

Annexe 13 :

**Contexte général
de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST
en République du Congo**

Abréviations et acronymes

ACBEF	Association Congolaise pour le Bien-Etre Familial
AFJC	Association des Femmes Juristes du Congo
AGIR	Association des Générations pour les Interventions et Réhabilitations
AMA	Association Monde Action
ARV	Anti-Rétroviral
ASF	Association de Santé Familiale
BREAD	Bureau de Recherches, d'Etudes et d'Appui au Développement
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CC/SEP	Cellule Communication du Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	Comité Départemental (Régional) de Lutte contre le Sida
CdisLS	Comité de District de Lutte contre le Sida
CEMIR	Commission Episcopale pour les Migrations et Réfugiés
CENAMES	Centrale Nationale d'Achat des Médicaments Essentiels
CFA	Communauté Financière Africaine
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIESPAC	Centre Inter Etats d'Enseignement Supérieur des Pays d'Afrique Centrale
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST
CNSEE	Centre National des Statistiques et des Etudes Economiques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPR	Comité Permanent Restreint du CNLS
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSI	Centre de Santé Intégré
CSIr	Centre de Santé Intégré rationalisé
CSS	Circonscription Socio-Sanitaire
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DD	Direction Départementale (Régionale)
DGRST	Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technique
DAF	Direction Administrative et Financière (DGS)
DCSS	Direction Centrale du Service de Santé (des Armées, Ministère de la Défense)
DEP	Direction des Etudes et de la Planification (DGS)
DGS	Direction Générale de la Santé
DLM	Direction de la Lutte contre les Maladies (DGS)
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie (DGS)
DRH	Direction Ressources Humaines (DGS)
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération
FAC	Forces Armées Congolaises
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTZ	Coopération allemande
IAR	Institut Africain de Réadaptation
ICAARV	Initiative Congolaise d'Accès aux Anti Rétro viraux
IEC/CCC	Information Education et Communication/Communication pour le Changement de Comportement
INJS	Institut National de la Jeunesse et des Sports
INRAP	Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MEFB	Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget
MEPSA	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire chargé de l'Alphabétisation
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
METP	Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MSRJ	Ministère des Sports et du Redéploiement de la Jeunesse
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDLS	Programme Départemental de Lutte contre le Sida (probablement rebaptisé en même temps que le « PNLs »)

PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA/PCA	Paquet Minimum d'Activités/Paquet Complémentaire d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
« PNLS »	« Programme National de Lutte contre le Sida » (qui sera probablement rebaptisé, le programme national étant maintenant assuré par le CNLS ; le « PNLS » devient l'Unité de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRESIEC	Prévention du VIH/SIDA dans les Ecoles du Congo
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RENOSI	Réseau National des ONG de lutte contre le Sida
SAM	Sangha Assistance Médicale
S&E	Suivi et Evaluation
SEP	Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquise
USD	Dollars des USA
SIS/SIG	Système d'Information Sanitaire/Système d'Information et de Gestion
UAF/SEP	Unité Administrative et Financière du Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
UETC	Union des Employeurs des Transports en Commun
URS/SEP	Unité Réponse Sectorielle du Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNGASS	United Nations General Assembly on AIDS
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URL/SEP	Unité Réponse Locale du Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
USE/SEP	Unité Suivi Evaluation du Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
VIH	Virus d'Immuno déficience Humaine

SOMMAIRE

PREAMBULE	138
I. CONTEXTE GENERAL DE LA REPUBLIQUE DU CONGO	138
II. CONTEXTE SANITAIRE	138
III. ANALYSE SPECIFIQUE DE LA SITUATION DU VIH/SIDA/IST ET DE LA REPONSE NATIONALE CONTRE L'EPIDEMIE	139
III.1. LA SITUATION DE L'EPIDEMIE A VIH/SIDA	139
III.1.1. <i>Les cas de Sida</i>	139
III.1.2. <i>Les porteurs du VIH</i>	141
III.2. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES AUTRES IST	142
III.3. LES FACTEURS GENERAUX DE VULNERABILITE DE LA REPUBLIQUE DU CONGO AU VIH/SIDA ET AUX AUTRES IST	142
III.4. LA REPONSE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST	142
III.4.1. <i>Les organes et les structures institutionnelles impliqués ou mis en place</i>	142
III.4.2. <i>Organisation de la lutte contre le Sida et les IST : les structures opérationnelles</i>	143
III.4.3. <i>Analyse thématique de la réponse nationale</i>	144
IV. SYNTHESE DES CONSTATS ET PROPOSITIONS DE L'ETUDE QUALITATIVE DE L'IMPACT DE L'EPIDEMIE A VIH SUR LES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES	149
IV.1 SPHERE MEDICALE.....	149
1. <i>Dépistage et de l'annonce du diagnostic</i>	149
2. <i>Prise en charge médicale</i>	149
IV.2 SPHERE ECONOMIQUE	150
IV.3 SPHERE PSYCHO-SOCIALE	150
PROPOSITION DE STRATEGIES ET ACTIVITES POUR UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PVVIH	151
V. SYNTHESE DES ETUDES EN POPULATION GENERALE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST	153
V.1. UN NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE SIDA FAUSSEMENT RASSURANT ...	153
1. <i>Plus de 99 Congolais sur 100 connaissent les modes de transmission sexuelle et sanguine</i>	153
2. <i>Une majorité connaît les principaux modes de prévention</i>	153
3. <i>La perception apparente des risques face au Sida est relativement bonne</i>	153
4. <i>La connaissance du préservatif est satisfaisante</i>	154
V.2. UNE COMPRÉHENSION INSUFFISANTE OU ASSOCIÉE À DES CROYANCES ERRONÉES	154
1. <i>Les connaissances de base sur certains thèmes sont faibles</i>	154
2. <i>La compréhension est insuffisante</i>	154
3. <i>Certaines affirmations sont douteuses</i>	154
4. <i>Et des croyances sont erronées</i>	154
V.3. DES PERCEPTIONS ET ATTITUDES AMBIGUËS	155
1. <i>Une perception négative du préservatif</i>	155
2. <i>Une attitude ambiguë face au dépistage</i>	155
V.4. L'OSTRACISME ET LES DISCRIMINATIONS SONT DEVELOPPES	156
1. <i>Une fréquente désignation de groupes à risques</i>	156
2. <i>Des attitudes ambivalentes mais plutôt négatives à l'égard des personnes infectées</i>	156
V.5. DES COMPORTEMENTS SEXUELS A HAUTS RISQUES TROP FREQUENTS	156
1. <i>Des rapports sexuels précoces</i>	156
2. <i>Un écart d'âge significatif entre partenaires lors de l'entrée en vie sexuelle</i>	156
3. <i>Une fraction notable de la population ont des partenaires sexuels occasionnels</i>	156
4. <i>Le nombre moyen de partenaires occasionnels est stable</i>	157
5. <i>Les relations sexuelles avec les professionnelles du sexe sont fréquentes</i>	157
6. <i>Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque</i>	157
V.6. DES DEPLACEMENTS AYANT PEU D'INFLUENCE SUR LE NOMBRE DE PARTENAIRES MAIS ACCENTUANT LES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE	159
1. <i>Les déplacements entre mai 1997 et décembre 2002</i>	159
2. <i>Déplacements et sexualité</i>	159
3. <i>Guerre et violences sexuelles envers les femmes</i>	160
VI. SYNTHESE DES ETUDES EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST	161
VI.1. UN NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE SIDA FAUSSEMENT RASSURANT ...	161

1. La presque totalité des élèves/étudiants (98 sur 100) a entendu parler du Sida.....	161
2. Les modes de transmission sexuelle et sanguine sont connus par 9 élèves/étudiants sur 10.....	161
3. Une majorité connaît les principaux modes de prévention.....	161
4. La perception apparente des risques face au Sida est relativement bonne.....	161
5. La connaissance du préservatif est bonne.....	162
VI.2. UNE COMPRÉHENSION INSUFFISANTE OU ASSOCIÉE À DES CROYANCES ERRONÉES.....	162
1. Des connaissances de base faibles sur certains thèmes.....	162
2. Une compréhension insuffisante.....	162
3. Des affirmations douteuses.....	162
4. Des croyances erronées.....	162
VI.3. DES PERCEPTIONS ET ATTITUDES AMBIGUËS.....	163
1. Une perception négative du préservatif.....	163
2. Une attitude ambiguë face au dépistage.....	163
VI.4. L'OSTRACISME ET LES DISCRIMINATION SONT DEVELOPPES.....	163
1. Une fréquente désignation de groupes à risques.....	163
2. Des attitudes ambivalentes mais plutôt négatives à l'égard des personnes infectées.....	163
VI.5. DES COMPORTEMENTS SEXUELS A HAUTS RISQUES TROP FREQUENTS.....	164
1. Des rapports sexuels précoces.....	164
2. Un écart d'âge significatif entre partenaires lors de l'entrée en vie sexuelle.....	164
3. Une fraction notable de la population ayant des partenaires sexuels occasionnels.....	164
4. Un nombre moyen important de partenaires occasionnels.....	164
5. De fréquentes relations sexuelles avec les professionnelles du sexe.....	165
6. Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque.....	165
VI.6. VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES FEMMES.....	166
VII. SYNTHÈSE DES ETUDES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DU SEXE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST.....	167
VII.1. UN NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE SIDA FAUSSEMENT RASSURANT.....	167
1. La presque totalité des professionnelles du sexe a entendu parler du Sida.....	167
2. Au moins 8 professionnelles du sexe sur 10 connaît l'ensemble des modes de transmission.....	167
3. Une forte majorité connaît les principaux modes de prévention.....	167
4. Une perception apparente des risques face au Sida relativement bonne.....	168
5. Une bonne connaissance du préservatif.....	168
VII.2. UNE COMPRÉHENSION INSUFFISANTE OU ASSOCIÉE À DES CROYANCES ERRONÉES.....	168
1. Une compréhension insuffisante.....	168
2. Des affirmations douteuses.....	168
3. Des croyances erronées.....	168
VII.3. DES PERCEPTIONS ET ATTITUDES AMBIGUËS.....	168
1. Une perception plutôt négative du préservatif.....	168
2. Une attitude ambiguë face au dépistage.....	169
VII.4. DES ATTITUDES AMBIVALENTES A L'EGARD DES PERSONNES INFECTEES SONT DEVELOPPEES.....	169
VII.5. DES COMPORTEMENTS SEXUELS A HAUTS RISQUES TROP FREQUENTS.....	169
1. Des rapports sexuels précoces.....	169
2. Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque.....	169
VII.6. VIOLENCES SEXUELLES.....	170
VIII. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES, PRATI- QUES ET AUTRES FACTEURS HUMAINS ASSOCIES A LA SEROPREVALENCE VIH.....	171
IX. SYNTHÈSE DE L'ETUDE QUALITATIVE DES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET COMPORTEMENTAUX LIES A LA PROPAGATION DU VIH.....	173
IX.1. RESULTATS.....	173
IX.1.1. La vulnérabilité à l'infection par le VIH : les déterminants socioculturels.....	173
IX.1.2. Les facteurs économiques.....	174
IX.1.3. La prise en charge des PVVIH.....	174
IX.2. RECOMMANDATIONS.....	175
IX.2.1. Pour la réhabilitation des conditions sanitaires.....	175
IX.2.2. Pour des campagnes de sensibilisation appropriées.....	176
IX.2.3. Pour des thèmes éducatifs prioritaires.....	177

Annexe A : Rapport d'enquête auprès des professionnelles du sexe de Brazzaville réalisée par l'A.S.F.....	179
--	------------

PREAMBULE

Ce module a pour objectif de dresser une analyse synthétique du contexte général de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en République du Congo.

En effet, tout acteur de la réponse nationale, qu'il appartienne au secteur public, privé ou associatif, aura à prendre en compte :

- Le cadre décidé au niveau national, représenté par le Cadre Stratégique 2003-2007 et le Plan Opérationnel 2003-2007
- Les instances et les procédures mises en place.

Les données ici présentées permettront à chaque acteur de mieux comprendre les priorités nationales qui ont été définies et lui serviront de guide pour mieux concevoir ses propres actions.

Ces informations sont tirées d'un ensemble de documents élaborés de 2002 à 2004. Chaque utilisateur devra naturellement veiller à s'informer régulièrement des avancées obtenues au niveau national, afin d'actualiser ces informations au fur et à mesure.

I. CONTEXTE GENERAL DE LA REPUBLIQUE DU CONGO

La République du Congo (342.000 km² et 3.000.000 habitants), a un taux annuel de croissance démographique de 3,0%. Les villes de Brazzaville et Pointe-Noire représentent à elles seules près de 61% de la population totale (65,4% en ajoutant Dolisie). Le pays compte onze régions, y compris la région de Brazzaville.

Le pays a connu trois crises politico-militaires successives en 1993-1994, en 1997 et en 1998-1999. Les principaux agrégats macro-économiques indiquent une nette régression de l'économie congolaise après le conflit de 1997 : (i) l'Indice de Développement Humain (IDH) a régressé de 30% entre 1997 et 1999 ; (ii) le PIB réel par habitant en PPA (dollars) est passé de 1620 en 1997 à 995 en 1998. Près de 70% de la population vivrait avec moins de 1 USD par jour.

Le système productif est peu dynamique et peu diversifié, fondé essentiellement sur l'exploitation des ressources naturelles (pétrole, bois), faible créateur d'emplois formels.

Le Congo connaît depuis des années un fort endettement public extérieur (près de 98,5% des recettes fiscales de l'Etat en 1999 et 323% du PIB).

Moins de 50% des habitants ont accès à l'eau potable et le taux de chômage avoisinerait 50% de la population en âge de travailler. Le taux de scolarisation est passé de 81,6% en 1990 à 58,1% en 1998, cette dégradation affectant également la qualité de l'enseignement.

II. CONTEXTE SANITAIRE

Le Congo n'est pas encore entré en transition épidémiologique, mais l'état sanitaire réel est limité par l'absence d'un véritable système d'information. La morbidité élevée relève principalement :

- de la recrudescence de maladies infectieuses et parasitaires ;
- de la résurgence d'endémies jadis contrôlées (schistosomiase, trypanosomiase, onchocercose) ;
- de la dégradation de l'assainissement et de l'accessibilité à l'eau potable ;
- des multiples dysfonctionnements du système de santé ;
- et enfin du développement du Sida, notamment dans les grands centres urbains.

Une réforme du système de santé, basée sur le renforcement des districts sanitaires a été engagée en 1992 avec le lancement du Plan National de Développement Sanitaire.

Le Ministère en charge de la Santé a mis en place onze programmes prioritaires dont le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et celui de lutte contre la Tuberculose. Ces dernières années, les

programmes nationaux ont été lourdement handicapés, tant par les conflits que par des insuffisances fonctionnelles ou l'insuffisance d'engagement financier de l'Etat.

Les systèmes de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire (SIS/SIG) sont à refondre profondément. L'Education Pour la Santé connaît des insuffisances en termes de ressources humaines et matérielles.

Le Congo dispose d'un réseau relativement étendu et dense de structures sanitaires, inégalement réparties sur le territoire national au bénéfice des zones urbaines. Le réseau public représente l'essentiel, mais les structures publiques des différents niveaux sont en proie à de multiples dysfonctionnements nuisant à la qualité des soins offerts à la population. Le parapublic semble redevenu embryonnaire en cette période de post-crise ; aucune donnée actualisée à son propos n'a été accessible. Le secteur privé semblait, en 2000, en pleine expansion. Sa répartition territoriale est cependant fortement inégalitaire, au bénéfice de Brazzaville et Pointe Noire.

La couverture sanitaire de la population est lourdement déficitaire (pour exemple, 1 infirmier pour 2.273 habitants contre 1 pour 1.500 selon les normes de l'OMS). La fréquentation des structures de soins publiques par les populations est difficilement estimable dans l'état actuel des systèmes d'information.

Les ressources humaines présentent des déséquilibres : (i) quantitatifs (baisse de 65% des effectifs entre 1985 et 2002, gel des recrutements depuis 1992) ; (ii) structurels (98% du personnel âgé de 30 à 49 ans) ; (iii) dans la répartition géographique.

Les dépenses nationales totales de santé représentaient en 1996, selon les documents officiels, 7,6% du Produit Intérieur Brut, soit 46 USD par habitant. Les dépenses publiques de santé totales peuvent être estimées à 2,6 USD par habitant en 2000-2001, compte tenu des taux d'exécution inférieurs à 20%. Les contributions reçues au titre de l'aide extérieure de 1995 à 1999 représentaient 29% des dépenses totales en 1995 et 58% en 1999. Aucune donnée n'a été accessible sur les dépenses de santé des ménages et la contribution de l'assurance maladie/secteur privé.

Une large partie de l'exécution de la dépense du ministère de la Santé dépend du ministère des Finances. De même, le Ministère de la Santé a une faible maîtrise de la gestion des ressources humaines, qui est assurée essentiellement par le Ministère de la Fonction Publique.

Une profonde démotivation des personnels est à noter, de cause multifactorielle.

Le secteur pharmaceutique est caractérisé par : (i) une faible application des textes juridiques ; l'approvisionnement et la distribution du marché national fortement dominé par les trois grossistes-répartiteurs privés. La Centrale publique Nationale d'Achats des Médicaments Essentiels (CENAMES) créée en 1995 n'est pas encore véritablement opérationnelle. Avec l'appui de l'Union Européenne, sa redynamisation est en cours ; à noter que la CENAMES détient le monopole d'importation des médicaments AntiRétroviraux (ARV). De nombreux produits pharmaceutiques, y compris des ARV, sont vendus sur le marché illicite.

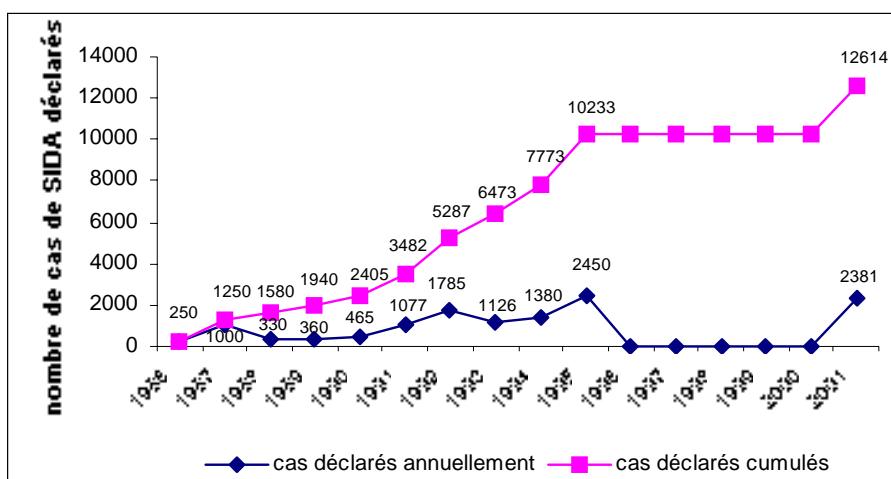
III. ANALYSE SPECIFIQUE DE LA SITUATION DU VIH/SIDA/IST ET DE LA REPONSE NATIONALE CONTRE L'EPIDEMIE

III.1. La situation de l'épidémie à VIH/SIDA

III.1.1. Les cas de Sida

Les premiers cas de Sida ont été diagnostiqués au Congo en 1983. L'infection est essentiellement due au VIH1 ; deux cas de VIH2 ont été décrits. Fin 2001, 12.614 cas de Sida avaient été notifiés, et 13.837 fin 2002. L'évolution du nombre annuel de cas de Sida déclarés et la progression du nombre cumulé de cas notifiés sont présentés dans la figure ci-dessous (à noter l'absence de toute déclaration de 1996 à 2000).

Figure 1 : Evolution des cas de Sida notifiés par année

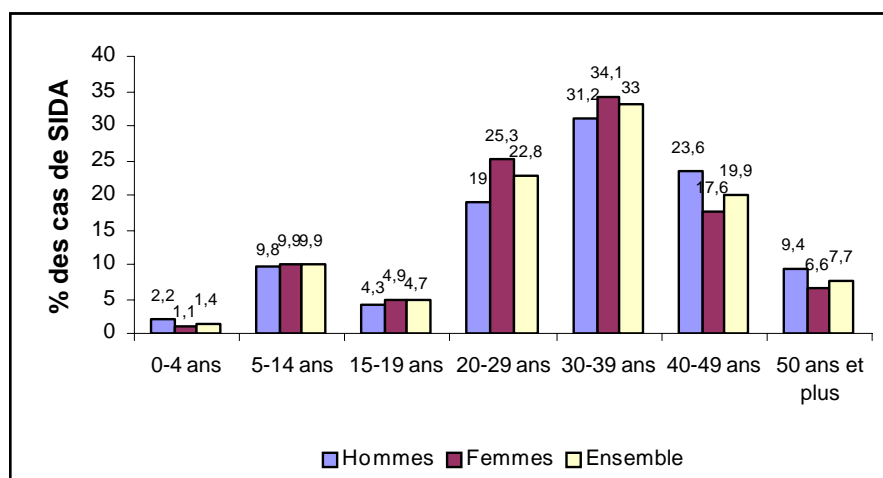


Source : PNLS

Par ailleurs, l'analyse des cas de Sida notifiés en 2001 souligne :

- une prédominance de cas notifiés chez les femmes (sex-ratio H/F de 0,6).
- que le pic se situe dans la tranche 30-39 ans (33% des cas). Près de 73% des cas sont âgés de moins de 40 ans; la phase Sida maladie traduisant une contamination par le VIH 5 à 7 ans auparavant, cela montre la précocité de l'infection VIH chez les jeunes (figure ci-dessous).
- que les femmes sont contaminées plus précocement que les hommes.

