



**ÉTUDE SUR LES
DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS
DE LA TRANSMISSION
DU VIH CHEZ LES
JEUNES DE 10 À 24 ANS**

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
KINSHASA - NORD-KIVU**



AUTEURES

Francisca Miranda Arenas : Docteure en Anthropologie Sociale, diplômée de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, à Paris. Elle a conduit plusieurs missions d'expertise sociale (évaluations, études, conseil) au service d'organisations internationales, ONG et institutions publiques, en Amérique Latine, Europe et Afrique. Elle intervient depuis 2000 dans le domaine de l'intégration du genre dans les politiques publiques, sur diverses thématiques : santé publique, jeunesse, éducation, violences, emploi, etc.
fmira76@yahoo.com

Perrine Loock : Economiste du développement et de la santé (diplômée du CERDI, Université d'Auvergne) et diplômée en santé publique (Ecole de Santé Publique de Nancy). Elle a travaillé en Afrique et en Asie sur le renforcement des systèmes de santé, notamment sur les ressources humaines en santé et le financement de la santé, la santé de la reproduction et le VIH-sida, pour différentes organisations internationales, bilatérales et ONG.
perrineloock@gmail.com

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en premier lieu les équipes de Médecins du Monde, en République Démocratique du Congo et en France, et en particulier : à Kinshasa, Hélène Menard et Léopold Misoko ; à Goma, Grégoire Kambale ; à Paris : Magali Bouchon et Matthieu Favre. Leur appui technique et logistique mais surtout leurs conseils ont été essentiels à la bonne réalisation de cette mission. Nos remerciements également les membres du RACOF qui ont apporté un appui logistique sur le terrain : David Ngaboyeka à Goma, et Steve Yoka à Kinshasa.

Pour réaliser cette étude, nous avons été appuyées par quatre consultants, qui ont collaboré sur la phase de collecte des données de terrain : Serge Akilifataki à Goma et à Eddie Ndungi, Jocelyn Mantempa Nzinunu, Parfait Gahungu Ndongo et Pascal Bukasa à Kinshasa.

Enfin, nous remercions tous nos interlocuteurs en RDC qui ont accepté de se rendre disponible pour nous apporter leurs savoirs : en premier lieu, les adolescents et jeunes dont nous espérons avoir retranscrit avec fidélité la parole et les préoccupations. Merci aussi aux membres des associations, personnels de santé, acteurs institutionnels experts, qui ont collaboré directement ou indirectement avec l'enquête.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et acronymes

Résumé exécutif

1. Introduction

2. Contexte et objectifs de l'étude

- 2.1. Origine de la demande : les enjeux du programme « Jeunes et VIH »
 - La production de connaissances sur l'épidémie, notamment chez les jeunes
 - La promotion d'un environnement plus adapté aux jeunes en matière de prévention et prise en charge.
- 2.2. Kinshasa - Goma : Deux zones d'intervention de MdM en RDC
- 2.3. Objectifs de l'enquête

3. Méthodologie

- 3.1. Approche générale. Les déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes. Champ d'étude et définition de concepts.
 - Une approche intégrale en matière de prévention
 - Typologie des déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes
- 3.2. Méthodologie et déroulement de l'enquête
 - Recherche documentaire
 - Enquête de terrain
 - Outils de collecte de données utilisés
 - Biais, difficultés et limites de l'étude

4. La place des jeunes dans la lutte contre le VIH/sida : une volonté politique affichée, une faible institutionnalisation.

- 4.1. Cadre institutionnel de la lutte contre le VIH en RD Congo
 - Les partenaires techniques et financiers : une multiplicité d'acteurs
- 4.2. Analyse de la coordination multisectorielle des initiatives de lutte contre le VIH/sida
 - Une carence de leadership du gouvernement dans la lutte contre le sida
 - L'alignement des actions sur les politiques et stratégies du pays
 - Les problèmes des approches projets
 - Les thématiques émergentes
- 4.3. Les jeunes dans la lutte contre le VIH
 - Les spécificités de la transmission du VIH chez les jeunes en RDC
 - Une prévention ciblée vers les jeunes : une volonté affichée
 - Le cadre général d'orientation des stratégies IEC/CCC
- 4.4. Cadre légal ayant trait aux questions de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents en RDC
 - Accès aux services
 - Inégalités de genre

5. L'éducation à la santé et l'accès des jeunes au système de santé

- 5.1. L'éducation sexuelle en milieu scolaire
 - Le manque de formation des enseignants
 - L'absence de matériel didactique
- 5.2. Les insuffisances organisationnelles
 - Les associations de la société civile : une structuration « exogène »
 - Les insuffisances organisationnelles
 - Des financements fluctuants
 - Le poids du « volontariat » et de l'engagement communautaire sur l'efficacité des actions
- 5.3. Le rôle de la religion

