



**RAPPORT DE L'EVALUATION DU PROJET DE PREVENTION
COMMUNAUTAIRE DU VIH A WALUNGU CENTRE.**

PRESENTE PAR :

**Justin SHERIA NFUNDIKO et Vindicien MURHABAZI TCHUBAKA
Consultants**

Septembre 2013

Acronymes.

CAP : Connaissance, Attitude et Pratiques
CDV : Centre de Conseil et Dépistage volontaire
CIP : Centre d'information pour la paix.
EDS : Enquête démographique et de santé.
FAO : Fonds des Nations Unies pour l'alimentation.
FSKI : Fonds Social du Kivu
HGR : Hôpital général de référence
IST : Infection Sexuellement Transmissible
NC : Nouveaux cas
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
PNMLS : Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA
PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement.
PSN : Plan Stratégique National de lutte contre le sida
PTME : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'immunodéficience humaine.
RDC : République Démocratique du Congo
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population.
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Nos remerciements s'adressent d'abord à l'unité de Croissance Inclusive et développement Durable du PNUD qui, à travers Gilbert AHO, Team Leader de cette Unité a compris les besoins du Pays en général et de la communauté de Walungu en particulier en renforcement de la prévention communautaire du VIH.

Il a aussi retenu la nécessité de réaliser l'évaluation de ce projet afin d'apprécier les progrès des résultats obtenus et a ainsi mis à notre disposition des moyens financiers et logistiques pour rendre effective cette étude.

Notre gratitude va ensuite au Chef de Bureau Terrain du PNUD Sud-Kivu pour avoir facilité la réalisation de cette étude.

Nous exprimons notre reconnaissance à l'endroit d'Adele Marie LIBAM, Coordinatrice de l'Unité Croissance Inclusive et Développement Durable au Bureau Terrain du PNUD Sud-Kivu, de Kasigondo NTABE, Expert en relèvement et développement communautaire de la même unité et de Erick NGOIE, Chargé du VIH à l'Unité Croissance Inclusive et Développement Durable du PNUD Kinshasa pour leurs conseils techniques et toutes les facilités apportées dans la réalisation de cette étude.

Nous tenons à remercier les Coordonnateurs provinciaux du PNMLS et du PNLS ainsi que le Médecin Chef de zone de santé de Walungu pour leur implication dans la mise en œuvre de cette évaluation.

Nous adressons, à cette occasion, nos félicitations au personnel de terrain pour l'enquête (Superviseur, enquêteurs), au personnel de traitement des données (Superviseur et encodeurs).

Leur engagement et leur sérieux dans l'accomplissement de leurs tâches ont contribué efficacement au succès de cette évaluation.

Nous disons grand merci aux autorités politico administratives et coutumières locales et aux populations qui ont accueilli les enquêteurs en acceptant de répondre aux questions posées.

L'équipe des consultants,
Justin SHERIA NFUNDIKO
Vindicien MURHABAZI TCHUBAKA

Liste des tableaux et des graphiques.

Liste des tableaux.

- Tableau I. Répartition des enquêtés selon l'âge.
- Tableau II. Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil.
- Tableau III. Répartition des sujets enquêtés selon le sexe
- Tableau IV : Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction.
- Tableau V. Répartition des sujets enquêtés selon la religion.
- Tableau VI. Répartition des enquêtés selon leurs occupations.
- Tableau VII : Sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins 2.
- Tableau VIII : Répartition par âge des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.
- Tableau IX. Répartition par sexe des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.
- Tableau X : Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.
- Tableau XI. Répartition des sujets enquêtés ayant connaissance du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Tableau XII. Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.
- Tableau XIII. Sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif
- Tableau XIV. Sujets enquêtés qui connaissent ou pas que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un de moyen de prévention du VIH et des IST
- Tableau XV. Enquêtés connaissant ou non les lieux d'approvisionnement en préservatifs.
- Tableau XVI. Réponses à la question de savoir si il y a disponibilité des préservatifs aux points de distribution.
- Tableau XVII : Réponses des enquêtés sur l'utilisation ou non des préservatifs lors des rapports sexuels.
- Tableau XVIII. Répartition par sexe des sujets ayant déclaré avoir utilisé les préservatifs.
- Tableau XIX. Sujets enquêtés qui connaissent ou non la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.
- Tableau XX. Enquêtés qui connaissent ou non les inconvénients des rapports sexuels précoces.
- Tableau XXI. Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.
- Tableau XXII : Réponses des enquêtés à la question de savoir si on peut être infecté du VIH sans le savoir.
- Tableau XXIII. Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH.
- Tableau XXIV. Enquêtés connaissant ou non une personne vivant avec le VIH dans la communauté.

Tableau XXV. Répartition des sujets de notre étude qui connaissent ou pas les signes et symptômes de l'infection à VIH

Tableau XXVI. La femme peut-elle exiger l'utilisation du préservatif à son mari ?

Tableau XXVII. Réponses sur les droits de la femme.

Tableau XXIX. Réponse à la question de savoir si l'homme a le droit de battre sa femme.

Tableau XXX. Réponses à la question de savoir s'il est légitime pour une femme de refuser les rapports sexuels à son mari.

Tableau XXXI: Comparaison des résultats de l'enquête sur le genre et le VIH organisée à Walungu en 2011 et les résultats de l'évaluation du Projet communautaire de prévention du VIH organisée en septembre 2013.

Liste des graphiques.

Graphique I. Répartition des enquêtés selon l'âge.

Graphique II. Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil.

Graphique III. Répartition des sujets enquêtés selon le sexe

Graphique IV : Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction.

Graphique V. Répartition des sujets enquêtés selon la religion.

Graphique VI. Répartition des enquêtés selon leurs occupations.

Graphique VII : Sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins 2.

Graphique VIII : Répartition par âge des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Graphique IX. Répartition par sexe des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Graphique X : Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Graphique XI. Répartition des sujets enquêtés ayant connaissance du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Graphique XII. Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.

Graphique XIII. Sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif

Graphique XIV. Sujets enquêtés qui connaissent ou pas que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un de moyen de prévention du VIH et des IST

Graphique XV. Enquêtés connaissant ou non les lieux d'approvisionnement en préservatifs.

Graphique XVI. Réponses à la question de savoir si il y a disponibilité des préservatifs aux points de distribution.

Graphique XVII : Réponses des enquêtés sur l'utilisation ou non des préservatifs lors des rapports sexuels.

Graphique XVIII. Répartition par sexe des sujets ayant déclaré avoir utilisé les préservatifs.

Graphique XIX. Sujets enquêtés qui connaissent ou non la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.

Graphique XX. Enquêtés qui connaissent ou non les inconvénients des rapports sexuels précoces.

Graphique XXI. Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.

Graphique XXII : Réponses des enquêtés à la question de savoir si on peut être infecté du VIH sans le savoir.

Graphique XXIII. Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH.

Graphique XXIV. Enquêtés connaissant ou non une personne vivant avec le VIH dans la communauté.

Graphique XXV. Répartition des sujets de notre étude qui connaissent ou pas les signes et symptômes de l'infection à VIH

Graphique XXVI. La femme peut-elle exiger l'utilisation du préservatif à son mari ?

Graphique XXVII. Réponses sur les droits de la femme.

Graphique XXIX. Réponse à la question de savoir si l'homme a le droit de battre sa femme.

Graphique XXX. Réponses à la question de savoir s'il est légitime pour une femme de refuser les rapports sexuels à son mari

Graphique XXXI : Données de sujets conseillés, testés et qui ont retiré les résultats pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012

Graphique XXXII. Sujets testés VIH+ dans le CDV de l'Hôpital Général de référence FSKI Walungu pour la période de 2009, 2010, 2011 et 2012.

Graphique XXXIII. Prévalence du VIH au CDV de l'hôpital général de référence FSKI Walungu pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012.

Graphique XXXIV. Nouveaux cas des femmes enceintes conseillées et testées du VIH au cours des années 2009, 2010, 2011 et 2012

Graphique XXXV. Femmes enceintes séropositives au VIH.

Graphique XXXVI. Prévalence du VIH dans le service de PTME HGR FSKI Walungu pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012.

Graphique XXXVII. Résultats de la PTME pour l'année 2009.

Graphique XXXVIII. Résultats de la PTME pour l'année 2010.

Graphique XXXIX. Résultats de la PTME pour l'année 2011.

Graphique XL. Résultats de la PTME pour l'année 2012.

Graphique XLI. Fréquentation de cas des IST à l'hôpital pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012.

Graphique XLII. Incidence des IST au niveau de l'hôpital général de référence FSKi Walungu.

Graphique XLIII. Evolution du nombre des PVVIH sous traitement ARV de 2009 à 2013.

Résumé exécutif.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement à travers l'unité de Croissance inclusive et de développement durable a organisé cette étude afin d'apprécier les progrès réalisés à la fin du projet en déterminant le niveau atteint par les indicateurs du projet.

La présente étude a poursuivi les objectifs spécifiques suivants :

- Décrire l'état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques d'un échantillon représentatif des bénéficiaires directs du projet et leurs proches sur :
 - les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'infection à VIH (modes de transmission du VIH et mesures de prévention du VIH)
 - l'utilisation des services de prévention et traitement du VIH/ sida
 - les comportements sexuels
 - les rapports de genre / les droits des femmes
 - les rapports avec les PVVIH (stigmatisation/ discrimination)
- Comparer les données actuelles à celles de la ligne de base par rapport à ces questions pour vérifier l'atteinte des indicateurs du projet.
- collecter les avis des membres de la communauté impliqués dans le projet sur l'approche Parcours et sa mise en œuvre.
- fournir des orientations pour le PNUD et les programmes nationaux par rapport aux choix stratégiques à faire en conséquence sur le prochain projet Parcours (activités prioritaires).

Le processus d'évaluation s'est déroulé en 4 phases :

- **Phase préparatoire :**
 - Elaboration des termes de référence de l'étude des résultats du Projet Parcours.
 - Recrutement des consultants.
 - Signature des contrats par les Consultants recrutés.
- **Phase documentaire:**
 - Analyse des documents sur l'approche Parcours et sur la mise en œuvre du Projet,
 - Elaboration du protocole de l'étude par les Consultants.
 - Détermination des indicateurs,
 - Lecture du plan de Suivi & Evaluation
 - Analyse des résultats de l'enquête de base.
 - Développement du plan de collecte des données.
- **Phase de terrain:**
 - Mise en œuvre du plan de travail pour la collecte des données,
 - Elaboration des outils de collecte des données,
 - Collecte des données dans les structures de santé et au BCZS,
 - Formation des enquêteurs,
 - Pretest du questionnaire,
 - Organisation de l'administration du questionnaire écrit et Interview,
 - Organisation des séances de focus group.

- **Phase de synthèse:**
 - Rédaction du rapport.
- **Phase de diffusion et suivi:**
 - Restitution des résultats à la communauté de Walungu,
 - Validation du rapport par le PNUD et le PNMLS,
 - Transmission du rapport final,
 - Publication du rapport par le PNUD.

Méthodologie.

Notre étude est une étude transversale descriptive.

Les groupes cibles de notre étude sont :

- Bénéficiaires des actions du projet parcours des diverses tranches d'âges et catégories socioprofessionnelles (Motards, Bouchers, Elèves du secondaires, Etudiants, Policiers, responsables spirituels et Chefs des confessions religieuses, Agent de Santé, PVVIH, Donneurs bénévoles de sang, commerçants, journalistes, administratifs, ONG locales) ;
- Personnes ayant des liens avec les bénéficiaires du projet parcours (Mère, Père, femme, mari, etc.)
- Maris travaillant dans les mines ;
- Informateurs clés (leaders des confessions religieuses, leaders communautaires, responsables politico administratives, associations féministes, les PVVIH)

Le lieu de cette étude est Walungu Centre, Chef lieu du territoire de Walungu en province du Sud-Kivu.

Les données ont été collectées par un questionnaire auto- administré anonyme et confidentiel, appuyé par l'interview avec des questions fermées.

L'enquête a ciblé les personnes ayant été formées sur l'approche parcours ou dont les membres de la famille ont pu accéder à l'information par leurs pairs.

La taille de l'échantillon est de 183.

Pour arriver à déterminer les indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettant de comprendre efficacement la situation du VIH/sida et des IST, des violences basées sur le genre et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans les sites qui ont été choisis, nous avons procédé au choix combiné des trois techniques :

- L'utilisation du questionnaire écrit : Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière du VIH et de genre a été réalisée .Un questionnaire écrit a été administré. L'enquêteur s'est entretenu avec le répondant pour recueillir les réponses aux différentes questions. L'interview : Elle a été réalisée au cours d'un porte à porte dans les ménages des personnes formées sur parcours, des membres de leurs familles et leurs proches.

- L'étude des documents : La revue documentaire a été réalisée par la collecte des données sur l'utilisation des services de prévention du VIH et de prise en charge du VIH dans les structures de prestation des services (Centres de santé et Hôpital Général de Référence de Walungu) et collecte des données au niveau du Bureau central de la zone de santé. La période de 2009 à 2012 a été considérée. Une analyse comparative des données collectées pour la période précédant la mise en œuvre de l'approche Parcours et l'après Parcours a été réalisée.

Les outils consultés sont les registres des structures de santé et les rapports d'activités.

Nous avons exploité également le rapport de l'enquête rapide sur le genre et le VIH dans la communauté de Walungu réalisé en 2011 avant la mise en œuvre de l'approche Parcours.

Le plan de suivi et évaluation des activités relatives à la mise en œuvre de l'approche parcours a été aussi utilisé dans la revue documentaire pour faciliter la compréhension des indicateurs de ce projet.

- Le focus group : L'animation de ce focus group qui est une méthode d'enquête qualitative a consisté à rassembler les petits groupes appartenant à la population d'étude afin de parler autour des thèmes précités.

Dans notre étude la méthodologie de focus group a été utilisée pour répondre aux objectifs suivants :

- Récolter les informations sur les problématiques de l'organisation de la réponse au VIH dans la communauté de Walungu.
- Collecter les opinions et les attitudes concernant la mise en œuvre du projet de prévention communautaire du VIH par l'intégration de l'approche parcours.
- Recueillir les avis des participants sur les acquis et les résultats du projet.

Pour la réalisation de cette étude, l'équipe était composée de :

- Un consultant Principal.
- Un consultant d'appui.
- Un superviseur des enquêteurs.
- Dix enquêteurs.
- Deux encodeurs des données.

Principales conclusions.

Le PNUD à travers le Programme Croissance inclusive et Développement durable en appuyant l'exécution de ce projet de prévention communautaire du VIH à Walungu a répondu à son mandat conformément à la division technique du travail de l'ONUSIDA.

Les résultats obtenus montrent le progrès par rapport aux connaissances, attitudes et comportements de groupes cibles en matière de VIH/sida et des connaissances sur les violences basées sur le genre et les droits de la femme. Ainsi, le PNUD a contribué à l'atteinte de quatre objectifs du millénaire pour le développement : OMD 3, OMD 4, OMD 5 et OMD 6.

Considérant ces aspects et eu égard aux résultats obtenus, nous pouvons affirmer que l'introduction de l'approche Stepping stones et la mise en œuvre du projet communautaire de prévention du VIH à Walungu a contribué au changement de comportement efficace des membres de la communauté.

Les leaders d'opinion et les acteurs de la communauté ont émis une appréciation de l'approche Parcours comme un processus de changement efficace.

Une amélioration a été enregistrée dans le partage des informations relatives au VIH/sida, à la réduction de la stigmatisation et discrimination liées au VIH, à la lutte les violences basées sur le genre, et à l'identification des barrières culturelles ; us et coutumes qui favoriseraient la diffusion du VIH.

Les leaders religieux doivent être sensibilisés à parler de la problématique du VIH dans leurs églises respectives. Nous estimons que ces églises, au regard de leur influence sur leurs fidèles qui sont habitants de Walungu peuvent amener ces dernières à changer des pratiques et attitudes qui les exposeraient au VIH ou alors stigmatiseraient les PVVIH.

A la lumière des améliorations constatées dans les résultats de la mise en œuvre de ce projet à Walungu nous nous proposons d'encourager le PNUD RDC à étendre ce projet de prévention communautaire du VIH par l'intégration de l'approche Parcours dans les autres communautés et territoire du Sud-Kivu voire d'autres provinces de la RDC où le PNUD intervient.

Le renforcement de la réponse communautaire dans la lutte contre le VIH/sida contribuera à l'efficacité de la réponse nationale au VIH/sida en RDC.

Ainsi, les ressources doivent être mobilisées afin que cette extension de la mise en œuvre de ce projet dans d'autres communautés soit une priorité pour le Programme Croissance inclusive et développement durable du PNUD en RDC.

Recommandations.

Au Programme des Nations Unies pour le Développement en RDC :

- Mobiliser des ressources pour l'exécution des projets conjoints avec d'autres agences telles que UNICEF, OMS, PAM, FAO, UNFPA selon la division technique du travail de l'ONUSIDA afin d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement offerts par les structures de santé et les structures communautaires. Les services de PTME méritent une attention particulière.

- Créer la mutuelle de solidarité pour les bénéficiaires directs du Projet Parcours et pour les PVVIH regroupées en association à Walungu afin de renforcer leur cohésion.
- Développer l'approche Parcours pour les jeunes au sein du Centre d'information pour la paix.
- Appuyer l'organisation trimestrielle des missions conjointes de suivi du Projet par le PNMLS, le PNLS, le Bureau central de la zone de santé de Walungu et le comité local de gestion.
- Etendre le projet de prévention communautaire du VIH par l'approche parcours dans les autres groupements du territoire de Walungu , dans d'autres territoires administratifs du Sud-Kivu et dans d'autres provinces.
- Etablir clairement les liens entre le projet d'accès à la justice et la composante VIH du Programme de Croissance inclusive et développement durable du PNUD.

Au PNMLS et au PNLS :

- Assurer le plaidoyer pour maintenir l'approvisionnement en préservatifs et organiser le circuit de distribution pour améliorer l'accès aux préservatifs pour une utilisation accrue et systématique.
- Assurer l'approvisionnement des structures de santé en intrants de dépistage du VIH pour éviter les ruptures trop fréquentes.
- Organiser le CDV mobile pour le dépistage de masse et le CDV communautaire pour améliorer l'accès aux services de dépistage.
- Former et/ou recycler les prestataires sur l'éthique et déontologie afin de garantir la confidentialité des résultats des clients et /ou des patients.
- Renforcer l'éducation et l'information des hommes sur les avantages du dépistage du VIH.
- Renforcer l'éducation et l'information sur les avantages de développer les discussions sur le VIH/sida dans les familles.
- Organiser trimestriellement les réunions de concertations entre les acteurs du Projet, les leaders communautaires et le comité de gestion pour la coordination et le suivi du projet.
- Exiger au comité local de gestion de partager les informations sur le projet avec le Bureau central de la zone de santé de Walungu.

A tous les partenaires de développement et aux leaders communautaires.

- Renforcer la sensibilisation sur le respect des droits humains.
- Eduquer et former les membres de la communauté sur l'égalité des droits et de genre.
- Veiller au respect de l'implication de la femme dans toutes les instances de la vie communautaire.
- Contribuer sensiblement à ce que le dialogue familial concerne également la problématique du VIH.

I. INTRODUCTION

Contexte et justification du Projet.

Suivant la division de travail de l'ONUSIDA, le PNUD a entre autres comme mandats d'appuyer le pays en vue de:

- a. Donner aux groupes vulnérables et populations clés (femmes, jeunes, Professionnel (le) s de sexe/PS, Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes/HSH,) les moyens de se protéger contre le VIH et les aider à avoir pleinement l'accès aux ARV ;
- b. Apporter des réponses aux besoins des femmes et filles et mettre fin aux violences sexuelles et sexistes ;
- c. Supprimer les lois, les politiques et pratiques répressives, la stigmatisation, la discrimination qui entravent l'efficacité de la riposte nationale au sida ;

Ainsi, depuis septembre 2011, la composante VIH du PNUD a lancé un projet pilote de prévention communautaire du VIH à Walungu Centre à travers « l'approche Parcours ».

Il s'agit d'un projet qui vise le changement des pratiques, attitudes et comportements à risque grâce à une méthodologie de travail basée sur des techniques participatives d'enseignement utilisées lors de séances de groupes de pairs et des séances plénières communautaires et traitant de divers sujets liés à l'épidémie du VIH, aux modes de transmission et de prévention du VIH ainsi qu'aux effets des inégalités de genre et les violences basées sur le genre.

En prévision de l'extension de l'approche et en vue d'obtenir des évidences sur les résultats réellement atteints par l'approche, le Programme a voulu réaliser une étude devant permettre d'évaluer les résultats et effets du projet en termes de changement, d'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH, les rapports de genre / les violences basées sur le genre et la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH dans le site.

Pour vérifier l'efficacité de l'approche, il a donc été prévu de réaliser une évaluation des résultats à travers une étude CAP et d'autres techniques et méthodologies complémentaires pour l'obtention des données nécessaires (focus group, entretiens porte-à-porte, etc.)

Pour réaliser cette étude, l'unité Croissance inclusive et développement durable du PNUD a recouru à l'expertise d'un consultant national en appui au Consultant principal.

Situation de l'épidémie du VIH et du sida en RDC.

- Ampleur du VIH/sida.

La prévalence de l'infection par le VIH en RDC est estimée en 2013, dans la population générale, à 1,1%¹. Chez la femme enceinte, la prévalence du VIH au plan national était estimée à 3,5%². La RDC a donc une épidémie du VIH de type généralisé. Cela est confirmé ³par la dynamique de l'infection par le VIH observée au sein de la population générale, telle que rapportée par l'étude sur les modes de transmission du VIH en RDC.

Selon les résultats de l'EDS 2007, le sex ratio de l'infection par le VIH, au plan national, était de 1,78. La prévalence du VIH atteignait 4,4% chez les femmes d'âge compris entre 40 et 44 ans et 1,8% chez les hommes d'âge compris entre 35 et 39 ans. Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente en fonction du niveau d'instruction et du niveau du bien-être socioéconomique. Elle passe de 0,6% parmi celles sans instruction à 3,2% parmi les plus instruites et de 1,2% chez les plus pauvres à 2,3% chez les plus riches. Cette information semble battre en brèche l'acception, communément répandue, qui fait de la pauvreté et du faible niveau d'instruction des facteurs clé de vulnérabilité de la femme au VIH.

Chez les jeunes d'âge compris entre 15 et 24 ans, les deux sexes confondus, la prévalence du VIH était estimée à 0,8%. Au sein de cette tranche d'âge, la prévalence estimée chez les filles (1%) était le double de celle des garçons (0,5%). Cependant, le pic de prévalence était observé chez les garçons d'âge compris entre 15 et 17 ans (2,4%).

Les résultats de l'EDS 2007 rapportaient aussi que la prévalence du VIH en milieu urbain (1,9%) était le double de celle du milieu rural (0,8%).

L'outil Spectrum a permis, en 2012, d'estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH à 390 000 (360 000 – 430 000); le nombre de décès dû au sida à 32 000 (28 000 – 36 000) et les orphelins du sida à 390 000 (350 000 – 450 000).

Concernant l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH, une étude récente menée par le PNLS et le PAM montre que 52 % des PVVIH sont dénutries.

¹ Prévalence obtenue à l'aide d'une projection réalisée avec l'outil Spectrum, utilisant les résultats de l'EDS 2007

²

³

- Les tendances évolutives de l'épidémie

Les projections effectuées à l'aide des résultats de l'EDS 2007 montraient une tendance à la décroissance de la prévalence et de l'incidence. Cela était corroboré, par l'évolution des données empiriques des jeunes femmes enceintes d'âge compris entre 15 et 24 ans (bien que ces dernières ne soient pas représentatives).