Figure 2 : Répartition des cas de Sida notifiés de 1986 à 2001 selon l'âge



Source : ONUSIDA : Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STI, 2002 Update, UNAIDS/WHO

Selon le PNLS, les cas déclarés avant la guerre de 1997 montraient une transmission essentiellement hétérosexuelle (85 à 90% des cas). La transmission sanguine représentait de 5 à 10% des modes de contamination en 1995 alors qu'elle en expliquait jusqu'à 25% en 1985. Aucune donnée plus récente n'est disponible.

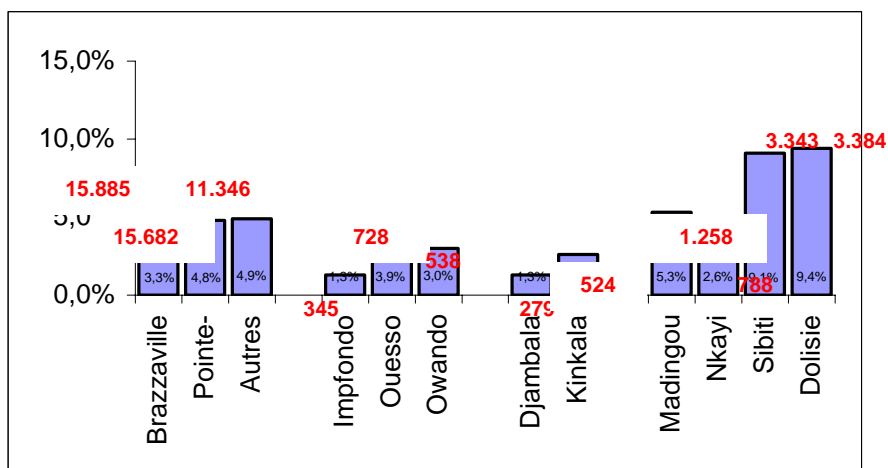
En termes de mortalité, deux études menées dans les morgues de Brazzaville en 1991 et 1996 montraient que le Sida représentait 14% des causes de décès en 1991 (15,2% chez les hommes, 13,4% chez les femmes) et 21,5% en 1996. Le Sida était ainsi la première cause de mortalité chez les adultes de 15 à 45 ans (35,5% des décès).

III.1.2. Les porteurs du VIH

L'étude de séroprévalence VIH menée en 2003 chez les adultes âgés de 15 à 49 ans des onze principales villes de la république du Congo (80% de la population totale) a montré un taux de l'ordre de 4,1% : 36.000 à 55.000 personnes adultes y seraient infectées (**Etude CREDES**).

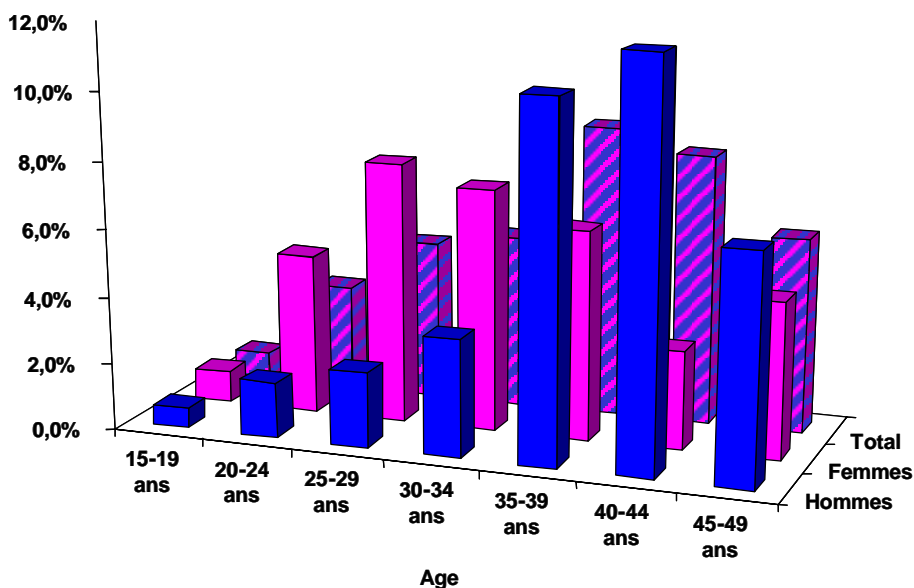
Les situations sont très contrastées d'une ville à une autre (cf. figure 3). Selon les villes, le taux de séroprévalence VIH variait de 1,3% (Impfondo & Djambala) à 9,4% (Dolisie). Il était de 3,3% à Brazzaville et de 4,8% à Pointe-Noire. Les villes les plus touchées étaient situées dans le sud du pays : Dolisie, Sibiti (9,1%) et Madingou (5,3%).

Figure 3 : Taux de séroprévalence VIH, novembre 2003



Globalement, les adultes de plus de 30 ans (environ 10% chez les hommes âgés de 35 à 49 ans et 7% chez les femmes âgées de 25 à 39 ans) étaient les plus touchés par l'épidémie de VIH-SIDA. Avant l'âge de 35 ans, les femmes étaient 2,8 fois plus touchées que les hommes (cf. figure ci-dessous). Les femmes jeunes devraient donc constituer une cible privilégiée des mesures de prévention.

**Taux de séroprévalence VIH
Novembre 2003 - République du Congo**



Un niveau d'étude secondaire ou supérieur était lié à un moindre risque d'être infecté par le VIH.

Par ailleurs, les autres données disponibles montrent que :

- La prévalence VIH est régulièrement supérieure, depuis le début des années 90, à 1% chez les femmes enceintes ce qui classe l'épidémie comme « généralisée ».
- Les prévalences VIH chez les donneurs de sang montrent de forts contrastes selon les villes. Les prévalences VIH chez les patients consultant pour IST est très peu documentée (en 2000, le taux serait de 18%).
- Les données sur les prévalences VIH chez les travailleuses du sexe et les tuberculeux sont fragmentaires et anciennes (50% dans ces deux groupes fin des années 80).
- L'infection à VIH/SIDA est, depuis plus de 15 ans, la première cause de mortalité dans les Forces Armées Congolaises et l'une des principales causes de morbidité.

III.2. La situation épidémiologique des autres IST

L'étude menée en novembre 2003 auprès des 11 villes principales du Congo a montré :

- un taux de prévalence de syphilis active chez les adultes âgés de 15 à 49 ans de l'ordre de 0,5% (IC95%: 0,3%-0,8%) : 7.000 à 19.000 personnes y seraient infectées. Il était inférieur à Brazzaville (0,2%) qu'à Pointe-Noire (0,8%) ou que dans les autres villes du pays (0,9%). Les infections syphilitiques étaient légèrement moins fréquentes chez les femmes et augmentaient significativement avec l'âge.
- Une incidence (nouveaux cas annuels) d'IST de 18 cas pour 100 personnes.

III.3. Les facteurs généraux de vulnérabilité de la République du Congo au VIH/SIDA et aux autres IST

Le pays présente des facteurs de vulnérabilité, tant sur le plan socioéconomique que de l'environnement socio-culturel ou socio-politique (guerres récurrentes et conflits armés). Enfin, les carences humaines et matérielles du système de santé contribuent à l'ampleur de l'épidémie.

III.4. La réponse nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Elle est marquée par un engagement significatif depuis 2002, des plus hautes autorités de l'Etat et des initiatives multiples : accès aux antirétroviraux et allocation de ressources financières du budget national (1.000 MFCA pour 2003) ; implication du Congo dans l'initiative régionale des pays riverains des fleuves Congo, Oubangui Chari ; intégration de la composante VIH/SIDA dans les programmes de lutte contre la pauvreté et de santé de la reproduction ; création officielle du CNLS présidé par le Chef de l'Etat ; élaboration du cadre stratégique de lutte contre le Sida pour les années 2003-2007 et définition du plan opérationnel intersectoriel en 2003.

III.4.1. Les organes et les structures institutionnelles impliqués ou mis en place

Jusqu'au mois de novembre 2002, le Ministère de la Santé, a eu sous sa tutelle la coordination nationale. Un Comité National multisectoriel de Lutte contre le Sida a été créé en 1985 et n'a pas été réactivé depuis la fin de la guerre, en 1998.

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a été créé en 1988. Il est directement rattaché au Directeur Général de la Santé. Seul un des trois Programmes Régionaux de Lutte contre le Sida créés dans le cadre de la décentralisation est opérationnel (Kouilou). Quatre plans successifs de lutte contre le Sida ont été élaborés et mis en œuvre depuis 1987, interrompus par les conflits armés en 1997. Le PNLS et la réponse nationale ont connu, ces dernières années, des dysfonctionnements liés à l'insuffisance de moyens, aux défaillances de la coordination nationale et à l'absence d'études et d'outils d'aide à la décision.

Au cours de ces dernières années, des actions ont été menées par d'autres ministères, mais de façon non coordonnée et avec une intersectorialité insuffisante.

Les principaux partenaires bilatéraux ont été jusqu'ici les coopérations italienne et française, ainsi que la Croix-Rouge Française. Les agences des Nations Unies ont mis en place, en août 2001, un projet conjoint dénommé « Initiative Inter- Agences d'Urgences des Nations Unies ».

La société civile et les organisations non gouvernementales à base communautaire, à fort potentiel, ont mené des actions disparates et peu coordonnées.

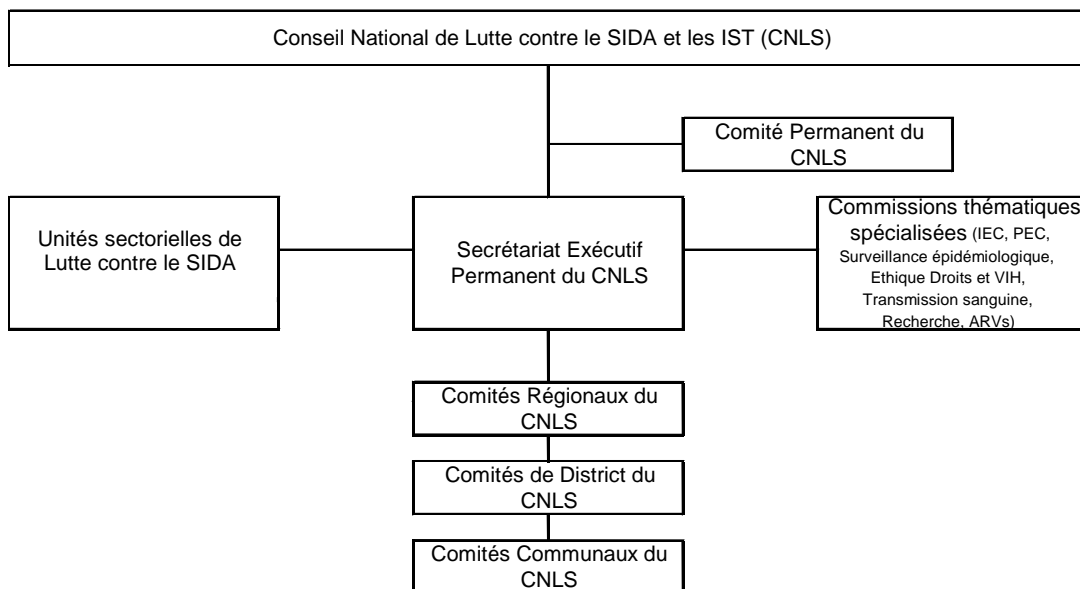
L'implication du secteur privé, entreprises en particulier, est de niveau très variable.

Des actions spécifiques ont été par ailleurs menées, auprès des sinistrés, des déplacés, des réfugiés et des orphelins du Sida.

De mars à décembre 2002, un processus participatif intersectoriel, mené avec l'appui de l'ONUSIDA a permis l'élaboration d'une analyse de la situation et de la réponse, et du cadre stratégique 2003-2005, adopté en décembre 2002.

La nécessité d'une coordination nationale des interventions, d'une concertation entre les acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, et l'analyse des insuffisances observées dans le passé, ont permis la redéfinition de l'architecture générale du cadre institutionnel qui régira dorénavant la réponse nationale contre le Sida et les IST au Congo (cf. schéma page suivante).

Organigramme du cadre institutionnel de la réponse nationale



III.4.2. Organisation de la lutte contre le Sida et les IST : les structures opérationnelles

De manière générale, les structures sanitaires publiques connaissent, en particulier dans les districts, des insuffisances notables.

Le Laboratoire National de Santé Publique est le laboratoire de référence, notamment en matière de VIH/SIDA : il n'est en mesure de jouer que très partiellement ce rôle.

Les Centres de Traitement Ambulatoires (CTA), créés en 1994 et 1999 à Brazzaville et à Pointe Noire, sont menés par des équipes pluridisciplinaires. Ils assurent l'hospitalisation de jour, les consultations, la délivrance de produits pharmaceutiques, les examens biologiques de diagnostic et de suivi, la réhabilitation nutritionnelle, le Conseil et test volontaires, le suivi des patients à domicile, l'assistance psychologique et la recherche. Les partenariats avec les hôpitaux au sein desquels ils sont implantés sont restreints. Les CTA, qui disposent de moyens importants, ont un quasi-monopole pour nombre de prestations. Les CTA, qui ont une file active cumulée de 1 600 personnes vivant avec le VIH/SIDA, semblent connaître une saturation progressive de leurs capacités d'accueil.

La communication sur le Sida et les IST a représenté 35 à 40% des activités du Service d'Information Education Communication (DGS/MSP) en 2002, mais ce service connaît une série de contraintes et handicaps.

III.4.3. Analyse thématique de la réponse nationale

Ces constats ont été faits en 2003. Une série de mesures correctrices ont déjà été mises en place et d'autres interviendront à partir du milieu de l'année 2004, avec l'appui notamment du projet MAP Banque Mondiale qui sera officiellement lancé à cette période. Les secteurs public, privé et communautaire ont déjà élaboré des plans d'action dans ce cadre.

III.4.3.1. *Thèmes hors prise en charge des patients porteurs du VIH/SIDA*

Les activités d'IEC/CCC, menées tant par les services étatiques que par les acteurs associatifs, ont été pénalisées essentiellement par l'absence de stratégie nationale de communication et de contrôle de qualité des messages. Une série de mesures préalables ont été prises en 2004 avec :

- une politique nationale de communication en cours de finalisation¹
- l'élaboration de guides de formation et d'outils de contrôle de qualité en matière de Communication pour le Changement de Comportement, éducation sexuelle par les pairs adolescents, mobilisation sociale²

Par ailleurs, l'accès à la documentation est excessivement réduit.

Les actions de promotion des préservatifs ont essentiellement été concentrées sur Brazzaville et Pointe Noire, mais ont souffert de l'absence de politique nationale de promotion, approvisionnement et distribution, d'un marketing du préservatif embryonnaire et d'un système de distribution peu efficace. En 2004, une stratégie nationale de marketing social et de distribution du préservatif³ a été définie, qui sera mise en œuvre au cours du deuxième semestre 2004.

La surveillance des IST curables et du VIH/SIDA connaît de profonds dysfonctionnements depuis plusieurs années.

La prise en charge des IST curables est largement insuffisante (précédents algorithmes par approche syndromique obsolètes, souvent méconnus et peu utilisés, rupture itératives de médicaments dans les structures sanitaires, ...). Un algorithme actualisé a été élaboré en avril 2003 avec l'appui de l'OMS.

Le risque transfusionnel est bien maîtrisé sur Brazzaville, Pointe Noire et dans la ville de Dolisie, mais connaît de graves lacunes dans de nombreuses zones de plusieurs départements du pays, où la transfusion de « bras à bras », sans testing préalable, est observée. Actuellement, la grande majorité des poches viennent des donneurs familiaux.

Le CNTS connaît actuellement des difficultés de financement, entraînant des ruptures de réactifs et consommables ; de plus, le circuit connaît des problèmes récurrents de rupture de la chaîne de froid. Enfin, le réseau transfusionnel, en raison des carences des établissements publics, joue un rôle de structure de dépistage VIH volontaire qui n'est pas le sien.

Peu de réflexions et surtout d'actions ont été menées en matière de réduction des causes et conséquences de l'épidémie à VIH.

Une étude⁴ menée en novembre et décembre 2003 dans les villes de Brazzaville et Pointe Noire auprès de personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA a permis l'identification des problèmes majeurs et de stratégies essentielles qui sont au nombre de cinq : (i) développer la prise en charge en counselling (counselling pré et post test, testing) ; (ii) améliorer la prise en charge médico-technique (mise sous ARV, prise en charge des infections opportunistes, mise en place de consultations d'observance) ; (iii) développer la prise en charge sociale et socio-économique (dont l'aide alimentaire) ; (iv) améliorer la prise en charge psychologique ; (v) favoriser l'accès au droit.

Par ailleurs, depuis 2000, des actions ont été menées au bénéfice des orphelins et autres enfants vulnérables. En 2003, des travaux⁵ avec l'ensemble des acteurs concernés a permis une analyse de situation et l'élaboration de stratégies prioritaires prenant en compte les différents niveaux de

¹ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, avril 2004, document final mai 2004.

² Expertises CNLS/CREDES/Banque Mondiale, janvier à mars 2004, documents finaux mai 2004.

³ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, février 2004, document final mai 2004.

⁴ Etude qualitative sur l'impact psychosocial du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées au Congo. Brazzaville, CNLS/CREDES/Banque Mondiale, version finale mars 2004.

⁵ Etude CNLS/CREDES/Banque Mondiale, version finale septembre 2003.

vulnérabilité des OEV et le coût des prestations essentielles. De plus, un projet-pilote est en cours de réalisation à Brazzaville, mené par l'ONG Médecins d'Afrique.

Des travaux ont été engagés sur l'environnement éthique et juridique avec le secteur productif privé.

Très peu d'actions ont été menées dans le cadre de la recherche et il n'existe pas encore de véritable réseau de recherche coordonné en matière de santé.

III.4.3.2. La chaîne de soins actuelle face au VIH/SIDA

De manière générale, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA pâtit des dysfonctionnements plus généraux du système public de santé : (i) des infrastructures dégradées et peu fonctionnelles, sous-utilisées ; (ii) un personnel insuffisant, peu motivé, insuffisamment formé, au statut souvent précaire ; (iii) des budgets de fonctionnement très insuffisants, entraînant une importante participation financière des patients et une réduction de la gamme de prestations fournies. Le secteur privé pratique des prix inaccessibles à la majorité des patients congolais.

Counselling

Aucune structure, hors les deux CTA, ne pratique de façon systématique et standardisée un counselling pré et post test de qualité. Dépistage sans consentement éclairé et enfreinte au secret médical de la part de personnels non ou mal formés sont de ce fait observés.

Les capacités de dépistage volontaire sont faibles dans le circuit public, essentiellement concentrées à Brazzaville et Pointe Noire, et ce service n'est nulle part gratuit. Les institutions privées, aux prestations financièrement peu accessibles à beaucoup, ne proposent pas de service associé de counselling, et ne bénéficient d'aucun contrôle de qualité.

En 2004 :

- deux centres de dépistage anonyme et volontaire ont été ouverts à Brazzaville, dans les quartiers Ouenzé et Bacongo. Deux centres identiques sont programmés à Pointe Noire.
- les guides du formateur en counselling et du conseiller ont été élaborés⁶ ; les sessions de renforcement de capacités seront mises en place au milieu de l'année 2004.

Prise en charge thérapeutique (hors ARV)

Les seuls sites où s'effectue actuellement une prise en charge globale spécifique des patients porteurs du VIH (consultation externe ou hospitalisation de jour), comprenant un suivi clinique, biologique et immunologique, par une équipe socio-médicale formée et expérimentée, sont les deux CTA. Ailleurs, pour des raisons de carences de moyens de traitement et de suivi obligeant les patients à se référer au secteur privé, il n'existe que rarement une file active de suivi des patients.

La prophylaxie par Cotrimoxazole n'est pas appliquée systématiquement au Congo. Aucun guide national sur ce thème n'a été élaboré et aucune directive nationale n'a été diffusée.

L'absence de protocole national de prise en charge des infections opportunistes, l'insuffisance de personnel qualifié, les difficultés d'accès aux examens biologiques et aux produits pharmaceutiques induisent une prise en charge médiocre des infections opportunistes, hormis dans les deux CTA où elle est de bonne qualité. Le secteur public a une très faible capacité à réaliser le diagnostic étiologique d'infections opportunistes. Le secteur privé est inaccessible à beaucoup de patients.

En 2004, les guides de formation en matière de prévention et de prise en charge des infections opportunistes ont été élaborés⁷, dans un cadre de prise en charge intégrée et globale ; les sessions de renforcement de capacités seront mises en place au milieu de l'année 2004.

Cas particulier de la tuberculose (qui est la principale infection opportuniste au Congo) : le nombre de cas a doublé entre 1999 et 2000. L'application de la stratégie DOTS sur toute l'étendue du territoire, a donné des résultats satisfaisants. Cependant un très grand nombre des cas d'abandon (30% environ)

⁶ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, janvier 2004, version finale mai 2004.

⁷ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, mars 2004, version finale mai 2004.

est encore observé. L'enjeu actuel du PNLT est la consolidation du DOTS dans les structures déjà impliquées, et son implantation, de manière déconcentrée, dans de nouveaux centres de santé.

Accès aux ARV

Globalement, l'accès aux ARV est faible.

Jusqu'au début de l'année 2003, l'approvisionnement national était peu contrôlé, les prescripteurs ne pouvaient s'appuyer ni sur une politique nationale de prise en charge ni sur des protocoles thérapeutiques adaptés au contexte national. Aucune commission d'éligibilité à la mise sous ARV ni de contrôle des prescriptions n'était en place. Les CTA étaient les seules institutions publiques assurant à un prix subventionné les ARV et le suivi biologique et immunologique nécessaire. Ailleurs dans le pays, aucune autre structure sanitaire publique ne fournissait gratuitement, ou à prix subventionné, les ARV et le suivi. Les patients avaient donc obligation de recourir au secteur privé, hors de portée de la majorité des congolais. Les services médicaux d'entreprises offrent des prestations de niveaux très divers. Certaines offrent une trithérapie à leurs employés, d'autres ne se sont pas du tout engagées dans la prise en charge. Si le monopole de l'approvisionnement national en ARV a été accordé à la CENAMES en 2003, ces produits pouvaient, jusqu'ici, être obtenus en les commandant à des pharmacies privées. Il faut souligner la présence, lourde de conséquences en termes de santé publique, d'ARV sur les marchés de Brazzaville.