- 5.4. Le rôle du système de santé : accès aux services de prévention et de prise en charge
- Une volonté d'intégrer le VIH dans les centres de santé primaire
 - La mise en œuvre des modalités de dépistage différentes
 - Le conseil dépistage volontaire
 - Le traitement antirétroviral en tant que moyen de prévention

6. Comportements des jeunes et risques sexuels : L'empreinte du genre dans la sexualité des jeunes

- 6.1. L'entrée dans la sexualité des adolescent-e-s et jeunes : discours, lieux et pratiques
- L'égalité entre les femmes et les hommes selon les jeunes
 - La stigmatisation des rapports sexuels précoces
 - La notion de risques chez les jeunes
- 6.2. Les connaissances, attitudes et pratiques autour de la transmission du VIH
- Le manque de dialogue intergénérationnel autour de la sexualité
 - Les représentations sur le VIH/sida chez les jeunes
- 6.3. La transmission du VIH à travers les rapports du genre chez les jeunes: quand les inégalités entre les sexes déterminent la négociation de la sexualité.
- Les sexualités entre pairs : les contours du sexe transactionnel
 - Les normes sociales autour du mariage
 - Le « sexe de survie » et les relations intergénérationnelles
 - Le recours à la prostitution
 - Les violences sexistes et sexuelles

7. Conclusion

- Tableau de synthèse/conclusions de l'étude

8. Bibliographie

Annexes

SIGLES ET ACRONYMES

ABC : Abstinence, Bonne fidélité, Condom

AFEDI : Action des Femmes pour le Développement Intégral

ARV : Antirétroviraux

BCZ : Bureau Central de la Zone de santé

CAJED : Concert d'Actions pour Jeunes et Enfants Déscolarisés

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CCM : Country Coordination Mechanism (instance de coordination pays du Fonds Mondial)

CDV : Conseil et Dépistage Volontaires

CEICA : Centres d'Ecoute et d'Information Convivial pour les Adolescents

CNMLS : Conseil National Multisectoriel de lutte contre le Sida

CONERELA : Réseau Congolais des Religieux vivants avec le VIH

CPN : Consultation Prénatale

CS : Centre de Santé

DCIP : Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire

DSC : Déterminants Socio-culturels

EADE : Enquête sur les Enfants et Adolescents en dehors de l'école

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPSP : Education primaire, secondaire et professionnelle

ESC : Enquête de surveillance comportementale et séroprévalence

EVF/EmP : Education à la vie familiale et en matière de population à l'école

FOSI : Forum Sida

HSH/MSM : Hommes ayant des relations sexuelles avec les Hommes

IDU : Usagers de drogues injectables

IEC : Information/ Education/ Communication

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LCS : Lutte contre le Sida

MdM : Médecins du Monde

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OI : Organisation Internationale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

OSC : Organisations de la Société Civile

PALS : Programme de l'Armée de lutte contre le Sida

PASCO : Parlons SIDA aux Communautaires

PeC : Prise en charge

PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief

PF : Planification familiale

PNLS : Programme national de lutte contre le Sida

PNMLS : Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida

PNSA : Programme National de Santé de l'Adolescent

ProVIC : Programme Intégré de VIH en RDC (USAID)

PS : Professionnel(le)s du sexe

PSN : Plan Stratégique National (de lutte contre le Sida)

PSSP : Projet Santé sans prix

PTF : Partenaires techniques et financier

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVV/PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RACOUJ : Réseau d'Associations Congolaises des Jeunes

RDC : République Démocratique du Congo

REDES : Estimation Nationale des Ressources et Dépenses relatives au Sida

REEJER : réseau des éducateurs des enfants et jeunes de la rue

SCEV : Service d'éducation à la Vie

SSR : Santé sexuelle et reproductive

TAR : Traitement antirétroviral

UCOP+ : Union congolaise des personnes vivants avec le VIH

UNDP : Programme des Nations Unies pour le Développement

UNESCO : Agence des Nations Unies pour l'Éducation et la Culture

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNGASS : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence d'aide au développement des Etats-Unis

VBG : Violence basée sur le genre

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

ZS : Zone de santé

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

OBJECTIF DE L'ENQUÊTE ET CADRE D'ANALYSE

L'enquête sur les déterminants socio-culturels (DSC) de la transmission du VIH chez les jeunes entre 10 à 24 ans constitue la première phase du programme « Jeunes et VIH », dont l'objectif général est de contribuer à l'efficacité des interventions de lutte contre le VIH/sida financées par le Fonds Mondial à Kinshasa et au Nord Kivu (RDC). Son objectif est de connaître les spécificités de cette transmission dans différentes régions de la RDC., et de proposer, à partir de ces résultats, des recommandations afin d'ajuster et adapter le programme de Médecins du Monde.