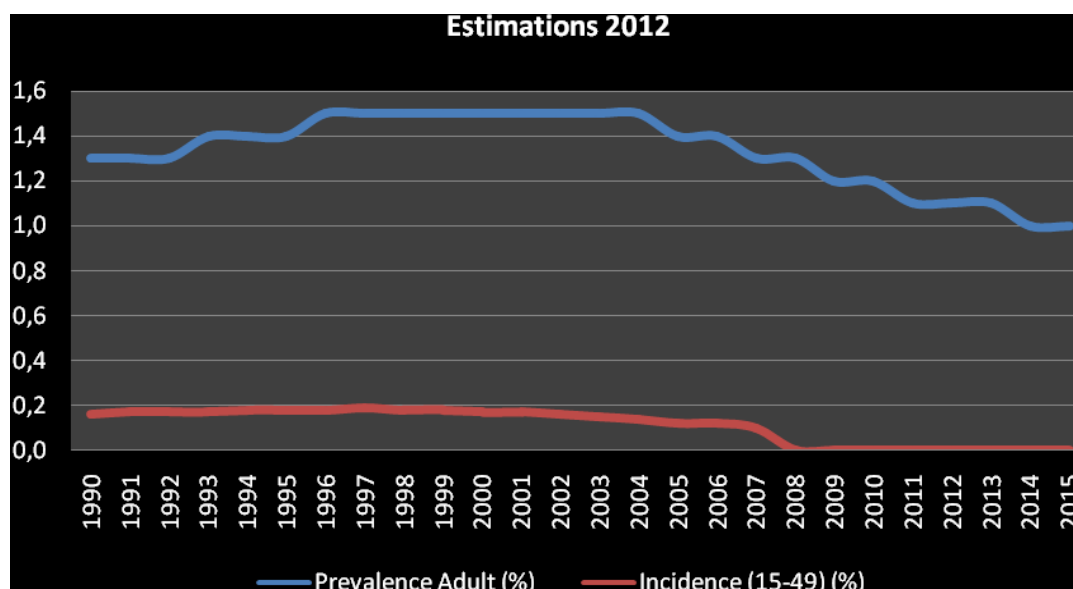


Figure 1: Courbes de modélisation de l'incidence et de la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans, de 1990 à 2015.

La comparaison de la tendance évolutive de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes d'âge compris entre 15 et 24 ans et celle, générée à l'aide de l'outil Spectrum, de la prévalence du VIH chez les jeunes, tous sexes confondus, d'âge compris entre 15 et 24 ans montrait une décroissance (quoique non statistiquement significative).

La tendance à la baisse pourrait résulter de plusieurs facteurs. D'abord le cours naturel de l'épidémie. Ensuite, la mortalité élevée du fait du sida, avant le démarrage des programmes de traitement par les ARV. Enfin, le taux élevé de la circoncision masculine estimé à plus de 90% dans la population générale en RDC.

- Où surviendront les 1000 nouvelles infections par le VIH en RDC ?

En RDC, le nombre de nouvelles infections par le VIH était estimé en 2012 à 34 169 (avec 18 803 femmes, soit 55%). Les résultats ⁴ de l'étude sur les modes de transmissions du VIH, (MoT) réalisée en 2013, ont montré que ces nouvelles infections pouvaient être distribuées dans des sous-groupes de populations considérées comme clés de la manière suivante :

⁴ Analyse des modes de transmission du VIH par sous groupes de populations en République Démocratique du Congo-RDC. PNMLS, ONUSIDA. Septembre 2013 (Résultats préliminaires)

- Couples hétérosexuels stables : 63,63%
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : 15,55%
- Clients des professionnels du sexe : 5,88%
- Personnes avec multiples partenaires sexuels occasionnels : 4,65%
- Partenaires des personnes avec multiples partenaires sexuels occasionnels : 2,43%
- Professionnels du sexe : 1,15%
- Partenaires féminins des professionnels du sexe : 0,82%

En RDC, les nouvelles infections par le VIH, en 2012, survenaient donc principalement au sein des couples hétérosexuels stables. Parmi ceux-ci, les estimations ont montré que dans 59% des couples séro-différents, c'était la femme qui était infectée par le VIH.

La distribution des nouvelles infections par le VIH par province n'est pas disponible. En revanche, les résultats de l'EDS 2007 montraient que Kinshasa et la « région » Est (comprenant les provinces Orientale, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu) avaient une prévalence du VIH de 1,9%. La « région » Centre-Sud (comprenant les provinces du Katanga, Kasai occidental, Kasai oriental) avait une prévalence du VIH de 1,2% et la « région » Ouest (comprenant les provinces du Bandundu, Bas-Congo et Equateur) une prévalence du VIH de 0,7%). Bien que ces informations ne renseignaient pas sur la dynamique évolutive de l'infection par le VIH dans ces zones, on pourrait estimer, au plan géographique, que les nouvelles infections par le VIH sont susceptibles de survenir, de façon prépondérante, dans Kinshasa, la « région » Est et la région Centre-Sud.

Cela semble être corroboré par les derniers résultats de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes. Ils montrent que la prévalence du VIH dans les sites sentinelles urbains des provinces du Katanga, Kasai occidental, Kasai oriental et Orientale est supérieure à 5%.

- Les populations clés

Les résultats de l'enquête MoT (en se fondant sur le poids représenté dans les nouvelles infections par le VIH) et ceux de la surveillance bio-comportementale du VIH de 2012 (à cause de niveau de la prévalence en leur sein), de même que d'autres enquêtes limitées ont permis d'identifier comme populations clés les sous-groupes suivants :

- Les couples hétérosexuels stables,
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH),
- Les travailleurs du sexe et leurs clients (TS) (avec des particularités provinciales telles que les « *Tumpatu* », les « Roulages »),
- Les miniers (avec dans certaines provinces des enfants appelés « Patron »),
- Les populations mobiles (avec des particularités provinciales telles que les « *Bayanda* »),
- Les personnels en uniforme

- Les populations affectées par les crises et urgences humanitaires
- Les populations carcérales
- Les personnes vivant avec le VIH

- Les déterminants de l'infection par le VIH en RDC

Les principaux déterminants ⁵de l'infection par le VIH en RDC en fonction des populations clés sont les suivants.

- Couples hétérosexuels stables
 - Faible utilisation du préservatif
 - Prévalence élevée des IST
 - Faible disponibilité des services de prévention du VIH
 - Inégalités liées au genre
- Professionnels du sexe
 - Partenaires sexuels multiples
 - Pratiques sexuelles à risque
- Populations mobiles (routiers, camionneurs, piroguiers, pêcheurs, commerçants itinérants, miniers)
 - Absence prolongée hors du foyer
 - Contacts étroits avec les professionnels de sexe
 - Faible utilisation du préservatif
 - Promiscuité sexuelle
- Personnels en uniforme (hommes et femmes)
 - Connaissance insuffisante des modes de transmission du VIH et autre IST ;
 - Faible utilisation du préservatif
 - Violences basées sur le genre
 - Partenaires sexuels multiples
- Populations en situation humanitaire
 - Violences sexuelles
 - Faible accès aux services et autres moyens de protection
- Personnes vivant avec le VIH
 - Ignorance de moyens de prévention de surinfection et du rôle moteur dans la propagation du VIH
 - Discrimination et stigmatisation dans divers milieux, notamment la santé et le monde religieux.

⁵ Plan stratégique national de lutte contre le sida 2010 – 2014. Programme National Multisectoriel de lutte contre le sida. République Démocratique du Congo. 2009.

- Population carcérale
 - Violences sexuelles
 - Pratiques sexuelles à risque
 - Faible accès aux services et autres moyens de protection

Cadre institutionnel, organisationnel et opérationnel du PNMLS

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS) est une institution publique chargée de la lutte contre le Sida en République Démocratique du Congo.

Il est placé sous la Haute Autorité du Président de la République et doté de la personnalité juridique.

Le PNMLS comprend des organes et structures de la lutte contre le Sida qui sont définis selon trois fonctions, à savoir :

- L'orientation et la décision ;
- La coordination et le suivi ;
- La mise en œuvre.

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida a donc pour mandat de :

- Elaborer la Politique et le Cadre Stratégique en matière de prévention, de prise en charge, d'atténuation de l'impact négatif et de la recherche ;
- Mobiliser de façon coordonnée les ressources internes et externes nécessaires à la lutte et veiller à son utilisation rationnelle et en assurer la répartition équitable aux différents secteurs ;
- Susciter et encadrer la participation active de l'ensemble des composantes de la société à la lutte contre la pandémie ;
- Garantir une participation effective et efficace de tous les partenaires.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.

2.1. Objectif général.

Apprécier les progrès réalisés à la fin du projet en déterminant le niveau atteint par les indicateurs du projet.

2.2. Objectifs spécifiques

La présente étude poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Décrire l'état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques d'un échantillon représentatif des bénéficiaires directs du projet et leurs proches sur :

- les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'infection à VIH (modes de transmission du VIH et mesures de prévention du VIH)
- l'utilisation des services de prévention et traitement du VIH/ sida
- les comportements sexuels
- les rapports de genre / les droits des femmes
- les rapports avec les PVVIH (stigmatisation/ discrimination)
- Comparer les données actuelles à celles de la ligne de base par rapport à ces questions pour vérifier l'atteinte des indicateurs du projet.
- collecter les avis des membres de la communauté impliqués dans le projet sur l'approche Parcours et sa mise en œuvre.
- fournir des orientations pour le PNUD et les programmes nationaux par rapport aux choix stratégiques à faire en conséquence sur le prochain projet Parcours (activités prioritaires).

III. METHODOLOGIE

3.1. Type d'étude.

Notre étude est une étude transversale descriptive.

3.2. Echantillonnage.

a. Population et lieu d'étude.

Les groupes cibles de notre étude sont :

- Bénéficiaires des actions du projet parcours des diverses tranches d'âges et catégories socioprofessionnelles (Motards, Bouchers, Elèves du secondaires, Etudiants, Policiers, responsables spirituels et Chefs des confessions religieuses, Agent de Santé, PVVIH, Donneurs bénévoles de sang, commerçants, journalistes, administratifs, ONG locales) ;
- Personnes ayant des liens avec les bénéficiaires du projet parcours (Mère, Père, femme, mari, etc.)
- Maris travaillant dans les mines ;
- Informateurs clés (leaders des confessions religieuses, leaders communautaires, responsables politico administratives, associations féministes, les PVVIH)

Le lieu de cette étude est Walungu Centre, Chef lieu du territoire de Walungu en province du Sud-Kivu.

b. Technique d'échantillonnage.

Les données ont été collectées par un questionnaire auto- administré anonyme et confidentiel, appuyé par l'interview avec des questions fermées.

L'enquête a ciblé les personnes ayant été formées sur l'approche parcours ou dont les membres de la famille ont pu accéder à l'information par leurs pairs.

Premièrement, tenant compte du fait que les bénéficiaires du projet parcours sont connus et estimé à 88 formés en 2011 et 129 formés en 2012, ce qui nous donne une population totale de 217 personnes. Cet effectif a constitué notre population mère d'enquête au premier degré. Pour être plus représentatif, nous avons tiré 40 % comme échantillon de la population totale ; ce qui nous a donné un échantillon de 87 personnes.

Deuxièmement, la méthode de porte à porte a ciblé les personnes ayant les liens de parenté avec les participants au projet parcours ; de l'échantillon mère de 40% de 217 personnes soit 87 unités, nous avons tiré un échantillon au deuxième degré de 30% de 87 unités pour réaliser la méthode de porte à porte ; ce qui nous a donné 26 unités.

Troisièmement, nous avons tiré un échantillon par grappes sur les diverses grappes constituées des maris travaillant dans les mines, et d'autres informateurs clés, comme les leaders des confessions religieuses, les autorités politico administratives, les responsables des associations féministes, des PVVIH et des DDH ; pour toutes ces 7 grappes, 10 unités seront tirées dans chacune des grappes pour constituer un échantillon de 70 personnes.

En définitive, notre échantillon total est de 183 personnes provenant de 87 personnes de l'échantillon mère, de 26 personnes de l'échantillon de deuxième degré et de 70 personnes de 7 grappes constituées.

La taille de l'échantillon est de 183.

c. Technique de collecte des données.

Pour arriver à déterminer les indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettant de comprendre efficacement la situation du VIH/sida et des IST, des violences basées sur le genre et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans les sites qui ont été choisis, nous allons procéder au choix combiné des trois techniques : l'enquête CAP qui a ciblé les personnes ayant bénéficié du projet parcours, la méthode de porte à porte qui ciblera particulièrement les personnes ayant des liens familiaux avec les participants au projet et les entretiens avec les grappes constituées.

Pour apprécier les progrès réalisés à la fin du projet Parcours à Walungu et déterminer le niveau atteint par les indicateurs de ce projet nous avons combiné les techniques de collecte des données ci-après :

- L'étude des documents : La revue documentaire a été réalisée par la collecte des données sur l'utilisation des services de prévention du VIH et de prise en charge du VIH dans les structures de prestation des services (Centres de santé et Hôpital Général de Référence de Walungu) et collecte des données au niveau du Bureau central de la zone de santé. La période de 2009 à 2012 a été considérée.

Une analyse comparative des données collectées pour la période précédant la mise en œuvre de l'approche Parcours et l'après Parcours a été réalisée.

Les outils consultés sont les registres des structures de santé et les rapports d'activités.

Nous avons exploité également le rapport de l'enquête rapide sur le genre et le VIH dans la communauté de Walungu réalisé en 2011 avant la mise en œuvre de l'approche Parcours.

Ce rapport contient les données de base qui ont été comparées aux données actuelles.

Le plan de suivi et évaluation des activités relatives à la mise en œuvre de l'approche parcours a été aussi utilisé dans la revue documentaire pour faciliter la compréhension des indicateurs de ce projet.

- L'interview : Elle a été réalisée au cours d'un porte à porte dans les ménages des personnes formées sur parcours, des membres de leurs familles et leurs proches.
- L'utilisation du questionnaire écrit : Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière du VIH et de genre a été réalisée. Un questionnaire écrit a été administré. L'enquêteur s'est entretenu avec le répondant pour recueillir les réponses aux différentes questions.

Le focus group : L'animation de ce focus group qui est une méthode d'enquête qualitative a consisté à rassembler les petits groupes appartenant à la population d'étude afin de parler autour des thèmes précités.

Les focus group ont été animés par un modérateur qui a veillé sur la dynamique du groupe.

Dans notre étude la méthodologie de focus group a été utilisée pour répondre aux objectifs suivants :

- Récolter les informations sur les problématiques de l'organisation de la réponse au VIH dans la communauté de Walungu.
- Collecter les opinions et les attitudes concernant la mise en œuvre du projet de prévention communautaire du VIH par l'intégration de l'approche parcours.
- Recueillir les avis des participants sur les acquis et les résultats du projet.

3.3. Equipe de travail.

Pour la réalisation de cette étude, l'équipe était composée de :

- Un consultant Principal.
- Un consultant d'appui.
- Un superviseur des enquêteurs.

- Dix enquêteurs.
- Deux encodeurs des données.

3.4. Traitement et analyse des données.

Les résultats de cette recherche seront présentés sous forme de tableaux et des graphiques et seront ensuite analysés.

Nous aurons à calculer les fréquences et les pourcentages

3.5. Considérations éthiques.

Les données recueillies garderont un caractère anonyme et confidentiel et s'adapteront au code de bonne conduite du PNUD en la matière.

IV. RESULTATS

4.1. Résultats de l'enquête CAP.

4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude.

4.1.1.1. Répartition des enquêtés selon l'âge.

Tableau I. Répartition des enquêtés selon l'âge.

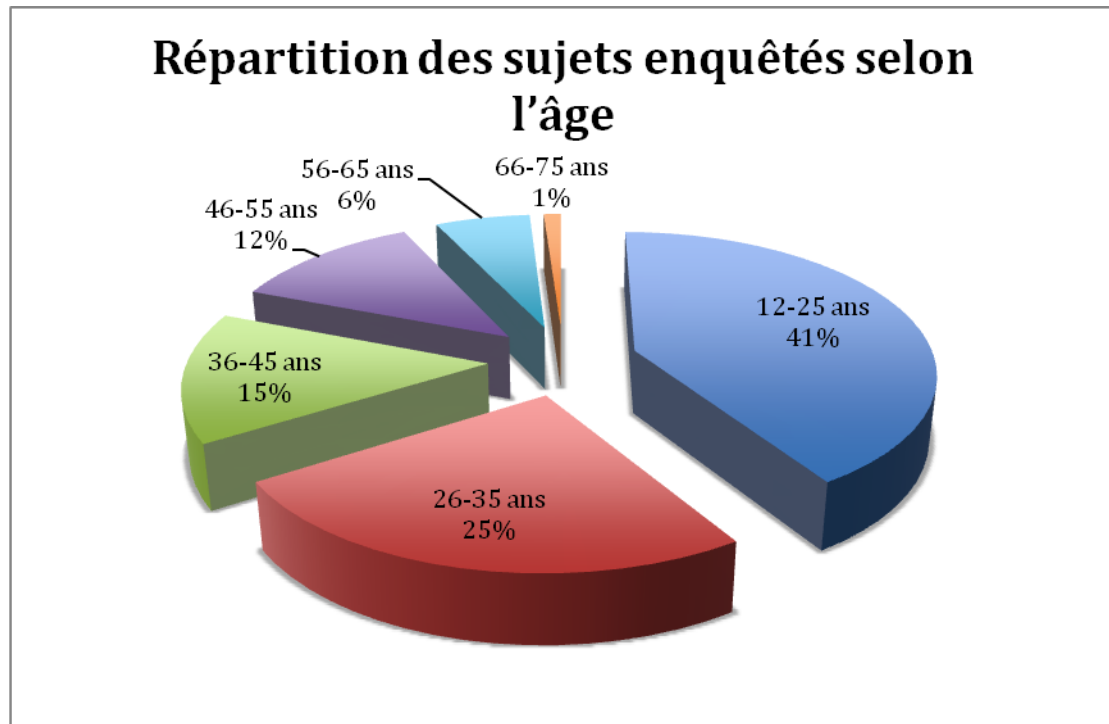
Répartition des sujets enquêtés selon l'âge		
	N	%
12-25 ans	75	40,98
26-35 ans	46	25,14
36-45 ans	27	14,75
46-55 ans	22	12,02
56-65 ans	11	6,01
66-75 ans	2	1,09
Total	183	100

Ce tableau nous renseigne que 40,98 % des nos répondants sont dans la tranche d'âge de 12 à 25 ans. Cette tranche d'âge est très capitale est très exposée au risque du VIH. Ce sont des élèves, des étudiants, des motards et autres œuvrant dans divers métiers ; cette tranche englobe les adolescents et jeunes de toutes catégories socioprofessionnelles. La tranche de 26 à 35 ans est représentée par 25,14 % des répondants, 14,75 % des répondants sont dans la tranche de 36 à 45 ans, 12,02 % sont de la tranche de 46 à 55 ans ; 6,01 % pour la tranche de 56 à 65 ans tandis que 1,1% est de la tranche de 66 à 75 ans, constituée majoritairement de la population inactive.

Ces effectifs élevés pour les trois premières tranches se justifient par le fait que les répondants ont des connaissances suffisantes sur le VIH, sur les droits de femme et ou leur promotion, ou encore, ils sont impliqués dans une forte activité

sexuelle et adoptant des pratiques et comportements à risque les exposant au VIH ou alors adoptant des attitudes stigmatisantes envers les PVVIH.

Graphique I : Répartition des enquêtés selon l'âge.



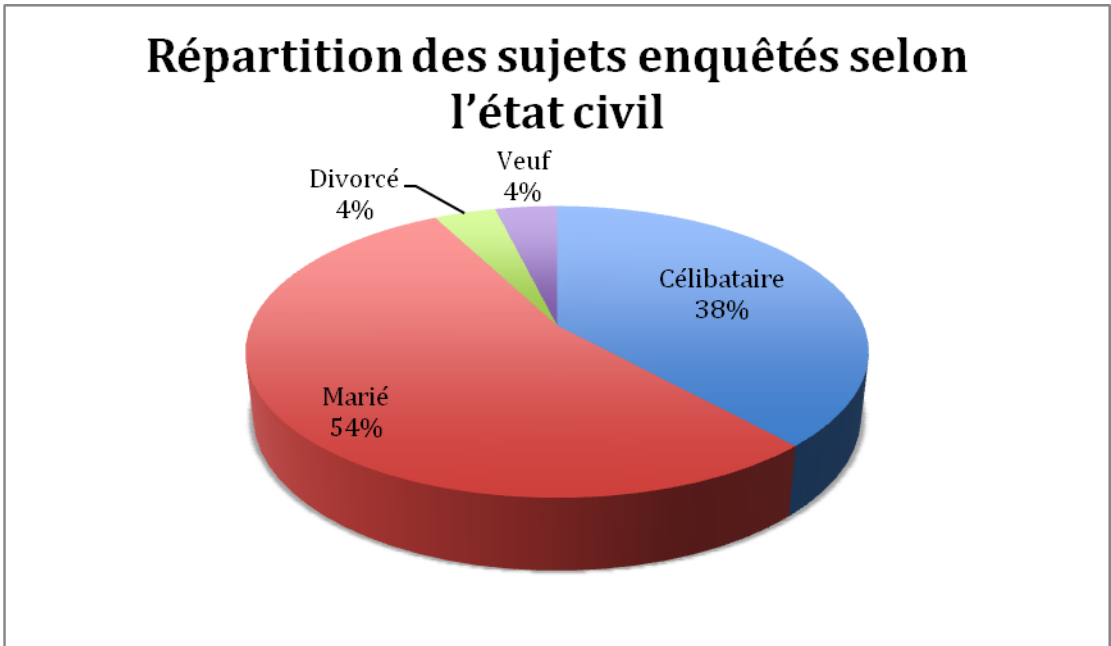
A l'analyse de ce graphique nous constatons que les sujets d'âge situé dans la tranche de 12 à 25 ans représentent la proportion importante soit 41% et les sujets de 66 à 75 ans la faible proportion soit 1%.

4.1.1.2. Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil

Tableau II. Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil.

Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil		
	N	%
Célibataire	70	38,4
Marié	99	54
Divorcé	7	3,8
Veuf	7	3,8

Graphique II. Répartition des sujets enquêtés selon l'état civil.



Il ressort de ce tableau et ce graphique que 54% de nos répondants sont des personnes mariées, 38,8% d'eux sont des célibataires sans engagements maritaux, 7% des répondants sont occupées respectivement par les divorcés et les veufs.

