sang³⁹: 2,6%

Femmes ayant subi des violences sexuelles⁴⁰: 20%

Jeunes (14-19 ans)⁴¹: 3,6%

³⁵ MONUC: Cartes. <<http://www.monuc.org/downloads/Prevalence%20Du%20VIH.pdf>>

³⁶ Ministère de la Santé/PNLS, Enquête de surveillance des comportements et de séroprévalence en République démocratique du Congo, Rapport de synthèse, août 2005. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Ministère de la Santé/PNLS. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

⁴⁰ Situation actuelle du VIH en RDC. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

Prévalence chez les femmes enceintes ⁴²	VIH	Syphilis
Dans la capitale	3,8%	0,9%
Autres milieux urbains	5,2%	3,2%
Milieu rural	4,1%	5,8%
Ensemble	4,6%	4%
Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH, nés de mères séropositives: 25%⁴³		

Le nombre de cas de SIDA est sous-évalué à cause des éléments suivants:

- insuffisance des possibilités de diagnostic ainsi que des difficultés de communication et de transport
- longue période d'incubation (~7 ans) qui fait que les cas de SIDA déclarés actuellement sont le résultat d'une infection acquise il y a 5 à 10 ans

4. Profil des populations à risque

	Jeunes (15-24 ans)	Jeunes femmes (15-24 ans)	Jeunes hommes (15-24 ans)	Camionneurs	Mineurs	Militaires	Prof. du sexe
Connaissant les 3 principaux modes de prévention et rejetant les idées fausses sur la transmission du VIH ⁴⁴	2% ⁴⁵			11%	7%	21%	11%
Ayant eu un rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant au cours des 12 derniers mois ⁴⁶	68,5% (vivant dans les ménages)	70,1% (vivant dans les ménages)	67,4% (vivant dans les ménages)	37,3%	55,5%	26,6%	

⁴¹ United Nations Country Assistance Framework (2006) Concept paper on HIV/AIDS (draft)

⁴² Ministère de la Santé/PNLS, Rapport du passage de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN, mars 2006. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

⁴³ PNMLS, Rapport de mise en oeuvre de la déclaration d'engagement des chefs d'Etat et de gouvernement pour la lutte contre le VIH/SIDA en RDC, UNGASS 2005. PNMLS, décembre 2005. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005, juin 2006.

⁴⁴ Enquêtes de surveillance des comportements et de séroprévalence en République démocratique du Congo, Bulletin d'information, 2005.

⁴⁵ PNMLS, Rapport de mise en oeuvre de la déclaration d'engagement des chefs d'Etat et de gouvernement pour la lutte contre le VIH/SIDA en RDC, UNGASS 2005. PNMLS, décembre 2005.

⁴⁶ Ministère de la Santé/PNLS, Enquêtes de surveillance des comportements et de séroprévalence en République démocratique du Congo, Rapport de synthèse, août 2005.

Ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes ayant rapporté de tels rapports sexuels) ⁴⁷	20,8%	16,5%	23,7%				71,8% (avec leur plus récent client)
Ayant déclaré plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes sexuellement actives) ⁴⁸	44,1% (ménages) 76,7% (rue)	26,2% (ménages) 81,1% (rue)	57,3% (ménages) 75,1% (rue)	52,3%	55%	32,9%	
Ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ⁴⁹	18%	12%	24%				

5. Conseil et dépistage volontaire (CDV)⁵⁰:

- Nombre de centres CDV dans le pays: 213
 - 135 centres CDV hospitaliers
 - 78 centres CDV communautaires
- Nombre de personnes ayant été conseillées: 172 197
- Nombre de personnes ayant été testées: 158 835
- Nombre de personnes ayant retiré leurs résultats (connaissant leurs statut sérologique): 149 305

6. Personnes vivant avec le VIH

- Recevant une association d'antiretroviraux⁵¹ : 9 096
- Ayant besoin d'une association d'antiretroviraux⁵² : 195 400

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Ministère de la Santé/PNLS dans le Rapport National sur l'épidémie à VIH 2005.