L'hypothèse de travail qui a encadré son déroulement a été la suivante : les jeunes de 10 à 24 ans sont plus vulnérables au VIH car ils ont des conduites sexuelles à risque liées aux contraintes issues de leur environnement socioculturel et législatif. Par le biais de méthodes socio-anthropologiques, l'enquête a cherché à identifier les DSC associés à la transmission du VIH chez les jeunes à trois niveaux : environnemental (contexte socio-législatif et mise en œuvre des politiques publiques), socio-familial et communautaire (mise en œuvre des interventions) et individuel/comportemental. Cette approche permet de dépasser les raisons apparentes des comportements à risque chez les jeunes qui ne mettent en cause comme facteurs déterminants que les croyances, les représentations et/ou attitudes des individus. Il s'agit de faire ressortir les causes profondes qui résident dans la conception et mise en œuvre des campagnes d'éducation à la santé (prévention et communication), ainsi que dans l'accès aux soins et aux niveaux sociaux et situationnels (comportements à risque).

MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée selon une approche socio-anthropologique à visée essentiellement qualitative. Différentes méthodes de recueil de l'information ont été privilégiées.

Une revue documentaire a été réalisée au cours du mois de mai 2016, avant le démarrage de l'enquête de terrain. L'exploitation des informations recueillies a permis de problématiser les principaux constats réalisés par les études existantes, ainsi que les spécificités socioculturelles et économiques des provinces concernées par l'étude. La revue documentaire a été également utile à

l'élaboration du cadre analytique et méthodologique de l'étude.

La collecte des données sur le terrain, à Kinshasa et à Goma a duré 4 semaines au total (entre le 29 mai et le 24 juin 2016). Elle a été réalisée par une équipe de 2 consultantes internationales et 4 consultants nationaux. Au sein des villes ciblées par l'enquête, diverses zones de santé ont été sélectionnées et validées par l'équipe de MdM de Kinshasa et Goma. Parmi les 35 zones de santé (ZS) de la Division Provinciale de santé de Kinshasa, 3 zones de santé ont été enquêtées : Kalamu II, Selembao et Kisenso. Sur le territoire de Nord Kivu (21 zones de santé) les zones de santé de Goma et de Karisimbi ont été sélectionnées. Les critères de sélection de ces zones combinent la dimension urbain/rural, la présence d'acteurs de lutte contre le VIH/sida et la couverture des services VIH.

Le choix des personnes à interroger s'est basé sur la volonté de laisser la plus grande part aux premiers concernés (les jeunes) dans leur diversité (sous groupes). Au total, 213 personnes ont été interrogées, donc 136 jeunes. Parmi la population adulte interviewée, nous avons ciblé les acteurs institutionnels au niveau central et décentralisé, les acteurs du système de santé décentralisé et le personnel soignant des centres de santé des ZS choisies, les associations de la société civile et organisations confessionnelles qui jouent un rôle fondamental pour les changements de comportement des populations cibles. Au total, 80 entretiens individuels ont été réalisés dans le cadre de l'enquête (dont 14 récits de vie) et 19 focus groups touchant à une population total de 136 personnes.

Lors de la collecte des données sur le terrain divers outils ont été utilisés : récits de vie, guides thématiques pour les focus groups, observation participante, ainsi que des guides d'entretiens semi directifs. Enfin, une séance de restitution de l'information avec les collaborateurs de l'étude a été réalisée pour valider les résultats préliminaires et apporter des précisions.

RÉSULTATS

L'enquête a permis d'étudier les déterminants socio-culturels de la transmission du VIH/sida chez les jeunes à 3 niveaux : au niveau du cadre institutionnel (conception des politiques et stratégies) ; au niveau de la mise en œuvre des interventions par les acteurs étatiques et associatifs (contextes sociaux de formation des

connaissances des jeunes sur le VIH/sida) ; et enfin au niveau des comportements sexuels à risque des jeunes.

Cadre institutionnel

a) L'enquête constate que malgré les avancées politiques pour reconnaître l'urgence de travailler pour et avec les jeunes il demeure une faible institutionnalisation des approches « jeunes » dans la lutte contre le VIH en RDC. Malgré l'harmonisation des politiques à plusieurs niveaux (alignement des bailleurs internationaux sur les plans du pays, coordination avec les instances nationales de lutte contre le sida et appui aux suivis et à l'évaluation des programmes), diverses problématiques demeurent : un leadership limité du gouvernement dans la lutte contre le sida ; le manque de coordination et de suivi des politiques, les limitations imposées par les approches projets, etc. Le problème d'harmonisation existant au niveau de la réponse nationale au VIH est exacerbé sur la question des jeunes. Plusieurs acteurs institutionnels interviewés ont manifesté le souhait de mettre en œuvre des politiques intégrées des jeunes, d'un « cadre politique commun » et des cadres de concertation, ce qui montre la pertinence de l'initiative ALL IN, qui est actuellement en cours.

b) Les politiques d'éducation à la santé, notamment celles basées sur l'approche « ABCD » véhiculent une image pathogène de la jeunesse. Elles mettent l'accent sur les conséquences négatives de la sexualité précoce et/ou pré-nuptiale, celle-ci étant souvent associée à une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST, y compris le VIH/sida) et aux grossesses non désirées. Cette approche privilégie le risque en opposant les facteurs de risque et de protection.