4.1.1.3. Répartition des sujets enquêtés selon le sexe

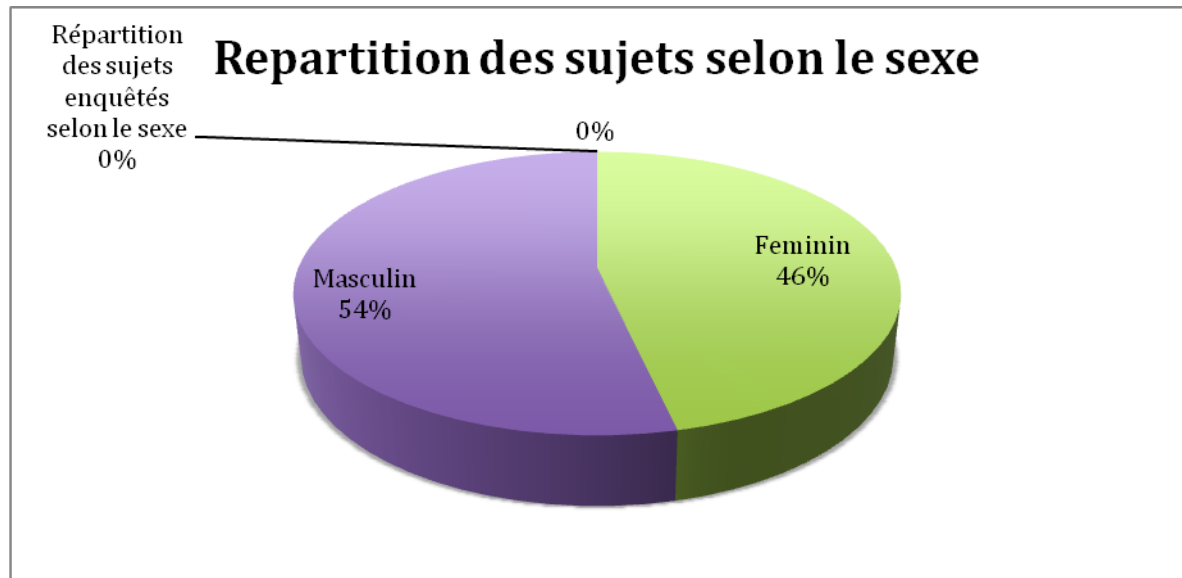
Tableau III. Répartition des sujets enquêtés selon le sexe

Répartition des sujets enquêtés selon le sexe		
	N	%
Féminin	85	46,4
Masculin	98	53,6
Total	183	100

Cette répartition nous renseigne que 53,6% des répondants sont de sexe masculin tandis que 46,4% sont de sexe féminin. L'effectif élevé des répondants du sexe masculin se justifie par le fait que les hommes étaient plus nombreux comme bénéficiaires du projet parcours, ils sont également plus représentés

dans les groupes accompagnés par le projet parcours, ils sont en plus majoritaires comme leaders d'opinions dans la contrée de Walungu où le projet parcours a été exécuté.

Graphique III. Répartition des sujets enquêtés selon le sexe



4.1.1.4. Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction

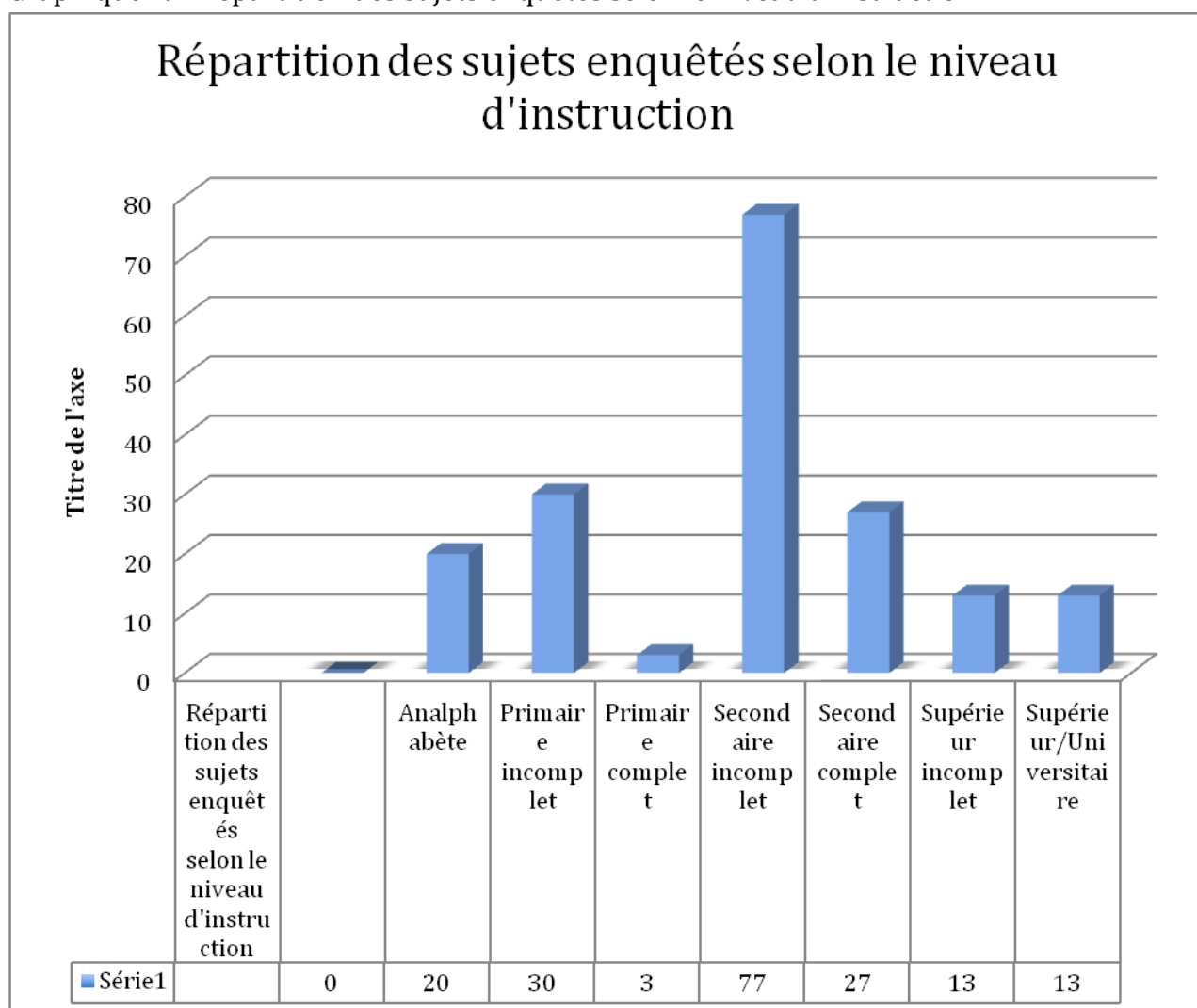
Tableau IV : Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction.

Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction		
Analphabète	20	10,9
Primaire incomplet	30	16,4
Primaire complet	3	1,6
Secondaire incomplet	77	42
Secondaire complet	27	14,7
Supérieur incomplet	13	7,1
Supérieur/Univer	13	7,1

sitaire		
---------	--	--

Le niveau d'instruction de nos répondants se répartit de la manière suivante : les analphabètes représentent 10,9% des répondants, ceux n'ayant pas fini le cycle primaire représente 16,5% de total des repondants enquêtés. L'on observe que les enquêtés ayant arrêté leur scolarité après l'obention du certificat de fin d'études primaires représentent 1,7% de l'échantillon. Les enquetés n'ayant pas fini le cycle secondaire représente 42% de l'échantillon global ayant fini ledit cycle représente 14,7% de l'échantillon. Les enquetés ayant ou pas fini le cycle supérieur et ou universitaire représente respectivement 7,1% de réponadants. Globalement, la repartition du niveau d'études de répondants nous fait voir que ces derniers disposent des connaissances diversifiées sur les VIH/SIDA ainsi que sur la promotion de la femme et des ses droits.

Graphique IV : Répartition des sujets enquêtés selon le niveau d'instruction.



Le graphique montre que la majorité de nos enquêtés sont de niveau secondaire incomplet.

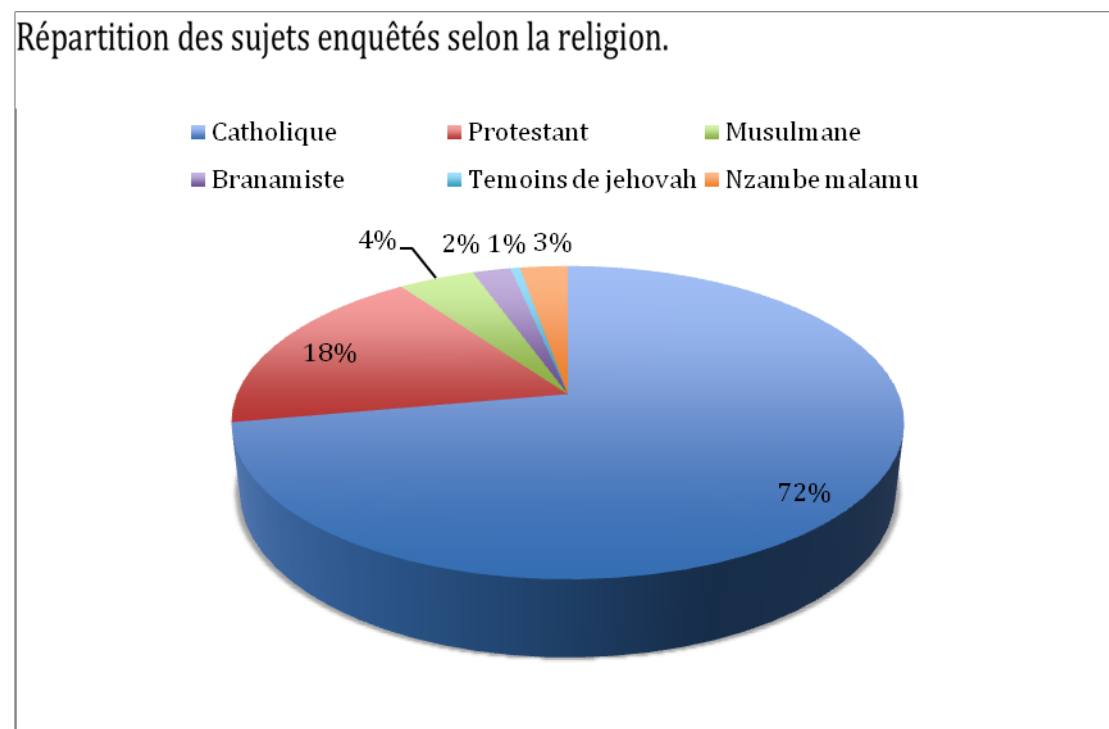
4.1.1.5. Répartition des sujets enquêtés selon la religion.

Tableau V. Répartition des sujets enquêtés selon la religion.

Répartition des sujets selon la Religion		
		%
Catholique	132	72,1
Protestant	33	18
Musulmane	8	4,4
Branamiste	4	2,2
Témoins de Jéhovah	1	0,5
Nzambe Malamu	5	2,7

Il ressort de ce tableau que les catholiques représentent la majorité de nos enquêtés soit 72,1 %.

Graphique V : Répartition des enquêtés selon leurs confessions religieuses.



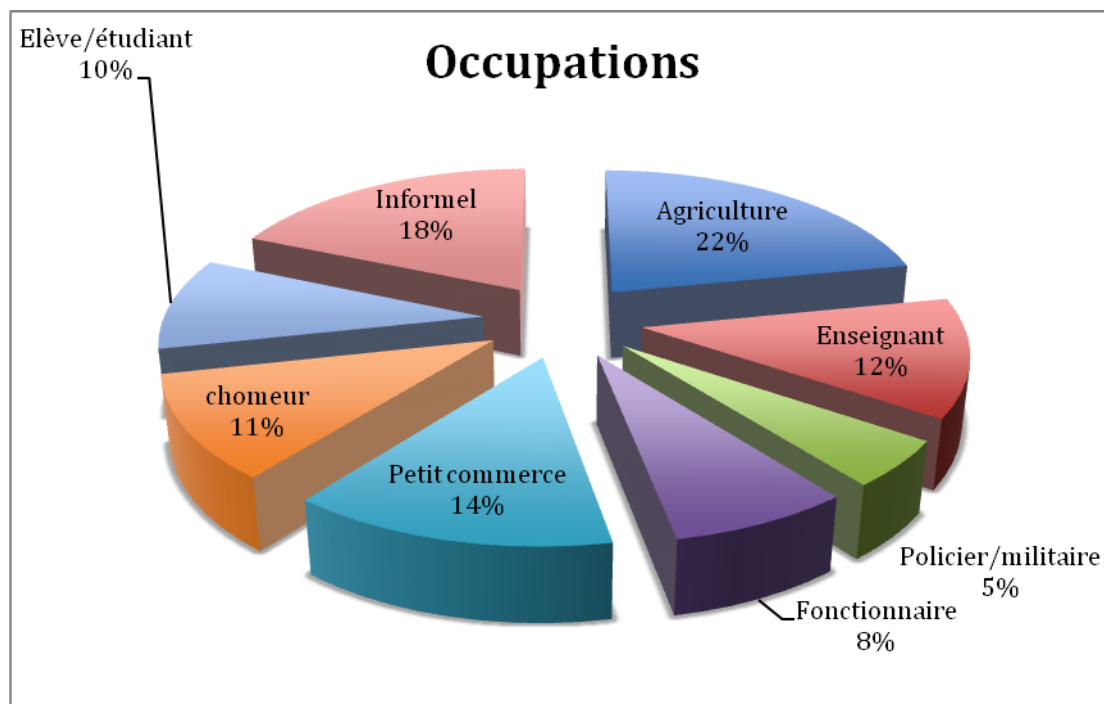
Ce graphique montre que les sujets enquêtés sont majoritairement catholiques et représentent 72 %. Viennent ensuite les protestants qui représentent 18%.

4.1.1.6. Répartition des enquêtés selon leurs occupations.

Tableau VI. Répartition des enquêtés selon leurs occupations.

Occupations		
	N	%
Agriculture	40	21,9
Enseignant	23	12,6
Policier/militaire	9	4,92
Fonctionnaire	14	7,65
Petit commerce	25	13,7
Chômeur	20	10,9
Elève/étudiant	18	9,84
Informel	34	18,6
Total	183	100

Graphique VI .Occupations des enquêtés.



Il ressort de cette représentation graphique que nos répondants sont issus des couches socioprofessionnelles différentes en ce sens que 21,9% d'eux oeuvrent dans le domaine de l'agriculture, 12,6% sont dans le secteur de l'enseignement, 4,9% sont des policiers ou militaires, 7,6% sont fonctionnaires publics, 13,7% exercent le petit commerce, 10,9% sont chômeurs, 9,84 % sont élèves et étudiants et 18,6% évoluent dans le secteur informel c'est à dire qu'ils vivent de la débrouillardise.

A ce titre nous notons que le projet parcours a su étendre ses activités sur les diverses couches socioprofessionnelles de la communauté de Walungu qui doit participer aux actions de lutte contre les pratiques et attitudes stigmatisant les personnes vivant avec le VIH et qui doivent contribuer à la promotion des droits de la femme et à l'éradication des connaissances erronées sur le VIH dans la contrée.

4.1.2. Détermination du niveau d'exposition des groupes cibles aux interventions dans le domaine du VIH/SIDA

4.1.2.1. Répartition des sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins 2.

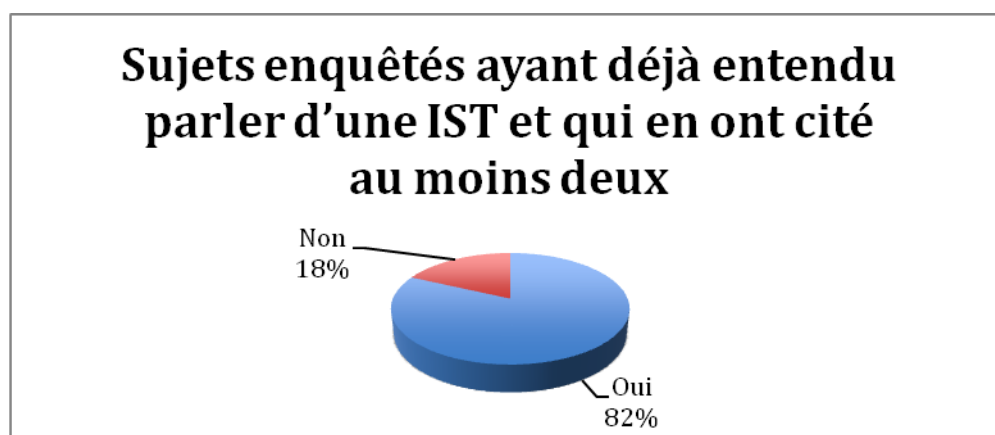
Tableau VII : Sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins 2.

Sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins deux		
	N	%
Oui	150	81,96

Non	33	18,03
Total	183	100

Ce tableau indique que 81,96 % des sujets de notre étude ont déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles et en ont cité au moins deux.

Graphique VII : Sujets enquêtés ayant déjà entendu parler d'une IST et qui en ont cité au moins 2.



La représentation graphique ci- haut nous renseigne que la majorité des nos répondants soit 82% a déjà entendu parler du d'une Infection sexuellement transmissible contre 18 % des mêmes répondants qui n'ont jamais entendu parler d'une infection sexuellement transmissible.

L'approche parcours a été d'une importance capitale dans la contrée d'autant plus qu'elle a su relever la cote par rapport à la connaissance des infections sexuellement transmissibles.

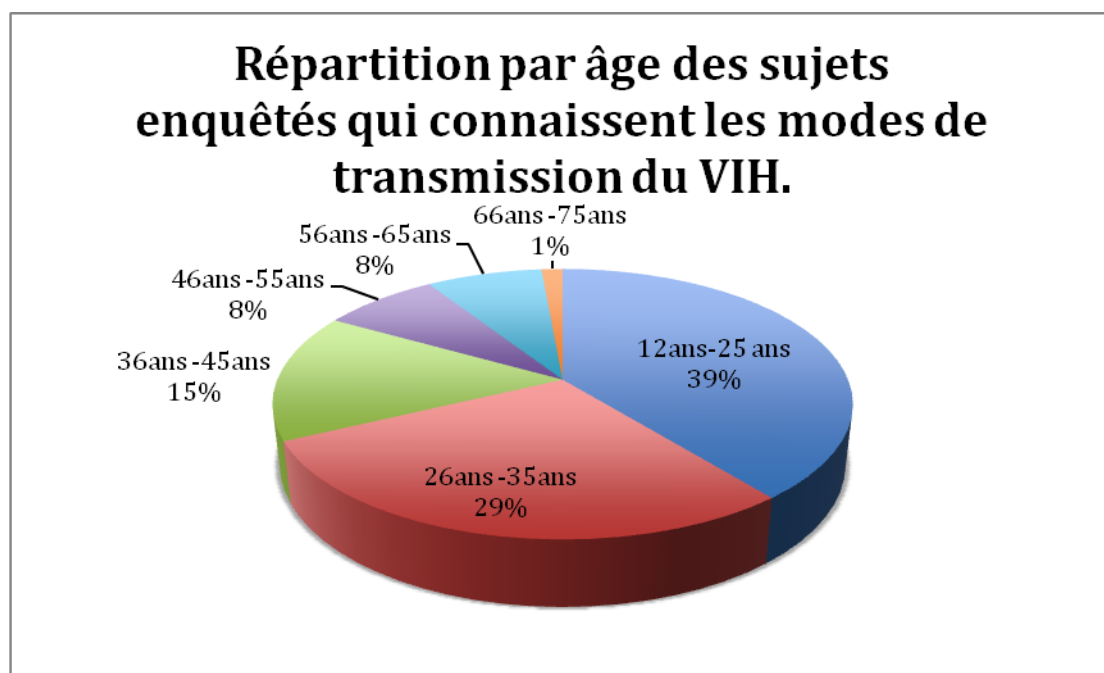
4.1.2.2. Répartition par âge des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Tableau VIII : Répartition par âge des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Répartition par âge des sujets enquêtés qui connaissent les modes de transmission du VIH.		
	N	%
12ans-25 ans	57	39,3
26ans -35ans	42	28,96
36ans -45ans	22	15,17
46ans -55ans	11	7,59
56ans -65ans	11	7,59
66ans -75ans	2	1,38

L'analyse de ce tableau fait observer que 39,3 % des répondants de la tranche d'âge de 12 à 25 ans connaissent les modes de transmission du VIH suivis des sujets de la tranche d'âge de 26 à 35 ans représentant 28,96%.

Graphique VIII : Répartition par âge des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.



En ce qui concerne la connaissance du VIH/sida ainsi que de ses modes de transmission, les données d'enquêtes nous renseignent que c'est la tranche d'âge de 12 à 25 ans qui a des connaissances suffisantes sur le VIH ainsi que sur ses modes de transmission avec une cote de 30,6% suivie de la tranche d'âge de 26 à 35 ans avec un pourcentage de 22,4%. En troisième position on note la tranche d'âge de 36 à 45 ans avec 12%. Par rapport a ces connaissances, les tranches d'âges de 46 à 55 ans et de 56 à 65 ans occupent respectivement la quatrième et la cinquième position avec 6% de voix des répondants suivies de la tranche d'âge de 66 à 75 ans dont le score ne représente que 1% de l'échantillon des répondants pour notre étude.

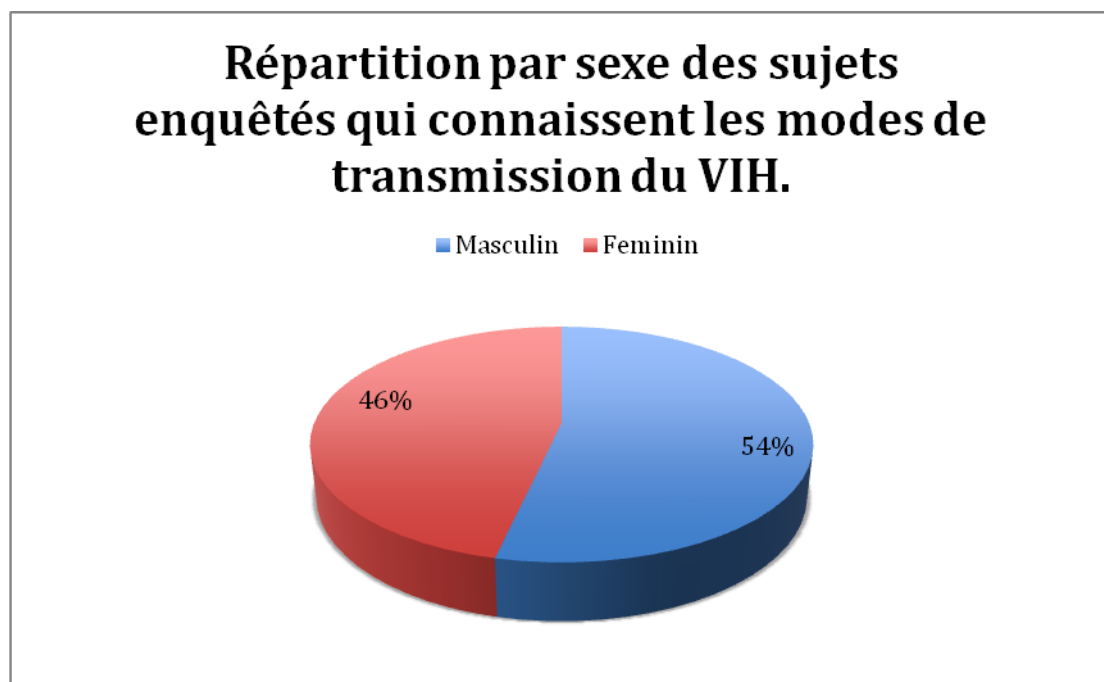
4.1.2.3. Répartition par sexe des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

Tableau IX. Répartition par sexe des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

	Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les modes de transmission du VIH.	
	N	%
Masculin	95	51,9
Féminin	82	44,8

Au regard de ce tableau se rapportant à la répartition par sexe des enquêtés ayant déjà entendu parler du VIH/ SIDA ainsi que des ses modes de transmissions, il est à observer que sur les 183 personnes ayant été enquêtées, 95 soit 51,9% d'elles sont du sexe masculin contre 82 du sexe féminin soit 44,8%. Les hommes ont une connaissance suffisante du VIH et des ses modes de transmission.

Graphique IX. Répartition par sexe des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.