⁵¹ Ministère de la Santé/PNLS

⁵² Ministère de la Santé/PNLS, Le point sur la situation du VIH/SIDA en RDC: estimations et projections de l'épidémie et des besoins en traitement antirétroviraux

- Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu une série complète de prophylaxie antirétrovirale (suivant le protocole du RDC) pour réduire le risque de TME: 1,33%⁵³
- Nombre estimé de femmes enceintes séropositives⁵⁴ : 130 120
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu la Nevirapine⁵⁵: 1 725
- Nombre de nouveaux nés de mères séropositives ayant reçu la Nevirapine⁵⁶: 1258

7. Stigmatisation, discrimination et inégalité entre les sexes⁵⁷

- Absence de loi antidiscriminatoire
- Absence de protection des femmes contre le viol et la violence
- Non-respect du devoir des PVV de ne pas contaminer les autres
- Faible niveau de connaissances sur les aspects éthiques et juridiques
- Prépondérance des coutumes, de pratiques et de traditions néfastes à l'épanouissement de la femme qui favorisent la propagation du VIH/SIDA
- Très peu d'actions coordonnées et systématiques sont prises en faveur des orphelins et d'autres enfants vulnérables (OEV) ; moins de 1% de ces OEV reçoivent les soins et le soutien nécessaires

8. Etat de santé des populations affectées par les conflits

Selon une étude de Médecins Sans Frontières⁵⁸ :

De 2004 au début 2005	Violence militaire			Troubles civiles	
	Lubutu (Nord Kivu)	Bunkeya (Katanga)	Kilwa (Katanga)	Basanku	Inongo
Familles victimes de violence	72%	19%	38%	38%	23%
Familles déplacées	76%	27%	43%	8%	4%
Pas d'accès aux soins de santé	67%	46%	45%	47%	51%
Raisons	Coût (85%)	Coût (50%)	Coût (59%)	Coût (53%)	Coût (35%) Transport (40%)
Raisons du manque d'accès aux médicaments	Coût (94%) Absence (36%)	Coût (64%)	-	Coût (35%) Absence (66%)	Coût (49%) Absence (50%)

⁵³ Rapport National sur l'épidémie à VIH 2005.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Ministère de la Santé/PNLS

⁵⁶ Ministère de la Santé/PNLS

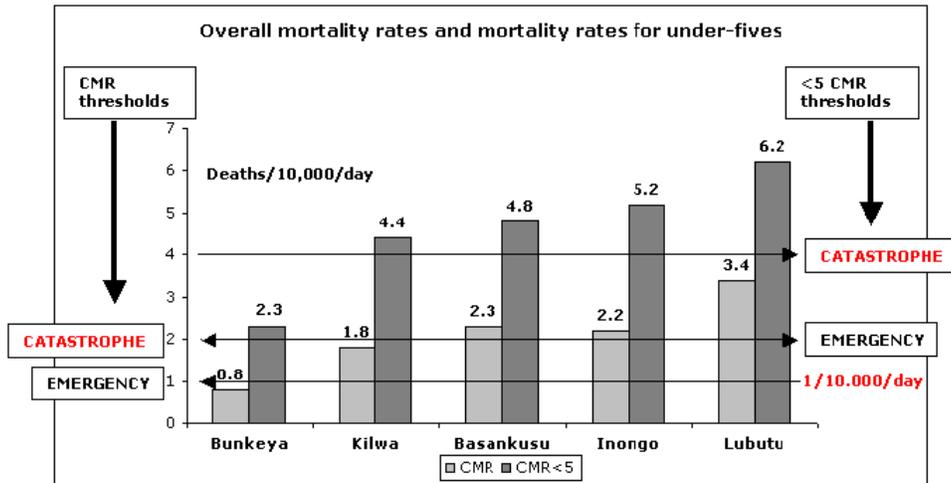
⁵⁷ Feuille de route pour l'accélération vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH/SIDA d'ici 2010 en République Démocratique Congo. Janvier 2006.