c) Les données sont sous-estimées ou manquantes sur plusieurs thématiques : La littérature sur l'épidémiologie du VIH en RDC a permis de placer la problématique des risques sexuels et du VIH dans une perspective d'analyse large et pertinente : les inégalités entre les sexes, les violences faites aux femmes, la féminisation du VIH, etc. Malgré cette évolution, plusieurs acteurs (gouvernement et associations, principalement) ressentent l'urgence de mettre en place un suivi systématique des incidences et de la prévalence des catégories « 15 à 19 ans » et « 20 à 24 ans » car « c'est la seule manière de surveiller l'épidémie chez les jeunes » (Entretien PNSA). Les phénomènes associés à la prostitution, ou aux violences sexuelles, y compris le viol conjugal, demeurent mal explorés.

d) Plusieurs inégalités devant la loi touchent davantage la population jeune :

• La loi sur la protection de l'Enfant de 2009 a permis de reculer l'âge de consentement au mariage pour les

filles de 15 ans à 18 ans révolus, modifiant en cela l'énoncé du code de la famille qui fixait l'âge de consentement au mariage à 15 ans révolus chez la fille contre 18 ans révolus chez le garçon. Le code de la famille fixe l'âge de consentement au dépistage du VIH à 18 ans.

- Il ne semble pas exister de textes ni même de normes au niveau de la RD Congo concernant la divulgation de leur statut sérologique aux mineurs, qu'ils aient été infectés dans l'enfance (transmission mère-enfant) ou plus tard par voie sanguine ou sexuelle.
- Le code de la famille de 1987 comporte des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes : ce contexte inégalitaire rend la négociation des rapports sexuels de la part des jeunes filles plus compliquée.

RECOMMANDATIONS

- Participer aux initiatives et appuyer les cadres de concertations « Jeunes et VIH » qui se développent actuellement notamment dans le cadre de All In, afin de pouvoir diffuser les informations sur les programmes et les bonnes pratiques.
- Participer, à travers ce projet, à la collecte et la diffusion des connaissances, via les données qualitatives et quantitatives relatives aux jeunes (diffusion de cette enquête, collectes de données dans les structures appuyées par le projet).
- En termes de plaidoyer, plusieurs sujets pourraient bénéficier du travail de MdM pour leur mise sur l'agenda :
- La promotion de modèles de prévention basés sur les connaissances réelles sur le VIH (notamment les véritables degrés de risques de transmission) et non sur des modèles essentiellement moralistes ; et le développement de compétences psychosociales des jeunes en lien avec les relations de genre (notions de consentement).
- La promotion d'une santé sexuelle à moindre risque pour les mineurs, avec notamment l'accès aux services de SSR (préservatif, contraception) et la possibilité de dépistage sans consentement parental pour les mineurs sexuellement actifs.
- L'accompagnement du gouvernement pour la réflexion et la production de normes et outils pour la divulgation plus précoce de leur statut sérologique aux enfants, prenant en compte les recommandations internationales.
- Réfléchir à la mise en place d'une coalition plaidoyer réunissant les différents acteurs et où MdM prendrait

un rôle de coordination et d'appui ? sorte de plateforme ?.

Mise en œuvre des interventions

Les résultats de l'enquête montrent que les jeunes filles et jeunes garçons manquent d'une information correcte sur le VIH/sida, qui leur permettrait de développer les habilités nécessaires pour se protéger contre la maladie, s'ils sont déjà actifs sexuellement, ou d'en disposer au moment où ils (elles) décident de commencer leur vie sexuelle. Le problème sous-jacent à ce phénomène est le manque d'une vision commune, par les différents acteurs de la formation des jeunes sur le VIH/Sida, sur ce qui peut être considéré comme sexualité responsable et droits sexuels et reproductifs : ils transmettent alors des informations contradictoires, voire fausses, afin notamment de décourager la sexualité des jeunes.

a) Bien que le milieu scolaire soit directement impliqué dans l'éducation à la santé des jeunes, l'enquête a identifié diverses limites dans l'éducation sexuelle et sur le VIH dans les cours d'éducation à la vie dispensés aux élèves, dont la moralisation des messages, le manque d'implication des familles dans les actions de prévention, le manque de formation des enseignants, l'absence de matériel didactique. La plupart des jeunes interviewés (même ceux qui étaient déscolarisés au moment de l'enquête) ont signalé que leurs connaissances sur le VIH, indépendamment de leur qualité, avaient été acquises à l'école. L'école constitue également un lieu d'initiation sexuelle pour plusieurs jeunes, étant un milieu dans lequel les filles sont exposées aux violences sexuelles, notamment au harcèlement sexuel, considéré comme un moyen d'assurer la réussite scolaire des filles.