Le graphique indique que les sujets masculins et féminins qui connaissent les modes de transmission du VIH sont dans des proportions respectives de 54% et 46%. Les sujets de sexe masculin ont plus des connaissances sur le VIH que les sujets de sexe féminin.

4.1.2.4. Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

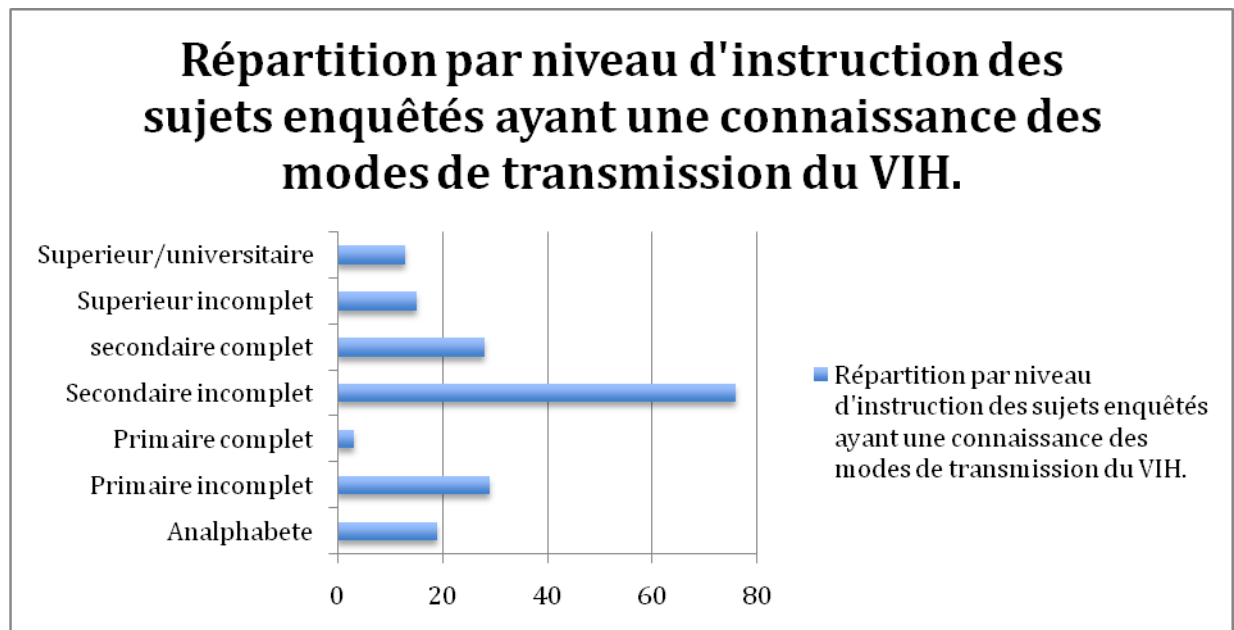
Tableau X : Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.

	Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.
	N
Analphabète	19
Primaire incomplet	29
Primaire complet	3
Secondaire incomplet	76
secondaire complet	28
Supérieur incomplet	15
Supérieur/universitaire	13

En analysant le niveau d'instruction et la connaissance du VIH et de ses modes de transmission, nous avons observé que 19 répondants analphabètes ont déjà entendu parler du VIH et de ses modes de transmissions, 29 enquêtés n'ayant pas fini leur cycle d'études primaires connaissent le VIH et ses modes de transmission ; 3 répondants ayant fait uniquement le cycle primaire ont une connaissance du VIH et de ses modes de transmission, 76 répondants ayant fait les études secondaires incomplètes ont la connaissance du VIH et des ses modes de transmission. Les répondants ayant fait les études secondaires complètes et connaissant le VIH et ses modes de transmissions sont à 28, contre 15 ayant les mêmes connaissances mais n'ayant pas achevé les études supérieures ; enfin ceux ayant fini les études supérieures et connaissant le VIH et ses modes de transmission sont à 13.

Bien que le niveau d'instruction soit un élément déterminant les niveaux et types de connaissances répandues dans une communauté, nous constatons que les répondants même moins instruits et analphabètes ont des connaissances par rapport au VIH et de ses modes de transmission. C'est à ce niveau où, par rapport à notre évaluation que nous situons les acquis du projet parcours et des autres projets de lutte contre le VIH qui ont été menés dans notre milieu d'étude. Les habitants de Walungu centre, qui sont bénéficiaires directs et indirects des actions du projet parcours, connaissent effectivement qu'est ce que le VIH ainsi que ses différents modes de contamination.

Graphique X. Répartition par niveau d'instruction des sujets enquêtés ayant une connaissance des modes de transmission du VIH.



4.1.2.5. Répartition des sujets enquêtés ayant connaissance du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

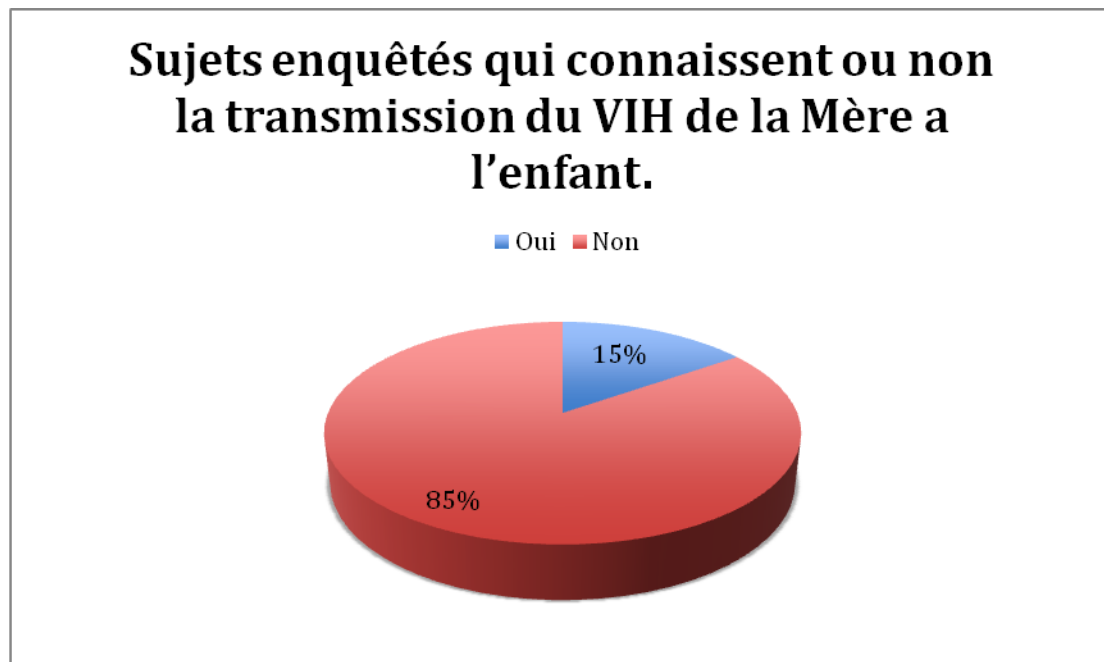
Tableau XI. Répartition des sujets enquêtés ayant connaissance du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

	Sujets enquêtés qui connaissent ou non la transmission du VIH de la Mère à l'enfant.	
	N	%
Oui	28	15,3
Non	155	84,7
	183	100

En ce qui concerne les connaissances des enquêtés sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, nous constatons que seuls 15,3% des répondants savent que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant contre 84,7% des répondants qui ne savent pas que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant.

Cet effectif mérite à ce que des actions de sensibilisation soient renforcées dans la contrée sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Graphique XI : Répartition des sujets enquêtés ayant connaissance du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.



4.1.2.6. Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.

Tableau XII. Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.

Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.	
	N
Radio	28
Ecole	37
Eglise	2
Réunion communautaire/Parcours	55
Médecin/Infirmier	13
Voisin	22
Frère	2
Parents	2

Ami	20
PVVIH	2
Journal	1
ONG	1

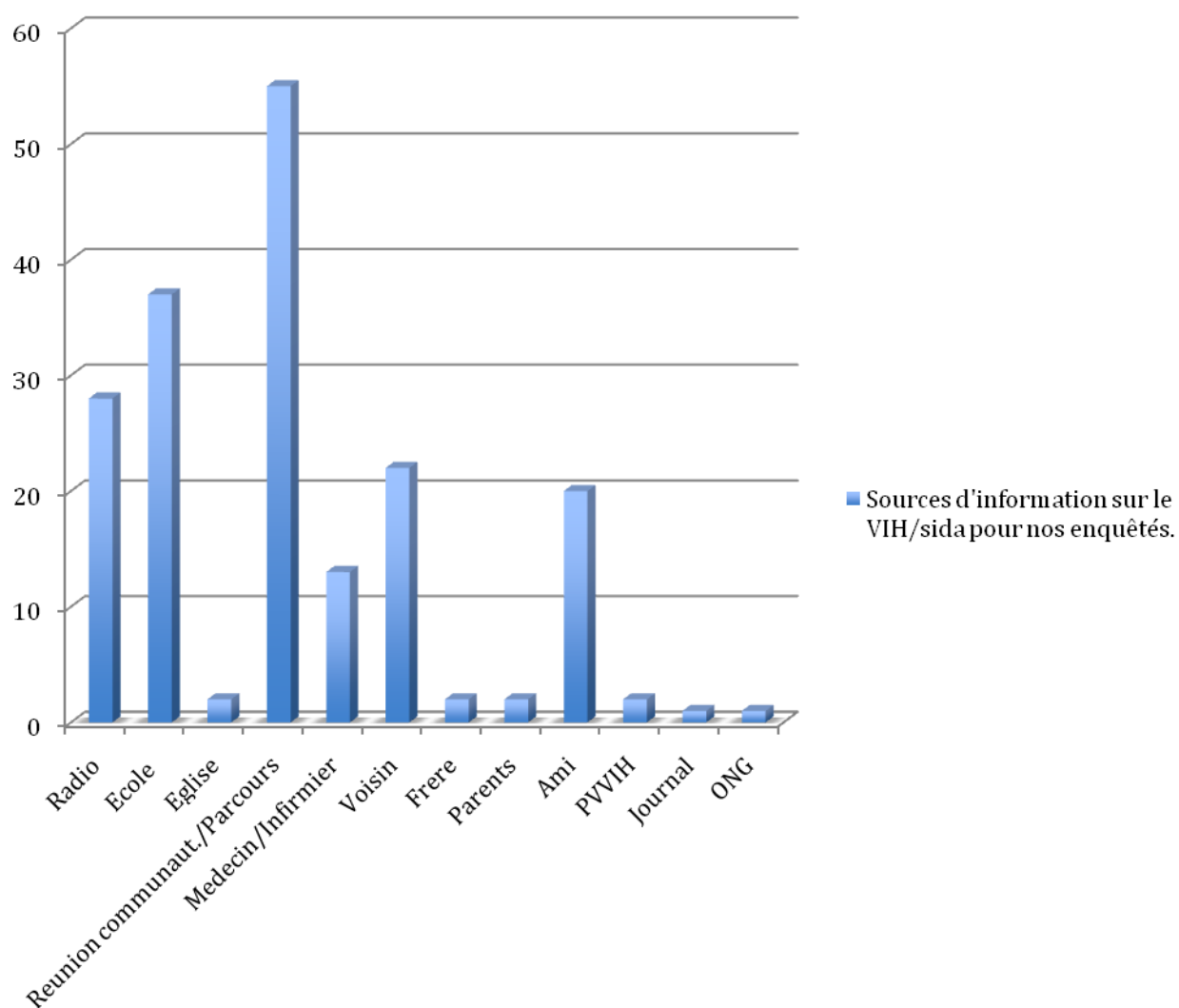
En rapport avec les sources par lesquelles nos répondants s'étaient informés sur le VIH/Sida, nous observons que 28 répondants ont été informés par le canal de la Radio, 37 enquêtés s'étaient informés à l'école ; 2 enquêtés s'étaient informés par le biais d'une église. 55 répondants ont répondu avoir été informé du VIH lors d'une réunion communautaire du projet Parcours. 13 répondants ont été informés du VIH/Sida lors d'un entretien avec un médecin ou un infirmier, deux répondants ont été informés du VIH respectivement par un frère et parent. Les répondants ayant été informés du VIH par le biais d'un ami sont 20 contre 2 ayant été informé par un PVVIH et deux autres respectivement par un Journal et une ONG.

L'on note au passage que les instances de socialisation comme les médias et les écoles ont joué un grand rôle d'information sur le VIH/Sida dans la communauté de Walungu.

Il est à noter également qu'en famille le thème relatif au VIH n'est pas à l'ordre du jour au regard de la fréquence faible de répondants ayant été informés du VIH par les membres de la famille ou leurs parents. Par contre on observe que dans les réseaux sociaux, l'information sur le VIH circule tenant compte de la fréquence élevée de répondants ayant été informés du VIH par leurs amis. Dans les églises également, le thème sur le VIH ne se parle pas souvent. D'où la nécessité de sensibiliser davantage les leaders religieux sur leur rôle dans l'éducation et l'information de leurs fidèles sur le VIH/sida.

Graphique XII. Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.

Sources d'information sur le VIH/sida pour nos enquêtés.



4.1.3. Détermination des connaissances, attitudes et comportement des groupes ciblés par rapport aux services de prévention et de traitement du VIH/sida.

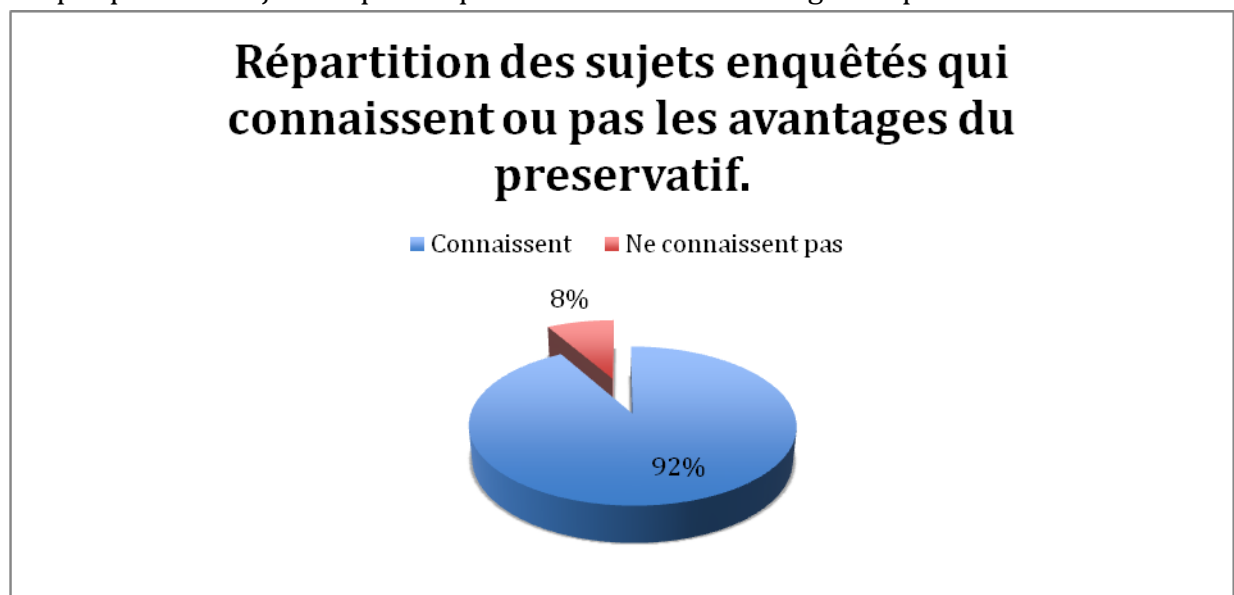
4.1.3.1. Sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif

Tableau XIII. Sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif

	Répartition des sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif.	
	N	%
Connaissent	168	91,8
Ne connaissent pas	15	8,2
Total	183	100

Par les réponses contenues dans ce tableau, nous constatons que la majorité de nos répondants ont une connaissance des avantages du préservatif soit 91,8% savent les dits avantages du préservatif contre 8,2 %qui n'en savent pas.

Graphique XIII. Sujets enquêtés qui connaissent les avantages du préservatif



4.1.3.2. Sujets enquêtés qui connaissent que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un des moyens de prévention du VIH et des IST

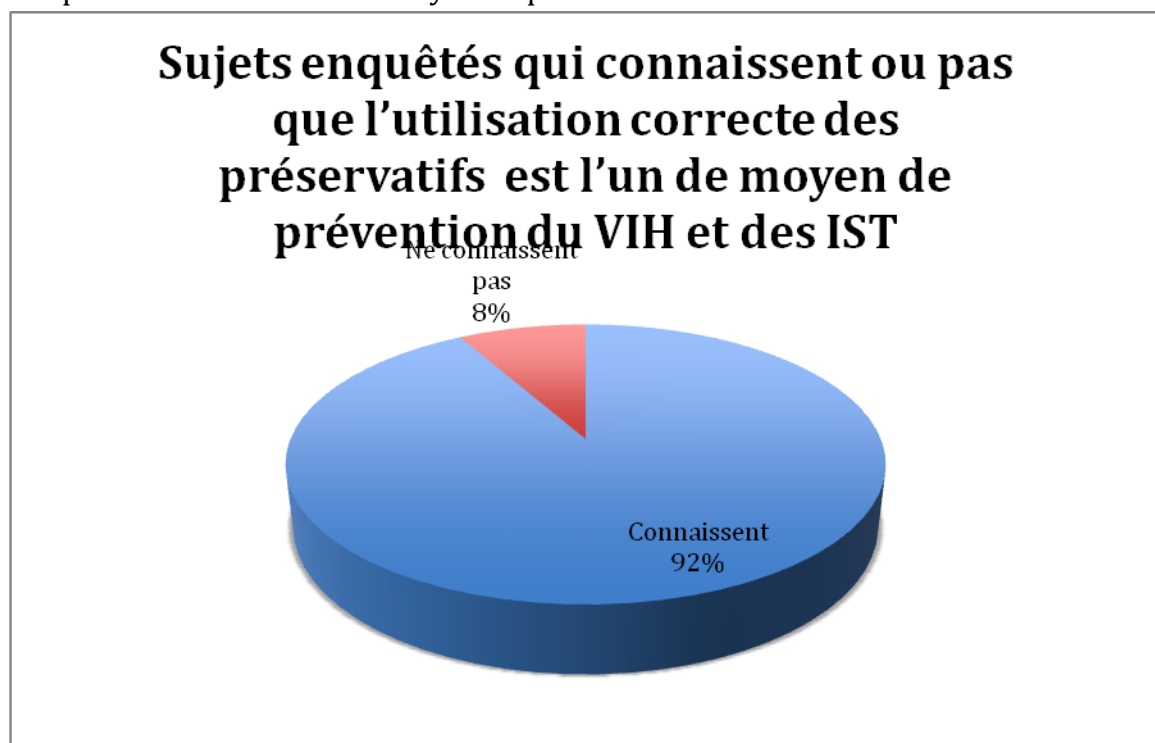
Tableau XIV. Sujets enquêtés qui connaissent ou pas que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un de moyen de prévention du VIH et des IST

	Sujets enquêtés qui connaissent ou pas que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un des moyens de prévention du VIH et des IST	
	N	%
Connaissent	168	91,8
Ne connaissent pas	15	8,2
Total	183	100

A l'analyse de ce tableau, nous constatons que 91,8% des répondants connaissent que l'utilisation correcte des préservatifs est un moyen de prévention du VIH.

Ce moyen de prévention du VIH n'est pas retenu par 8,2% de nos enquêtés.

Graphique XIV. Sujets enquêtés qui connaissent ou pas que l'utilisation correcte des préservatifs est l'un de moyen de prévention du VIH et des IST



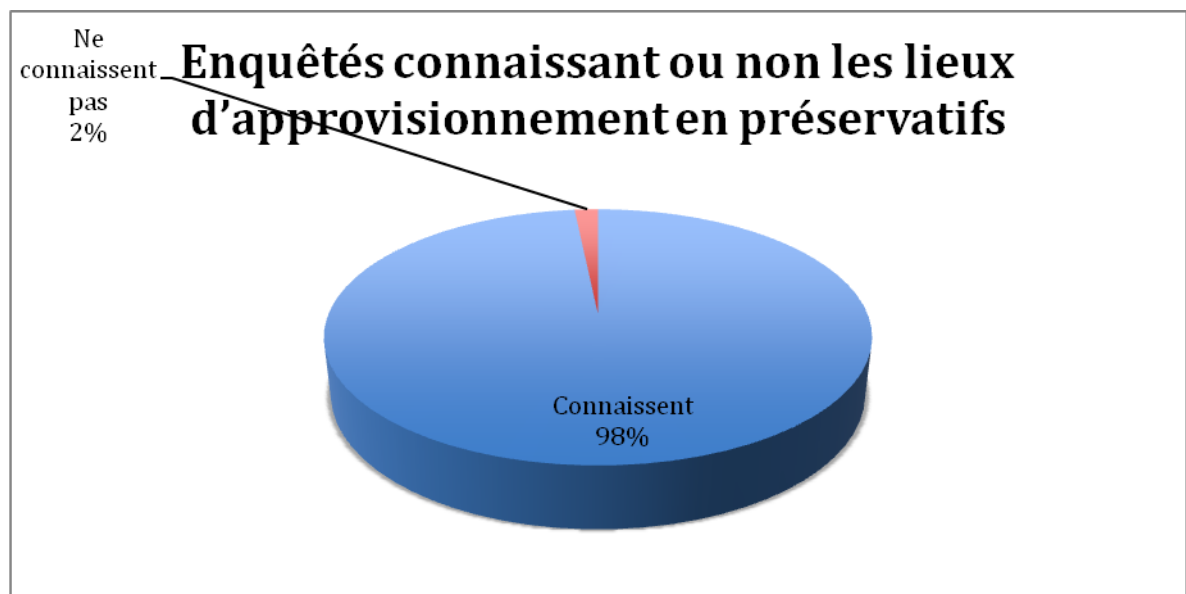
4.1.3.3. Enquêtés connaissant les lieux d'approvisionnement en préservatifs

Tableau XV. Enquêtés connaissant ou non les lieux d'approvisionnement en préservatifs.

	Enquêtés connaissant ou non les lieux d'approvisionnement en préservatifs	
	N	%
Connaissent	180	98
Ne connaissent pas	3	2
Total	183	100

Ce tableau nous démontre que 98% de nos répondants connaissent les lieux où s'approvisionner en préservatif en cas de nécessité contre 2% qui ne savent pas par où aller s'approvisionner en préservatif en cas de besoin.

Graphique XV. Enquêtés connaissant ou non les lieux d'approvisionnement en préservatifs.



Il ressort de ce graphique que 98 % de nos enquêtés connaissent les points de distribution des préservatifs. Seuls 2% ne connaissent pas ces points.