Les avancées récentes :

- Une commission nationale, créée en janvier 2003 et chargée de la régulation de la distribution et de la prescription des ARV, a élaboré une liste des médecins prescripteurs agréés (qui disposeront d'un ordonnancier à souches standard) et des pharmacies agréées pour l'approvisionnement et/ou la distribution des ARV. Les pharmacies de Talangai et de Makélékélé sont en passe d'y être intégrées. L'ouverture aux marchés génériques devrait permettre à la CENAMES de disposer d'ARV à coûts compétitifs⁸. Pour l'instant, le système n'est pas encore en place alors que les ARV sont déjà présents sur les marchés de Brazzaville et à des coûts très supérieurs.
- L'ICAARV (Initiative Congolaise pour l'Accès aux ARV) lancée en mai 2003, répond à l'objectif national d'accès aux ARV. Ce Programme, sorte de mécanisme de subvention des patients VIH+, est géré par 4 sous-commissions à Brazzaville (il fonctionne avec les deux premières commissions à Pointe Noire) :
 - La commission de **décision du traitement** (qui décide d'inclure les patients dans le Projet sur résultats du bilan d'inclusion) ;
 - La commission d'**évaluation socio-économique** (évalue le niveau socio-économique du demandeur et décide du niveau de sa contribution au paiement des ARV). Le suivi biologique annuel est à la charge du patient. Six catégories de forfaits ont été identifiées, des personnes « extrêmement vulnérables » (5000 FCFA mensuels) à « hors classe » (80 000 FCFA).
 - La commission de **gestion des médicaments et réactifs** (qui s'assure que les médicaments ont bien été délivrés dans les pharmacies agréées)
 - La commission **administration**.Environ 250 dossiers ont d'ores et déjà été examinés depuis son lancement. L'ICAARV a intégré une partie des patients dont la mise sous ARV était déjà prise en charge par les CTA. L'estimation du nombre de personnes vivant avec la VIH/SIDA actuellement sous ARV est de moins de **500** personnes. Ce chiffre inclut l'ICAARV, les CTA, et les systèmes parallèles (prescription médicale échappant à tout contrôle, marché noir des ARV, importation individuelle...).
- Des schémas thérapeutiques et de suivi standard, ainsi que les guides nationaux de formation des prescripteurs ont été réactualisés en mars 2004⁹. Les sessions de renforcement de capacités seront relancées mi-2004.

⁸ Les coûts minimum annuels (prévention par Cotrimoxazole et examens biologiques) pour un patient porteur du VIH ne nécessitant pas la mise sous ARV (CD4>200/mm3) sont, selon le stade immunitaire de 73.000 à 85.000 FCFA. Pour un patient mis sous ARV, le coût minimum (examens biologiques et ARV) est de 315.000 FCFA.

⁹ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, mars 2004, version finale mai 2004.

Prise en charge et suivi psychosocial

Exception faite des CTA, les patients ne bénéficient d'aucun réel suivi psycho-social. Un guide de formation des prestataires de prise en charge psychosociale a été élaboré¹⁰, et les sessions de formation débuteront mi-2004.

De plus, les études citées, portant sur les OEV et l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et affectées ont permis d'identifier les interventions prioritaires en leur faveur. Elles seront renforcées à compter de la rentrée 2004.

Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

Le seul projet de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant actuellement opérationnel dans le pays est celui de la Croix Rouge Française, financé par l'Union Européenne, basé au CTA de Pointe Noire. Le programme national PTME est actuellement suspendu faute de financements. Un nouveau projet PTME, avec la Croix Rouge comme opérateur et l'Union Européenne comme bailleur, va prochainement démarrer à Brazzaville. Une coordination nationale de la PTME est en cours de structuration, tandis que les schémas nationaux de prise en charge ont été élaborés.

Soins à domicile ou à base communautaire

A ce jour, des initiatives de soins à domicile ou à base communautaire existent, mais de manière fragmentaire, insuffisamment professionnalisée et peu coordonnée.

Les visites et soins à domicile pourraient constituer un domaine d'action à base communautaire privilégié. Ils consisteront essentiellement en soutien psychologique et visites aux patients peu compliants. Néanmoins, des soins médicaux comme l'approvisionnement en Cotrimoxazole, ou des soins palliatifs de nursing (particulièrement en fin de vie) pourront y être associés, avec comme préalable indispensable la qualification et la formation nécessaire des personnes effectuant ces soins et ces visites. L'aide alimentaire et l'éducation nutritionnelle peuvent constituer aussi un volet important de cette participation.

La proposition faite de mise en place d'unités de prestations à domicile pour un ensemble de pathologies, et non pour le seul VIH/SIDA, sera à considérer avec attention. Outre la plus grande discrétion, répondant ainsi aux attentes des personnes infectées, ce type de prestations mobiles permettrait une amélioration significative de la prise en charge de patients grabataires ou de pathologies chroniques nécessitant un suivi d'observance.

Un atelier de travail pluridisciplinaire et intersectoriel devrait se tenir afin de définir : (i) les types d'intervention prioritairement retenus ; (ii) le profil et les pré-requis en termes de compétences des différents prestataires à domicile ; (iii) les guides à élaborer, par thème, pour les formateurs et les prestataires, ainsi que les manuels à produire qui seront laissés aux bénéficiaires finaux. Les prestataires, identifiés selon la grille de sélection définie, seront formés sur la base des documents pédagogiques élaborés.

Une coordination étroite, géographiquement sectorisée, devra être établie entre ces équipes de soins à domicile et les unités fixes de prise en charge.

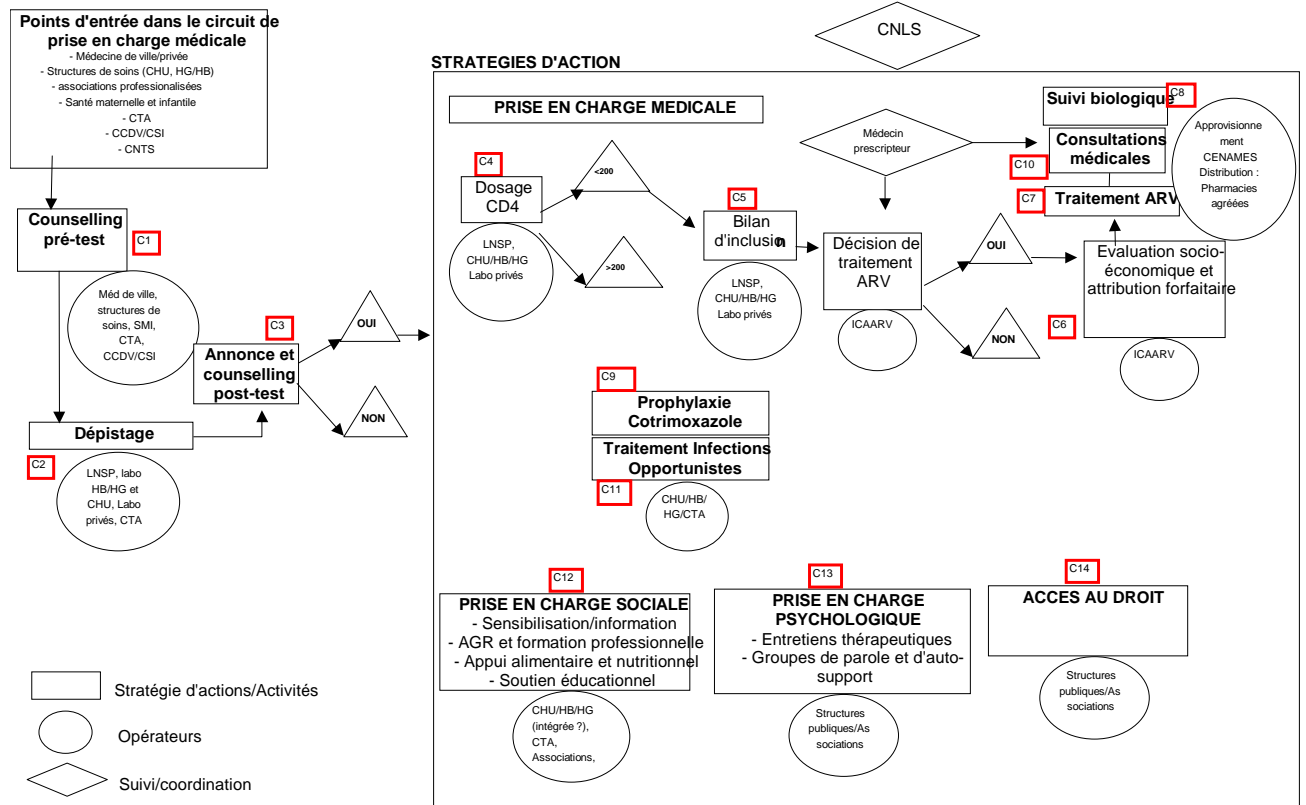
Au total, les mesures en cours de mise en place visent à une prise en charge globale de l'infection à VIH : préventive et curative ; psychologique, sociale et médicale. Il s'agit d'un continuum –chaîne- de soins qui doit se retrouver au niveau « d'unités de prestation » respectant un découpage géographique permettant de décentraliser les prestations et d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins.

Les « unités de prestations » seront articulées autour des institutions hospitalières sélectionnées. Il s'agit donc de créer des unités dans et/ou autour de ces points, dispensant le même paquet de prestations : (i) counselling et dépistage ; (ii) suivi clinique, biologique et immunologique ; (iii) accès aux ARV ; (iv) suivi psychologique ; (v) hospitalisation (quelle qu'en soit la durée) ; (vi) coordination des différentes activités de PTME, sous la responsabilité nationale du « PNLS » et (vii) coordination de la surveillance épidémiologique.

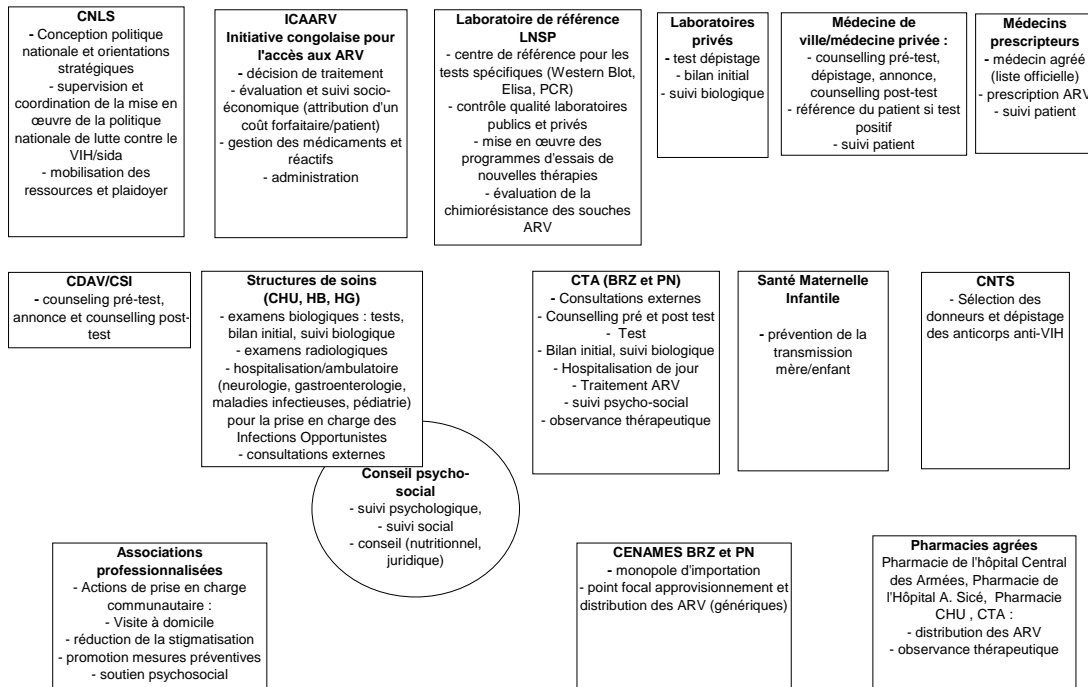
¹⁰ Expertise CNLS/CREDES/Banque Mondiale, décembre 2003, version finale mai 2004.

Cette stratégie pourrait débiter rapidement sur Brazzaville et Pointe Noire. Dans les autres villes, au fur et à mesure des réhabilitations, des remises à niveau des services et du recyclage du personnel, la gamme des prestations sera progressivement élargie. La mise en place d'un Centre de Conseil Dépistage Volontaire dans chaque chef-lieu de département est programmée à terme. Les schémas ci-dessous présentent le système en cours de mise en place.

Identification des opérateurs et postes de coûts dans le circuit de prise en charge globale du PVVIH



Présentation des opérateurs de la prise en charge des PVVIH



IV. SYNTHÈSE DES CONSTATS ET PROPOSITIONS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE À VIH SUR LES PERSONNES INFECTÉES ET AFFECTÉES

Une étude qualitative a été menée en novembre 2003 auprès de 71 personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA de Brazzaville et de Pointe Noire afin d'évaluer l'impact de l'épidémie et mieux cerner les problèmes économiques, sociaux et juridiques auxquels sont confrontés cette population. Les tableaux ci-dessous présentent de manière synthétique les difficultés rencontrées par ces groupes ainsi que les axes de solution proposés.

IV.1 Sphère médicale

1. Dépistage et de l'annonce du diagnostic

Problèmes identifiés	Causes avancées
Un dépistage tardif , à un stade déjà avancé de la maladie	- Réticence des médecins à en parler, formation insuffisante pour le repérage des risques et la proposition d'un dépistage - Réticence des malades à accepter le test
De mauvaises conditions de dépistage et d'annonce du VIH, très éloignées de la déontologie médicale	- Formation insuffisante des médecins sur la relation humaine avec le patient et sur le VIH - Insuffisance des recours thérapeutiques
Des tests à répétition pour vérification du statut sérologique	- Manque de confiance envers structures médicales/résultats du test - Déficit d'accompagnement psychosocial des personnes dépistées
Un accompagnement psycho-social insuffisant après l'annonce	- Personnel psycho-social insuffisant en nombre, et peu formé - Déficit d'information sur le VIH (modes de transmission et dispositif de prise en charge)

2. Prise en charge médicale

Soulignons que c'est le cumul de ces difficultés qui incite les patients à rechercher des possibilités de soins alternatives.

Problèmes identifiés	Causes avancées
Difficulté accès aux soins	- Manque d'information sur les dispositifs existants et possibilités de soin - Coût dissuasif de tous les soins (consultations, examens, médicaments, hospitalisation...) - Coût des transports pour se rendre sur le lieu de soin
Mauvaise information sur les ARV	- Manque d'information sur les modalités de prise en charge (ICAARV, autres) - Peu d'accompagnement des patients traités pour meilleure observance
Problèmes spécifiques rencontrés par les patients des CTA	- Manque d'organisation de la gestion des priorités : rendez-vous, consultations, urgences - Manque de disponibilité des médecins - Présence des associations de pvvih informelle, parfois seulement tolérée : permanences non-officialisées des pvvih, pas d'espace consacré aux échanges, à la convivialité... - Répartition des rôles entre le soutien psychologique et l'aide sociale pas clairement défini - Compétences limitées des professionnels psychologues et assistantes sociales, manque de connaissances sur le VIH et de professionnalisme - Mauvaise condition pour le déroulement des entretiens sociaux et psychologiques (isolement acoustique non garanti)
Rapports difficiles avec le personnel soignant de toutes les structures de soins	- Manque d'information sur le VIH et ses modes de transmission - Déficit d'information des patients sur les décisions médicales - Mauvais accompagnement psycho-social - Jugement moral sur les patients - Ruptures de confidentialité

Encourager le dépistage précoce d'une part ;
 +
Permettre un large accès aux soins et aux ARV d'autre part.
 =
 Ralentir l'impact du VIH sur la santé des pvvih

IV.2 Sphère économique

<i>Problèmes identifiés</i>	<i>Causes avancées</i>
Perte du travail par cessation d'activité, licenciement ou remplacement de fait	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de capacité physique pour la poursuite d'une activité - Perte de capacité économique pour investir dans petite activité - Absences répétées (consultations, hospitalisation, fatigue...) - Rendement plus faible - Impossibilité d'aménager le travail avec l'employeur - Reconversion professionnelle difficile dans une activité moins coûteuse physiquement ; - Spéculations sur l'état sérologique dans le milieu professionnel/révélation de statut.
Désinvestissement financier des familles.	<ul style="list-style-type: none"> - Le malade est perçu comme condamné à une mort rapide - Il est une charge pour le groupe auquel il ne rapporte plus aucun bénéfice - Les familles sont trop pauvres pour subvenir à leurs propres besoins ou ont épuisé toutes leurs ressources.
Difficultés à s'alimenter provoquant un amaigrissement massif	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources financières insuffisantes - Manque d'informations nutritionnelles - Pas d'accès aux compléments alimentaires pour les personnes très malades - Faibles dans les intervention du PAM (irrégularités des distributions, quantités insuffisantes, contenu pauvre)

Réduire les dépenses de santé d'une part
(diagnostic précoce, libre accès aux soins) ;

+

Préserver et augmenter les ressources d'autre part
(soutien à l'activité des malades et de leurs familles, renforcement de l'aide directe)

=

Atténuer l'impact économique du VIH dans la vie des familles

IV.3 Sphère psycho-sociale

<i>Problèmes identifiés</i>	<i>Causes avancées</i>
Comportements discriminatoires et stigmatisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise information des communautés sur le mode de transmission et les perspectives de soins
Isolement social	<ul style="list-style-type: none"> - Jugement sur la « mauvaise moralité » des malades
Responsabilisation précoce des enfants (aide aux tâches quotidiennes, travail pour appuyer la famille, déscolarisation)	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquence de la maladie des parents (perte d'autonomie physique et financière)
Influence forte des groupements religieux (promesse de guérison, accusations sorcières, désinformation)	<ul style="list-style-type: none"> - Offre insuffisante de services publics de soins et de soutien psychosocial, encourageant les quêtes alternatives
Actions déstructurées des associations de pvvih	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de locaux pour accueillir le public et se réunir - Manque de capacités financières et structurelles pour organiser leurs activités - Pas de réseau et liens faibles - Pvvih peu formés, peu reconnus - Conciliation difficile de l'activité professionnelle et de l'engagement associatif
Soutien psychologique professionnalisé insuffisant	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de compétences et de moyens humains en matière d'accompagnement psychologique - Manque de proximité avec les patients

Améliorer l'offre de prise en charge psycho-sociale des pvvih d'une part ;

+

Informé davantage le grand public sur le VIH d'autre part.