b) Les limitations organisationnelles et le manque de ressources des réseaux inter-associatifs de prévention et lutte VIH limitent leurs impacts potentiels. La dépendance des financements extérieurs entraîne la rotation des effectifs locaux travaillant sur la base du volontariat. D'après l'enquête réalisée, les associations apparaissent pourtant comme l'agent de socialisation qui a l'influence la plus déterminante dans le domaine de la prévention, en particulier pour les populations clés.

c) Malgré les progrès de la lutte contre le VIH au niveau sanitaire, la faiblesse du système de santé a un fort impact sur l'accessibilité des jeunes aux centres de santé, y compris les centres spécialisés. La stratégie du gouvernement de passage à l'échelle du dépistage par le DCIP (dépistage et counseling initié par le prestataire) est basée sur une présence des patients au centre de santé, or les données de l'enquête montrent que les jeunes fréquentent peu les centres de santé, sauf en cas de maladie. Il existe également un déficit de communication entre les associations de la société civile

qui mettent en œuvre des programmes de prévention et les structures de santé, qui permettrait de contrer ce gap. Enfin, la généralisation de l'accès aux ARV, comme stratégie de prise en charge mais aussi de prévention (PTME et transmission sexuelle), constitue une opportunité mais est aussi source de nouveaux défis, notamment l'adhérence au traitement des jeunes.

RECOMMANDATIONS

- Participer aux initiatives et appuyer les cadres de concertations « Jeunes et VIH » ainsi qu'à la collecte et la diffusion des connaissances, via les données qualitatives et quantitatives relatives aux jeunes.
- Dans un contexte où les aspects moraux prennent souvent le pas sur des considérations de santé publique, même aux plus hauts niveaux, organiser le plaidoyer auprès des autorités et autres acteurs pour la mise en place de sensibilisation sur (1) La promotion de modèles de prévention basés sur les connaissances réelles sur le VIH, (2) La promotion d'une santé sexuelle à moindre risque pour les mineurs, (3) La production de normes et outils pour la divulgation plus précoce de leur statut sérologique aux enfants.
- Promouvoir des stratégies de dialogue intergénérationnel, afin de contourner les obstacles au dialogue au sein de la famille et d'associer les parents à la prévention.
- Fournir aux enseignants et aux associations une véritable information « scientifique » sur le VIH/sida, sur: (1) les niveaux de risque associés aux différents modes de transmission, (2) l'impact démontré et chiffré des méthodes de prévention. Cela pourrait passer par la création et la diffusion de factsheets ou autres supports (vidéo), adaptés aux contextes.
- Associer les leaders religieux à la lutte. Un travail de terrain est nécessaire pour identifier des personnes ouvertes et susceptibles de s'associer, mais des outils existent déjà, notamment dans le travail qui a déjà été fait par CONERELA
- Impliquer les personnels de santé dans la prévention à destination des jeunes, en renforçant la communication entre les associations et autres structures à base communautaire et les centres de santé des zones dans lesquelles ils interviennent.
- Développer des outils adaptés pour favoriser le suivi des jeunes PVV (adhérence aux traitements) en particulier pour le passage de la phase pédiatrique à adulte. Les aspects relatifs aux paiements des consultations et des examens de laboratoire pour ces jeunes doivent aussi être étudiés.

- Inclure les dimensions de genre dans les programmes et la notion de consentement dans les discours pour les deux sexes.
- Faciliter l'accès aux préservatifs pour les jeunes en s'assurant de leur possibilité de s'en procurer de manière anonyme et gratuite. Adapter les messages sur le préservatif afin de (1) lutter contre la désinformation et (2) de « positiver » sur son image.
- Travailler avec les associations de PVV (et notamment de jeunes) sur les possibilités de vie longue et en bonne santé avec le VIH sous réserve régulier de suivi des traitements (changer l'image de la maladie), afin de favoriser le dépistage précoce du VIH chez les jeunes et de lutter contre la stigmatisation des jeunes PVV.

Comportements sexuels à risque

L'enquête apporte plusieurs constats qui contribuent à enrichir la réflexion sur le rôle des inégalités de genre et de la communication sociale autour de la sexualité dans la transmission du VIH chez les jeunes. Bien que les jeunes soient confrontés à un contexte de transformations des idéologies spécifiques liées aux rôles masculins et féminins, l'idée de l'infériorité des femmes demeure présente chez plusieurs jeunes interviewés, notamment ceux qui ont entre 10 et 14 ans.

a) Le déficit de communication autour de l'éducation à la sexualité au niveau familial reste problématique.

L'engagement des parents/tuteurs dans l'acquisition des connaissances sur le VIH/sida est inexistant dans beaucoup de familles, selon les jeunes et parents avec qui nous avons discuté au cours de l'enquête. Dans le cadre familial ou dans les espaces sociaux liés aux églises, la sexualité pré-maritale et donc l'utilisation du préservatif (souvent associé à l'incitation au multi-partenariat et à une sexualité malmenée) sont stigmatisés. C'est parmi les pairs, donc, que les adolescentes et les jeunes trouvent des conseils sur la santé. Les jeunes s'exposent de cette manière à des comportements à risques associés ou basés sur de fausses croyances (automédication, par exemple).

b) Les contraintes socio-économiques (pauvreté, non accès à l'éducation) constituent l'un de plus importants déterminants des comportements sexuels à risque chez les jeunes, notamment les filles.