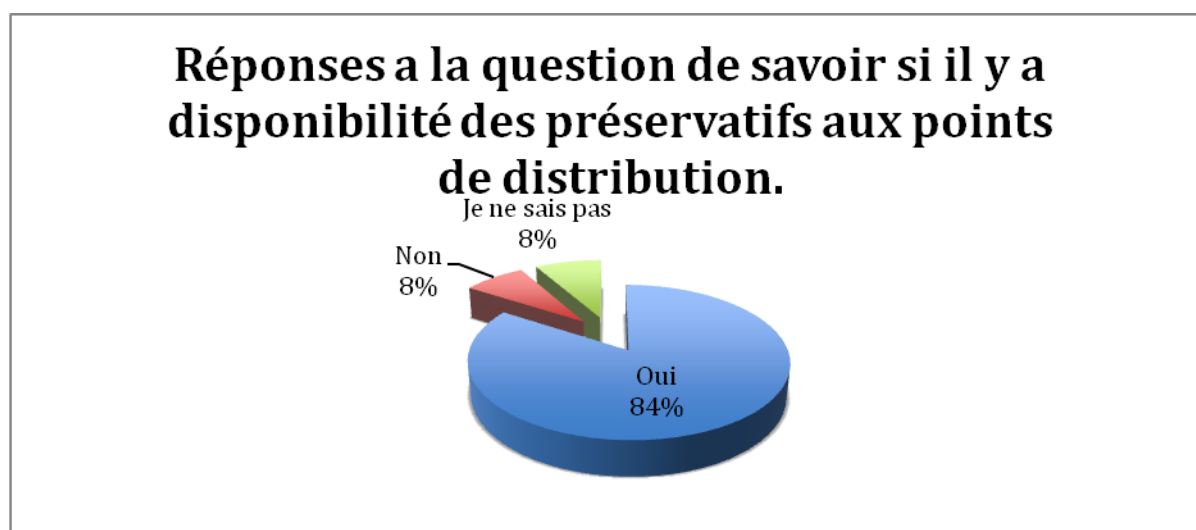
4.1.3.4. Répondants ayant attesté la disponibilité des préservatifs aux points de distribution

Tableau XVI. Réponses à la question de savoir s'il y a disponibilité des préservatifs aux points de distribution.

	Réponses à la question de savoir s'il y a disponibilité des préservatifs aux points de distribution.	
	N	%
Oui	154	84,1
Non	14	7,65
Je ne sais pas	15	8,2

En ce qui concerne les opinions des répondants sur la disponibilité ou pas des préservatifs dans les lieux d'approvisionnement, les réponses de nos répondants se présentent comme suit : 84,1% de répondants affirment que les préservatifs sont disponibles au lieu d'approvisionnement en cas de besoin, 7,65% de répondants affirment que les préservatifs ne sont toujours pas disponibles aux lieux d'approvisionnement en cas des besoins et 8,2% de répondants estiment ne rien savoir de la question. Ils représentent vraisemblablement les répondants hostiles aux préservatifs soit par honte ou par manque d'informations nécessaires.

Graphique XVI. Réponses à la question de savoir si il y a disponibilité des préservatifs aux points de distribution.



4.1.3.5. Utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels.

Tableau XVII : Réponses des enquêtés sur l'utilisation ou non des préservatifs lors des rapports sexuels.

	Utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels par les répondants.	
	N	%
Oui	129	70,49
Non	54	29,51
Total	183	100

Ce tableau nous renseigne que lors de leurs derniers rapports sexuels consommés, 70,49% de répondants ont utilisé les préservatifs contre 29,5% des répondants qui n'en ont pas utilisé.

Graphique XVII : Réponses des enquêtés sur l'utilisation ou non des préservatifs lors des rapports sexuels.



Ce graphique nous permet de constater que 70% des enquêtés ont déclaré avoir utilisé les préservatifs lors des derniers rapports sexuels contre 30 % qui n'en avaient pas utilisé.

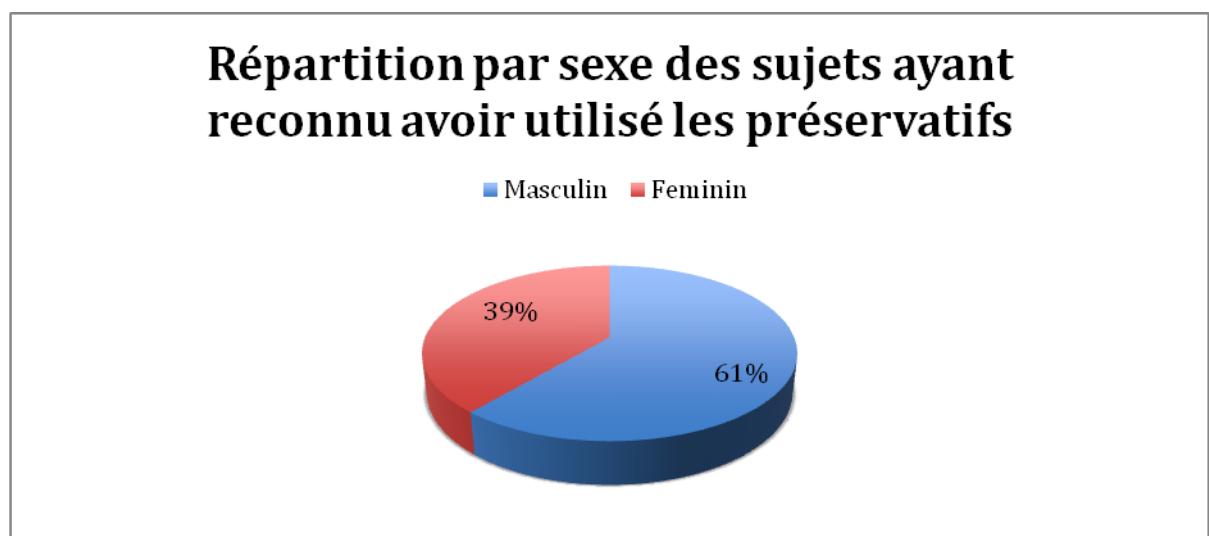
4.1.3.6. Répartition par sexe des sujets ayant déclaré avoir utilisé les préservatifs.

Tableau XVIII. Répartition par sexe des sujets ayant déclaré avoir utilisé les préservatifs.

	Répartition par sexe des sujets ayant reconnu avoir utilisé les préservatifs	
	N	%
Masculin	79	61,24
Féminin	50	38,76
Total	129	100

Par rapport à la répartition par sexe des répondants ayant utilisé les préservatifs, les répondants masculins sont majoritaires avec un taux d'utilisation qui représente 61,2% des répondants contre 38,7% des répondants du sexe féminin qui ont reconnu avoir utilisé le préservatif. Les hommes sont les plus majoritaires dans la consommation des préservatifs. Il se pose un problème de la sensibilisation des femmes sur le préservatif féminin dans la contrée de Walungu et sur la sensibilisation des femmes à l'exigence du préservatif lors des rapports sexuels.

Graphique XVIII. Répartition par sexe des sujets ayant déclaré avoir utilisé les préservatifs.



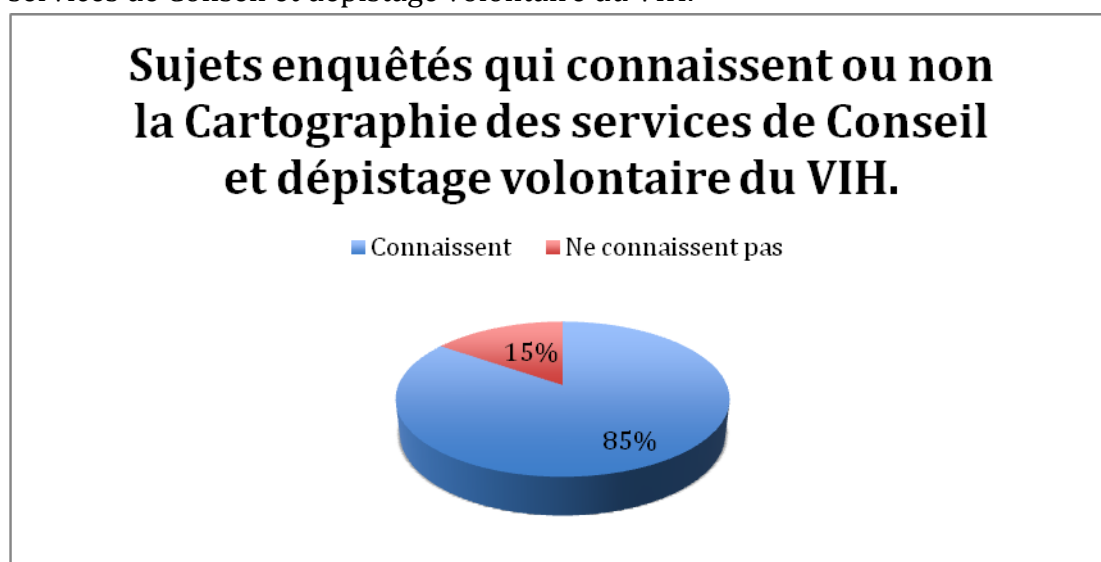
4.1.3.7. Sujets enquêtés qui connaissent la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.

Tableau XIX. Sujets enquêtés qui connaissent ou non la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.

	Sujets enquêtés qui connaissent ou non la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.	
	N	%
Connaissent	155	84,7
Ne connaissent pas	28	15,3
Total	183	100

Pour ce qui est de la cartographie des services de conseil et dépistage volontaire du VIH dans la communauté de Walungu, 84,7% des répondants connaissent la dite cartographie des centres de dépistage volontaire du VIH contre 15,3% qui n'en connaissent pas du tout. Les efforts à fournir sont au niveau de la vulgarisation des centres de conseil et de dépistage volontaire du VIH dans la contrée pour que le maximum de personnes sache par où aller pour le dépistage volontaire du VIH.

Graphique XIX. Sujets enquêtés qui connaissent ou non la Cartographie des services de Conseil et dépistage volontaire du VIH.



Au regard de ce graphique nous constatons que 85 % des sujets de notre enquête connaissent les structures qui offrent les services de dépistage volontaire du VIH dans l'aire de Walungu centre.

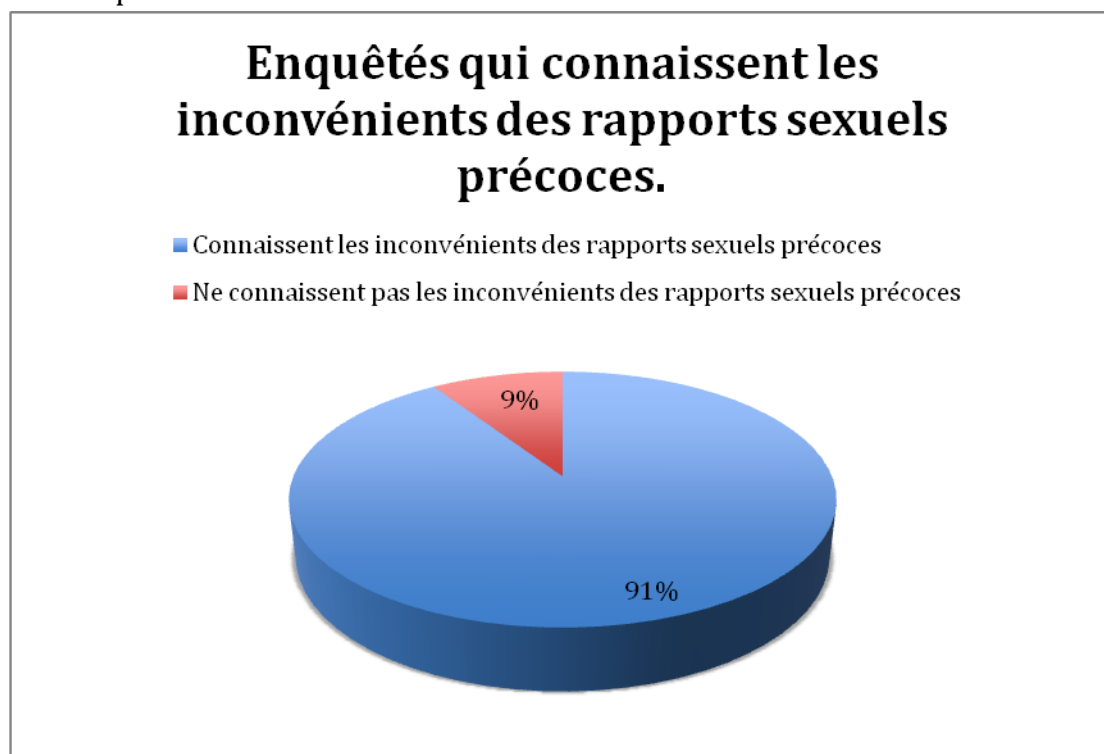
4.1.3.8. Enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.

Tableau XX. Enquêtés qui connaissent ou non les inconvénients des rapports sexuels précoces.

	Enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.	
	N	%
Connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces	166	90,7
Ne connaissent pas les inconvénients des rapports sexuels précoces	17	9,3
Total	183	100

En rapports avec la connaissance ou pas des inconvénients des rapports sexuels précoces, la majorité des répondants soit, 90% des répondants connaissent les inconvénients des desdits rapports précoces contre 9,3% des répondants qui n'en savent pas

Graphique XX. Enquêtés qui connaissent ou non les inconvénients des rapports sexuels précoces.



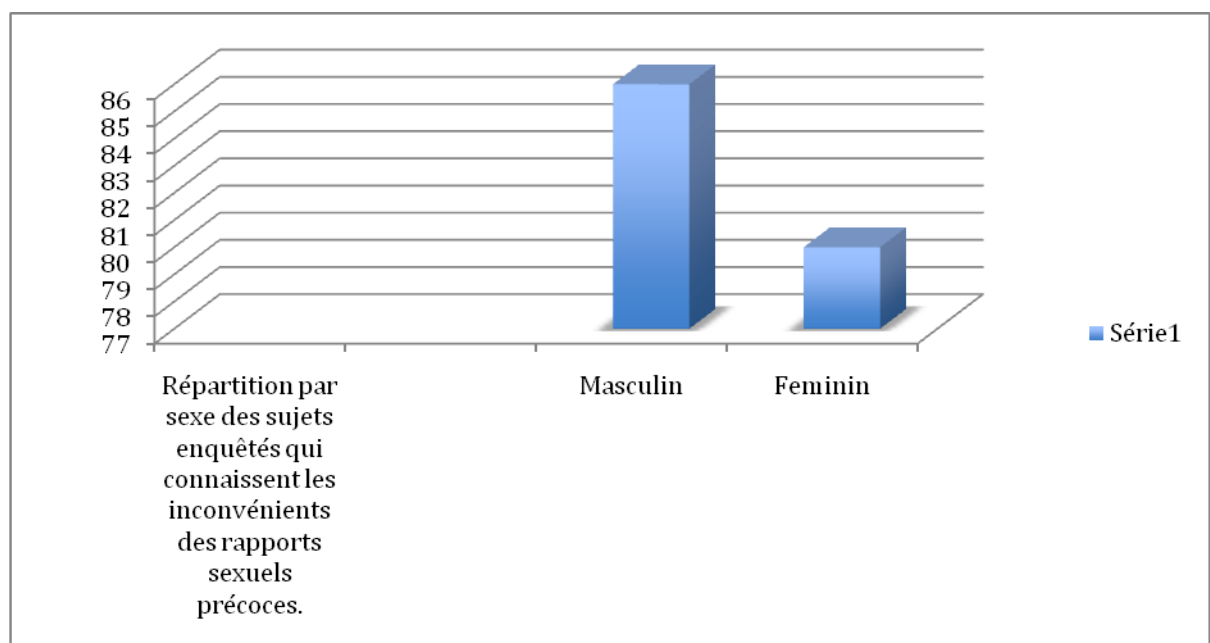
4.1.3.9. Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.

Tableau XXI. Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.

	Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.	
	N	%
Masculin	86	51,8
Féminin	80	48,2

Les hommes qui ont connaissance des inconvénients des rapports sexuels précoces représentent 51,8% des répondants contre 48,2 % des répondants du sexe féminin ayant connaissance des ces inconvénients.

Graphique XXI. Répartition par sexe des sujets enquêtés qui connaissent les inconvénients des rapports sexuels précoces.



4.1.4. Détermination des attitudes et comportement des groupes cibles envers les personnes vivant avec le VIH

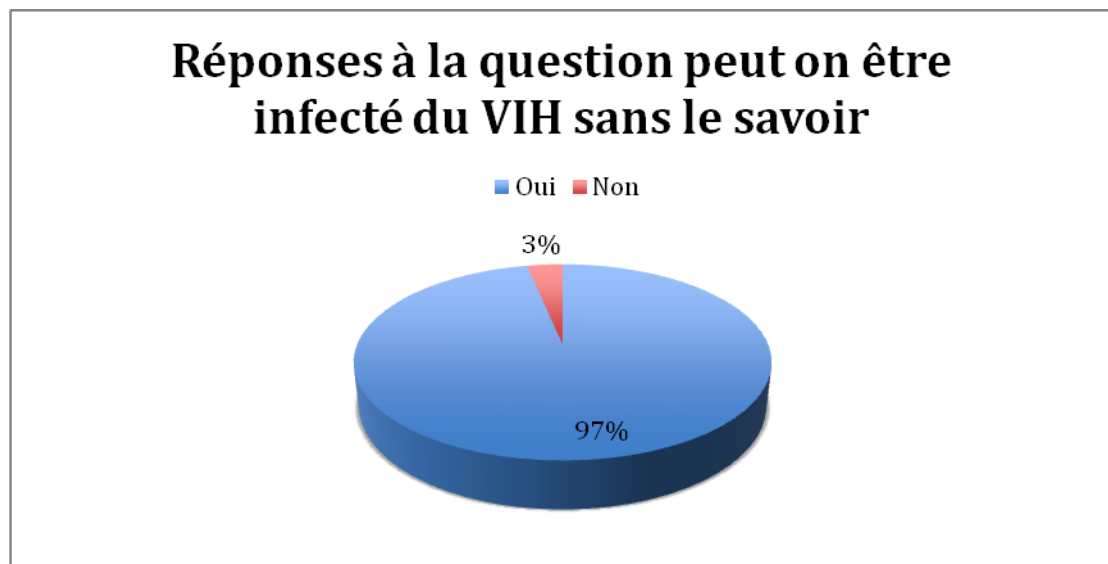
4.1.4.1. Etre infecté du VIH sans le savoir.

Tableau XXII : Réponses des enquêtés à la question de savoir si on peut être infecté du VIH sans le savoir.

	Réponses à la question peut on être infecté du VIH sans le savoir	
	N	%
Oui	177	96,72
Non	6	3,28
Total	183	100

Ce tableau nous renseigne que 96,7% des répondants savent que l'on peut être infecté du VIH sans le savoir, contre 3,2% des répondants qui ne connaissent pas qu'une personne peut être infectée du VIH sans le savoir.

Graphique XXII. Réponses des enquêtés à la question de savoir si on peut être infecté du VIH sans le savoir.



Ce graphique nous montre que 97 %des sujets de notre enquête savent que l'on peut être infecté du VIH sans le savoir.

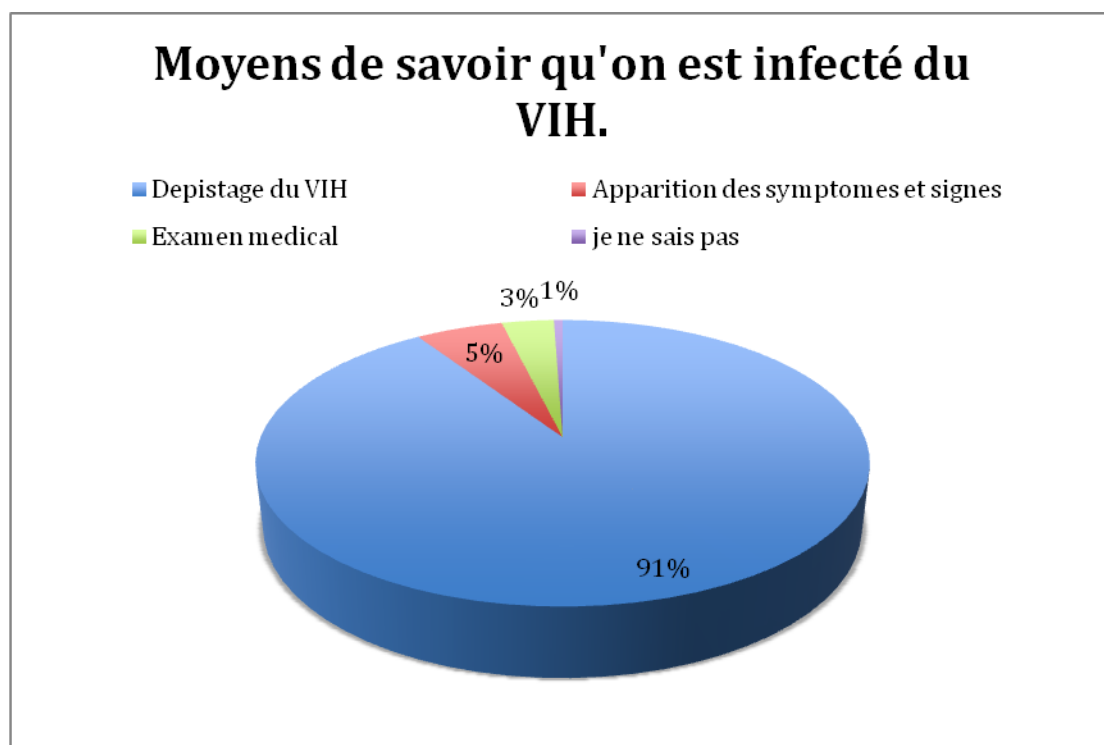
4.1.4.2.. Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH

Tableau XXIII. Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH.

Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH.		
	N	%
Dépistage du VIH	166	90,71
Apparition des symptômes et signes	10	5,46
Examen médical	6	3,28
je ne sais pas	1	0,55
Total	183	100

En rapport avec les moyens par lesquels l'on peut savoir si l'on est infecté par le VIH, les répondants ont donné les éléments de réponses suivantes :90,7 % des répondants estiment qu'on peut savoir si on est infecté au VIH par le Dépistage VH, 5,4 % estiment qu'on peut le savoir par l'apparition des symptômes et signes, 3,2% pensent qu'on peut savoir si l'on est infecté au VIH par les examens médicaux et enfin, 0,5% des répondants estiment qu'ils ne savent rien de cette question.

Graphique XXIII : Moyens de savoir qu'on est infecté du VIH.



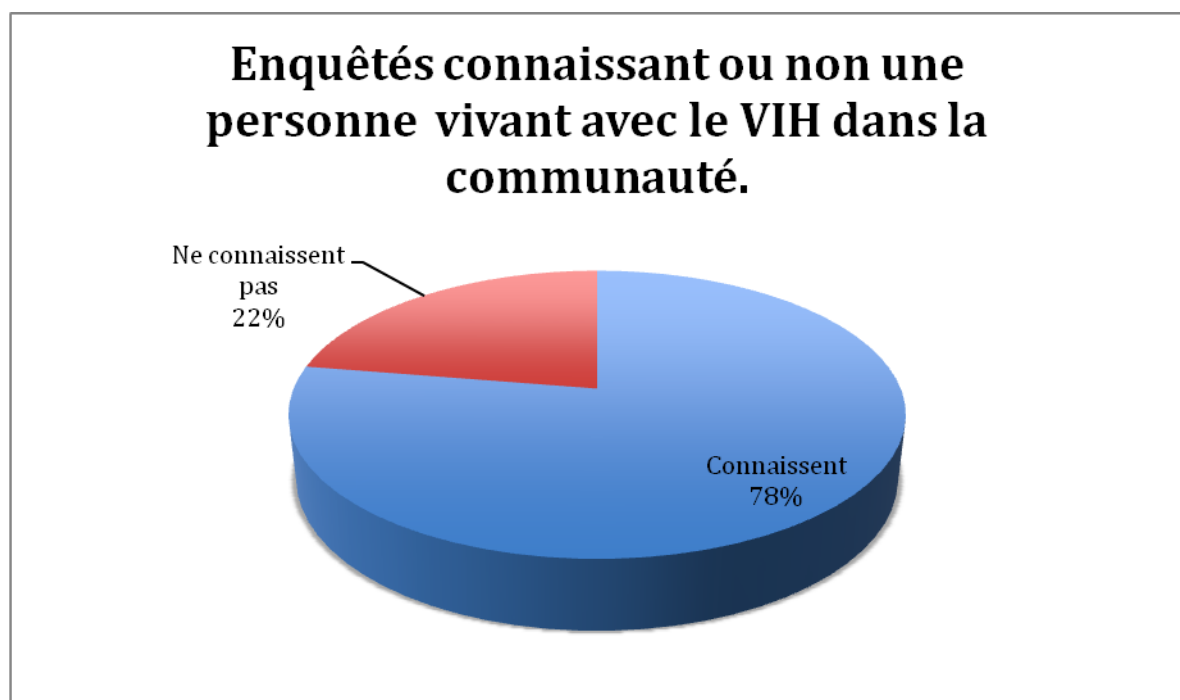
4.1.4.3. Enquêtés connaissant une personne vivant avec le VIH dans la communauté.