⁵⁸ MSF (2005) Access to healthcare, mortality and violence in Democratic Republic of the Congo. Belgium: MSF.

Taux de mortalité

- Plus élevé chez les familles victimes de violence.
- Peut être attribué aux maladies infectieuses (paludisme, diarrhée, infections respiratoires), à la malnutrition, ainsi qu'à la violence.

Taux de mortalité chez les moins de 5 ans



Deaths – décès ; emergency - urgence

9. Stratégie

Les problèmes principaux pour les 5 ans à venir:

- Féminisation et juvénilisation accrues du VIH/SIDA
- Accès limité au traitement du VIH/SIDA
- Inefficacité des programmes de prévention
- Fragilité, stigmatisation et discrimination des PVV ou affectées par le VIH
- Manque de vision stratégique et de coordination
- Insuffisance de financement national des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et manque d'harmonisation quant à l'utilisation des ressources disponibles.

Actions prioritaires:

- Accélérer et améliorer les mesures de prévention du VIH/SIDA
- Faciliter l'accès aux soins et au traitement de qualité (y compris au traitement antirétroviral)
- Favoriser l'intégration des PVV et de leurs familles
- Définir et mettre en oeuvre une seule stratégie pour renforcer les mesures de coordination, améliorer le système national de suivi/évaluation et mobiliser les fonds.

10. Données par localité

Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes

Province	Localité	Groupes		N	% VIH	% RPR (Syphilis actif)
		Cibles				
Kinshasa	- Maternité Kingasani	Femmes enceintes		491	3	
	- Maternité Binza Ozone	Femmes enceintes		480	2,7	---
	- Boyambi	Femmes enceintes		383	6,2	
Bas-Congo	- Matadi (Kinkanda)	Femmes enceintes		311		
Province- Orientale	- Bunia	Femmes enceintes		333	6	24 (RPR)
	- Nyankunde	Femmes enceintes		275	2,5	---
	- HGR Kisangani	408		4,4	---	
Equateur	- HGR Mbandaka	Femmes enceintes		436	2,3	6,7 (RPR)
Katanga	- Lubumbashi (Hôp. Sendwe)	Femmes enceintes		460	4,8	
Kasai- Oriental	- Mbuji-Mayi (CS Christ-Roi)	Femmes enceintes		484	3,9	---
Kasai - Occidental	Demba Milieu rural	Femmes enceintes		251	1,3	---
Bandundu	HGR/Kikwit	Femmes enceintes		400	4,7	---

Nombre de cas de SIDA rapporté entre 1986 et 1998 en RDC

Année	PROVINCES											Total annuel	Total cumulé
	KIN	BC	BDD	EQ	P.O	NKV	SKV	MA N	KAT	KO R	KOC		
1986	401	23				8	8					440	440
1987	1549	357				52	25			5		1988	2428
1988	2510	793				99	95		106	4		4566	6994
1989	4163	765	270	76	19	150	35		34	24	73	5609	12603
1990	1483	421	446	50	30	86	150	34	739	169	308	3916	16519
1991	2200	208	462	3	228	22	119	14	906	198	122	4482	21001
1992	110	209	469	28	59		29		100		161	2070	23071
1993	1750	109	584	53			253		132	40	98	4215	27286
1994	43		309	935							420	1707	28993
1995	1622		233	263						234	228	4689	33682

										3			
1996	2062		205	218					184	171 3	777	5159	38841
1997	2332	31	123	98		474		39	104 5	118	698	4948	43789
1998	1453	6	117	306		70			631	693	167	3503	47292
TOTAL	2167 8	292 2	327 8	202 0	336	961	714	87	693 7	530 7	3052	47292	
%	45,8 %	6,2 %	6,9 %	4,3 %	0,7 %	2%	1,5 %	0,2 %	14,7 %	11,2 %	6,5%	100%	

Plans d'action régionaux⁵⁹

Ituri

Situation d'urgence aiguë, avec besoins massifs dans les zones de réfugiés qui cherchent à reconstituer leurs moyens d'existence.