En effet, les comportements sexuels de jeunes s'inscrivent dans un « continuum » d'échanges économique-sexuels (Tabet, 2005) qui sont motivés autant par l'amour que par les contraintes de survie, les intérêts pécuniaires, la quête de la liberté sexuelle et les violences sexuelles. Les données suggèrent que le faible statut des femmes et des jeunes filles en RDC empêche celles-ci de négocier valablement des rapports sexuels à moindre risque. Le

faible pouvoir décisionnel des filles sur le consentement dans l'exercice de leur sexualité a pour conséquence une exposition plus importante aux violences sexuelles et au VIH. Les comportements sexuels très risqués sont étroitement liés aux violences sexistes et sexuelles. Ces types de violences constituent des voies privilégiées de transmission du VIH chez les jeunes, notamment chez ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité (PS, MSM, enfants de rue, etc.).

c) Chez quelques personnes interviewées la violence sexuelle est davantage assimilée au viol ce qui reflète une sous-estimation, banalisation ou incapacité à identifier d'autres types de violences.

Ces représentations influencent la notion de « consentement éclairé » que possèdent les jeunes et qui fonde l'exercice de leur sexualité. Le « concept de consentement éclairé », souvent mentionné dans les manuels de formation sur le dépistage et conseil VIH à destination des prestataires des établissements des soins, semble être associé seulement au dépistage et pas aux comportements sexuels. Or, la prise en compte de cette question s'avère, dans les faits être un moyen de prévention des violences sexuelles.

d) Les messages sur le VIH sont inadéquats et ils ne permettent pas aux jeunes de prévenir les infections sexuellement transmissibles et le VIH.

Les jeunes expriment un besoin de connaissances en matière de sexualité. Or, les messages sur la santé sexuelle et reproductive qu'ils reçoivent à travers les membres de leur famille, les enseignants, les pairs et les médias peuvent être perçus comme étant fortement contradictoires. En particulier, le message concernant l'abstinence n'a aucune résonance pour une grande partie des jeunes interviewés, notamment pour les garçons. La fidélité a été évoquée, de manière ambivalente, comme un possible moyen de prévention lors du mariage.

e) La négociation et la protection des rapports sexuels chez les jeunes sont déterminées par plusieurs facteurs :

le niveau de sensibilisation sur l'égalité femmes-hommes ; la qualité des connaissances et les représentations sur le VIH/sida, le cadre des premiers rapports (souvent clandestins) ; les connaissances et représentations sur les grossesses non désirées et l'avortement clandestin ; l'adhérence aux croyances religieuses, etc. Chez les filles, les possibilités de proposer un préservatif sont limitées, notamment dans les contextes où les schémas de relations femmes-hommes sont les plus inégalitaires.

f) Concernant l'accès aux moyens permettant les jeunes de se protéger,

les obstacles peuvent être structurels et organisationnels (présence ou non du service), économique (possibilité d'accéder financièrement à ce service), mais aussi culturels ou psychologiques (pos-

sibilité sociale de mettre en œuvre l'action de prévention et pouvoir décisionnel de le faire). En particulier, chez les jeunes interviewés **le préservatif** peut être vu comme un signe de « mauvaise conduite », « en inadéquation avec la doctrine de certaines églises », signe de « manque de confiance entre partenaires », « il réduit le plaisir sexuel », « son huile est toxique ». Chez les garçons, l'acceptation des préservatifs semble dépendre surtout des apprentissages acquis dans un cadre associatif de prévention. Chez les filles, les possibilités de proposer un préservatif sont limitées, notamment dans les contextes où les schèmes de relations femmes-hommes sont plus inégalitaires. **Le dépistage**, bien que reconnu comme moyen de prévention, est souvent réalisé dans le cadre des campagnes ou de la sensibilisation réalisée par les associations. La crainte de la maladie est un des facteurs majeurs de refus du dépistage.

RECOMMANDATIONS

Dans le cadre des représentations et comportements à risque des jeunes, les recommandations portent principalement sur l'adaptation des messages à la jeunesse congolaise actuelle et aux évolutions des possibilités en termes de lutte contre le VIH dans le pays. Il s'agit principalement de :

- Inclure les dimensions de genre dans les programmes. En particulier, il est important d'adapter les messages aux filles et aux garçons, en tenant compte des spécificités des relations à cet âge, notamment les relations intergénérationnelles des jeunes filles et d'inclure la notion de consentement dans les discours pour les 2 sexes.
- Travailler sur l'image de la maladie et le rôle des traitements pour favoriser le dépistage (voir pour cela les recommandations au point 2).
- Faciliter l'accès aux préservatifs pour les jeunes. Les tabous encore existants ne leur permettant pas de les demander, il faut qu'ils aient la possibilité de s'en procurer de manière anonyme et gratuite. Mais comme nous l'avons vu, la disponibilité n'est pas suffisante et il faut aussi adapter les messages afin de (1) lutter contre les fausses croyances et (2) de « positiver » sur son image (par exemple, en associant la confiance/la responsabilité des jeunes, y compris les filles au fait de proposer un préservatif).