Tableau XXIV. Enquêtés connaissant ou non une personne vivant avec le VIH dans la communauté.

	Enquêtés connaissant ou non une personne vivant avec le VIH dans la communauté.	
	N	%
Connaissent	142	77,6
Ne connaissent pas	41	22,4
Total	183	100

Il ressort de ce tableau que nos enquêtés connaissent pour la plupart au moins une personne infectée par le VIH vivant dans leur communauté. Cette majorité représente à peu près 77,6% des répondants contre 22,4% des répondants qui ne la connaissent pas. Cela veut dire que les personnes vivant avec le VIH ne vivent plus dans la clandestinité dans la communauté de Walungu et qu'elles sont connues par les autres habitants.

Graphique XXIV. Enquêtés connaissant ou non une personne vivant avec le VIH dans la communauté.



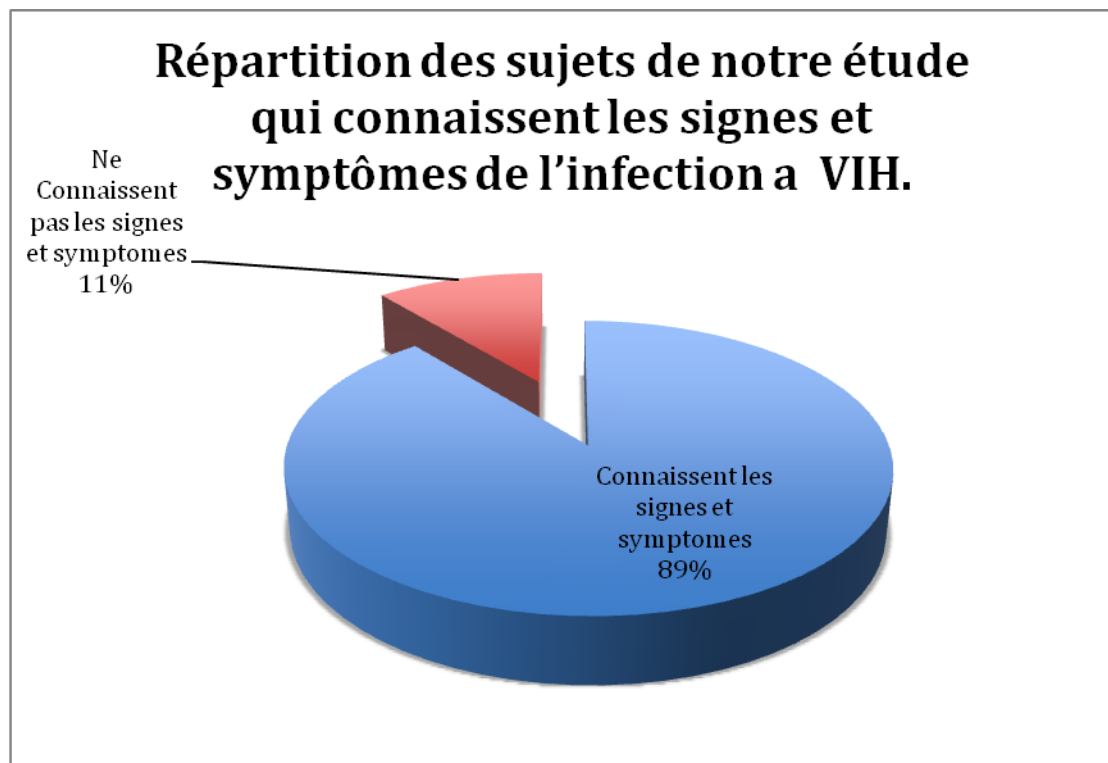
4.1.4.4. Sujets de notre étude qui connaissent les signes et symptômes de l'infection VIH.

Tableau XXV. Répartition des sujets de notre étude qui connaissent ou pas les signes et symptômes de l'infection à VIH.

	Répartition des sujets de notre étude qui connaissent ou pas les signes et symptômes de l'infection à VIH.	
	N	%
Connaissent les signes et symptômes	163	89
Ne Connaissent pas les signes et symptômes	20	11
Total	183	100

Ce tableau sur la connaissance ou pas des symptômes et signes de l'infection à VIH, montre que 89% des répondants connaissent les signes et symptômes qui caractérisent une infection à VIH contre 11% des répondants qui ne connaissent pas ces signes et symptômes.

Graphique XXV. Répartition des sujets de notre étude qui connaissent ou pas les signes et symptômes de l'infection a VIH



4.1.5. Détermination des connaissances, des attitudes et des comportements des groupes ciblés par rapport aux violences basées sur le genre et détermination des connaissances des groupes ciblés sur les droits des femmes.

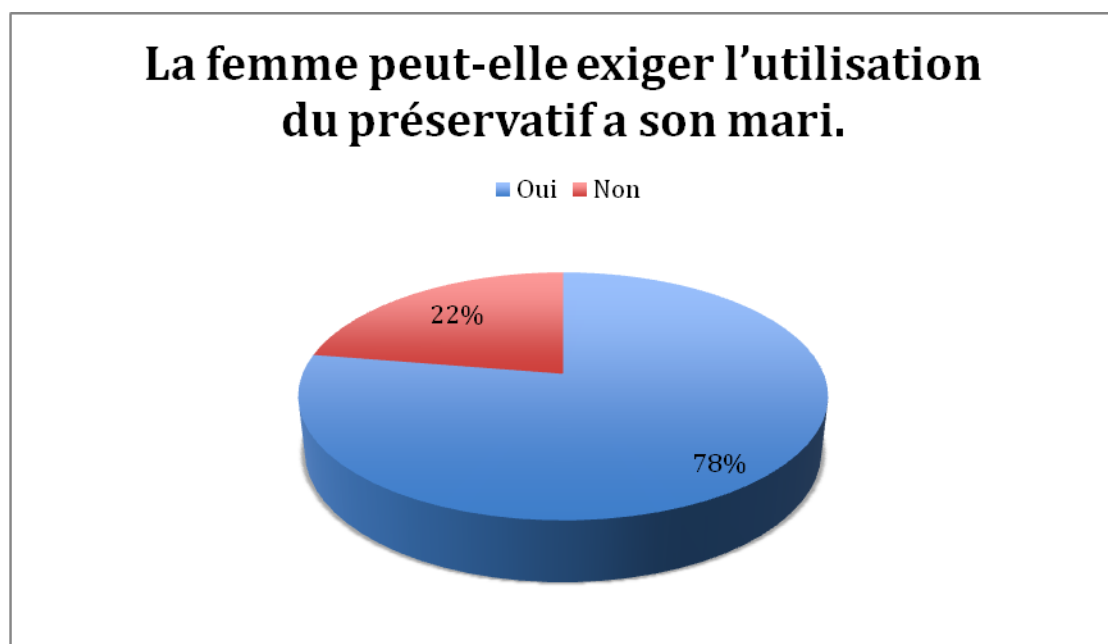
4.1.5.1. De l'exigence ou pas au mari de porter un préservatif par sa femme.

Tableau XXVI. La femme peut-elle exiger l'utilisation du préservatif à son mari ?

	La femme peut-elle exiger l'utilisation du préservatif à son mari.	
	N	%
Oui	142	77,6
Non	41	22,4
Total	183	100

Par rapport à la question de savoir si une femme peut exiger à son mari d'utiliser le préservatif, 77,6% des répondants estiment qu'une femme peut l'exiger à son mari contre 22,4% des répondants qui estiment qu'une femme ne peut pas exiger à son mari d'utiliser le préservatif.

Graphique XXVI. Réponse à la question de savoir si la femme peut exiger l'utilisation du préservatif à son mari.



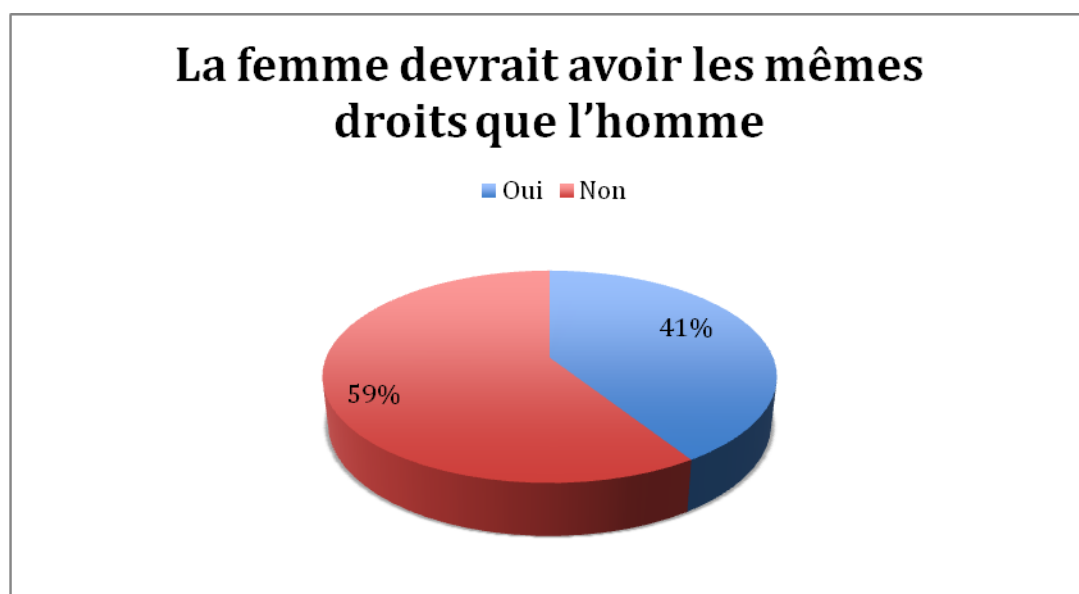
4.1.5.2. La femme devrait avoir les mêmes droits que l'homme.

Tableau XXVII. Réponses sur les droits de la femme.

La femme devrait avoir les mêmes droits que l'homme		
	N	%
Oui	75	40,98
Non	108	59,02
Total	183	100

Il ressort de ce tableau que 40,98 % des répondants estiment que la femme devrait avoir les mêmes droits que les hommes contre 59% des répondants qui estiment que la femme ne devrait pas avoir les mêmes droits que l'homme ; Les répondants réfractaires à l'égalité des droits entre l'homme et la femme sont ceux repliés dans les considérations culturelles qui stigmatisent les femmes et considèrent que les femmes n'ont pas droit à la parole dans la communauté. Un effort devrait être fourni dans la sensibilisation des couches sociales dans les communautés de Walungu.

Graphique XXVIII. Réponses sur les droits de la femme.



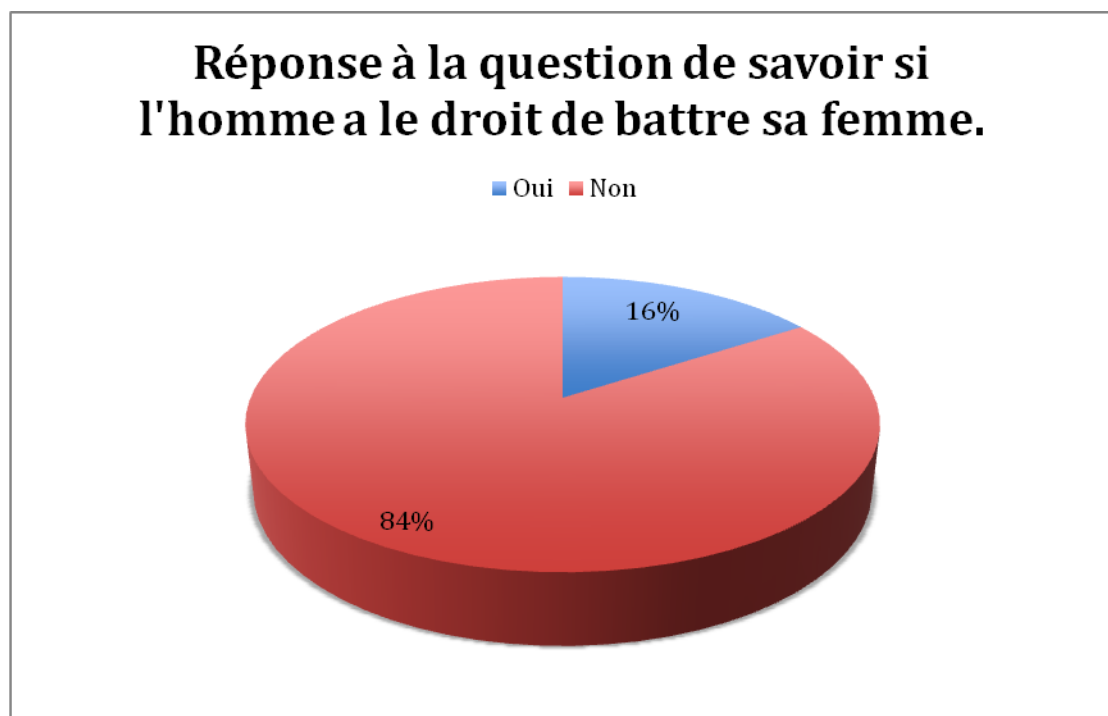
4.1.5.3. Reconnaissance pour l'homme du droit de battre sa femme.

Tableau XXIX. Réponse à la question de savoir si l'homme a le droit de battre sa femme.

	Réponse à la question de savoir si l'homme a le droit de battre sa femme.	
	N	%
Oui	29	15,85
Non	154	84,15
Total	183	100

Concernant le droit pour un homme de battre sa femme, 84,15% des répondants estiment que l'homme n'a pas le droit de battre sa femme tandis que 15,5% estiment que l'homme a droit de battre sa femme.

Graphique XXIX. Réponse à la question de savoir si l'homme a le droit de battre sa femme.



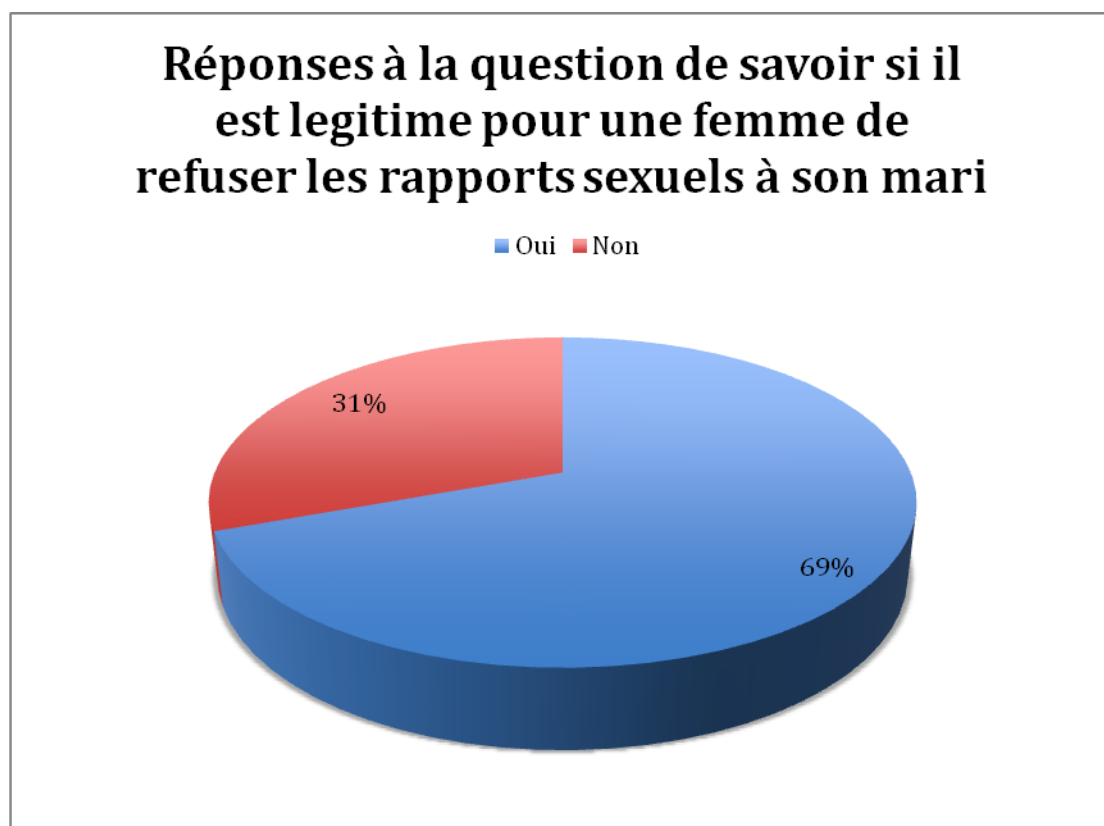
4.1.5.4. Reconnaissance de la légitimité pour une femme de refuser le rapport sexuel à son mari.

Tableau XXX. Réponses à la question de savoir s'il est légitime pour une femme de refuser les rapports sexuels à son mari

	Réponses à la question de savoir si il est légitime pour une femme de refuser les rapports sexuels à son mari	
	N	%
Oui	127	69,4
Non	56	30,6
Total	183	100

Ce tableau indique qu'à la question de savoir si la femme a le droit de refuser les rapports sexuels à son mari, 69,4% des répondants estiment que la femme en a contre, 30,6% des répondants qui estiment que la femme n'en a pas.

Graphique XXX. Réponses à la question de savoir s'il est légitime pour une femme de refuser les rapports sexuels à son mari.



4.2. Résultats des séances de focus group (Considérations des leaders d'opinions sur la mise en œuvre du Projet de prévention communautaire du VIH par l'approche Parcours.)

Le focus group avait essentiellement visé les leaders communautaires et les acteurs clés de Walungu.

Il s'est agi de :

- Autorités politico-administratives et coutumières.
- Les autorités des confessions religieuses : catholique, protestante et musulmane
- Les autorités sanitaires et les prestataires de santé.
- Les enseignants
- Les étudiants.
- Les commerçants
- Les acteurs des ONG

Un guide de discussion a été élaboré et structuré comme-suit :

1. Appréciation du niveau de connaissance de la communauté sur le VIH/sida et les IST.
2. Droit des femmes
3. Considérations des personnes vivant avec le VIH.
4. Engagement et appropriation communautaire.
5. Appréciation des acquis du projet parcours
6. Recommandations.

Méthodologie utilisée pour le focus group

L'animation de ce focus group qui est une méthode d'enquête qualitative a consisté à rassembler les petits groupes appartenant à la population d'étude afin de parler autour des thèmes précités.

Les focus group ont été animés par un modérateur qui a veillé sur la dynamique du groupe.

Dans notre étude la méthodologie de focus group a été utilisée pour répondre aux objectifs suivants :

- Récolter les informations sur les problématiques de l'organisation de la réponse au VIH dans la communauté de Walungu.
- Collecter les opinions et les attitudes concernant la mise en œuvre du projet de prévention communautaire du VIH par l'intégration de l'approche parcours.
- Recueillir les avis des participants sur les acquis et les résultats du projet.

Organisation de focus group :

Les séances d'animation étaient d'une durée de 2 heures.

L'équipe était composée :

- D'un modérateur dont le rôle était de faciliter et d'organiser la prise de parole, de guider la discussion et d'animer la séance.
- D'un rapporteur chargé de la prise des notes.

4.2.1. Analyse des résultats.

4.2.1.1. Acquis de la mise en œuvre du Projet de prévention communautaire du VIH.

A. Amélioration du niveau de connaissance de la communauté sur le VIH/sida et les IST et augmentation de l'utilisation des services de prévention du VIH.

- Bonne connaissance des voies de transmission du VIH et des mesures de prévention du VIH grâce aux séances de sensibilisation organisées.
- L'amélioration des connaissances des membres de la communauté sur le VIH /sida et les IST.
- La prise de conscience sur l'importance du dépistage volontaire du VIH. La demande du dépistage du VIH a augmenté et il y a une augmentation de l'utilisation des services de CDV et de PTME.
- Augmentation de l'acceptabilité de l'utilisation des préservatifs.
- Population sensibilisée sur le don bénévole de sang et augmentation du nombre des donneurs bénévoles de sang au sein de l'association des donneurs bénévoles de sang de Walungu. Ces donneurs sont actuellement recrutés dans toutes les couches de la population.
- L'identification des us et coutumes qui constituent les meilleures pratiques dans la riposte au VIH/sida et ceux qui offrent un terrain fertile à la propagation du VIH.

Intégration de la discussion sur le VIH/sida dans les familles, dans la communauté et dans les écoles.

- Dans les écoles l'introduction des cours d'éducation à la vie et à la santé a amélioré les échanges sur la sexualité, le VIH/sida et les IST.
- Dans la communauté les sujets sur le VIH/sida sont abordés dans les églises.

B. Droit des femmes

- Sensibilisation sur les droits humains et le respect des droits des femmes. Certains droits sont maintenant reconnus à la femme telle que sa participation active dans les instances de prise de décisions.
- La réduction des violences basées sur le genre. Les participants ont déclaré que les hommes ne battent plus leurs femmes.

C. Considérations des personnes vivant avec le VIH.

- Les droits de PVVIH sont connus par les membres de la communauté grâce aux séances de vulgarisation de la loi portant protection des PVVIH organisées.
- Les PVIH sont intégrées dans la communauté et considérées égales à d'autres membres de la communauté.
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

- Les PVVIH sont regroupées au sein d'une association et l'effectif des membres est progressivement croissant.
- Renforcement des capacités techniques de l'association des PVVIH.
- Les PVVIH se sont senties affermies par leur implication dans toutes les activités.
- Dans les structures de santé l'accès aux antirétroviraux (ARV) est gratuit.

D. Engagement et appropriation communautaire dans la riposte au VIH.

- Les leaders communautaires participent activement aux réunions relatives au développement et à la lutte contre le VIH
- Forte adhésion des membres de la communauté à l'association des donneurs bénévoles de sang.
- Les radios communautaires produisent et diffusent régulièrement des émissions sur le VIH /sida et les IST.
- Institutionnalisation des tests prénuptiaux de dépistage du VIH dans les églises.
- Production des pièces théâtrales sur le VIH/sida.

Succes story :

1. Témoignage d'un pasteur, Participant au Processus de l'approche Parcours et ayant son domicile à Walungu.

« Dans notre communauté chrétienne on ne tolérât pas l'usage du préservatif dans la mesure où nous étions convaincus qu'il renforçait la pratique sexuelle et partant, la débauche au sein des membres de l'Eglise. C'est ainsi que le préservatif était tristement interdit d'usage et on ne pouvait pas le citer.

En effet, un lundi matin quand je me levais et prenais la direction des toilettes, j'ai vu un préservatif non utilisé dans le WC. Je suis rentré dans ma chambre et j'ai pris une machette pour ramasser prudemment ce truc du démon. Je me suis posé la question de savoir qui de mes enfants aurait eu le culot de me placer ce préservatif devant la latrine pour m'importuner et salir non seulement ma foi mais aussi ma réputation de grand pasteur à Walungu. Directement, mes soupçons sont allés vers mon fils âgé de 20 ans.