- Sauver la vie de 267 000 personnes nouvellement déplacées, notamment par des programmes d'intervention rapide et des négociations visant à obtenir l'accès de 170.000 personnes retournées dans les zones d'insécurité.
- Protection immédiate des populations vulnérables exposées à la violence continue (avec un accent particulier sur les femmes et les filles).

Province Orientale

Epidémies, présence humanitaire limitée, isolement

- Fourniture des moyens d'intervention d'urgence pour lutter contre les épidémies, notamment la peste, le choléra, la méningite, la variole simienne, l'onchocercose et la maladie du sommeil
- Remise en état des routes principales d'accès afin de réduire les effets négatifs de l'isolement des collectivités et faciliter l'action humanitaire

Nord Kivu

Personnes déplacées, personnes retournées récemment et communautés d'accueil ayant des besoins urgents et persistants, restrictions permanentes à l'accès humanitaire.

- Améliorer l'accès humanitaire à quelques 800 000 personnes déplacées internes/retournées tout en mettant en place des mécanismes de protection pour réduire la violence, notamment la violence sexuelle.
- Prévenir l'insécurité alimentaire qui frappe 500 000 déplacés internes et 300 000 personnes retournées récemment qui se déplacent constamment et qui ont difficilement accès aux terres, aux semences et aux outils pour leur cultures.

Sud Kivu

Violence continue qui provoque des déplacements ; niveau élevé de violence sexuelle associé au retour des réfugiés

⁵⁹ Plan d'action 2006 pour la République démocratique du Congo

- Protection de la population civile contre la violence, en cherchant à atteindre les personnes inaccessibles tout en améliorant les mesures de protection immédiate pour les femmes et les filles exposées aux risques de violence sexuelle
- Fourniture d'une aide au retour spontané, dans la sécurité et la dignité de 456.000 personnes qui reviennent chez eux et d'environ 55.000 réfugiés congolais qui rentrent dans les pays voisins, tout en leur assurant un environnement stable pour qu'ils puissent retrouver leurs moyens d'existence.

Katanga

Déplacements continus dus au manque de sécurité, source de malnutrition et d'insécurité alimentaire.

- La vie des populations nouvellement déplacées, surtout dans le triangle Manono-Mitwaba-Pweto est gravement menacée. Il faut mobiliser des mécanismes de réponse rapide (RRM) pour résoudre cette situation tout en apportant une protection renforcée à la population civile contre la violence et les mauvais traitements.
- Face à l'insécurité alimentaire chronique, il faut prévoir une fourniture ciblée d'intrants, une formation agricole ainsi que d'avantage de programmes nutritionnels dans les zones de déplacement.



MISSION INTER-AGENCE VIH SIDA ET PERSONNES DEPLACEES EN RDC

EQUIPE POUR BUNIA

Noms	Organisation
Sara Dang	UNHCR
Robert ANUNU	UNHCR
Dr Compaore Issaka	OMS
Mpoyi wa Mpoyi	PAM
Félicité KOKO	UNHCR
Mme KONDE	Association des femmes
Michel MBUYU	PNMLS
Patrick BAYIGA	

EQUIPE POUR GOMA

Noms	Organisation
Dr YIWEZA	UNHCR
Dieudonné Aimee Mwad	SWAA
Alphonse Matondo	UNFPA
Luc Kanyimbu	PNMLS
Christian Siboko	PNLS

EQUIPE POUR UVIRA-BARAKA

Noms	Organisation
Marcel Kabila	UNAIDS
Dede Watchimba	PNMLS
Eky Koy	PNMLS
Eugenie	UNICEF
Dr Elodie	UNHCR
Masumbuko	
Dr Diallo	UNHCR
Abdoullaye	

EQUIPE POUR MOBA,

Noms	Organisation
Berthe Mande	PAM
Damien Ndahanwa	OCHA
Paul Thierry Kalonga	HCDC

EQUIPE POUR MITWABA

Noms	Organisation
Jean Mathieu	UNICEF
Jean-Claude Muenda	UNIFEM
Edgar Mwamba	OIM
Duvert Kilembe	OIT