1 - INTRODUCTION

L'ONG Médecins du Monde (Mdm) est implantée en République Démocratique du Congo depuis 1994. Forte des expériences de divers projets en rapport à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et la lutte contre le VIH/sida, Mdm a initié en janvier 2016 la mise en œuvre du « Programme Jeunes et VIH » : « Programme de renforcement des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH/sida chez les jeunes de 10 à 24 ans, y incluses les populations les plus à risque, à Kinshasa et au Nord Kivu, en République Démocratique du Congo ». Issu du partenariat de Mdm avec le RACOF, les programmes nationaux de lutte contre le VIH et Expertise France, le « Programme Jeunes et VIH » tend à développer quatre résultats principaux :

- La production d'une **enquête sur les déterminants socio-culturels (DSC) de la transmission du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans**.
- Le renforcement de compétences des prestataires cliniques et communautaires intervenant dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH chez les jeunes.
- La création de synergies entre les centres de santé et les structures communautaires d'encadrement des jeunes.
- L'instauration d'un cadre social et légal favorable à la lutte contre le VIH de manière générale et prenant en considération les spécificités des jeunes.

L'enquête sur les DSC de la transmission du VIH chez les jeunes entre 10 à 24 ans a été réalisée pendant le mois de juin 2016 à Kinshasa et Nord Kivu (Goma), avec l'objectif de connaître les spécificités de cette transmission dans différentes régions de la RDC (Mdm, 2016b). Dans le présent rapport, nous présentons les principaux résultats et recommandations issus de l'enquête, qui contribueront à l'élaboration d'outils de prévention (sensibilisation, CCC, etc.), à l'adaptation des modules de formation et à la mise en place des stratégies de plaidoyer en faveur de la jeunesse congolaise. L'enquête met en évidence un ensemble des DSC à prendre en compte dans la lutte contre le VIH en RDC. Ces déterminants apparaissent régulièrement dans les réponses des participants tant au niveau des discussions approfondies qu'au niveau des entretiens individuelles. Ils se situent à des niveaux distincts et sont en lien avec les problématiques suivantes :

- La faiblesse des *capacités institutionnelles* du gouvernement congolais pour mettre en place un cadre stratégique unique en matière de prévention et lutte contre le VIH/SIDA. L'institutionnalisation des politiques de jeunesse et/ou renforcement d'une planification sensible au genre en matière de prévention et prise en charge sont urgents.
- Le déficit de communication sociale autour de la sexualité tant au niveau familial que scolaire et le manque de fréquentation des jeunes aux centres de santé, mènent les jeunes à s'informer davantage auprès de leurs pairs. Les associations de la société civile (RACOF, UCOP+, FOSI, etc.) semblent être déterminantes et efficaces dans le changement des comportements des jeunes (approche interpersonnelle, pair éducation). Or, il est urgent de redynamiser ces structures (renforcement organisationnel et financier) et d'améliorer l'implication des jeunes dans la prise en main des problèmes liés à leur sexualité et les activités de prévention du VIH.
- Pour le moment, les messages sur le VIH (stratégie ABCD) sont inadaptés à la prévention des risques encourus par les jeunes dans l'exercice de leur sexualité. L'enquête suggère que les rapports de genre et les contraintes socioéconomiques jouent un rôle déterminant sur le comportement sexuel à risque des adolescents et des jeunes. L'exposition aux comportements à risque (notamment les violences sexuelles) pouvant entraîner l'infection au VIH, est plus importante chez les filles et elle est déterminée par leur faible pouvoir décisionnel dans la sexualité. Les filles plus âgées (15-24 ans) semblent plus sensibilisées que les hommes sur des questions d'égalité entre les femmes et les hommes. La priorisation d'intervention visant l'égalité entre les femmes et hommes doit constituer un pilier de la stratégie de prévention à adopter. Les jeunes filles ne peuvent pas jouir pleinement des droits, en particulier en ce qui concerne leur propre santé sexuelle et reproductive.
- Enfin, le secteur de la santé doit jouer un rôle central pour la délivrance d'informations auprès des jeunes sur le VIH. Malgré la volonté d'une plus grande intégration au sein des CS, la faiblesse du secteur et le manque de lien avec la société civile ou même le secteur éducatif ne lui permet pas de remplir complètement cette mission. Pourtant, l'exemple de la collaboration secteur santé/PVV montre que cela est possible.