Très courroucé, je suis resté aux aguets devant la porte de la chambre de mon fils, machette bien aiguisée à la main prêt à punir ce fils ignoble qui utilise cet outil de Satan à ma barbe, dans la maison du pasteur, l'homme de Dieu. Le jeune garçon qui m'entendait vociférer des injures et des menaces, sortit de sa chambre en pleurant en promettant de ne plus récidiver. Sans cela, je le découpais. Pour me défouler afin d'apaiser ma colère, j'ai découpé le préservatif en mille morceaux devant lui afin qu'il se rendit compte de mon indignation contre cette pratique ignoble. (...)

En me confiant à un ami, de surcroît, un animateur du projet parcours, il m'avait invité à une séance de Parcours. Après deux semaines, j'ai beaucoup appris sur l'importance de l'usage du préservatif et sur le VIH en général.

Tous les mythes que j'avais autours du préservatifs avaient été dissipés. Vous comprendrez alors que je parle aisément du préservatif et de son usage dans cette salle sans aucune honte et j'en fais la démonstration de son utilisation devant vous tous : jeunes, femmes et vieux. Il nous protège contre les grossesses indésirables, les maladies sexuellement transmissibles etc. D'ailleurs dans ma communauté CEBCA, j'ai ordonné qu'une séance de formation sur Parcours soit diligentée une fois par semaine afin de toucher plus de fidèles et que l'usage du préservatif soit toléré par les autres responsables des communautés spirituelles.

C'est dans la salle après son témoignage, qu'il s'est rendu compte que son épouse et son fils suivaient des enseignements sur Parcours dans d'autres groupes ».

2. Renonciation aux pratiques et traditions rétrogrades

Récit d'une élève de 4eme des Humanités, bénéficiaire du parcours à Walungu.

« La formation que j'ai suivie sur les Us et coutumes m'a permis de mieux comprendre les attitudes que je dois adopter dans la vie. Les hommes se servent de coutumes pour gagner facilement les cœurs des femmes. Lorsque je logeais chez ma grande sœur qui après l'accouchement, était restée à la maternité pour des soins spéciaux, son mari m'avait obligé de faire son lit. Et profitant de mon obéissance, il avait tenté de m'abuser prétextant que si ma grande sœur mourrait, je deviendrais son épouse comme le veut la coutume.

Comme j'avais pitié pour les deux gosses qui étaient déjà nés, j'étais séduite à jouer un jour le rôle de la grande sœur si le pire arrivait. Mais hélas en réfléchissant sur les enseignements de Parcours, je me suis posée une série de questions : Quelle est la maladie qui emporterait ma grande sœur ? Son mari n'en était-il pas également atteint ?

Face à ce dilemme, j'ai proposé au mari de ma sœur, de nous faire dépister au CDV de Walungu. Il a refusé et a souhaité que nous nous rendions plutôt au CDV de Bideka. Chose promise chose faite. A Bideka, nous avons été soumis au test. Comme un chacun devait recevoir les résultats en aparté, je suis entrée la première dans la salle et le prestataire m'a félicité pour mon comportement. Mon beau frère qui est entré après moi en est sorti les larmes aux yeux. J'ai vite compris que notre futur mariage était hypothétique. C'est pourquoi, il faut mettre en doute nos coutumes. La seule solution pour se rassurer de la bonne santé d'un homme, c'est le test au CDV ».

3. Témoignage sur la stigmatisation.

Une participante a témoigné sur la stigmatisation dont elle avait été victime de la part de sa famille et de la communauté.

Consécutivement à la mort de son mari et suite aux difficultés conjoncturelles cette dame avait présenté un amaigrissement, des douleurs épigastriques et des céphalées opiniâtres.

Les rumeurs sur son statut sérologique positif au VIH avaient circulé dans la communauté et elle devenait un sujet de moquerie.

Elle s'est retrouvée abandonnée à elle-même.

Elle avait consulté l'hôpital et les centres de sante pour les soins

Presque convaincue que toutes ses souffrances et tous les signes qu'elle présentait étaient liés au SIDA elle était devenue instable sur le plan psychologique.

Elle n'attendait que la mort.

A l'issue des formations Parcours elle a reçu les informations sur le seul moyen de savoir que l'on est infecté du VIH ; c'est-à-dire le dépistage du VIH.

Elle a décidé d'aller au service de Conseil et dépistage volontaire. Ici elle a été informée qu'elle n'était pas infectée du VIH et que par conséquent son amaigrissement n'était pas un signe du sida.

Un mois après ce dépistage et son intégration dans la communauté a travers les réunions communautaires de Parcours cette dame avait récupéré sa sante et avait repris du poids.

4.2.1.2. Problèmes évoqués par les participants.

A. Problèmes évoqués dans l'organisation des services de prévention du VIH et des IST.

- Faible Utilisation des préservatifs par les hommes en uniformes.

- Rupture en préservatifs suite à l'approvisionnement qui est irrégulier.
- Accès difficile aux préservatifs masculins et féminins : Circuit d'approvisionnement du Bureau central de la zone de santé n'intégrant pas les milieux estudiantins.
- Les services de CDV et de PTME connaissent souvent une rupture en stocks des intrants de laboratoire ; tests VIH. Pareille situation fait que tous les sujets qui expriment une demande pour le dépistage ne sont pas testés. Il y a une discordance entre les demandes de dépistage du VIH et les tests VIH effectivement réalisés.
- Non respect de la confidentialité par les prestataires dans les services de CDV. Ce qui démotive certains sujets à se faire dépister au niveau de l'Hôpital général de référence. Ceci constitue une barrière pour certaines personnes. Les gens ont peur que leur statut sérologique ne soit dévoilé.
- Faible dépistage des partenaires masculins.
- Absence des matériels didactiques pour appuyer le cours sur le VIH/sida et les IST : Besoin d'avoir des films sur le VIH/sida et sur les IST.
- Irrégularité de suivi et des supervisions des activités du projet Parcours.

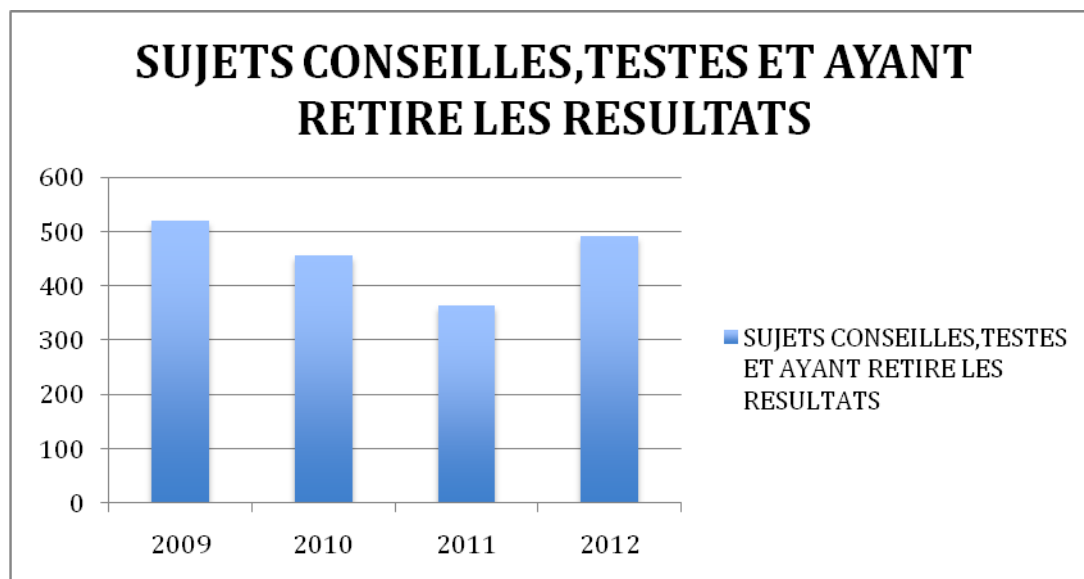
B. Droits des femmes.

- La femme n'a pas encore les mêmes droits que l'homme.
- Dans la plupart des ménages ce sont plus les hommes qui prennent des décisions.
- Seule les ménages des instruits et des intellectuels associent la femme à la prise des décisions.
- La femme a peur de prendre la responsabilité.
- Dans certaines familles la femme n'a pas droit à l'héritage.

4.3. Résultats de la collecte des données à l'hôpital général de référence FSKI Walungu.

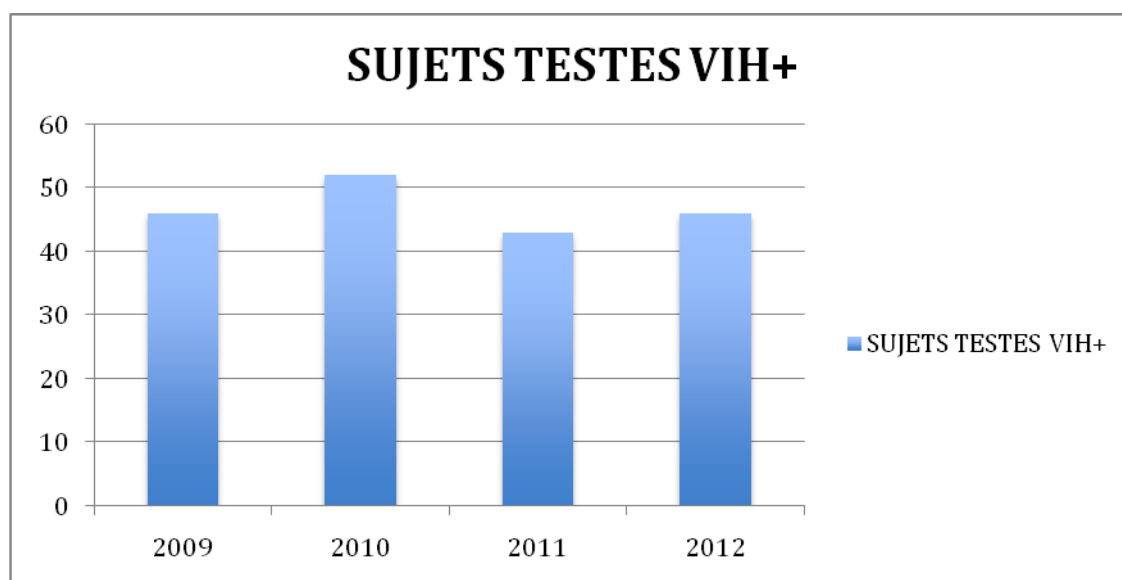
4.3.1. Services de Conseil et dépistage volontaire.

Graphique XXXI : Données de sujets conseillés, testés et qui ont retiré les résultats pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012



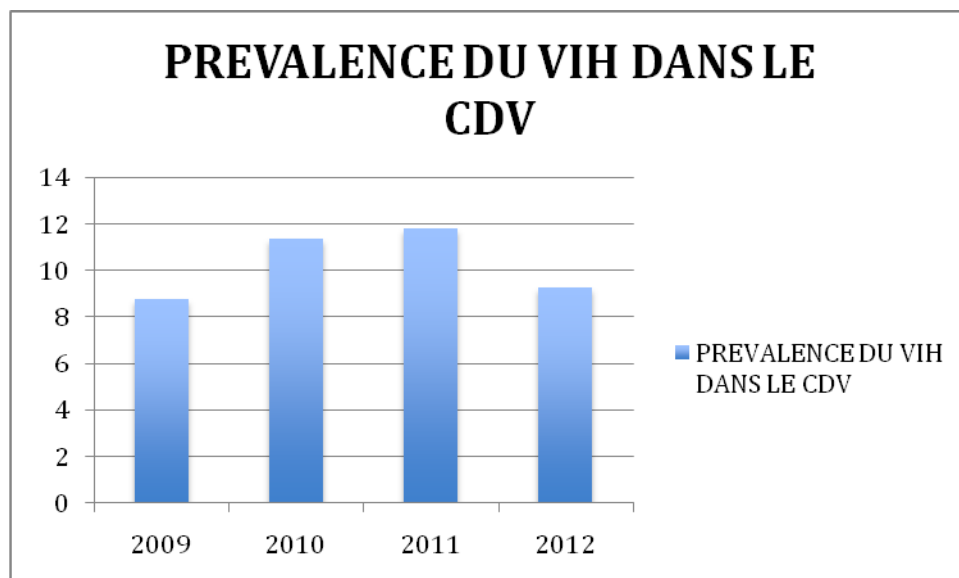
Ce graphique présente la situation des sujets ayant complété le processus de dépistage au cours des années 2009,2010,2011 et 2012. Nous constatons la fréquentation générale du service de Conseil et dépistage volontaire au cours des années.

Graphique XXXII. Sujets testés VIH+ dans le CDV de l'Hôpital Général de référence FSKI Walungu pour la période de 2009, 2010,2011 et 2012.



A l'analyse de ce graphique,nous observons un effectif important des sujets testés VIH+ avec une moyenne de 47 sujets par an.

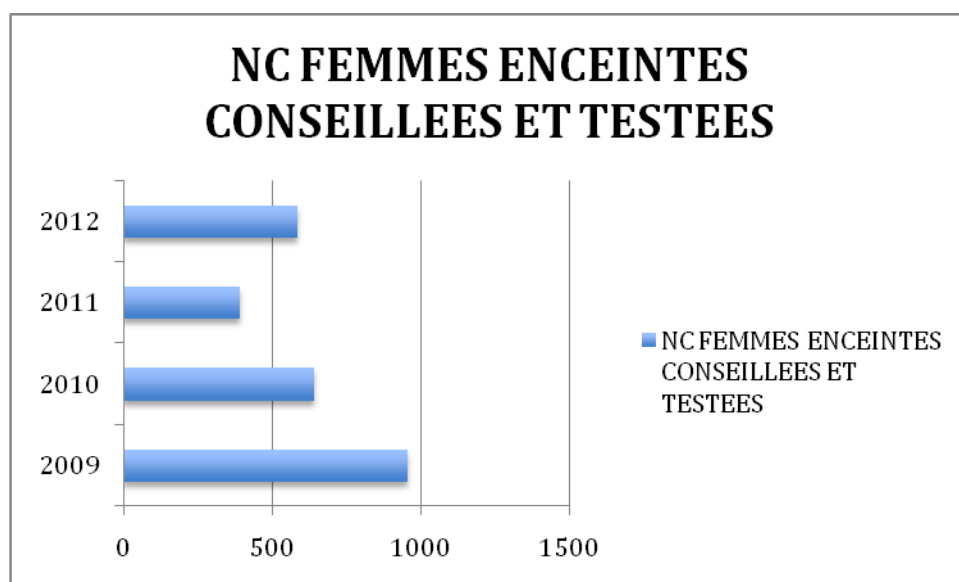
Graphique XXXIII. Prévalence du VIH au CDV de l'hôpital général de référence FSKI Walungu pour les années 2009,2010,2011 et 2012.



La prévalence du VIH dans le CDV de l'HGR FSKi Walungu est élevée et varie entre 8,8% et 11,8%. Ce qui dénote en partie l'ampleur du VIH/sida à Walungu et le risque réel.

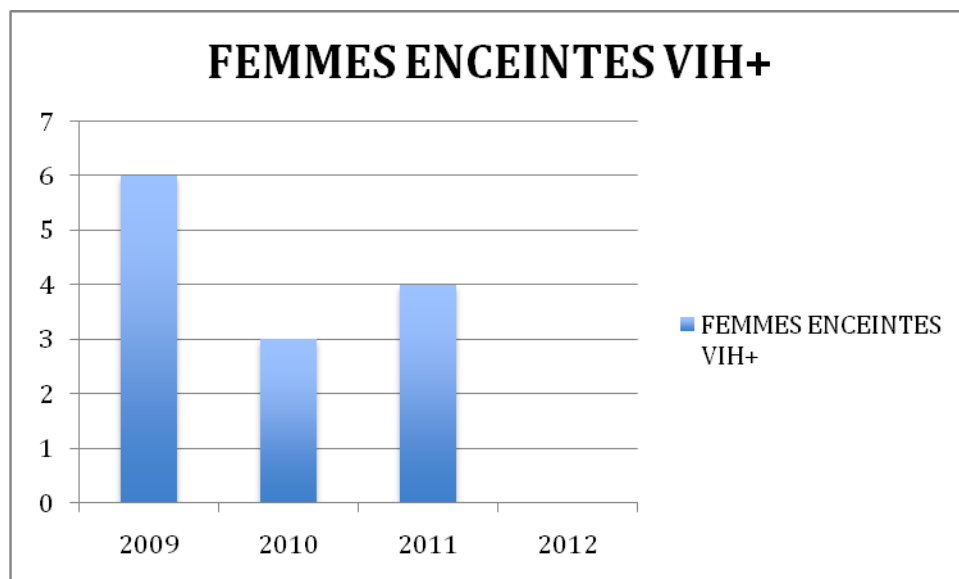
4.3.2. Service de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) de l'Hôpital Général de référence FSKi Walungu.

Graphique XXXIV. Nouveaux cas des femmes enceintes conseillées et testées du VIH au cours des années 2009, 2010, 2011 et 2012

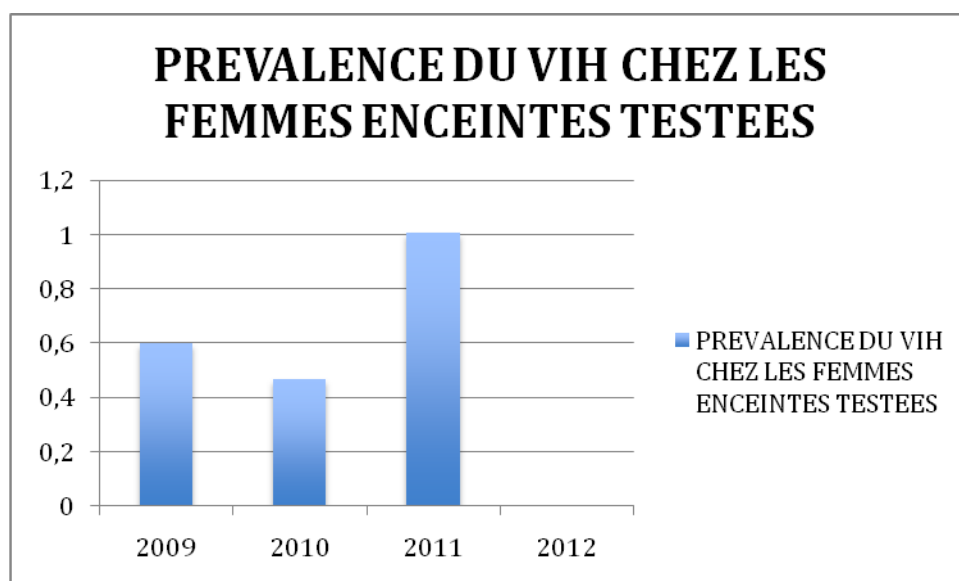


Ce graphique montre que plus des sujets ont été conseillés et testés en 2009. Ce constat s'expliquerait par la rupture en tests VIH rapportée pour les autres années. L'acceptabilité de dépistage est bonne dans le service de PTME.

Graphique XXXV. Femmes enceintes séropositives au VIH.



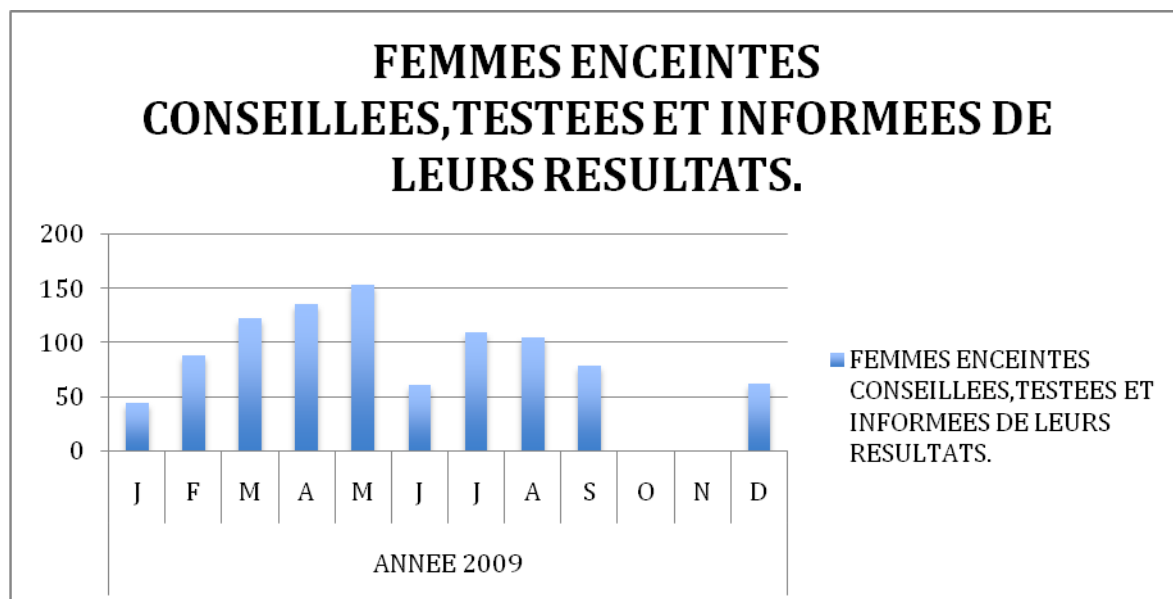
Graphique XXXVI. Prévalence du VIH dans le service de PTME HGR FSKI Walungu pour les années 2009, 2010, 2011 et 2012.



A l'analyse de ce graphique nous constatons que la prévalence la plus élevée est celle de 1% enregistrée au cours de l'année 2011.

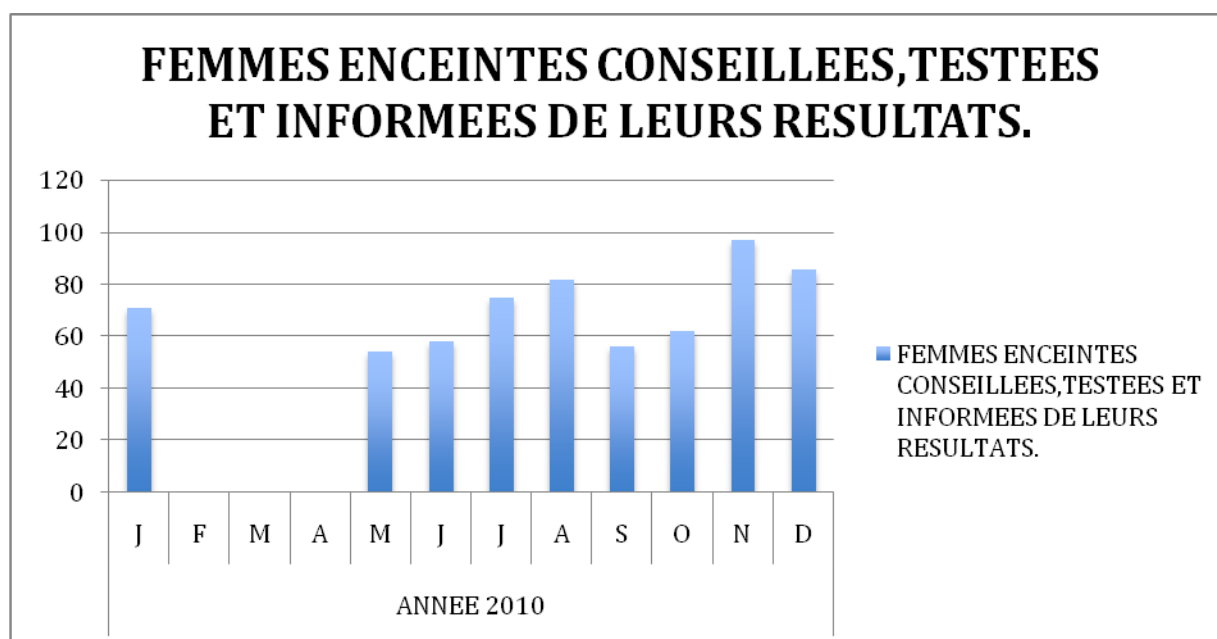
4.3.3. Influence de la disponibilité des tests sur les résultats de la PTME respectivement pour les années 2009, 2010, 2011 et 2013.