=

Réduire l'impact psychologique du VIH sur les personnes infectées et affectées

Proposition de stratégies et activités pour une prise en charge coordonnée des PVVIH

Stratégies	Activités proposées
Prise en charge médico-technique	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale : Renforcement du cursus universitaire de toutes les professions médicales et paramédicales (inclus l'intégration d'un Module Sida obligatoire) - Formation continue : médecins et agents de santé (infirmières et autres) ayant obtenu leur diplôme avant 2004 : « VIH et relation patient-médecin » ; médecins-prescripteurs : « Traitement ARV » et « VIH et procréation » médecins des services mère-enfant : « Transmission materno-infantile du VIH » ; agents de santé des services prescripteurs : « Les ARV » - Réunions (par genre) sur la procréation, la contraception et la PTME, mise à disposition de préservatifs masculins et féminins - Diagnostic, prophylaxie et traitement des infections opportunistes : gratuité de l'hospitalisation pour les plus démunis - Consultations d'observance : information sur les procédures de prise en charge (ICAARV), aide au patient dans la perception des enjeux et contraintes du traitement, aide à la compliance ; sous forme d'entretien individuel, de groupes de paroles et de réseaux locaux d'autosupport, certaines activités pourront être animées par des associations (pairs-éducateurs) ou au sein de structures de soins - Mise sous ARV : inclus le traitement sous ARV, le suivi biologique et le suivi médical (consultations à intervalles réguliers avec le médecin prescripteur, au cours desquels devront être abordés des thèmes tels que la sexualité et la procréation) - Coordination des programmes d'appui : coordination du Programme Mère-Enfant avec le système de prise en charge des PVVIH
Counselling pré et post test	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et diffusion du manuel de counselling, production de matériels IEC - Formation de conseillers - Counselling pré test : individuel, pour ceux qui décident de faire le test, le prélèvement pourra être immédiat ou à l'occasion de visites ultérieures - Examen : analyse du sang en laboratoire - Annonce et Counselling post test : individuel pour l'annonce au patient. Proposition d'un entretien ultérieur de soutien auprès du conjoint et/ou de la famille - Réunions d'information et de formation sur le VIH, ouverts aux pvvih et à leurs familles, insistant sur les perspectives d'espoir, risques de transmission, droit des malades, traitements, perspectives de prise en charge - Distribution et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins - Coordination entre centres de dépistage et autres structures de prise en charge

Stratégies	Activités proposées
Prise en charge sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du cursus professionnel intégrant un Module Sida obligatoire dans les cursus de formation initiale des professions du social et de l'éducation - Redéfinition du rôle de l'assistante sociale dans les services spécialisés : suivi social des pvvih et de leurs familles, VAD, recherche des perdus de vue, entretiens d'évaluation socio-économiques, orientation, bons d'aide alimentaire, sollicitation d'aides financières auprès d'organismes publics et privés - Information et sensibilisation sur le VIH destinées aux personnes diagnostiquées VIH+ et à leurs familles : inclus groupes de solidarité, soirées d'informations thématiques, causeries avec les familles dans les parcelles, lieux de documentation (dans les services médicaux, sociaux et les associations), prêches de sensibilisation à la solidarité avec les malades dans les églises. Contenu varié et à adapter (droits des malades, accès au traitement, contraintes et effets secondaires des ARV, perspectives de prise en charge, prévention primaire et secondaire, conseils nutritionnels etc.) - AGR et/ou micro-crédits d'installation : AGR familiales (activité menée par le malade quand sa santé lui permet et par d'autres membres de la famille prédésignés lors des épisodes de maladie). Ateliers couture pour les pvvih (avec comptoir de vente) - Formation professionnelle et apprentissage de petits métiers pour les séropositifs, et pour leurs grands enfants (à partir de 16 ans) - Appui à l'emploi : ateliers d'aide à la recherche d'emploi (recherche de postes et placement) - Appui alimentaire et nutritionnel : Aides en nature ciblées pour les plus démunis (<150 000 FCFA mensuels) : aide alimentaire stabilisée (pérenne et en quantité suffisante, incluant : huile, riz, lait, bouillies hyper-protéinées, pois cassé, sucre, sel), ateliers cuisine, espace de convivialité et organisation de repas de solidarité - Soutien éducationnel : Exonération des frais de scolarité (voire de cantine) pour les enfants dont un parent est malade - Education à la santé sexuelle et à la planification familiale : réunions d'information (par genre) sur les moyens de contraception et de protection : qu'est-ce qui existe, comment s'en procurer, comment les utiliser - Mise à disposition et provision de préservatifs masculins et féminins sur les lieux de prise en charge sociale - Aides familiales à domicile (courses, préparation des repas, toilette du malade...) pour les malades isolés ou très rejetés
Soutien psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des cursus de formation : intégration d'un module Sida obligatoire dans les cursus de formation des psychologues - Conseil conjugal et familial - Groupes de parole thématiques, groupes d'autosupport : pour les pvvih (ex : groupe femmes, jeunes), leurs proches (ex : mères de malades, personnes en deuil...), pour les enfants infectés et affectés - Entretiens thérapeutiques individuels ou systémiques pour les pvvih, les familles et les couples, les proches prenant en charge les malades, pour les enfants affectés - Activités supports : jeux, sorties, goûters pour les enfants, loisirs réunissant les pvvih entre elles - Groupes de solidarité religieux : visites aux malades ou à leurs proches, prières à domicile, collectes d'urgence - Distribution et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins sur les lieux de soutien psychologique
Soutien juridique	<ul style="list-style-type: none"> - Permanences juridiques orientées sur le droit des malades, de la famille et des successions - Démocratisation de l'accès au droit et aux modalités de succession (aides financières juridiques pour les actes notariés de succession et les frais d'avocats en cas de conflits familiaux)

V. SYNTHÈSE DES ÉTUDES EN POPULATION GÉNÉRALE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST

Des études ESC/CACP ont été menées en novembre et décembre 2003, portant sur un échantillon tiré au sort de 3.463 adultes âgés de 15 à 49 ans vivant dans les villes de Brazzaville (1.025), Pointe-Noire (1.027), Ouesso, Impfondo, Owando, Djambala, Kinkala, Madingou, Sibiti, Nkayi (150 personnes minimum par ville, 1.411 personnes sur les 9 villes).

V.1. Un niveau de connaissances sur le Sida faussement rassurant ...

La très faible proportion des personnes qui n'ont jamais été à l'école (moins de 4 sur 100) explique sans doute l'absence d'effet significatif de l'instruction sur la connaissance du Sida.

La radio et la télévision sont la principale source d'information. Immédiatement après la radio, les amis, les voisins et la famille constituent la seconde source la plus importante sur le sida. En revanche, les centres de santé et l'école ne jouent qu'un faible rôle, sauf chez élèves où l'école vient après les médias, tandis que les parents sont très peu sollicités.

1. Plus de 99 Congolais sur 100 connaissent les modes de transmission sexuelle et sanguine

Quasiment tous les Congolais connaissent bien les modes de transmission par voie sexuelle (à l'occasion d'un rapport non-protégé), au moyen d'une aiguille souillée (après contact avec une personne infectée) ou encore par transfusion de sang contaminé.

Les **peu/non scolarisés** sont le groupe aux connaissances les plus faibles.

2. Une majorité connaît les principaux modes de prévention

Huit à neuf congolais sur 10, selon les groupes, estiment qu'on peut se protéger du Sida. L'inverse est le fait surtout des **jeunes (15-24 ans)** et des **personnes peu/pas scolarisées**. L'ignorance semble donc davantage responsable de cette situation qu'une attitude strictement fataliste (religion non associée à cette croyance).

Protection des rapports sexuels (7 à 8 sur 10 selon les villes), Fidélité (7 à 8 sur 10) et Abstinence (5 à 6 sur 10) sont les trois modes corrects de protection les plus cités. Globalement, c'est à **Pointe-Noire** que les niveaux de connaissance sont les plus faibles.

La fidélité est moins citée parmi les **hommes** et les **jeunes (15-24 ans)** et chez les **célibataires de Pointe-Noire** ; le préservatif est moins cité par les **personnes non/peu instruites** et par les **jeunes (15-24 ans)** ; l'abstinence est moins fréquemment indiquée par les **hommes** et les **jeunes**.

3. La perception apparente des risques face au Sida est relativement bonne

Risque personnel :

Selon les groupes, entre deux-tiers et trois quarts des personnes interrogées déclarent se sentir personnellement menacées par le sida, que ce risque soit perçu faible, modéré ou élevé.

Les populations ne se percevant pas à risque sont plus fréquentes parmi :

- les résidents de **Pointe-Noire, Djambala, Nkayi** (4 sur 10 dans ces 3 villes), **Owando** (3 sur 10)
- les **femmes** à Brazzaville et Pointe Noire
- les **femmes**, les **peu/pas scolarisés**, les **résidents de la région Nord** au sein des « Autres villes » (hors Brazzaville et Pointe Noire)

Les raisons justifiant la non perception d'un risque : quelle que soit la zone d'enquête :

- la fidélité amoureuse est la raison la plus fréquemment déclarée (autour de 4 sur 10);
- l'abstinence est l'explication qui suit immédiatement ;
- le préservatif n'est cité que par 1 à 2 des 10 interrogés ;
- la protection de Dieu est évoquée par 1 répondant sur 10.

L'abstinence et de la fidélité sont plus fréquemment citées chez les femmes, tandis que les hommes invoquent davantage l'usage du préservatif. Les catholiques, évangélistes ou membres

des Assemblées du réveil justifient fréquemment leur faible risque perçu par l'abstinence et la protection de Dieu.

Menace collective :

6 à 7 personnes interrogées sur 10, selon les villes, estiment que le Sida menace gravement leur quartier ou leur établissement scolaire/universitaire. Les résidents de **Pointe Noire** sont ceux qui perçoivent le moins cette menace.

4. La connaissance du préservatif est satisfaisante

Quelque soit le groupe considéré, la quasi totalité des enquêtés ont entendu parler du préservatif. Malgré cette forte homogénéité, les personnes qui ne connaissent pas le préservatif sont surtout les **jeunes de moins de 25 ans** et les **personnes faiblement scolarisées**.

V.2. Une compréhension insuffisante ou associée à des croyances erronées

1. Les connaissances de base sur certains thèmes sont faibles

La transmission mère – enfant est une notion peu maîtrisée. De 3 à 4 interrogés sur 10 ne savent pas qu'une femme séropositive peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. La transmission mère-enfant est une notion moins bien connue par les **jeunes urbains (15-24 ans)**.

La période asymptomatique de la maladie n'est connue que par 6 enquêtés sur 10. Les personnes les plus à risque d'ignorance sont les **femmes de Brazzaville et des « Autres villes »**.

2. La compréhension est insuffisante

Une manifeste ambiguïté dans la compréhension de la transmission par voie sexuelle a été décelée au cours de l'étude socio-anthropologique en janvier-février 2004 (voir aussi chapitre V).

L'élément le plus frappant est la méconnaissance de la transmission du VIH par les fluides corporels autres que le sang. Or, ignorer le risque de transmission par le sperme et les sécrétions vaginales ne donne plus aucun sens à la transmission sexuelle. Les sociologues ont fréquemment entendu que les rapports sexuels ne sont contaminants que s'il y a échange de sang, donc seulement s'ils sont violents ou s'il y a blessure antérieure.

Par ailleurs, aucune des personnes interrogées n'a jamais entendu parler de la sur contamination possible d'une personne déjà atteinte et, qui plus est, n'y a pensé.

L'incurabilité du Sida n'est connue que par 7 à 8 enquêtés sur 10. La croyance en la guérison est plus répandue chez les **personnes les plus scolarisées** et chez les **membres des Assemblées du réveil**. Ceci pourrait être dû à une information sur les antirétroviraux mal assimilée.

3. Certaines affirmations sont douteuses

Selon les groupes, de 5 à 7 personnes enquêtées sur 10 déclarent connaître une personne infectée ; elles peuvent alors, en moyenne, citer 3 à 4 personnes malades ou mortes du Sida.

Toutefois, la source d'information sur la dernière personne connue présumée infectée montre que cette « connaissance » n'est liée à un aveu de la personne elle-même que moins d'une fois sur 10. Le reste est le fruit de « diagnostics de quartier » (rumeurs, impression personnelle). A noter l'inquiétant taux (plus d'une fois sur 10) de diagnostic qui aurait été divulgué par des personnes « autres » incluant des professionnels de santé.

4. Et des croyances sont erronées

Des idées fausses sur la transmission du VIH brouillent les connaissances. Les plus citées sont :

- le VIH peut se transmettre par une piqûre d'insectes (moustiques). Moins de la moitié des enquêtés rejette cette affirmation.

- la maladie peut provenir d'un sort jeté par un sorcier. De 5 à 7 enquêtés sur 10 agrèent ce mode erroné.

De même, 8 enquêtés sur 10 ont au moins une idée fautive sur le Sida. Les groupes les plus susceptibles d'avoir des croyances erronées sont les **femmes**, les **non/peu scolarisés**, la résidence dans les **régions Nord ou Centre** (à l'exclusion de Brazzaville), **les jeunes de moins de 20 ans**.

Il en est de même pour les modes de protection. Les informations erronées les plus fréquemment citées sont :

- la diminution du nombre de partenaires (2 à 4 personnes sur 10)
- le refus d'avoir des relations sexuelles avec des étrangers (4 à 5 personnes).
- Enfin, 1 à 3 enquêtés sur 10 pensent que, pour éviter d'être infectées, il faut avoir des rapports sexuels avec des filles vierges.

De 5 à 7 enquêtés sur 10 mentionnent au moins une des deux fausses croyances. Les niveaux de croyances les plus bas sont observés à **Brazzaville** et dans la région **Sud**.

V.3. Des perceptions et attitudes ambiguës

1. Une perception négative du préservatif

Alors que le préservatif est connu par l'ensemble des répondants et que, comme nous le verrons, plus de la moitié des interrogés ont fait l'expérience du préservatif au cours de leur vie, les répondants des différents groupes expriment dans leur majorité des opinions défavorables au préservatif. Les idées auxquelles ils ont le plus adhéré font référence à :

- la gêne que produit le préservatif (autour de 3 enquêtés sur 10)
- l'offense que représente le préservatif pour le partenaire régulier (conjoint) (2 à 3 enquêtés sur 10). A noter que, dans le cadre d'une relation conjugale, 7 à 8 répondants sur 10 estiment qu'une épouse peut refuser les rapports sexuels ou demander d'utiliser le préservatif à son mari quand elle sait qu'il a une IST.
- l'offense à Dieu est invoquée par seulement 1 à 2 enquêtés sur 10.

La fréquence de personnes ayant une attitude positive (rejetant la gêne, l'offense pour le conjoint ou pour Dieu) est de 3 à 5 enquêtés sur 10. Les personnes ayant l'attitude la moins positive sont les **peu/non scolarisés**.

2. Une attitude ambiguë face au dépistage

En préambule à l'analyse des réponses, nous soulignerons que l'enquête en population générale comportait, associée au questionnaire, un prélèvement de sang en vue de déterminer le statut sérologique du répondant. Très peu de refus vis-à-vis du dépistage à VIH ont été notés et les équipes ont même dû parfois faire face à une demande forte venant de personnes non échantillonnées, pour être testées.

Les attitudes favorables au dépistage du VIH déclarées ne concernent que 4 (« Autres villes ») à 5 (Brazzaville) enquêtés sur 10. Les personnes les moins favorables sont les **non/peu scolarisés des « Autres villes »**.

Le test VIH a été pratiqué par 1 (« Autres villes ») à 2 (Brazzaville) enquêtés sur 10. Les personnes ayant le moins pratiqué le test VIH sont :

- les urbains de la **région sud** du Congo (1 sur 15). C'est d'autant plus à souligner que c'est dans cette région que les taux de séroprévalence VIH les plus élevés ont été trouvés et que la population se perçoit le plus à risque.
- A Brazzaville, les **hommes** (différence avec les femmes liée à la proposition de test à ces dernières lors des visites prénatales ?), les **jeunes de moins de 20 ans**, les **non/peu scolarisés**
- A Pointe-Noire, les **non/peu scolarisés**.

V.4. L'ostracisme et les discriminations sont développés

1. Une fréquente désignation de groupes à risques

Sur l'ensemble des populations enquêtées, les groupes à risque cités spontanément ou non sont :

- principalement les professionnelles du sexe et les personnes infidèles ;
- viennent ensuite les groupes des militaires, des jeunes et des hommes riches ;

Une minorité estime que « tout le monde est à risque » (moins de 1 sur 10).

Les habitants de Brazzaville incriminent plus souvent les jeunes.

2. Des attitudes ambivalentes mais plutôt négatives à l'égard des personnes infectées

Seulement 1 à 2 enquêtés sur 10 n'ont pas d'attitudes discriminatoires¹¹. vis-à-vis des personnes infectées. Les groupes ayant plus grande propension à la discrimination sont :

- les **peu/non scolarisés** de Brazzaville et Pointe-Noire et les **hommes** des « Autres villes »
- les **membres des religions autres que catholique**

En dépit de ces faibles taux d'attitudes positives, une grande majorité des répondants (de 8 à 9 sur 10) affirment, dans le même temps, être prêts à s'occuper d'un parent s'il était séropositif ou malade. Ainsi, au-delà des préjugés, la solidarité familiale apparaît, au moins dans les intentions, comme une valeur importante. Mais peut-être la normativité de la société congolaise est-elle également à considérer, qui fait qu'il est difficile de déclarer ouvertement qu'on s'en écarte, surtout quand il s'agit de la maladie.

V.5. Des comportements sexuels à hauts risques trop fréquents

1. Des rapports sexuels précoces

Les répondants (9 sur 10 ayant une expérience sexuelle) ont débuté leur vie sexuelle vers l'âge de 16 ans. Dans toutes les zones de l'enquête, il y a un rajeunissement de l'âge aux premiers rapports sexuels. Entre la dernière et la première génération, l'écart est d'un peu plus d'un an. Les groupes ayant une plus grande précocité sexuelle sont :

- **les femmes de la région Nord** (Impfondo, Ouessou et Owando) (0,7 an avant les hommes)
- **les non/peu scolarisés**. De longues études retardent l'entrée en vie sexuelle de 0,4 an à 1,1 an.
- les personnes qui se déclarent **athées** (de 0,3 à 0,7 an plus tôt que les autres).

2. Un écart d'âge significatif entre partenaires lors de l'entrée en vie sexuelle

Un enquêté sur 15 a eu son premier rapport sexuel avec un partenaire plus vieux de 10 ans. Entre la génération des 25 ans et plus et celle des 15-24 ans, le phénomène a tendance à diminuer, passant de 1 sur 10 à 1 sur 25 ; ceci est particulièrement net lorsque l'on ne considère que les femmes. Cet écart est plus fréquent : dans la ville de **Kinkala** (1 sur 10 contre 1 sur 20 ailleurs), chez les **femmes**, chez **les non-peu scolarisés**

3. Une fraction notable de la population ont des partenaires sexuels occasionnels

Un partenaire occasionnel est toute personne qui n'est pas un partenaire régulier¹² ou une professionnelle du sexe. Dans cette perspective, un(e) partenaire occasionnel(le) recouvre bien évidemment un large éventail de situations, qui vont de la personne que l'enquêté a connu au hasard

¹¹ La discrimination vis-à-vis des personnes infectées a été appréhendée au travers de trois propositions : (i) *Les personnes qui ont le Sida devraient être obligées de vivre à l'écart* ; (ii) *Une enseignante qui a le virus du sida, tout en étant apparemment en bonne santé, doit arrêter d'enseigner* et (iii) *Quand un proche a le sida, il faut tout faire pour garder le secret*. A partir de ces opinions, nous avons construit un indicateur synthétique de discrimination. On considère qu'une personne n'a pas d'attitude discriminatoire si elle rejette les trois propositions.

¹² On entend par partenaire régulier : (i) soit la personne avec qui l'enquêté est uni par les liens du mariage (union civile, religieuse ou coutumière) ou de façon consensuelle ; (ii) soit la personne avec qui l'enquêté entretient une relation sexuelle et cohabite depuis plus d'un an.

des rencontres, avec qui il n'a eu qu'un rapport sexuel et à qui il a donné des cadeaux, à la maîtresse régulière (deuxième bureau) que l'enquêté considère et traite comme une épouse¹³.

De 4 à 5 répondants sur 10 (5 à 7 **hommes** sur 10 contre 2 à 3 femmes sur 10) ont eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire occasionnel durant les 12 derniers mois. Les analyses multivariées¹⁴ indiquent que cette attitude est particulièrement fréquente :

➤ Modèle 1 :

- Dans les trois zones d'étude, chez les **hommes** (3,6 à 4,6 fois plus) et les **célibataires** (2,2 à 4,5 fois plus que les mariés).
- A Brazzaville, également chez les **divorcés** ou **veufs** (2,7 fois plus que les mariés).
- Dans les « Autres villes », la résidence dans la **région Nord** (4,2 fois plus que dans la région Centre et 1,7 fois que dans la région Sud.

➤ Modèle 2 :

- les associations relevées dans le modèle n°1 se maintiennent voire se renforcent
- De plus, chez les personnes **vivant maritalement** (1,9 fois plus que les mariés à Brazzaville et 1,5 fois plus à Pointe Noire). Ceci suggère que les personnes qui cohabitent avec un partenaire, mais se déclarant célibataires, ne sont pas stabilisées sentimentalement et continuent à avoir des comportements proches des célibataires non-cohabitants.
- A Brazzaville et à Pointe-Noire, chez les **personnes âgées de 25 à 34 ans**
- Les **Ponténégrins scolarisés jusqu'au lycée** (2,2 fois plus que les non scolarisés).

4. Le nombre moyen de partenaires occasionnels est stable

Les personnes à partenaires sexuels occasionnels indiquent une moyenne de 5,5 (Pointe Noire) à 9 partenaires (Brazzaville). A Brazzaville et à Pointe-Noire, les hommes et les femmes déclarent à peu près le même nombre de partenaires occasionnels. En revanche, les **femmes** des « Autres villes » indiquent 1,5 fois plus de partenaires sexuels occasionnels que les hommes ; une analyse par région montre que ce différentiel provient pour l'essentiel de la **région Nord**.

5. Les relations sexuelles avec les professionnelles du sexe¹⁵ sont fréquentes

Tant à Brazzaville qu'à Pointe-Noire, 2 à 3 hommes sur 10 ont fréquenté des professionnelles du sexe au cours des 2 derniers mois ; ils sont 1 sur 7 dans la zone « Autres villes ». Cette pratique est plus fréquente :

- Chez les **célibataires** des trois zones et également chez les **hommes vivant maritalement** des « Autres villes »
- dans « Autres villes », les hommes de la **région Nord**
- A Brazzaville, chez les hommes **athées**

Les hommes déclarent en moyenne avoir eu des rapports sexuels avec 3 professionnelles du sexe, ce chiffre ne variant pas entre les zones d'étude.

6. Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque

6.1. *L'expérience du préservatif*

7 à 8 répondants sur 10 ont déjà utilisé le préservatif. Les groupes ayant le moins fréquemment utilisé ce mode de protection sont les **femmes** et les **peu/non scolarisés**

¹³ Au Congo, ces différents types de relations peuvent impliquer des personnes que l'on dénomme : *makongo, nzélé, mobali, copain/copine, type, horoscope, mobikissi, mourince, go...*

¹⁴ Afin de mieux rendre compte des réalités sociologiques congolaises, a été considéré, pour l'enquête en population générale :

- le statut matrimonial tel qu'il a été déclaré (modèle 1)
- mais aussi celui qui ressort du croisement avec les informations sur la cohabitation. Une analyse du statut matrimonial révèle, en effet, que près de 20% des enquêtés ayant déclaré être célibataires, divorcés ou veufs, cohabitaient en réalité avec un partenaire depuis plus d'un an. Tous ces cas ont été considérés comme des personnes vivant de façon maritale à l'intérieur d'une seconde variable matrimoniale (modèle 2).

¹⁵ Dans le cadre de cette étude, une professionnelle du sexe est une femme qui a des relations sexuelles avec une personne contre de l'argent, cette pratique constituant son activité professionnelle principale. Habituellement, au Congo on parlera, pour nommer ces personnes de : *nzombo le soir, fioti-fioti, londonienne, molasso, motambola butu/motambola mpipa, ndoumba,...*

6.2. L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel

De 1 personne sur 15 (certaines des « Autres villes ») à 1 personne sur 7 (Brazzaville) seulement déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel. Les groupes ayant le plus fort risque de non utilisation sont :

- à Pointe-Noire, les enquêtés ayant eu leur **premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans**
- dans les « Autres villes » : les **hommes** (1,8 fois moins, suggérant que le préservatif est ici utilisé d'abord comme moyen de contraception), les **peu/non scolarisés**, les résidents de la **région Sud**

6.3. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire régulier

De 3 (Brazzaville) à 4 enquêtés sur 10 (« Autres villes ») déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec son conjoint. 6 à 8 répondants sur 10 expliquent ce comportement par la volonté d'éviter une grossesse. Ils ne sont que 1 sur 7 à 1 sur 4 à utiliser le préservatif avec leur partenaire régulier pour se protéger des IST/SIDA. C'est à Pointe-Noire que cette motivation est la plus souvent signalée (1 sur 4) alors qu'elle n'est déclarée que par 1 sur 5 dans « Autres villes » et à Brazzaville.

6.4. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire sexuel occasionnel

De 6 (Brazzaville) à 7 enquêtés sur 10 (Pointe Noire) n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport. Les personnes les plus à risque de non-utilisation sont : les **peu/non scolarisés** des « Autres villes » et de Pointe-Noire, ainsi que les **catholiques** à Brazzaville

Les raisons de la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel convergent autour de trois attitudes principales :

- le préservatif est une gêne à l'acte sexuel pour au moins un des partenaires. Un répondant sur quatre exprime son aversion pour le préservatif (« *je n'aime pas ça* ») et un sur 10 par celle de son partenaire (« *refus du partenaire* »). Ces proportions sont sensiblement les mêmes entre les trois zones
 - la relation n'est pas perçue à risque : 1 enquêté sur 7 à Brazzaville, 1 sur 5 dans les « Autres villes » et près de 1 sur 3 à Pointe-Noire disent que « *ce n'était pas nécessaire* ». Ceci doit renvoyer à une analyse intuitive des risques selon le degré de connaissance du partenaire, les circonstances de sa rencontre, son apparence physique, sa personnalité, l'ancienneté de la relation, ...
 - le désir amoureux a dissipé toutes les intentions de prudence. Selon la zone d'enquête, 1 à 2 répondants sur 10 expliquent qu'« *ils n'y ont pas pensé* ». Cette justification est la plus fréquente dans « les autres villes ».
- Le coût du préservatif n'est pas une raison invoquée pour justifier de ne pas l'utiliser, puisque moins de 1 enquêté sur 100 fait valoir cet argument.

6.5. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec une professionnelle du sexe

3 hommes sur 10 qui ont eu des rapports avec les professionnelles du sexe affirment ne pas s'être protégés lors du dernier rapport sexuel¹⁶.

Dans les **régions centre et nord**, les clients sont plus de 6 sur 10 à déclarer ne pas s'être protégés lors du dernier rapport (3,7 fois plus que dans la région sud).

Parmi les raisons invoquées pour justifier le non recours au préservatif :

- les clients indiquent en premier leur aversion pour le préservatif. Ils sont entre 3 et 4 sur 10 à avancer l'argument « *je n'aime pas cela* ».
- les autres justifications paraissent plus étonnantes dans un contexte de prostitution : 1 répondant sur 4 de Pointe-Noire et des « Autres villes » déclare que ce n'était pas nécessaire et 1 interrogé de Brazzaville sur 4 affirme que la professionnelle du sexe n'a pas voulu utiliser de préservatif.
- pour 1 client sur 8 de Brazzaville et Pointe-Noire, ainsi que pour 1 sur 5 des « Autres villes », l'absence de protection se justifie par l'indisponibilité des préservatifs.
- le coût du préservatif n'est un argument de non-protection que pour 2 à 3 personnes sur 100.

¹⁶ A noter que 32% des enquêtés à Pointe-Noire déclarent ne pas s'être protégés lors du dernier rapport avec une professionnelle du sexe, alors que les prostituées de Pointe-Noire indiquent ne pas avoir utilisé de préservatif avec un partenaire payant que dans 18% des cas.

V.6. Des déplacements ayant peu d'influence sur le nombre de partenaires mais accentuant les comportements sexuels à risque

1. Les déplacements entre mai 1997 et décembre 2002

L'étude visait à appréhender les déplacements de population, produits notamment par le dernier conflit armé, survenus entre mai 1997 et décembre 2002¹⁷ :

- de 4 à 7 personnes enquêtées sur 10 se sont déplacées entre 1997 et 2002 pour une durée d'au moins deux mois.
- Les déplacements ont été particulièrement importants dans les zones de conflit, comme Brazzaville (7 sur 10) ou la région du centre, qui inclut le Pool (7 sur 10 également). Si chacune des villes enquêtées est considérée séparément, la géographie de la mobilité se révèle un peu différente, puisque ce sont les résidents de Kinkala (92 sur 100), Dolisie (86 sur 100), Owando (85 sur 100) et Nkayi (77 sur 100) qui sont les plus nombreux à s'être déplacés au cours de cette période.
- En moyenne, les enquêtés ont effectué entre 1,4 et 1,5 déplacements, à l'exception de Kinkala où le nombre de déplacements moyen est monté à 1,9.

Ces déplacements ont été motivés en majorité par le conflit armé, à la fois à Brazzaville (8 sur 10) et dans les régions centre (6 sur 10) et sud (7 sur 10) du Congo. Une analyse plus fine indique néanmoins que 8 déplacements sur 10 ont été provoqués par la guerre dans les villes de Kinkala et de Dolisie. En revanche, les villes de Ouessou et Djambala (2 sur 10) semblent avoir été peu touchées par ce phénomène.

2. Déplacements et sexualité

Globalement, environ 1 déplacement sur 3 (4 à 5 hommes sur 10 contre 2 à 4 femmes sur 10) ont donné lieu à des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et/ou des professionnelles du sexe.

Compte tenu des données disponibles, il est difficile de dire si la mobilité favorise, plus que la sédentarité, les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. En effet :

- Les informations recueillies sur la sexualité du répondant sur le lieu de l'enquête se rapporte à une période d'un an, alors que les rapports sexuels qui se sont produits en migration renvoient à une période très variable. La comparaison des comportements est donc, dans ces circonstances, limitée.
- En situation de sédentarité, les relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels et/ou des professionnelles du sexe sont déjà relativement élevées parmi les Congolais urbains (4 à 5 sur 10 sauf dans la région centre du Congo (Djambala et Kinkala), où ce pourcentage tombe à 3 sur 10)
- En situation de mobilité, la prévalence des relations sexuelles potentiellement à risque est toujours inférieure à celle relevée en situation de sédentarité sur le lieu d'enquête. De plus, cette différence est d'autant plus grande que la fréquence des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels est élevée en milieu d'enquête. Cette tendance pourrait indiquer que la migration (ou le déplacement) favorise d'autant moins les rencontres sexuelles occasionnelles que le milieu d'origine (ici les villes du Congo) permet déjà ces opportunités.
Le déplacement ne semble donc pas, pour les citoyens du Congo, une occasion de véritable changement des comportements sexuels. Reste, bien évidemment, que les comportements sexuels potentiellement à risque demeurent importants au moment des déplacements.

Les déplacements pour raison de guerre ne permettent pas plus de relations avec des partenaires occasionnels que les autres déplacements, bien au contraire :

- De tels comportements pour raison de conflit sont survenus, selon le lieu d'enquête, de 2 à 4 fois sur 100. Par contre, quand le déplacement est motivé par d'autres raisons

¹⁷ Pour être considéré, le déplacement devait avoir produit un changement de résidence et un séjour sur le lieu de destination d'au moins 2 mois. L'enquêté devait avoir changé de village ou de ville pour considérer le déplacement ; s'il habitait à Brazzaville ou Pointe-Noire avant le conflit, ou s'y était déplacé pendant le conflit, le déplacement pouvait être aussi un changement de quartier à l'intérieur de ces deux villes.

(économiques, familiales, études...), c'est entre 40 et 50 déplacements sur 100 qui donnent lieu à des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

- Les différences de probabilité de rapports sexuels selon les deux types de raisons de migration sont de 3,2 fois à Brazzaville et de 2,1 fois dans « Autres villes », zones qui ont été les plus fortement touchées par la guerre.

L'examen de l'utilisation du préservatif en situation migratoire montre que le préservatif reste très peu utilisé. Seuls 7 à 20 enquêtés sur 100 déclarent avoir utilisé systématiquement le préservatif lors d'un déplacement. **De plus, l'utilisation du préservatif à chaque rapport est généralement 3 fois plus faible en migration que en sédentarité sur le lieu d'enquête.**

3. Guerre et violences sexuelles envers les femmes¹⁸

A la question « *Au cours de votre vie, est-ce qu'un partenaire vous a obligé à avoir un rapport sexuel alors que vous ne le vouliez pas ?* », 20 femmes sur 100 ont répondu par l'affirmative.

Cette proportion varie peu entre les strates, même si des écarts sensibles existent à l'intérieur de la strate « Autres villes » et particulièrement dans les villes d'Owando (36 sur 100) et de Madingou (30 sur 100). En outre, la pratique du viol est, à Owando, 2,3 fois supérieure à celle des autres villes de la strate.

Selon les déclarations des enquêtées, les violences sexuelles subies pendant la guerre ont été beaucoup moins fréquentes. A la question « *Vous a-t-on obligé, par la force physique, à un rapport sexuel au cours du dernier conflit armé ?* », les répondantes ont admis avoir subi cette violence sexuelle pour environ 3 sur 100 d'entre elles.

La région **centre** s'écarte de cette « moyenne » à l'intérieur des « Autres villes », les viols étant déclarés par 6 femmes sur 100 (2,6 fois plus de viols) et provient principalement des déclarations recueillies dans la ville de **Kinkala** (9 femmes sur 100).

Enfin, dans la ville de Pointe-Noire, les rapports sexuels contraints sont 3,8 fois plus fréquents parmi les jeunes **femmes de 15-24 ans** que chez les femmes plus âgées.

¹⁸ Compte tenu des limites de l'approche par interrogatoire par questionnaire (des méthodes d'enquête plus favorables à la confiance, comme les récits de vie, auraient été préférables), il est probable que les prévalences présentées ici soient sous-évaluées.

VI. SYNTHÈSE DES ÉTUDES EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST

Des études ESC/CACP ont été menées en novembre et décembre 2003, portant sur un échantillon national tiré au sort de 397 élèves du secondaire (de la 4^{ème} à la terminale, recrutés dans 11 établissements de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Mossendjo et Sibiti) et 380 étudiants du supérieur (public et privé) de Brazzaville.

VI.1. Un niveau de connaissances sur le Sida faussement rassurant ...

1. La presque totalité des élèves/étudiants (98 sur 100) a entendu parler du Sida

Cependant, 5 **collégiens** sur 100 ne connaissent pas le Sida contre 1 universitaire sur 100.

Sources d'information évoquées :

- La radio et la télévision sont les principales sources d'information.
- Le milieu scolaire vient ensuite, loin derrière. Cette référence très faible au milieu scolaire contraste avec le taux de 80% d'élèves et étudiants déclarant avoir reçu un enseignement sur le sida. Ces cours semblent avoir été administrés surtout au collège (60%), et à un moindre degré au lycée (26%). 45% des élèves et des étudiants se disent insatisfaits par cet enseignement et 30% seulement estiment y avoir reçu toute l'information souhaitée.
- L'entourage est assez peu sollicité, qu'il s'agisse de parents, voisins, des partenaires sexuels ou des camarades de classe. Ils sont tout de même un sur deux à déclarer parler souvent du Sida à l'école ou à l'université.
- Les journaux et les structures médicales sont une source d'information mineure.

2. Les modes de transmission sexuelle et sanguine sont connus par 9 élèves/étudiants sur 10

Neuf élèves/étudiants sur 10 connaissent bien les modes de transmission par voie sexuelle (à l'occasion d'un rapport non-protégé), au moyen d'une aiguille souillée (après contact avec une personne infectée) ou encore par transfusion de sang contaminé.

Les **collégiens** sont le groupe aux connaissances les plus faibles.

3. Une majorité connaît les principaux modes de prévention

90 élèves et 98 étudiants sur 100 estiment qu'on peut se protéger du Sida. L'inverse est le fait surtout **des collégiens**. L'ignorance semble donc davantage responsable de cette situation qu'une attitude strictement fataliste (religion non associée à cette croyance).

Ils mentionnent les modes de protection dans l'ordre suivant :

- Fidélité : 8 élèves et 9 étudiants sur 10
- Protection : 7 élèves et 9 étudiants sur 10
- Abstinence : 3 élèves et 6 étudiants sur 10

Ces comportements de prévention sont donc mieux connus par les universitaires. Toutefois, si sont uniquement pris en compte les élèves et les étudiants sexuellement actifs, le préservatif est un moyen de protection connu par 98% des répondants.

4. La perception apparente des risques face au Sida est relativement bonne

Risque personnel :

Les collégiens et les lycéens se partagent essentiellement entre « aucun risque » (3 sur 10) et un risque élevé (5 sur 10). Les universitaires expriment plutôt la perception d'un risque faible ou modéré (4 sur 10).

De façon inattendue, les **lycéens** se perçoivent 2 fois moins à risque que les collégiens. De même, les élèves qui se réclament des **Assemblées du réveil** se perçoivent 2,5 fois moins à risque. Enfin,

plus naturellement, les élèves n'ayant pas encore eu de rapports sexuels sont 2,4 fois moins nombreux à ressentir un risque d'être infectés.

Pour les universitaires, seul le fait d'être sexuellement actif explique leur perception du risque (4,5 fois plus que ceux non actifs sexuellement).

Les raisons justifiant la non perception d'un risque : elles sont dominées par l'abstinence (4 sur 10) et le préservatif (3 sur 10). La protection de Dieu justifie l'attitude confiante des élèves et des universitaires dans 2 cas sur 10. L'appartenance aux **Assemblées du réveil** augmente la probabilité de se référer à la protection de Dieu chez les universitaires (2,8 fois plus).

Menace collective :

De 7 (élèves) à 8 (étudiants) personnes interrogées sur 10 estiment que le Sida menace gravement leur quartier ou leur établissement scolaire/universitaire.

5. La connaissance du préservatif est bonne

98 élèves/étudiants sur 100 ont entendu parler du préservatif. Malgré cette forte homogénéité, les personnes qui ne connaissent pas le préservatif sont surtout des **collégiens** (2 fois moins que les autres).

VI.2. Une compréhension insuffisante ou associée à des croyances erronées

1. Des connaissances de base faibles sur certains thèmes

La transmission mère – enfant est une notion peu maîtrisée ; 2 enquêtés sur 10 seulement connaissent les trois voies possibles). Lorsque l'on distingue la transmission transplacentaire, lors de l'accouchement et pendant l'allaitement, ce sont respectivement 7 sur 10, 5 sur 10 et 3 sur 10 des élèves et étudiants qui indiquent ces modes de transmission.

La période asymptomatique de la maladie n'est connue que par 4 **élèves** sur 10 (contre 8 étudiants sur 10).

2. Une compréhension insuffisante

L'incurabilité du Sida n'est connue que par 5 enquêtés sur 10. Cette idée est plus répandue chez les **personnes les plus scolarisées** ; les lycéens (2,6 fois plus) et les universitaires (3 fois plus) sont plus nombreux que les collégiens à penser que le Sida est guérissable. Ceci se retrouve également chez les **membres des Assemblées du réveil**.

Ceci pourrait être dû à une information sur les antirétroviraux mal assimilée.

3. Des affirmations douteuses

Plus de la moitié des interrogés déclarent connaître une personne vivant avec le VIH. Ils sont 2 sur 10 à prétendre connaître un élève ou un professeur infecté par le VIH. Cette proportion est plus élevée chez les universitaires (1 sur 4), par rapport aux élèves (1 sur 6). Les enquêtés indiquent également connaître en moyenne 3,2 personnes atteintes, avec une forte variation, significative, entre les élèves (2,3) et les étudiants (4,2).

4. Des croyances erronées

Des idées fausses sur la transmission du VIH brouillent les connaissances. Les plus citées sont :

- le VIH peut se transmettre par une piqûre d'insectes (moustiques). 2 collégiens/lycéens sur 10 et 1 universitaire sur 10 adhèrent à cette affirmation.
- on peut contracter le VIH en se lavant avec l'eau du même seau qu'une personne infectée : 1 personne interrogée sur 10 agrée ce mode erroné.

La moitié des scolarisés/universitaires a au moins une idée fausse sur le Sida. Les groupes les plus susceptibles d'avoir des croyances erronées sont les **filles**, les **élèves**, **les jeunes de moins de 20 ans**.

Il en est de même pour les modes de protection. Les informations erronées les plus fréquemment citées sont :

- le refus d'avoir des relations sexuelles avec des étrangers (4 à 5 personnes sur 10).
- la diminution du nombre de partenaires (3 sur 10 chez les universitaires)
- 3 collégiens/lycéens sur 10 indiquent le choix d'un partenaire en bonne santé.

Autour de la moitié des scolaires/étudiants mentionne au moins une des deux fausses croyances.

VI.3. Des perceptions et attitudes ambiguës

1. Une perception négative du préservatif

Bien qu'ayant, pour la plupart, déjà fait l'expérience des préservatifs (respectivement 7 élèves sur 10 et 9 étudiants sur 10 sexuellement actifs), ils montrent beaucoup de réticences à l'égard de ce moyen de protection

- la gêne que produit le préservatif (2 à 3 scolaires/universitaires sur 10)
- l'offense que représente le préservatif pour le partenaire régulier (conjoint) (2 à 3 enquêtés sur 10).

A noter que, dans le cadre d'une relation conjugale, 7 à 8 répondants sur 10 estiment qu'une épouse peut refuser les rapports sexuels ou demander d'utiliser le préservatif à son mari quand elle sait qu'il a une IST.

- l'offense à Dieu est également invoquée par 2 à 3 scolaires/universitaires sur 10.

La fréquence de personnes ayant une attitude positive (rejetant la gêne, l'offense pour le conjoint ou pour Dieu) est de 2 à 3 sur 10.

2. Une attitude ambiguë face au dépistage

Seulement un quart des étudiants et un septième des élèves affichent une attitude globalement favorable au test du VIH. A noter que 4 élèves sur 10 et 5 étudiants sur 10 pensent que « si l'on connaît sa séropositivité on risque de ne plus continuer ses études ». Les personnes les moins favorables sont les **filles** et les **collégiens**

Le test VIH a été pratiqué par, 1¹⁹ élève sur 10 et 2 universitaires sur 10. Les personnes ayant le moins pratiqué le test VIH sont les **collégiens/lycéens**.

VI.4. L'ostracisme et les discriminations sont développés

1. Une fréquente désignation de groupes à risques

Les groupes à risque cités sont :

- principalement les professionnelles du sexe et les personnes infidèles ;
- viennent ensuite les groupes des militaires, des jeunes et des hommes riches ;

Une minorité estime que « tout le monde est à risque » (moins de 1 sur 10), cette proportion étant stable d'une population d'étude à l'autre.

Il faut noter qu'une instruction, même à un niveau élevé (secondaire et supérieur) ne diminue pas les attitudes discriminantes. Au contraire, les étudiants du supérieur sont toujours plus nombreux à reconnaître qu'un groupe est à risque, quel que soit ce groupe, que les élèves du collège et du lycée.

2. Des attitudes ambivalentes mais plutôt négatives à l'égard des personnes infectées

Seulement 1 à 2 élèves sur 10 n'ont pas d'attitudes discriminatoires²⁰. vis-à-vis des personnes infectées ; le taux est de 1 étudiant sur 4.

¹⁹ Ces résultats doivent inciter à s'interroger sur la compréhension de la question, par les élèves notamment. Rappelons que l'enquête a été auto-administrée.

²⁰ La discrimination vis-à-vis des personnes infectées a été appréhendée au travers de trois propositions : (i) *Les personnes qui ont le Sida devraient être obligées de vivre à l'écart* ; (ii) *Une enseignante qui a le virus du sida, tout en étant apparemment en bonne santé, doit arrêter d'enseigner* et (iii) *Quand un proche a le sida, il faut tout faire pour garder le secret*. A partir de ces opinions, nous avons construit un indicateur synthétique de discrimination. On considère qu'une personne n'a pas d'attitude discriminatoire si elle rejette les trois propositions.

Les élèves et étudiants, sans doute du fait de l'âge et des études qu'ils entreprennent, sont relativement peu enclins à s'occuper d'un parent s'il était séropositif ou malade (7 étudiants sur 10 et 4 élèves sur 10 se déclarent prêts à le faire)

VI.5. Des comportements sexuels à hauts risques trop fréquents

1. Des rapports sexuels précoces

Les **élèves** entrent en vie sexuelle environ un an plus tôt que les étudiants du supérieur (16 ans vs 17 ans). Les **garçons** ont leur premier rapport sexuel plus précocement que les filles ; en moyenne un an plus tôt. A noter que les filles du collège/lycée membres d'une Assemblée du réveil débute leur sexualité 0,9 ans plus tard que les autres.

2. Un écart d'âge significatif entre partenaires lors de l'entrée en vie sexuelle

Un enquêté sur 15 a eu son premier rapport sexuel avec un partenaire plus vieux de 10 ans. Cet écart est plus fréquent chez les **élèves filles au collège/lycée** (1 sur 8 contre 1 sur 15 chez les garçons) ou les **étudiantes** (1 sur 15 contre 0).

3. Une fraction notable de la population ayant des partenaires sexuels occasionnels

Un partenaire occasionnel est toute personne qui n'est pas un partenaire régulier²¹ ou une professionnelle du sexe. Dans cette perspective, un(e) partenaire occasionnel(le) recouvre bien évidemment un large éventail de situations, qui vont de la personne que l'enquêté a connu au hasard des rencontres, avec qui il n'a eu qu'un rapport sexuel et à qui il a donné des cadeaux, à la maîtresse régulière (deuxième bureau) que l'enquêté considère et traite comme une épouse²².