Graphique XXXVII. Résultats de la PTME pour l'année 2009.



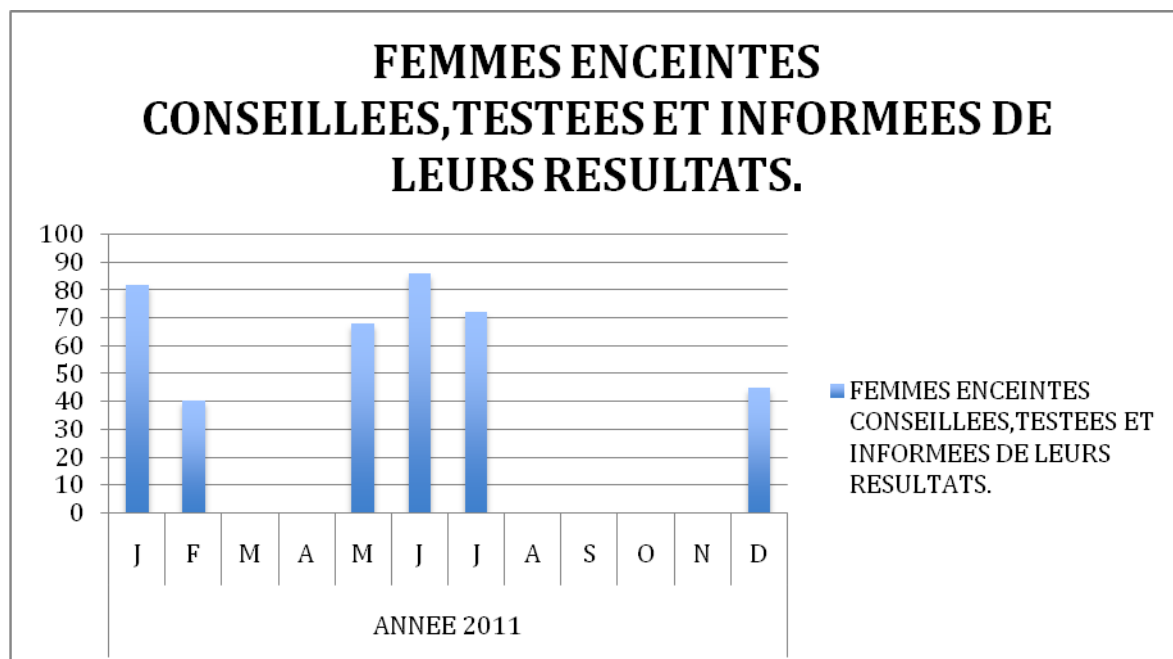
Ce graphique montre qu'aucun dépistage du VIH n'a été réalisé au cours des mois d'octobre et de novembre 2009. Pareille situation est due à la rupture en tests VIH.

Graphique XXXVIII. Résultats de la PTME pour l'année 2010.

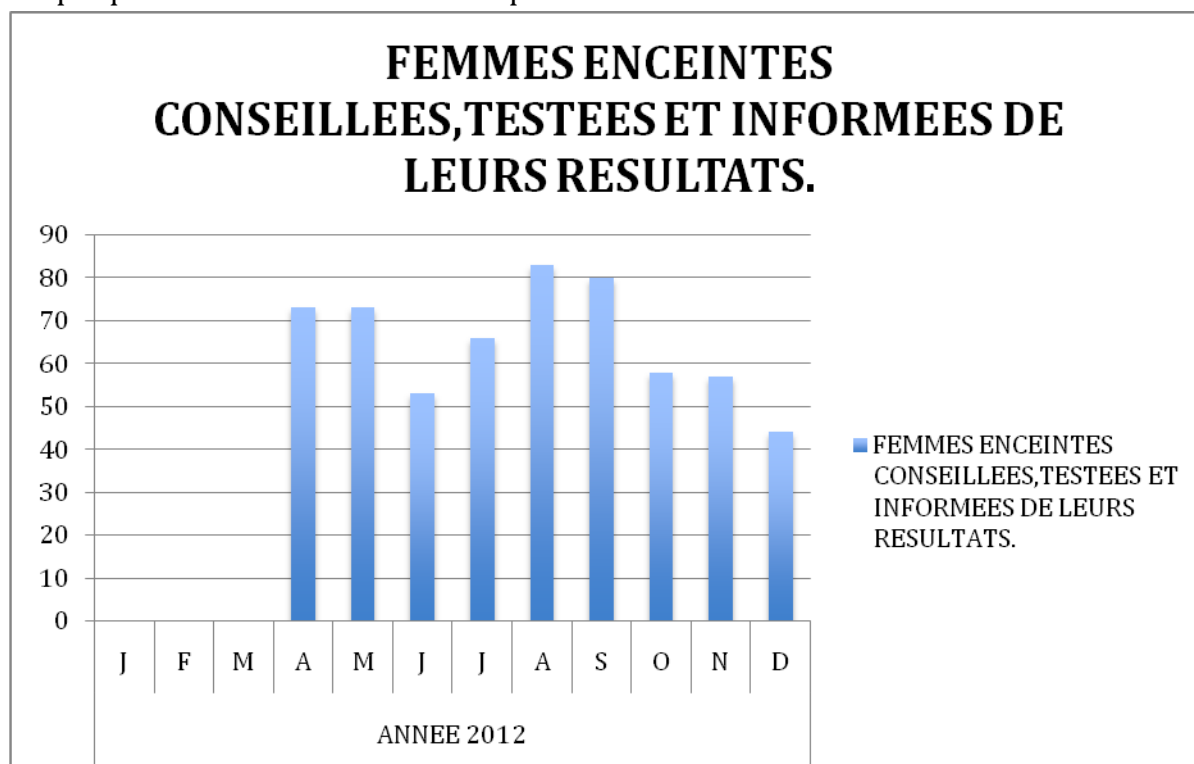


A l'analyse de ce graphique nous constatons qu'aucun test n'a été réalisé au cours des mois de février, de mars et d'avril 2010. L'HGR FSKi Walungu avait connu une rupture en tests VIH pendant cette période.

Graphique XXXIX. Résultats de la PTME pour l'année 2011.



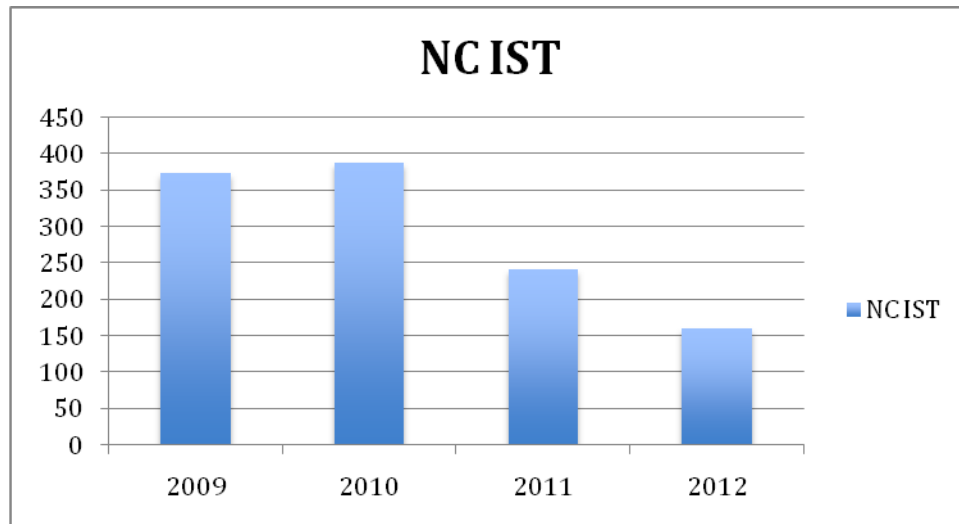
Au regard de ce graphique nous constatons que la structure a connu une rupture en tests VIH pendant 6 mois et aucune femme enceinte n'a été dépistée du VIH au cours des mois de mars, avril, aout, septembre, octobre et novembre 2010. Graphique XL. Résultats de la PTME pour l'année 2012.



Ce graphique indique que la structure a connu la rupture en stocks des tests VIH au cours des mois de janvier,de février et de mars 2012 et n'a ,par conséquent, réalisé aucun dépistage au cours de cette période.

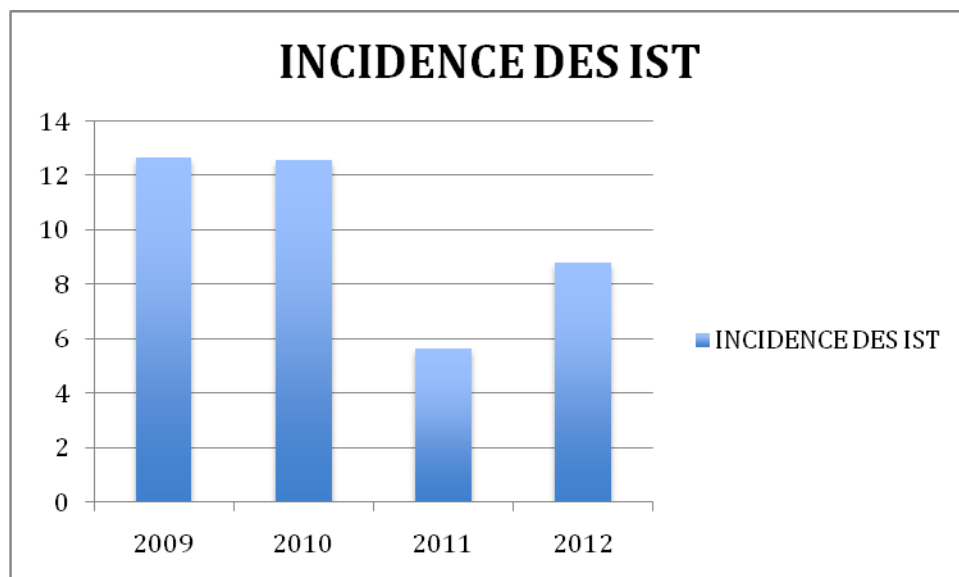
4.3.4. Situation de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au niveau de l'Hôpital général de Référence FSKI Walungu pour la période de 2009 à 2012.

Graphique XLI .Fréquentation de cas des IST à l'hôpital pour les années 2009, 2010,2011 et 2012.



Les cas des IST sont régulièrement diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'hôpital.

Graphique XLII. Incidence des IST au niveau de l'hôpital général de référence FSKi Walungu.

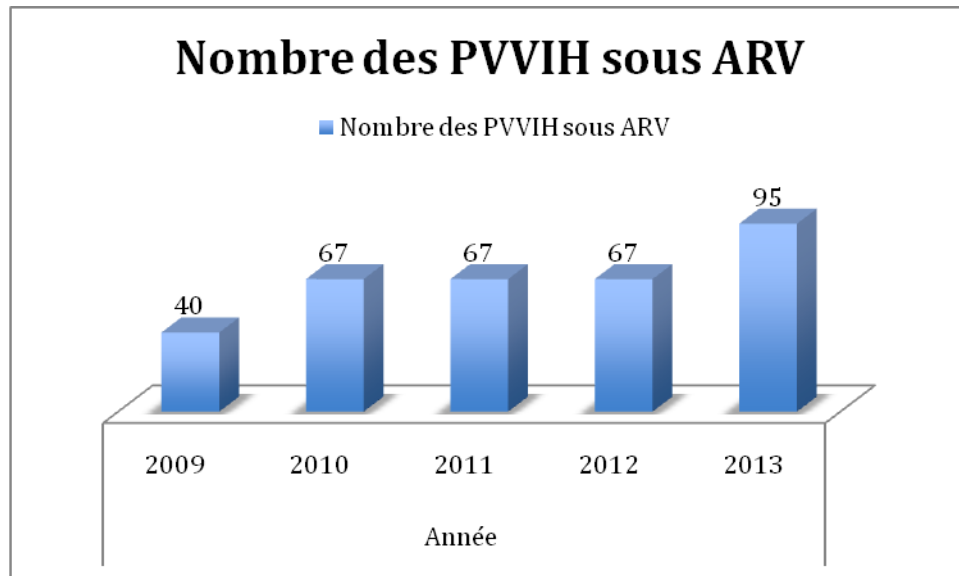


Ce graphique nous permet de remarquer que l'incidence des IST au cours des 4 dernières années est élevée.

Ce qui montre que les infections sexuellement transmissibles figurent parmi les principales causes de morbidité au sein de l'hôpital.

4.3.5. Prise en charge des PVVIH au niveau de l'hôpital général de Référence FSKI Walungu.

Graphique XLIII. Evolution du nombre des PVVIH sous traitement ARV de 2009 à 2013.



Ce graphique montre que le nombre des PVVIH sous ARV est en augmentation au niveau de l'hôpital depuis l'année 2009.

4.4. Comparaison des résultats obtenus au cours de l'étude de ceux de l'enquête de base. (Evaluation du progrès de différents indicateurs clés.)

Il ressort clairement de cette évaluation que des progrès ont été réalisés après la mise en œuvre du projet parcours. Ces progrès concernent plusieurs indicateurs en comparaison à l'étude de base qui a été faite avant le démarrage du projet. Il s'agit des indicateurs sur les connaissances sur VIH, les attitudes de la communauté ainsi que des pratiques en rapport avec le VIH et le Genre à Walungu centre.

Ainsi, par rapport aux sources d'informations sur le VIH, l'étude de base a fait voir que l'information passe moins régulièrement par le système de santé ou d'autres lieux de socialisation comme l'école ou les églises ⁹ ; à ce stade, l'évaluation nous renseigne que des efforts ont été fournis au niveau des écoles et des institutions d'enseignements supérieurs pour aborder des thèmes liés au VIH. Ces efforts devraient être renforcés et soutenus au niveau des familles ainsi que des églises.

9. PNUD, Enquête rapide sur le Genre et le VIH dans la communauté de Walungu au Sud-Kivu,

L'évaluation renseigne en rapport avec le genre, le thème perçoit davantage la communauté bien que l'effectif des répondants estimant que les femmes n'ont pas les mêmes droits que les hommes soit de 51% contre 49% qui estiment le contraire. Il est également attesté que les répondants savent majoritairement que certaines pratiques rétrogrades stigmatisant la femme ne sont plus à l'ordre du jour comme le droit à l'homme taper sur sa femme ou de lui exiger quelles que soient les circonstances les relations sexuelles. Les indicateurs de l'évaluation indiquent également que les divers répondants bénéficiaires des actions de Parcours connaissent les divers services offerts dans le cadre de la lutte contre le VIH comme les centres de dépistage volontaire du VIH, la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ainsi que les divers lieux d'approvisionnement en préservatifs.

Tableau XXXI: Comparaison des résultats de l'enquête sur le genre et le VIH organisée à Walungu en 2011 et les résultats de l'évaluation du Projet communautaire de prévention du VIH organisée en septembre 2013.

Indicateurs	Résultats	
	Enquête sur le genre et le VIH organisée à Walungu en 2011.	Evaluation du Projet communautaire de prévention du VIH à Walungu organisée en septembre 2013
Pourcentage des sujets qui connaissent le VIH/sida et les modes de transmission du VIH	36,5%	96 %
Pourcentage des enquêtés qui connaissent les lieux où sont offerts les services de CDV dans la communauté.	84 %	84,7 %
Pourcentage des enquêtés qui ont déclaré avoir utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels	3%	70,5 %
Pourcentage des enquêtés qui considèrent que la femme devrait avoir les mêmes droits que l'homme	25 %	41 %

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.

CONCLUSION

Le PNUD à travers le Programme Croissance inclusive et Développement durable en appuyant l'exécution de ce projet de prévention communautaire du VIH à Walungu a répondu à son mandat conformément à la division technique du travail de l'ONUSIDA.

Les résultats obtenus montrent le progrès par rapport aux connaissances, attitudes et comportements de groupes cibles en matière de VIH/sida et des connaissances sur les violences basées sur le genre et les droits de la femme.

Ainsi, le PNUD a contribué à l'atteinte de quatre objectifs du millénaire pour le développement : OMD 3, OMD 4, OMD 5 et OMD 6.

- Promouvoir l'égalité des sexes et donner du pouvoir aux femmes ; ce projet a contribué à donner du pouvoir aux femmes en leur permettant d'accéder aux informations de prévention du VIH, aux services de prévention et de traitement liés au VIH ainsi qu'aux services de santé sexuelle et reproductive.

Les femmes qui ont reçu les informations sont davantage en mesure de négocier les relations sexuelles plus sûres et leur vulnérabilité est réduite en réduisant la violence basée sur le genre.

- Réduire la mortalité infantile en réduisant le nombre d'enfants infectés par le VIH par la promotion des services de PTME.

- Améliorer la santé maternelle en assurant la prévention du VIH chez les femmes.

- Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies en prévenant la propagation du VIH et en assurant la promotion des services de traitement et de soins liés au VIH.

Considérant ces aspects et eu égard aux résultats obtenus, nous pouvons affirmer que l'introduction de l'approche Stepping stones et la mise en œuvre du projet communautaire de prévention du VIH à Walungu a contribué au changement de comportement efficace des membres de la communauté.

Les leaders d'opinions et les acteurs de la communauté ont émis une appréciation de l'approche Parcours comme un processus de changement efficace.

Une amélioration a été enregistrée dans le partage des informations relatives au VIH/sida, à la réduction de la stigmatisation et discrimination liées au VIH, à la lutte les violences basées sur le genre, et à l'identification des barrières culturelles ; us et coutumes qui favoriseraient la diffusion du VIH.

Considérant le faible revenu de la population rurale de Walungu, il est nécessaire que la pérennisation des acquis de ce Projet soit encore accompagnée par le PNUD.

Un plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources doit être mené pour appuyer les structures qui offrent les services de prévention et de traitement liés au VIH afin de faciliter l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins.

A la lumière des améliorations constatées dans les résultats de la mise en œuvre de ce projet à Walungu nous nous proposons d'encourager le PNUD RDC à étendre ce projet de prévention communautaire du VIH par l'intégration de l'approche Parcours dans les autres communautés et territoire du Sud-Kivu voire d'autres provinces de la RDC où le PNUD intervient.

Le renforcement de la réponse communautaire dans la lutte contre le VIH/sida contribuera à l'efficacité de la réponse nationale au VIH/sida en RDC.

Ainsi, les ressources doivent être mobilisées afin que cette extension de la mise en œuvre de ce projet dans d'autres communautés soit une priorité pour le Programme Croissance inclusive et développement durable du PNUD en RDC.

RECOMMANDATIONS.

Nous formulons des recommandations pour la consolidation des acquis et pour l'intégration efficace de cette approche dans d'autres communautés sur base de cette expérience de Walungu.

Au Programme des Nations Unies pour le Développement en RDC :

- Mobiliser des ressources pour l'exécution des projets conjoints avec d'autres agences telles que UNICEF, OMS, PAM, FAO, UNFPA selon la division technique du travail de l'ONUSIDA afin d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement offerts par les structures de santé et les structures communautaires. Les services de PTME méritent une attention particulière.
- Créer la mutuelle de solidarité pour les bénéficiaires directs du Projet Parcours et pour les PVVIH regroupées en association à Walungu afin de renforcer leur cohésion.
- Développer l'approche Parcours pour les jeunes au sein du Centre d'information pour la paix.
- Appuyer l'organisation trimestrielle des missions conjointes de suivi du Projet par le PNMLS, le PNLS, le Bureau central de la zone de santé de Walungu et le comité local de gestion.
- Etendre le projet de prévention communautaire du VIH par l'approche parcours dans les autres groupements du territoire de Walungu.
- Etablir clairement les liens entre le projet d'accès à la justice et la composante VIH du Programme de Croissance inclusive et développement durable du PNUD.

Au PNMLS et au PNLS :

- Assurer le plaidoyer pour maintenir l'approvisionnement en préservatifs et organiser le circuit de distribution pour améliorer l'accès aux préservatifs pour une utilisation accrue et systématique.

- Assurer l'approvisionnement des structures de santé en intrants de dépistage du VIH pour éviter les ruptures trop fréquentes.
- Organiser le CDV mobile pour le dépistage de masse et le CDV communautaire pour améliorer l'accès aux services de dépistage.
- Former et/ou recycler les prestataires sur l'éthique et déontologie afin de garantir la confidentialité des résultats des clients et /ou des patients.
- Renforcer l'éducation et l'information des hommes sur les avantages du dépistage du VIH.
- Renforcer l'éducation et l'information sur les avantages de développer les discussions sur le VIH/sida dans les familles.
- Organiser trimestriellement les réunions de concertations entre les acteurs du Projet, les leaders communautaires et le comité de gestion pour la coordination et le suivi du projet.
- Exiger au comité local de gestion de partager les informations sur le projet avec le Bureau central de la zone de santé de Walungu.

A tous les partenaires de développement et aux leaders communautaires.

- Renforcer la sensibilisation sur le respect des droits humains.
- Eduquer et former les membres de la communauté sur l'égalité des droits et de genre.
- Veiller au respect de l'implication de la femme dans toutes les instances de la vie communautaire.
- Contribuer sensiblement à ce que le dialogue familial concerne également la problématique du VIH.

BIBLIOGRAPHIE

1. PNLS, Rapport sérosurveillance 2009
2. PNLS, Rapports annuels 2008 et 2009
3. Ministère du Plan et Macro International, 2008. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007.
4. Rapport d'enquête de séroprévalence de la syphilis et du VIH auprès des militaires, 2008
5. PNLS, Rapport sérosurveillance 2008
6. PNLS, rapport sérosurveillance 2008 : estimations et projections
7. PNMLS, Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014
8. PNMLS, Rapport sur la revue du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014.
9. PNUD, Enquête rapide sur le Genre et le VIH dans la communauté de Walungu au Sud-Kivu, 2011.
10. L'Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH (UCOP+) , Le rapport d'enquête intitulé index ¹de stigmatisation et de discrimination des personnes vivants avec le VIH, Kinshasa, 2007
11. PNMLS, Rapport synthèse de la revue programme du VIH en RDC, Kinshasa, Aout 2013
12. ACORD, l'application de l'approche parcours : un guide pratique et les stratégies pour les utilisateurs, planificateurs et décideurs, Décembre 2007

TABLE DES MATIERES

Acronymes.....	2
Remerciements.....	3
Listes des tableaux et graphiques.....	4
Résumé exécutif.....	7
Contexte de l'étude.....	14
Méthodologie.....	18
Résultats.....	22
Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	22
Détermination du niveau d'exposition des groupes cibles aux interventions dans le domaine du VIH/Sida.....	29
Détermination des connaissances, attitudes et comportements des groupes cibles par rapport aux services de prévention et traitement au VIH/Sida.....	39
Détermination des attitudes et comportements des groupes cibles envers les personnes vivants avec le VIH.....	47
Détermination des connaissances, attitudes et comportements des groupes cibles par rapport aux violences basées sur le genre et sur les droits des femmes.....	52
Résultats des séances des focus group.....	56
Résultats de la collecte des données à l'Hôpital Général de Référence FSKI à Walungu.....	61
Conclusions et recommandations.....	68
Bibliographie.....	72
Table des matières.....	73