5 élèves²³ sur 10 (**tant chez les filles que chez les garçons**) et 5 étudiants sur 10 (un peu plus de 5 **hommes** sur 10 et 3 femmes sur 10) ont eu des relations sexuelles avec au moins un partenaire occasionnel durant les 12 derniers mois.

Les analyses multivariées indiquent que cette attitude est particulièrement fréquente :

- Chez les étudiants, si l'enquêté est un **homme** (2,8 fois plus), qu'il est **célibataire** (2,2 fois plus que les mariés) et **âgé de 25 ans ou plus** (2 fois plus que les 19-24 ans).
- Chez les élèves, la probabilité d'avoir des partenaires sexuels occasionnels est 3,1 fois plus forte au **collège** qu'au lycée et elle est 2 fois plus forte dans les établissements enquêtés à **Brazzaville** par rapport à ceux de Pointe-Noire.

4. Un nombre moyen important de partenaires occasionnels

Les élèves du collège et du lycée mentionnent en moyenne 1,7 partenaires occasionnels, contre 2,8 pour les **étudiants**.

²¹ On entend par partenaire régulier : (i) soit la personne avec qui l'enquêté est uni par les liens du mariage (union civile, religieuse ou coutumière) ou de façon consensuelle ; (ii) soit la personne avec qui l'enquêté entretient une relation sexuelle et cohabite depuis plus d'un an.

²² Au Congo, ces différents types de relations peuvent impliquer des personnes que l'on dénomme : *makongo, nzélé, mobali, copain/copine, type, horoscope, mobikissi, mourince, go...* Cette définition du partenaire occasionnel paraissait suffisamment large pour être également utilisée dans le cadre de l'enquête auprès des élèves et des étudiants. Cependant, pour cette population, le partenaire occasionnel renvoie le plus souvent à des appellations, tels que « *copain/copine* », « *amour d'école* », ou plus familièrement « *go* » et « *horoscope* »...

²³ Cette situation pouvant surprendre doit être nuancée en rappelant que 30% des collégiens et 25% des lycéens n'avaient jamais eu de relations sexuelles au moment de l'enquête. En outre, les études au collège et au lycée correspondent à une période de découverte de la sexualité, qui devrait expliquer le haut niveau de relations avec des partenaires occasionnels observé parmi les jeunes filles ; elles parleront alors souvent d'un « amour d'école ». Ensuite, les femmes semblent davantage stabiliser leur vie sexuelle que les hommes.

5. De fréquentes relations sexuelles avec les professionnelles du sexe²⁴

Il existe un fort contraste entre les élèves et les étudiants : les **lycéens**²⁵ indiquent un niveau de fréquentation des professionnelles du sexe élevé (1 sur 5)²⁶ ; en revanche, les étudiants ne sont que 1 sur 10, soit moitié moins, à avoir eu de tels rapports sexuels.

Tous les lycéens et les étudiants déclarant de telles pratiques sont **célibataires**.

Les élèves qui fréquentent les professionnelles du sexe (n=16) déclarent en moyenne avoir eu des rapports sexuels avec 2 professionnelles du sexe, dans les douze derniers mois. Ce chiffre est de 2,7 parmi les étudiants (n=29).

6. Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque

6.1. *L'expérience du préservatif*

7 élèves sur 10 et près de 9 étudiants sur 10 sexuellement actifs ont déjà utilisé le préservatif. Les **étudiants mariés** ont deux fois moins souvent fait l'expérience de ce moyen de protection que les célibataires.

6.2. *L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel*

3 élèves sur 10 et 2 étudiants sur 10 ont utilisé un préservatif lors de leur entrée en vie sexuelle. Son usage est moindre :

- chez les élèves et étudiants ayant eu leur **premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans**
- chez les **moins scolarisés (collège)**
- Chez les **étudiants ayant eu leur premier rapport avec une camarade d'école ou une personne apparentée**.

6.3. *L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire régulier ou non-payant*

Chez les élèves et des étudiants, moins d'un enquêté sur 10 est marié ou vit maritalement et cette situation concerne presque exclusivement les étudiants. Les étudiants qui déclarent un partenaire régulier ont été moins de 1 sur 7 à utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Leur motivation essentielle a été d'éviter une naissance non-désirée (7 sur 9). Les autres expliquent, en majorité, ne se pas s'être protégés car ils utilisent un autre contraceptif.

6.4. *L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire sexuel occasionnel ou un partenaire payant*

6 **élèves** sur 10 contre 4 étudiants sur 10 ne se sont pas protégés lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel. Les moins susceptibles d'utiliser une protection sont :

- Les **élèves et étudiants ayant éprouvé de l'amour pour leur partenaire**
- Les **élèves membres d'une Assemblée du réveil** et les **étudiants évangélistes**
- Les **collégiens** (2,7 fois moins que les lycéens).

Pour expliquer la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel, les élèves et les étudiants invoquent principalement une insouciance « *on y a pas pensé* » et un sentiment de confiance et de sécurité « *ce n'était pas nécessaire* ». Près de 4 élèves sur 10 déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif car ils n'aiment pas cela et, pour près de 1 sur 7, le refus du partenaire est la raison de leur conduite.

²⁴ Dans le cadre de cette étude, une professionnelle du sexe est une femme qui a des relations sexuelles avec une personne contre de l'argent, cette pratique constituant son activité professionnelle principale. Habituellement, au Congo on parlera, pour nommer ces personnes de : *nzombo le soir, fioti-fioti, londonienne, molasso, motambola butu/motambola mpipa, ndoumba...*

²⁵ Aucun collégien n'a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe.

²⁶ Même si ces chiffres doivent être analysés avec prudence, – les effectifs chez les élèves sont particulièrement faibles (n=77) en raison de l'importance des non-réponses (près de 60%) –, ils signalent néanmoins des pratiques qui doivent être intégrées dans les programmes de sensibilisation adressés aux populations scolaires

6.5. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec une professionnelle du sexe

La fréquentation des professionnelles du sexe est un comportement rare parmi les élèves et les étudiants (57 seulement au total), et presque tous indiquent avoir utilisé un préservatif.

VI.6. Violences sexuelles envers les femmes

La moitié des collégiennes et des lycéennes et le tiers des étudiantes au supérieur déclarent avoir subi un rapport sexuel qu'elles ne voulaient pas (soit plus encore que les taux enregistrés en population générale). Malgré les difficultés à valider et à interpréter ces résultats (questionnaire auto-administré), l'école constitue probablement un lieu où s'exprime sans doute davantage la violence sexuelle.

Lorsque l'on interroge les élèves et les étudiantes sur les violences sexuelles subies pendant le dernier conflit armé, elles sont entre 5 et 7% à déclarer de telles agressions, soit un niveau équivalent à ce qui a pu être observé en population générale.

VII. SYNTHÈSE DES ÉTUDES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DU SEXE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA/IST

Des études ESC/CACP ont été menées en novembre et décembre 2003, portant sur un échantillon illustratif de 417 professionnelles du sexe de la ville de Pointe Noire.

Un premier inventaire des sites de prostitution (42 sites identifiés) a permis de circonscrire quatre grandes zones de prostitution sur l'ensemble de la ville de Pointe-Noire. Ces zones peuvent être segmentées en deux grandes catégories :

- *prostitution du Centre-Ville* : le secteur Centre-ville/Zone Industrielle, caractérisé par une prostitution à tarification élevée (de 2.000 à 100.000 FCFA, avec une moyenne de 24.800 FCFA) et dont les clients sont en grande partie des expatriés des pays du Nord, des « Pétroliers » et des Congolais nantis. Cette prostitution s'exerce exclusivement en boîtes de nuit et dans les hôtels de luxe.
- *prostitution de la Cité* : les secteurs Rex/Gaspard/Mahouata, Fonds Tié-tié/Mvougou, Kouikou/Loandjili, caractérisés par une prostitution à faible tarification (de 1.000 à 50.000 FCFA, avec une moyenne de 8.300 FCFA). Il s'agit souvent d'une prostitution à l'intérieur ou autour des bars (nganda), dans les hôtels de passe et dans les boîtes de nuit. Toutefois, le quartier Rex/Gaspard présente une forte prostitution de rue et à domicile. Cette forme de prostitution est surtout exercée par des femmes originaires de la République Démocratique du Congo. Enfin, il existe quelques bordels dans les quartiers de Gaspard et de Kouikou.

VII.1. Un niveau de connaissances sur le Sida faussement rassurant

1. La presque totalité des professionnelles du sexe a entendu parler du Sida

99 professionnelles du sexe sur 100 ont entendu parler du Sida.

Leurs informations sur le Sida proviennent essentiellement de la radio et de la télévision (8 sur 10). L'entourage (ici surtout les autres professionnelles du sexe) joue un rôle non négligeable dans la diffusion des informations sur le Sida (1 sur 10). Les structures sanitaires, les journaux et les affiches constituent une source d'information marginale sur le sida.

2. Au moins 8 professionnelles du sexe sur 10 connaît l'ensemble des modes de transmission

Neuf professionnelles du sexe sur 10 connaissent bien les modes de transmission par voie sexuelle (à l'occasion d'un rapport non-protégé) et au moyen d'une aiguille souillée (après contact avec une personne infectée), et 8 sur 10 la transfusion de sang contaminé.

La transmission mère – enfant est également une connaissance bien acquise (par 95 sur 100, proportion très supérieure à celle relevée (6 sur 10) en population générale à Pointe-Noire.

Les **professionnelles du sexe catholiques** ignorent un peu plus la transmission par voie sexuelle que les autres (8 sur 10 contre 9 sur 10).

3. Une forte majorité connaît les principaux modes de prévention

Neuf professionnelles du sexe sur 10 estiment qu'on peut se protéger du Sida.

Les réponses sur les moyens de protection sont proches de celles de la population générale de Pointe-Noire : fidélité (9 sur 10), protection (7 sur 10) et abstinence (4 sur 10).

Deux professionnelles du sexe sur 10 déclarent que l'utilisation systématique du préservatif lors de rapports sexuels ne permet pas de se protéger contre le VIH. Ce sentiment d'insécurité, même avec le préservatif, a souvent été déclaré par les professionnelles du sexe, lors des entretiens à part.

L'abstinence n'est pas, bien évidemment, considérée comme un moyen envisageable, par les professionnelles du sexe.

4. Une perception apparente des risques face au Sida relativement bonne

Risque personnel :

Sept professionnelles du sexe sur 10 estiment avoir un risque élevé d'être infectées par le VIH. Cependant, il faut aussi noter que 2 sur 10 d'entre elles considèrent ne courir aucun risque ; à noter d'emblée (cf ci-après) que cette opinion n'induit pas un comportement de protection avec un partenaire payant différent de celles qui estiment courir un grand risque d'attraper le Sida. Les enquêtées qui travaillent principalement en Centre-Ville se perçoivent 2,3 fois plus souvent à risque que celles qui exercent dans les quartiers populaires de Pointe-Noire.

Les raisons justifiant la non perception d'un risque sont les suivantes

- l'utilisation systématique du préservatif (6 sur 10) et
- la protection de Dieu (3 sur 10).

Les **membres des Assemblées du Réveil** invoquent 6 fois plus la protection de Dieu et 5 fois moins l'utilisation du préservatif pour expliquer une absence de perception du risque.

Menace collective :

C'est dans ce groupe que la menace collective est la plus fortement ressentie. Près de 9 interrogées sur 10 déclarent que le Sida est une menace importante pour leur quartier de résidence

5. Une bonne connaissance du préservatif

98 professionnelles du sexe sur 100 ont entendu parler du préservatif.

VII.2. Une compréhension insuffisante ou associée à des croyances erronées

1. Une compréhension insuffisante

L'incurabilité du Sida est connue par 8 enquêtés sur 10. La croyance en une possible guérison est plus répandue chez les **personnes scolarisées** et les **professionnelles du sexe exerçant en Centre-ville**.

2. Des affirmations douteuses

Près de la moitié des enquêtées disent connaître une personne atteinte ou décédée du Sida (4 sur 10 déclarent connaître une prostituée atteinte). Les professionnelles du sexe disent connaître en moyenne 3,1 personnes atteintes.

3. Des croyances erronées

Une série d'idées fausses sur la transmission du VIH brouille les connaissances. Les plus citées sont : « le Sida est un sort jeté par un sorcier » (7 sur 10) et, loin derrière, « le virus peut s'attraper en partageant la même eau qu'une personne infectée » (2 sur 10).

Les enquêtées adhèrent donc, davantage que la population générale de Pointe-Noire, à l'idée que le Sida est une maladie sorcière, mais rejettent davantage la transmission par piqûre d'insecte (9 sur 10 rejettent cette proposition) ou par l'eau usitée par une personne infectée (8 sur 10 rejettent cette proposition).

VII.3. Des perceptions et attitudes ambiguës

1. Une perception plutôt négative du préservatif

Bien qu'ayant, à près de 98%, déjà utilisé le préservatif, elles adhèrent globalement aux opinions défavorables proposées dans les mêmes proportions que les autres populations enquêtées. Elles sont même 3 sur 10 à accepter l'idée que le préservatif est réservé aux rapports avec des professionnelles du sexe et des partenaires occasionnels.

Leurs avis divergent néanmoins lorsqu'il s'agit d'approuver que le préservatif est une gêne pour les rapports sexuels. Elles ne sont ici que 1 sur 7 à adhérer à cette opinion.

Les **professionnelles du sexe travaillant dans la Cité** sont moins nombreuses à rejeter l'idée suivante : « *l'utilisation du préservatif est une décision de l'homme et les femmes ne peuvent pas imposer le préservatif quand elles savent que le conjoint a une IST* ».

Quatre enquêtées sur 10 indiquent une attitude globale favorable. Les **professionnelles du sexe non scolarisées** sont plus nombreuses à avoir une attitude défavorable au préservatif.

2. Une attitude ambiguë face au dépistage

Les attitudes favorables au dépistage du VIH sont déclarées par 3 professionnelles du sexe sur 10. Les personnes les moins favorables sont les **professionnelles du sexe non scolarisées**

Le test VIH a été pratiqué par 2 enquêtées sur 10. Les **professionnelles du sexe qui travaillent dans la Cité** ont 2,4 fois moins souvent réalisé un test de dépistage que celles exerçant dans le Centre-Ville.

VII.4. Des attitudes ambivalentes à l'égard des personnes infectées sont développées

Deux enquêtés sur 10 n'ont pas d'attitudes discriminatoires²⁷ vis-à-vis des personnes infectées ; Celles ayant plus grande propension à la discrimination sont les **professionnelles du sexe non scolarisées**.

En dépit de ce faible taux d'attitude positive, 9 répondantes sur 10 affirment, dans le même temps, être prêtes à s'occuper d'un parent s'il était séropositif ou malade.

VII.5. Des comportements sexuels à hauts risques trop fréquents

1. Des rapports sexuels précoces

L'âge au premier rapport sexuel n'est pas différent que celui relevé globalement en population générale (16 ans). On retrouve un rajeunissement de l'entrée en vie sexuelle entre les trois générations (1,2 an entre les moins de 25 ans et les 35 ans et plus). Dans ce groupe aussi, les études retardent l'âge d'initiation sexuelle (de 0,4 an plus tardif pour les scolarisées jusqu'au collège ou au-delà).

2. Une utilisation du préservatif insuffisante et ne prenant pas en compte le gradient de risque

2.1. *L'expérience du préservatif*

98 professionnelles du sexe sur 100 ont déjà utilisé le préservatif. Celles ayant le moins fréquemment utilisé ce mode de protection sont les **professionnelles du sexe travaillant dans les quartiers populaires** de Pointe-Noire et les **non scolarisées**

2.2. *L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel*

Seule 1 sur 24 a utilisé un préservatif lors de son premier rapport sexuel. Les plus à risque de non utilisation étaient les **plus jeunes** (15,8 ans contre 17,1 ans).

²⁷ La discrimination vis-à-vis des personnes infectées a été appréhendée au travers de trois propositions : (i) *Les personnes qui ont le Sida devraient être obligées de vivre à l'écart* ; (ii) *Une enseignante qui a le virus du Sida, tout en étant apparemment en bonne santé, doit arrêter d'enseigner* et (iii) *Quand un proche a le sida, il faut tout faire pour garder le secret*. A partir de ces opinions, nous avons construit un indicateur synthétique de discrimination. On considère qu'une personne n'a pas d'attitude discriminatoire si elle rejète les trois propositions.

2.3. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec le partenaire régulier ou non-payant²⁸

Près de 6 professionnelles du sexe²⁹ sur 10 déclarent s'être protégées lors du dernier rapport sexuel avec leur partenaire non-payant. Parmi les motifs de non utilisation du préservatif, les enquêtées déclarent surtout qu'elles n'en ont pas ressenti la nécessité (1 sur 2). Plus accessoirement, elles indiquent le plaisir ou la non disponibilité du préservatif. Pourtant, les enquêtées ne peuvent assurer que leur partenaire non payant n'a pas d'autres partenaires sexuels que pour 1 sur 16 d'entre eux. Les femmes les moins susceptibles d'utiliser un préservatif sont **celles qui travaillent surtout au Centre-Ville**. En outre, une tendance semble exister entre l'absence de protection et le sentiment amoureux.

2.4. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire sexuel occasionnel ou un partenaire payant

Elles sont un peu moins de 2 sur 10 à ne pas s'être protégées lors du dernier rapport avec un partenaire payant. Les plus à risque de non utilisation sont :

- Les professionnelles du sexe âgées de **plus de 25 ans**
- les enquêtées qui ont **consommé une drogue**³⁰ (chanvre, cocaïne, valium...) avant le rapport sexuel (3 professionnelles du sexe sur 10 avaient usé de drogue avant de travailler).

Les raisons de la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport étaient les suivantes :

- la non disponibilité de préservatifs (4 sur 10)
- 1 femme sur 4 dit que le partenaire a payé pour ne pas utiliser de préservatifs et
- près de 1 sur 7 estime qu'une protection n'était pas nécessaire.

VII.6. Violences sexuelles

Les professionnelles du sexe sont, de par leur activité, particulièrement vulnérables à la violence sexuelle. Selon l'enquête menée à Pointe-Noire, près de la moitié des répondantes (46%) déclarent avoir été agressées sexuellement au cours des douze derniers mois. Cette proportion ne varie pas selon que les professionnelles du sexe exercent principalement au centre-ville ou dans la cité.

²⁸ Bien évidemment, la typologie du partenariat sexuel est sensiblement différente pour les professionnelles du sexe que pour le reste de la population. On distingue habituellement les partenaires payants des partenaires non-payants. Les partenaires non-payants forment une catégorie large, qui renvoie aussi bien au compagnon de cœur, au « gigot » ou à « l'amour sincère » qu'au protecteur ou au soutien financier, qu'elles dénomment « mari ».

²⁸ Quelques études ont montré que les comportements de protection varient souvent entre les partenaires payants et les partenaires non-payants, en fonction de logiques assez proches de celles qui induisent des comportements différents entre le partenaire occasionnel et le partenaire régulier, en population générale. Pour cette raison et afin de maintenir une comparaison entre les enquêtes, nous avons donc choisi d'analyser les comportements de protection des professionnelles du sexe avec des partenaires non-payants sous cette même section. La section suivante inclura pour les mêmes raisons les partenaires payants.

²⁹ Elles sont 55% à déclarer avoir au moins un partenaire régulier non-payant (anciens clients rencontrés dans un bar, une boîte de nuit ou un autre lieu public ; généralement célibataires ou divorcés/veufs) et déclarent en majorité éprouver de l'amour pour lui. Parmi celles qui ont des partenaires non-payants, plus de 40% mentionnent l'existence d'un protecteur « le mari », qui subvient presque toujours aux dépenses alimentaires, au paiement du logement et assure la protection de l'enquêtée.

³⁰ L'alcool n'est pas ici considéré comme une drogue.

VIII. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES, PRATIQUES ET AUTRES FACTEURS HUMAINS ASSOCIÉS À LA SÉROPRÉVALENCE VIH

L'association entre la séropositivité VIH et les réponses à l'Enquête de Surveillance Comportementale (ESC)/Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques (CACP) – *étude 2^{ème} génération* – menée en novembre 2003 dans la population adulte des principales villes de la République du Congo, a été recherchée chez 3.442 personnes (1.795 hommes et 1.647 femmes).

Pour les hommes, le risque de séropositivité VIH est significativement supérieur :

- chez les plus âgés (entre 35 et 49 ans),
- n'ayant pas dépassé le collège,
- vivant dans les villes de la région sud (Madingou, Nkayi, Sibiti, Dolisie),
- ayant eu plus de 5 partenaires occasionnels,
- ayant fréquenté une professionnelle du sexe
- ou ayant eu des signes d'infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois.

Le risque d'infection semble également être tendanciellement plus élevé chez les hommes en union libre ou ne rejetant pas les deux principales fausses croyances concernant la transmission (par piqûre d'insecte/de moustique ou en serrant la main). Les facteurs de risques ne diffèrent pas selon les localités. Aucun autre facteur ne semble associé à la séropositivité chez les hommes.

Chez les femmes :

1. Des facteurs de risque associés à l'infection à VIH sont communs aux habitantes de Brazzaville et Pointe Noire d'une part et à celles des autres villes d'autre part. Il s'agit :
 - de la religion (les femmes évangélistes ont un risque d'infection plus élevé que les catholiques),
 - du statut matrimonial (les divorcées ou veuves ont un risque d'infection supérieur à celui des mariées),
 - de l'absence de rejet de la principale idée fausse concernant la transmission (par piqûre d'insecte ou de moustique),
 - de la différence d'âge avec le premier partenaire sexuel et
 - de l'absence de perception du Sida comme une menace pour la communauté.
2. Par ailleurs, des facteurs associés au risque d'infection des femmes diffèrent entre les deux principales villes du pays, Brazzaville et Pointe Noire, et les autres villes. Il s'agit :
 - de l'âge (le risque d'infection concerne des femmes plus jeunes à Brazzaville et Pointe Noire que dans les autres villes),
 - du niveau d'étude (ne pas avoir dépassé le stade du collège est associé à un risque plus élevé d'infection à Brazzaville et Pointe Noire mais pas dans les autres villes),
 - de la religion (les femmes se déclarant sans religion ou d'une "autre religion" sont plus souvent infectées que les catholiques à Brazzaville et Pointe Noire mais pas dans les autres villes),
 - du statut matrimonial (les célibataires ou en union libre ayant un risque plus élevé que les mariées dans les villes autres que Brazzaville ou Pointe Noire),
 - de la consommation d'alcool (associée à un risque plus élevé d'infection à Brazzaville et Pointe Noire mais pas dans les autres villes),
 - de l'attitude favorable au préservatif (associée à un risque moins élevé d'infection à Brazzaville et Pointe Noire mais pas dans les autres villes) et
 - des rapports sexuels sous contrainte (associés à un risque d'infection plus élevé dans les villes autres que Brazzaville ou Pointe Noire).

Au total :

Ces analyses des facteurs associés à l'infection à VIH montrent assez clairement que la séropositivité est plutôt associée à une prise de risque sexuel chez les hommes, alors qu'elle relève davantage de critères de vulnérabilité chez les femmes, et plus particulièrement chez les congolaises des petites villes ; la guerre ayant sans doute augmenté leurs risques d'infection et renforcé leur précarité.

Dans tous les cas, les connaissances sur le Sida demeurent mal intégrées et concurrentes à des fausses croyances.

Enfin, un effort particulier devrait être engagé dans les villes secondaires qui constituent à l'évidence des environnements à risque spécifiques.

Ces résultats orientent sans doute l'action, en permettant d'adapter et de mieux cibler la lutte contre l'épidémie à VIH/SIDA selon le genre et les types de localité dans les grandes villes de la République du Congo. Mais ils soulèvent également plusieurs nouvelles questions :

- La violence sexuelle est sans doute un thème qui doit être mieux documenté, tant du point de vue de la mesure (imparfaite dans cette étude) que du point de vue de l'analyse. Il est important en effet de mieux comprendre les mécanismes de cette violence qui semble être une des clés de l'épidémie au Congo-Brazzaville.
- De même, la situation atypique des villes du sud du pays, dans l'épidémie du sida, devrait susciter un approfondissement des études comme des efforts de lutte spécifiquement soutenus.

IX. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE QUALITATIVE DES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET COMPORTEMENTAUX LIÉS À LA PROPAGATION DU VIH

L'étude, qui s'est déroulée en janvier-février 2004, visait à clarifier les déterminants socioculturels (attitudes, croyances, valeurs, normes) et les facteurs économiques qui caractérisent la vulnérabilité à l'infection par le VIH et l'impact de la maladie sida. Elle devait également tenter de mieux cerner la dimension genre dans la problématique du VIH/SIDA et apprécier les changements possibles au sein des groupes dits cibles (élèves, employés des secteurs forestier, sucrier, pétrolier, des brasseurs et des transports, ainsi que les professionnelles du sexe).

L'enquête a été menée dans plusieurs villes du Congo : Brazzaville, Pointe-Noire, Nkayi (Département de la Bouenza), Ouessou et Pokola (Département de la Sangha. Une enquête spécifique auprès des professionnelles du sexe à Brazzaville a été déléguée à des enquêteurs congolais (cf. Annexe A).

IX.1. Résultats

IX.1.1. La vulnérabilité à l'infection par le VIH : les déterminants socioculturels

Attitudes et croyances

Dans l'ensemble, la population est plutôt informée par les conversations informelles que par des campagnes de prévention. La maladie Sida est volontiers présentée comme une malédiction ou imputée à la sorcellerie, et les églises de Réveil exercent une forte influence auprès des jeunes qui tiennent souvent un discours intolérant à l'égard des PVVIH.

Connaissances

La confusion fréquente entre VIH et Sida et la méconnaissance des modes de transmission, notamment par les fluides corporels autres que le sang, apparaissent comme des facteurs de vulnérabilité.

À ceci s'ajoute la méconnaissance des modalités du test de dépistage du VIH, qui conduit les gens à associer automatiquement cette recherche à toute analyse sanguine. La méconnaissance du processus de restitution des résultats entraîne la croyance très répandue que, lorsqu'on n'a pas été convoqué après une prise de sang, on est automatiquement séronégatif. De plus, une personne déclarée séronégative n'adopte pas toujours des comportements préventifs, puisque les comportements antérieurs n'ont pas eu pour conséquence une séropositivité.

La faible connaissance, voire ignorance, de l'existence des traitements par ARV et de leur disponibilité en République du Congo ne favorise pas la démarche volontaire de dépistage.

Discours

Le discours entendu à l'égard du dépistage est inquiétant : on le refuse parce que la maladie Sida est incurable, ou parce qu'on craint le non-respect de la confidentialité. Le discours entendu à l'égard des professionnelles du sexe et des PVVIH est très discriminant.

Normes

Le contexte est peu favorable à la constitution d'un cadre normatif auprès des jeunes, car fort peu d'éducation sexuelle est dispensée, que ce soit dans le milieu familial, dans le milieu scolaire, ou dans le milieu des activités extrascolaires. Avec pour conséquence l'entrée en vie sexuelle sans notions de prévention des IST et du VIH/SIDA, et sans notion de contraception, avec à la clé la pratique courante de l'avortement provoqué.

La norme en matière de constitution d'union reste assez floue et il semble que beaucoup d'adultes ne vivent pas dans des unions légitimées par la coutume, la loi ou la religion. Les comportements des adultes ne sont d'ailleurs pas toujours des modèles structurants ; nous prenons l'exemple de ce qui se passe en milieu forestier, où les bons salaires des travailleurs sont rapidement réinvestis dans les plaisirs (alcool et sexe).

Engagement dans la lutte

Dans l'ensemble, on peut parler d'un très faible engagement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Mais la volonté de se mobiliser est clairement exprimée dans les entreprises et le milieu scolaire.

Comportements à risque

Parmi les comportements à risque, on peut citer la fréquentation courante des professionnelles du sexe qui ont des pratiques d'hygiène intime très agressives. De surcroît, elles ne se protègent pas systématiquement par le préservatif. Les longs trajets des transporteurs et des passagers routiers, ferroviaires et fluviaux mènent à un multipartenariat, fortement répandu dans la population générale, qui constitue des réseaux sexuels dont la perception est réduite au couple. On retrouve cette vision très limitée dans toute la population, notamment chez les scolaires, avec pour conséquence principale la non-utilisation du préservatif. Dans les entreprises, nous avons décelé l'usurpation des droits à la prise en charge médicale dans les centres médico-sociaux, avec le risque important de confusion entre dossiers médicaux et personnes consultantes.

Le préservatif

Le préservatif est facilement disponible, et les gens en connaissent l'existence, mais sa très mauvaise image fait qu'on l'utilise avec parcimonie. Son coût est rarement donné comme argument de non-utilisation.

Le premier rapport sexuel se révèle un moment de grand danger, surtout pour les filles, car il n'y a pas d'utilisation du préservatif. Ce comportement est la conséquence directe de l'absence d'éducation sexuelle avant l'entrée en vie sexuelle et de l'ignorance des voies de transmission du VIH. Comme il n'y a pas d'autres méthodes de contraception connues que celle du calcul des jours féconds du cycle menstruel, on limite l'utilisation du préservatif à cette période. Il semble très difficile de concevoir l'utilisation du préservatif au sein d'un couple constitué. Une bonne promotion du préservatif devrait entraîner une meilleure utilisation car la négociation s'avère possible entre partenaires.

La dimension genre

Beaucoup de femmes ont été victimes de violence sexuelle pendant la dernière période de conflit et continuent à en être victimes dans les quartiers des grands centres urbains. Les professionnelles du sexe, très discriminées, sont particulièrement exposées à ce risque et n'ont aucune confiance dans les représentants des forces de l'ordre, présentés comme les principaux acteurs de cette violence faite aux femmes.

Dans tous les établissements scolaires visités, les jeunes, garçons ou filles, nous ont parlé du harcèlement sexuel exercé par les enseignants sur les élèves filles, mais ce comportement n'est dénoncé par aucun des acteurs de la vie scolaire (élèves, directeurs d'établissement, collègues enseignants, parents d'élèves). Ce type d'agissement touche aussi les femmes en entreprise.

IX.1.2. Les facteurs économiques

La propagation du VIH/SIDA est aussi liée aux facteurs économiques du pays qui est en situation précaire, malgré ces ressources pétrolières et forestières.

Comme l'État s'est désengagé du rôle qui lui incombe dans le domaine des prestations sociales, de l'enseignement, du système de santé, etc., les entreprises prennent le relais, quand elles le peuvent. Du fait d'une main d'œuvre qualifiée touchée par la maladie sida, elles sont désireuses de s'engager dans la lutte, à la condition que s'établisse une relation de confiance entre l'État et elles.

IX.1.3. La prise en charge des PVVIH

Les structures sanitaires publiques ne sont actuellement pas performantes en matière de prévention du VIH/SIDA. Le risque transfusionnel est réel par manque de banques de sang et de dépistage fiable du sang des donneurs. Les CTA ne sont plus en mesure de prendre en charge toutes les personnes qui y sont référées. L'accès aux ARV reste encore très limité.

Pour que la lutte soit efficace, il apparaît nécessaire de réhabiliter les structures sanitaires, renforcer la capacité des CTA actuellement surchargés et assurer l'accès aux ARV à toutes les PVVIH.

Seules quelques entreprises ont mis en place un programme de prise en charge de leurs employés et ayants droit mais la plupart sont conscientes de l'importance de l'action à mener en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Conclusion

Le système de santé est insuffisant et la sensibilisation à la pandémie de VIH/SIDA trop faible. La perception des risques, notamment en matière de réseau sexuel et de la violence faite aux femmes est encore trop restreinte.

Le résultat très positif est une volonté de mobilisation collective qui se formule très précisément dans la longue liste des souhaits exprimés, dont beaucoup portent sur une demande forte d'engagement de l'État. Les volontaires pour s'engager dans la lutte aux côtés de l'État sont légion, à la fois dans les établissements scolaires, les entreprises et les associations.

La conclusion la plus importante concerne la méconnaissance des voies de transmission du VIH par les fluides corporels autres que le sang qui implique une attention toute particulière dans le programme de lutte à venir.

IX.2. Recommandations

Avant d'établir la liste des principales recommandations extraites de l'analyse des réponses faites, nous voudrions accorder une place toute particulière au fait que la population générale est encore très mal informée des modes de transmission du VIH. Pour qu'une campagne de prévention soit efficace, il s'avère indispensable de mettre avant tout l'accent sur l'information concernant la transmission par les autres fluides corporels que le sang.

IX.2.1. Pour la réhabilitation des conditions sanitaires

La sensibilisation de la population congolaise au risque de contamination par le VIH et aux mesures préventives passe obligatoirement par une bonne connaissance de la maladie. Elle implique aussi l'acceptation du test de dépistage qui nécessite la conscience de l'existence des lieux de dépistage, des traitements possibles par ARV et de la disponibilité de ceux-ci. Or, notre enquête montre que les gens savent peu de chose de ce volet de la lutte contre le VIH/SIDA. Il apparaît donc fondamental que tout le dispositif médical lié à la lutte soit non seulement en place mais fonctionnel au moment de la mise en œuvre du programme de lutte du CNLS.

- 1. La mise en place urgente d'un programme de réhabilitation des structures existantes mais non fonctionnelles et création de nouvelles structures dans les villes moyennes. À cela s'ajoute la nécessité d'un sérieux effort immédiat pour diminuer le risque transfusionnel dans l'ensemble du pays.** Aujourd'hui, le nombre de structures efficaces de prise en charge des PVVIH est très limité, concentré dans les deux grandes villes du pays, et le système est saturé.
- 2. L'amélioration des conditions de stockage et de distribution du préservatif.** Si l'on met au programme d'une campagne de prévention du VIH/SIDA la promotion du préservatif, il est absolument indispensable qu'il soit disponible partout et que la qualité du produit soit assurée, en veillant de très près aux bonnes conditions de stockage et de diffusion.
- 3. La formation des acteurs de santé et l'information de la population sur le respect de la confidentialité.** Les acteurs de santé, pour être en mesure de bien prendre en charge les PVVIH, doivent être formés en conséquence. Cette formation doit intégrer le respect de la confidentialité et la lutte contre la stigmatisation, tant redoutée par tous, et surtout par les professionnelles du sexe. Ces dernières souffrent tellement de la stigmatisation qu'elles réclament instamment des structures de soins spécifiques à leur profession.
- 4. Une étroite collaboration entre structures sanitaires et entreprises pour la prise en charge des PVVIH.** L'organisation de la prise en charge des PVVIH doit se faire en étroite partenariat entre les institutions sanitaires et les entreprises (modalités de remboursement des frais médicaux, respect de la confidentialité des dossiers médicaux, définition des ayants droit et leur identification, etc.).

5. **La mise en place rapide d'une stratégie auprès des partenaires retenus pour prendre part à la lutte contre le VIH/SIDA.** L'instauration d'un rapport de confiance est la condition nécessaire à toute collaboration fructueuse entre l'État et les partenaires volontaires pour s'engager à ses côtés dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Actuellement, l'éventualité d'une collaboration avec les institutions de l'État, et notamment avec le CNLS, semble difficilement concevable à nos interlocuteurs du milieu des entreprises, confortés qu'ils sont dans leur méfiance pour avoir été contactés par le CNLS, il y a environ un an et demi, au sujet de la mise en place du programme de lutte, et n'ayant reçu aucune nouvelle depuis. La meilleure illustration de cette attitude fut la réticence du directeur par intérim de la CIB à la venue des deux socio-anthropologues envoyés par le CNLS, réticence qui a rendu difficilement réalisable l'étude demandée en milieu forestier. Les autres entreprises, administrations, associations et syndicats ont exprimé leur étonnement d'être de nouveau sollicités, pensant que le plan de lutte annoncé en 2002 avait avorté ou trouvé d'autres partenaires. Mais, au terme des entretiens qu'ils nous ont accordés, nous sommes certains qu'ils sont prêts à collaborer avec le CNLS, à condition que celui-ci fasse la preuve de son efficacité.

Cette stratégie pourrait prendre la forme d'une lettre d'information à tous les partenaires, envoyée très régulièrement une fois par trimestre, même en l'absence de nouvelles directives, simplement pour maintenir le contact et informer de la bonne marche des programmes, de la suite envisagée, etc. En République du Congo, il n'est pas toujours facile d'entrer en contact avec les gens, si bien que, pour s'assurer que les messages parviennent à tous les destinataires, il faudrait pouvoir compter sur des personnes relais, par exemple le président national d'UNICONGO, les députés et les maires, les directeurs d'hôpitaux, qui coiffent déjà un important réseau de personnes impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA. À eux alors d'utiliser leurs propres moyens pour diffuser l'information aux membres du réseau dont ils seraient responsables.

6. **Retirer l'expression 'groupes vulnérables' du programme national de lutte contre le Sida et la remplacer par 'groupes partenaires'.** L'expression 'groupes vulnérables' ne nous paraît pas acceptable car elle stigmatise les personnes concernées ; les responsables de la CIB, par exemple, ont réagi de façon très négative à ce concept. De plus, cette expression exclut les personnes hors de ces 'groupes vulnérables' qui n'apparaissent donc pas à risque. Or, il est fondamental de garder à l'esprit que chaque habitant de la République du Congo est susceptible d'être contaminé par le VIH, quel que soit son âge, son sexe, sa catégorie socioprofessionnelle. L'objectif du CNLS étant de collaborer avec des réseaux partenaires pour transmettre l'information à un maximum d'individus, la notion de 'groupes vulnérables' ne peut pas être opérationnelle. C'est pourquoi nous proposons qu'elle soit remplacée par 'groupes partenaires'. Puisque le CNLS souhaite mobiliser des groupes de lutte, notamment des associations à base communautaire, ceux-ci ne pourront tolérer l'étiquette 'groupes vulnérables', prioritaires de surcroît, qui les place en victimes et non en acteurs sur l'échiquier de la stratégie de lutte. Enfin, ce terme de 'groupes vulnérables' empêche d'autres gens, d'autres groupes, de s'engager dans la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA.

IX.2.2. Pour des campagnes de sensibilisation appropriées

1. **Une stratégie inventive quant aux supports de diffusion, exploitant le maximum de réseaux sociologiques.** Il est urgent que le plan stratégique de lutte se déploie sur tous les fronts, à travers les différents réseaux (institutions de santé et d'éducation, associations, ONG, transporteurs, entreprises, hôtels, bars, etc.) et sur le plus de supports possibles (affiches, prospectus, banderoles, débats publics, pièces de théâtre, émissions de radio et de télévision, vidéos à diffuser entre autres par les radios locales et notamment Radio Pokola, et aussi dans les transports fluviaux, cassettes audio à diffuser entre autres dans les transports en commun, SMS hebdomadaire diffusant un message de prévention, remise systématique d'une brochure de prévention avec les billets d'avion ou de transport en commun et une clé de chambre d'hôtel ou d'auberge).
2. **La mise en place d'une campagne de prévention soutenue insistant sur les pratiques sexuelles sans risque.** Dans cette campagne de prévention nouvelle version, il faut donner moins d'importance aux messages lénifiants de fidélité et d'abstinence, et mettre davantage l'accent sur des messages concrets expliquant les pratiques sexuelles sans risque.

3. **Des campagnes adaptées qui fassent prendre conscience du 'réseau sexuel' auquel chacun appartient.** La cible de ces campagnes doit être la population générale, des plus jeunes aux plus âgés, avec des messages adaptés. Par exemple, la promotion du préservatif doit prendre en compte tant les valeurs socioculturelles et les comportements que les connaissances des gens aux différents âges. Une campagne de prévention efficace doit faire comprendre à la population que chacun fait partie d'un 'réseau sexuel', en visualisant des modèles de relations entre groupes d'individus.
4. **La mise en place en milieu scolaire d'un programme d'éducation sexuelle de qualité, adapté aux différents niveaux.** Il est impératif de donner une place à l'éducation sexuelle de qualité dans les programmes scolaires et d'informer les jeunes surtout avant l'entrée en vie sexuelle, afin qu'ils prennent conscience du danger que représente ce passage de l'enfant à l'adulte. Pour l'enseignement de la sexualité à l'école, nous sommes conscients de la difficulté à trouver le bon niveau, la bonne classe à laquelle le destiner, étant donné l'éventail des âges représentés dans les classes. Il sera sans doute nécessaire de commencer cet enseignement dans les dernières classes du cycle primaire et de le réitérer chaque année, en le faisant évoluer avec le degré de maturité des scolaires, jusqu'à la fin du cycle secondaire.

IX.2.3. Pour des thèmes éducatifs prioritaires

1. **Une information très précise et de qualité sur les différents modes de contamination.** L'impact d'une campagne de prévention du VIH/SIDA tiendra à la qualité de l'information divulguée. Les personnes interrogées ont émis le désir d'une information précise, en matière de sexualité comme en matière de VIH/SIDA. Nous avons montré que l'absence d'information incite les gens à créer leurs propres réponses, souvent à partir de représentations erronées. Il est donc fondamental de proposer de l'information de qualité sur les modes de contamination, en insistant sur la sexualité.
Nous insistons ici encore sur la nécessité d'une campagne ayant un fort impact sur la connaissance des voies de contamination. La surcontamination d'une personne déjà infectée est aussi totalement inconnue, de même que la transmission mère-enfant. Nous avons été frappés de voir que, lorsque les gens connaissent la TME, ils se sentent responsabilisés en tant que parents ou futurs parents et, craignant de contaminer leur enfant ou d'en faire un orphelin, ils adoptent plus facilement des comportements à moindre risque. Il serait bon d'aborder la TME comme thème spécifique.
2. **Une information précise sur les modalités de dépistage du VIH/SIDA et du respect de la confidentialité.** Les modalités du test de dépistage du VIH et des analyses de sang nécessaires au suivi d'une PVVIH sont extrêmement mal connues, ce qui a des conséquences fâcheuses sur les croyances des gens.
3. **La diffusion d'informations précises sur les modalités de suivi et de prise en charge d'une personne séropositive et du respect de la confidentialité.** Les personnes qui acceptent un test de dépistage du VIH ont rarement compris ce qu'un résultat positif implique. Il apparaît fondamental d'expliquer avec précision les modalités de suivi et de prise en charge dès lors qu'un test est positif : les examens du suivi de l'évolution de la maladie, les traitements possibles, les lieux de prise en charge médicale, le coût de cette prise en charge, la prévention au quotidien, les règles de vie d'un couple séropositif et d'un couple sérodiscordant, etc.
4. **Une campagne active de réhabilitation du préservatif.** Le préservatif n'ayant actuellement pas bonne réputation et faisant l'objet de représentations erronées, il est impératif d'en réhabiliter l'image en luttant contre les idées fausses.
5. **La suppression du recours à la méthode du cycle dans l'enseignement des méthodes de contraception et son remplacement par la promotion du préservatif.** L'inadaptation de cette méthode est évidente dans un contexte d'épidémie de VIH/SIDA, et elle n'est pas défendable car son efficacité est remise en cause depuis fort longtemps. Une des conséquences appréciables serait la diminution du recours à l'avortement provoqué qui met chaque jour en danger la vie de nombreuses femmes. Le mieux serait de limiter l'enseignement des méthodes contraceptives à l'utilisation du préservatif, tant en milieu scolaire qu'au niveau des centres de planning familial. Ce champ d'action étant à ce jour pratiquement vierge - la connaissance de la population en matière

de contraception, nous l'avons vu, avoisine le niveau zéro, mis à part la connaissance de la méthode du cycle, l'occasion est inespérée. La tâche n'en sera que plus facile puisqu'il ne s'agit pas de faire changer de comportement, mais d'instaurer un comportement. Nous avons vu par ailleurs que l'utilisation du préservatif est, dans une certaine mesure, déjà passée dans les mœurs.

- 6. La prévention sanitaire en amont des facteurs de risque de contamination du VIH/SIDA.** Pour que la prévention soit optimale, il est nécessaire d'inclure dans les programmes de prévention une information qui montre la place du VIH/SIDA dans un comportement préventif quotidien. La diminution du risque transfusionnel, par exemple, nécessite un véritable engagement de l'État, qui doit éviter le piège de ne prôner que les changements de comportements sexuels individuels. Pour cela, il faudrait lutter en amont contre le besoin de transfusion, par exemple par la prévention des anémies sévères liées au paludisme, des hémorragies du post-partum et de l'avortement provoqué. A ce sujet, il est fondamental d'informer des risques multiples de la pratique de l'avortement provoqué. Donner droit à l'IVG dans une structure médicalisée compétente, à un tarif conventionné, évitera les accidents et les abus marchands qui mettent la vie des femmes en danger. Cette information doit aussi lutter contre les pratiques d'hygiène intime qui favorisent la transmission du VIH/SIDA.
- 7. Une éducation à la parentalité pour introduire le discours sur la sexualité dans le milieu familial.** Afin d'augmenter la sensibilisation des jeunes sur les questions soulevées par la lutte contre le VIH/SIDA, il serait bon que le PLVSS mette en place une 'école de la parentalité' pour faire comprendre aux parents que parler de sexualité avec les enfants, ce n'est pas les inciter à la débauche, c'est au contraire les protéger. L'éducation parentale est fondamentale dans la construction de l'enfant ; elle influence son comportement futur, notamment au moment de l'entrée en vie sexuelle.

Annexe A - Rapport d'enquête auprès des professionnelles du sexe de Brazzaville réalisée par l'A.S.F

Une étude qualitative a été menée en janvier-février 2004, par une série d'entretiens auprès de 22 femmes professionnelles du sexe dont l'âge varie entre 17 ans et 45 ans. Ces femmes vivent à Bacongo, Poto-poto et Moungali, trois arrondissements de Brazzaville (2, 3, 4).

I- DE L'IDENTIFICATION

Les femmes interrogées sont en majorité de Bacongo, en raison de leur accessibilité, mais aussi compte tenu des contacts établis par les enquêteurs de l'ASF avec quelques facilitateurs. Il faut noter que, parmi les femmes professionnelles du sexe de Poto-poto et Moungali, beaucoup craignent d'être reconnues par leurs compatriotes qui ignorent, pour la plupart, l'exercice de leur métier. Leur faible représentativité parmi celles rencontrées au cours de l'enquête, ne donne donc pas la mesure de leur nombre réel.

La moitié des femmes rencontrées appartenaient à la tranche d'âge 25-30 ans. Ceci est en partie lié au fait que les femmes plus jeunes sont plus réticentes à témoigner de l'exercice de la prostitution.

Les lieux de naissance des ces femmes sont en général les villes ou localités de deux Congo, avec une prépondérance de Kinshasa comme principale ville de naissance (17/22) et où elles ont grandi, avant de traverser le fleuve pour immigrer à Brazzaville. Certaines sont parties de localités secondaires, en passant par la ville de Kinshasa, à la recherche d'un eldorado, avant leur installation à Brazzaville où elles espèrent « *avoir de l'argent* ». Une seule Congolaise de Brazzaville a accepté de se prêter à un entretien sur sa pratique de la prostitution.

Elles viennent s'installer à Brazzaville pour un long séjour. Parmi les femmes rencontrées, 19 sur 22 y séjournent depuis plus de 2 ans (y compris la Brazzavilloise d'origine).

La pratique de la religion par ces femmes laisse constater qu'elles sont en général membres des églises de réveil. Ce qui caractérise une rupture avec les églises traditionnelles existantes à l'instar de l'église catholique ou protestante. Le fait que les pasteurs de ces églises sont en général originaire de la République démocratique du Congo est aussi un facteur de leur rapprochement, tant il est vrai que nombre de leurs compatriotes s'y rendent. Ce qui en font aussi des lieux de retrouvailles communautaires.

« *Que Dieu me comprenne et me pardonne pour ce que je fais, car c'est à cause des difficultés de la vie que je le fais* », est un argument qui peut permettre de comprendre qu'elles continuent leur travail en même temps qu'elles continuent à prier.

Aucune des femmes professionnelles du sexe interrogées n'est mariée. Elles sont en général célibataires (20/22) ; une seule vit en concubinage. Même celle qui se dit fiancée vit seule depuis toujours, son "fiancé" vivant à Pointe-noire ; il ne vient qu'au rythme des amants qu'elle reconnaît avoir ici à Brazzaville. Les célibataires disent avoir plusieurs amants, en plus de leurs clients.

Le niveau d'étude ces femmes professionnelles du sexe est très bas, même si certaines sont arrivées à l'université et que quelques rares ont franchi le cap du baccalauréat. Elles disent en général savoir lire, quelquefois en lingala seulement. Dans la réalité, nombreuses (celles de niveau primaire et secondaire) sont incapables de lire une seule phrase en français³¹.

II- DES CONDITIONS DE VIE ET DE LA COHABITATION

Dans leur lieu d'habitation, ces femmes vivent seules en général. Quelques rares femmes cohabitent avec leurs frères ou tantes. Cependant, plusieurs femmes professionnelles du sexe vivent avec leurs enfants, dont certains sont majeurs. A noter que les femmes ont 1,9 enfant en moyenne.

Lors de leur arrivée à Brazzaville, ces femmes ont souvent été guidées, orientées par une amie qui y avait déjà séjourné. C'est aussi cette amie, en général, qui assure la mise en relation avec le logeur. Elles y logent avant de s'autonomiser en général.

³¹ Il est important de noter que l'enseignement fondamental au Congo Kinshasa (ex-Zaïre) s'est longtemps fait en lingala, ce qui pourrait expliquer leur incapacité en lire français, quoique ayant le niveau du secondaire dans certains cas.

Les conditions de vie de ces femmes professionnelles du sexe laissent transparaître une exigüité de leurs habitations. On retrouve ainsi couramment trois à cinq femmes dans de petites chambres, insalubres. Les toilettes collectives, servant à tous les résidents d'une cour ainsi qu'aux clients des professionnelles du sexe, sont loin de répondre aux conditions sanitaires minimales.

Au sein des cours d'habitation, s'est développé un commerce qui s'accommode bien à la prostitution : vente de cigarettes, racines des plantes aphrodisiaques, kola, boissons (rhum) traditionnelles et quelques fois mixtures locales ; sans compter la pharmacologie de fortune (quelques fois ambulante) et tout ce qui ne circule que "sous le manteau", et réservé aux habitués des lieux. La consommation de tous ces stimulants à forte dose se fait souvent sur place.

Rôdent aussi tout autour de ces lieux fréquentés à longueur de journée, des jeunes hommes copulents, souvent sans occupation apparente, qui y siègent quotidiennement, à la manière de "gardes". Une prostituée de Mougali a confié : « *notre logeuse à prix des gens qui veille à ce que les mauvais clients ne nous causent pas de problème, dans la cas contraire, ils interviennent en notre faveur* ».

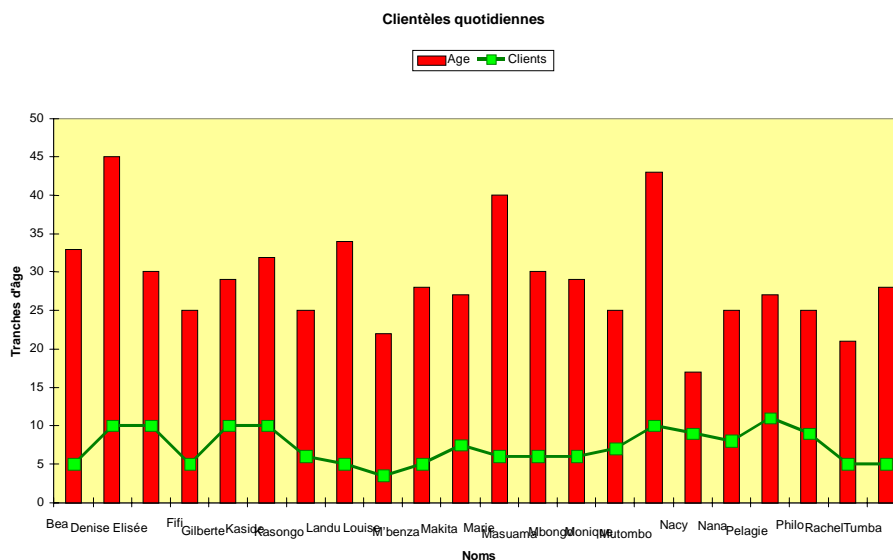
Enfin, il faut préciser que les lieux d'habitation pour professionnelles du sexe sont souvent à proximité des marchés, tels le marché total de Bacongo, le Marché de Mougali, le Marché de Poto-poto (d'après notre observation), et le marché de Ouenzé (d'après des témoignages de professionnelles du sexe).

III- DE LA PRATIQUE DU METIER DE PROSTITUEE

Une majorité de femmes a exercé auparavant un métier (19/22) ayant trait au commerce (13/19), la vente ou le marketing (3/19). Pour l'essentiel, elles ont toujours été en contact avec de nombreux clients. La venue à la prostitution tient surtout, initialement, à la faillite de leur commerce (5/19), et surtout à des problèmes de famille (9/19). Pour 5 d'entre elles, d'autres ambitions sont évoquées, telle que la recherche d'une meilleure situation financière.

Pour 19 des 22 femmes interrogées, le choix actuel de la prostitution est motivé par le gain d'argent. A côté de cette grande tendance, il y a aussi l'ambition de « gagner un foyer », c'est à dire de trouver un mari. De même que des ambitions de voyage, « *avoir un mari et voyager* ».

La clientèle quotidienne (de l'ordre de 10 clients en moyenne) en fonction de l'âge de ces 22 professionnelles du sexe est présentée dans le graphique ci-dessous.



IV- DES RESSOURCES

Les recettes issues de la prostitution constituent l'essentiel, si ce n'est l'unique composante de leurs ressources. Celles-ci varient selon que la prostituée consent, contre un tarif supérieur, à avoir des relations sexuelles sans préservatifs. Ainsi que les opportunités de clients leur proposant de la garder pour la nuit, ce qui quintuple au moins, alors, le coût de sa passe.

Il y a aussi, des ressources pouvant venir des dons des amants ou clients réguliers, ou encore des parents (*cas extrêmement rare pour la majorité des professionnelles du sexe*). En dépit de la marge financière qui se dégage entre les recettes réalisées et les dépenses effectuées quotidiennement, leur statut reste précaire.

Nom de la femme	Zone de résidence	Age	Coût moyen de la passe (en francs Cfa)	Nombre moyen de clients (par jour)	Recette par jour (en francs Cfa)	dépenses par jour (en francs Cfa)	Marge réalisée par jour (en francs Cfa)
Bea	Bacongo	33 ans	750	5	3750	2000	1750
Denise	Bacongo	45 ans	750	10	7500	3000	4500
Elisée	Bacongo	30 ans	750	10	7500	3000	4500
Fifi	Bacongo	25 ans	500	5	2500	1500	1000
Gilberte	Bacongo	29 ans	1000	10	10000	2100	7900
Kaside	Bacongo	32 ans	750	10	7500	1500	6000
Kasongo	Bacongo	25 ans	500	6	3000	1500	1500
Landu	Bacongo	34 ans	1000	5	5000	2000	3000
Louise	Moungali	22 ans	3000	3,5	10500	5000	5500
M'benza	Bacongo	28 ans	500	5	2500	1500	1000
Makita	Bacongo	27 ans	750	7,5	5625	2000	3650
Marie	Bacongo	40 ans	1000	6	6000	3500	2500
Masuama	Bacongo	30 ans	500	6	3000	2500	500
Mbongo	Poto-poto	29 ans	1000	6	6000	1500	4500
Monique	Poto-poto	25 ans	1500	7	10500	2000	8500
Mutumbo	Bacongo	43 ans	750	10	7500	2000	5500
Nacy	Bacongo	17 ans	1000	9	9000	2500	6500
Nana	Bacongo	25 ans	1250	8	10000	2500	7500
Pelagie	Poto-poto	27 ans	1750	11	19250	3500	15750
Philo	Bacongo	25 ans	750	9	6750	1500	5250
Rachel	Moungali	21 ans	1000	5	5000	2000	3000
Tumba	Bacongo	28 ans	750	5	3750	2500	1250

Dans la pratique de leur métier, les femmes rencontrées craignent, par ordre décroissant :

- les viols et les hommes en armes en premier (14),
- suivies des IST et Sida (5),
- et enfin les personnes ayant peur concomitamment des 2 craintes (2).

Sur les 22 femmes, 14 s'estiment sans protection. Les autres comptent sur d'hypothétiques interventions d'amants, ou de clients réguliers. Cette protection n'a d'efficacité que dans le cas d'une agression ou autres tracasseries venant de personnes sans armes. Or, il se trouve que les viols et les menaces par les hommes en armes sont au summum des craintes exprimées par ces femmes.

En dépit de ces éventuelles possibilités de protection et, très souvent, des interventions de leurs logeurs, ces femmes sont fréquemment victimes de viols. Au minimum 12 sur 22 en ont déjà été victimes. Comme nous l'a indiqué une logeuse, « *elles sont violées systématiquement lors des descentes intempestives des hommes en armes. Même fuyant et allant s'enfermer dans leurs chambres, et sont poursuivies, leurs portes sont cassées ; on les viole mais aussi on leur prend l'argent à domicile, leurs chambres sont perquisitionnées et leurs matelas éventrés par les hommes en armes, à la recherche de l'argent* ».

Ainsi, les protections qu'elles évoquent n'a qu'une faible valeur dissuasive et ne peut suffire que face à un homme sans armes. A Mougali par exemple, d'anciens soldats des ex-FAZ (Forces Armées Zaïroises du Maréchal Mobutu), sont pris par des logeuses pour assurer discrètement la sécurité des professionnelles du sexe contre d'éventuelles altercations avec des clients litigieux. D'autres protecteurs sont les « amants » dont parlent ces femmes professionnelles du sexe, qui semblent plutôt être des proxénètes. Dans tous les cas, les protecteurs rôdent non loin des lieux de prostitution. Ils comptent parmi les consommateurs de boissons et autres drogues qui y sont vendues

V- DES PRECAUTIONS ET DE L'HYGIENE PENDANT LE TRAVAIL

Les options de soins sont dominées par l'automédication. « *en cas de grandes maladies* », 15 femmes disent se rendre dans une institution³² de santé à Brazzaville. Une seule des 22 femmes dit s'attendre à une prise en charge de ses parents pour les frais de ses soins.

Pour les infections sexuellement transmissibles, 10 sur les 22 femmes professionnelles du sexe déclarent en avoir déjà souffert.

Ceci peut paraître sous-estimé car, par ailleurs, presque toutes reconnaissent avoir des relations sexuelles non protégées avec leurs amants (dont elles changent assez souvent), leurs clients réguliers ou contre de l'argent à partir de 5000 francs CFA en général. De plus, elles connaissent également les viols, les perforations de condoms ainsi que la précarité des mesures d'hygiène employées pendant et après leur travail.

Les mesures d'hygiène particulières qu'utilisent les femmes professionnelles du sexe rencontrées sont inexistantes (9/22) ou peu adéquates (eau, hydralin, chiffon ou papier...)

Les 22 femmes disent faire usage systématique du condom mais, dans le même temps, elles avouent ne pas l'utiliser avec leurs amants ou concubins (qu'elles désignent sous les termes de "mon mari" ou "mon fiancé"). 4 professionnelles du sexe sur les 22 ont indiqué qu'elles acceptent des rapports sexuels non protégés à partir de la somme de 5000 f cfa. Pour les clients réguliers, l'habitude peut également conduire à des rapports non protégés ou à crédit.

VI- DES AVORTEMENTS ET DE LA FECONDITE

Les 22 professionnelles du sexe ont déjà avorté, soit volontairement (essentiellement par curetage); soit spontanément. L'automédication est aussi utilisée pour l'interruption volontaire de grossesse, ou quelques fois après un avortement spontané, afin de prévenir une infection.

VII- DU DEPISTAGE DU VIH/SIDA

La pratique du test de dépistage du VIH/Sida n'est pas courante chez les professionnelles du sexe rencontrées. Sur 22 femmes, 9 ont dit l'avoir effectué. Par ailleurs, parmi celles qui s'y sont déjà soumises, la majorité n'est jamais repartie prendre les résultats. Elles sont majoritaires à être réticentes au dépistage, car elles ignorent, pour la plupart (13 sur 22), les modalités existantes de prise en charge.

VIII- DES CONNAISSANCES DU SIDA ET DE LA PRISE EN CHARGE

Le niveau de connaissance qu'ont ces 22 femmes, sur les modes de transmission du VIH/Sida et les modalités existantes de prise en charge, a été mesuré à l'issue de l'enquête :

- 20 sur 22 connaissent la transmission par voie sexuelle ou par objets tranchants souillés
- 5 seulement connaissent la transmission Mère-Enfant.

IX- DES AUTRES CONNAISSANCES

La pratique de la prostitution masculine est évoquée par les femmes professionnelles du sexe. Elles la localisent à Kinshasa et à Brazzaville, plus spécialement à Mougali et au centre-ville. L'homosexualité masculine et la pédophilie sont citées sans autres commentaires. Elles parlent aussi de rares cas d'homosexualité féminine.

³² Le terme institution de santé regroupe les centres et postes de santé, les dispensaires et les cabinets médicaux ou même les cabinets de soins infirmiers indistinctement.

Des personnes présumées souffrir ou être décédées du Sida seraient connues par 15 femmes sur 22. En dépit de cette connaissance, elles craignent plus les hommes en armes que le Sida, venant en seconde place des appréhensions.

X- DES SOUHAITS EMIS

Le principal souhait que ces femmes ont émis est d'avoir de l'argent pour entreprendre une activité commerciale au Congo-Brazzaville ou en RDC, indistinctement (14/22) ; suivi de celui d'avoir un bon mari et un bon foyer (6/22). Dans *Autre* on retrouve une femme qui souhaite avoir de l'argent pour aller reprendre ses travaux champêtres en RDC, et une qui veut retrouver son travail antérieur dans le marketing.

Au terme des entretiens, les femmes professionnelles du sexe ont suggéré des pistes pour intensifier la lutte contre le Sida : imploration de Dieu (7/22), préservatif (5/22), centre de santé destiné aux professionnelles du sexe (3/22), sensibilisations de proximité (2/22), ...

XI- SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

Les femmes professionnelles du sexe ont une vie liée de quelque manière à leur environnement. Leur installation est fonction d'un lien préexistant entre une "amie" (compatriote ou collègue) et leur logeur, en plus de leur propension individuelle au gain en contrepartie du sexe. En général, elles se prévalent d'un syncrétisme moral qui concilie religion et prostitution, avec la dureté de la vie comme élément d'excuse, d'expiation.

Le constat ci-après peut être dressé :

- Elles ont un niveau d'instruction relativement bas : ont du mal à accéder à l'information écrite ou parlée en langue française ;
- Elles acceptent les rapports sexuels non protégés à partir d'un certain montant ;
- Elles ignorent et pratiquent des mesures "d'hygiène" à risque pendant leur travail ;
- Elles connaissent des conditions de vie précaires, en dépit de la marge financière qu'elles peuvent dégager quotidiennement ;
- Elles sont victimes de stigmatisation de la part de certains agents de santé ;
- Elles sont souvent victimes d'agressions et de viols de la part des hommes en armes (toutes tendances confondues) ;
- Elles manquent de solidarité agissante au sein de leur communauté ;
- Elles sont sans papier d'état civil (carte d'identité, acte de naissance...) ;
- Elles pratiquent l'avortement et l'automédication ;
- Elles sont résignées face au VIH/SIDA ;
- Elles sont en manque d'un centre d'écoute et/ou de soins spécifiques ;
- Elles n'ont aucune loi propre à leur métier.

L'analyse des tendances de leurs pratiques professionnelles conduit à la formulation des propositions suivantes:

- Formation et information sur les pratiques sexuelles recommandables ;
- Incitation à l'organisation d'une vie communautaire dans leur microcosme ;
- Formation des relais communautaires en leur sein ;
- Etude de modalités de prise en charge socio médicale ;
- Intégration socio éducative de leurs enfants ;
- Conception d'outils de communication adaptés à leur niveau ;
- Formation des agents de santé contre la stigmatisation de ces femmes ;
- Implication des logeurs aux exigences d'hygiène de vie dans leur cour ;
- Education des hommes en armes au respect des droits humains ;
- Initiation de lois protectrices de ces femmes.

CONCLUSION

Le phénomène de la prostitution à Brazzaville ne concerne pas les seules professionnelles du sexe, mais interpelle la communauté toute entière par ses implications multiples et variées :

- Immigration non contrôlée ;
- Absence d'éthique des hommes en armes ;
- Promiscuité dans les habitations ;
- Précarité économique ;
- Profusion des lieux de jouissance (tunnels, mini-hotels...) ;
- Proliférations des bistrot de fortune où se consomment des drogues et autres alcools frelatés ;
- Vente et consommation incontrôlées des médicaments ;
- Stigmatisation des prostituées par les agents de santé ;
- Accroissement du phénomène des enfants de la rue ;
- Conditions de vie aléatoires et insalubres.

D'autres études pourraient être menées pour en saisir les contours : **une cartographie des zones et points de vulnérabilité à Brazzaville** par exemple.