2 - CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1. ORIGINE DE LA DEMANDE : LES ENJEUX DU PROGRAMME « JEUNES ET VIH »

L'enquête sur les déterminants socio-culturels de la transmission du VIH chez les jeunes entre 10 à 24 ans constitue la première phase du **programme « Jeunes et VIH »**, dont l'objectif général est de **contribuer à l'efficacité des interventions de lutte contre le VIH/sida financées par le Fonds Mondial à Kinshasa et au Nord Kivu (RDC)**. Ce programme s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida en RDC à **travers deux axes d'intervention :**

- a) la production de connaissances sur l'épidémie,
- b) la promotion d'un environnement favorable à la riposte au VIH/sida.

La production de connaissances sur l'épidémie, notamment chez les jeunes

En RDC, les adolescents et les jeunes filles sont identifiés comme des groupes à risque dans le plan national stratégique de lutte contre le VIH/sida et les différentes propositions faites aux bailleurs de fonds (Fonds Mondial, Pefpar, etc.). Au-delà de cette vulnérabilité, certaines catégories de jeunes font partie des groupes les plus exposés aux risques de transmission (Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH), Usagers de Drogues Injectables (IDU), jeunes en situation de prostitution (PS), etc.). Ils sont par ailleurs stigmatisés et n'ont pas accès aux soins appropriés (MdM, 2016a). La réalisation d'une enquête sur les déterminants socio-culturels de la transmission du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans, vise donc à renforcer la connaissance de ces problématiques dans un contexte où la production des données spécifiques sur la situation de jeunes reste « insuffisante et peu utilisée dans la définition des stratégies opérationnelles » (MdM, 2016a).

L'analyse des déterminants socio-culturels de la transmission du VIH chez les jeunes à Kinshasa et Nord-Kivu permettra à tous les acteurs de mieux connaître les spécificités de cette transmission dans différentes régions de la RDC. L'enquête vise à réaliser une analyse croi-

sée dans deux zones spécifiques : Kinshasa, la capitale, qui est l'une des plus grandes métropoles de l'Afrique sub-saharienne ; et Goma, qui subit des conflits chroniques depuis plus de 20 ans. Dans les deux zones d'intervention, le nombre de femmes victimes de violences sexuelles est très élevé. C'est pourquoi une attention spécifique a été portée sur les questions de violences liées au genre (violences sexuelles liées aux conflits armés, violences sexuelles communautaires, sexe transactionnel, pratiques traditionnelles, etc.). Une analyse croisée de ces régions permet de mettre en évidence les différences et les similitudes de la transmission du VIH chez les jeunes. Elle permettra par la suite le développement de modalités de prévention nationales, prenant en compte les caractéristiques régionales et les besoins et priorités du plan stratégique de lutte contre le VIH. Au-delà, l'intégration des populations les plus à risque dans l'enquête permettra de renforcer l'émergence, en RDC, d'une réflexion sur les façons d'aborder les communautés spécifiques (HSH, IDU, PS) tout en abordant les questions de stigmatisation et de discrimination (MdM, 2016b).

La promotion d'un environnement plus adapté aux jeunes en matière de prévention et prise en charge

Le projet « Jeunes et VIH » propose de développer une approche conviviale de prévention, dépistage et prise en charge du VIH « pour et avec les jeunes », en lien avec les acteurs communautaires et les programmes nationaux (renforcement de la qualité des services). Le projet permettra de renforcer les programmes soutenus par le Fonds Mondial à trois niveaux :

- **Au niveau national :** grâce à l'étude sur les déterminants socio-culturels de la transmission, MdM travaillera avec le PNLS (Programme National de Lutte contre le Sida) et le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNISA) pour adapter les outils de prévention et les formations des personnels en contact avec les jeunes. Les réflexions qui seront menées avec ces institutions permettront de développer des approches innovantes et basées sur les résultats et enseignements de l'enquête.
- **Au niveau provincial :** ces outils pourront être testés à Kinshasa et au Nord Kivu. Le processus d'évaluation prévu et la capitalisation permettront de donner les clés d'une possible mise à l'échelle sur d'autres centres et provinces.

• **Au niveau local :** Dans le but de développer des approches adaptées et conviviales dans les centres de santé comme avec les acteurs communautaires, le projet visera à renforcer les interactions entre les systèmes communautaires et sanitaires pour une prise en charge plus efficiente des jeunes (MdM, 2016). Une attention particulière sera donnée au développement de synergies entre les centres de santé et les clubs de jeunes, notamment les Centres d'Écoute et d'Information Convivial pour les Adolescents - CEICA.

Le projet vise également à renforcer les compétences des organisations de la société civile (OSC) actives dans le plaidoyer sur le VIH et sur la prise en considération des jeunes dans les politiques de santé, notamment en leur apportant un appui technique pour améliorer leur structuration et pour développer des stratégies de plaidoyer efficaces. En effet, le programme « Jeunes & VIH » prévoit la mise en œuvre de 43 actions de plaidoyer visant à l'instauration d'un cadre social et légal favorable à la lutte contre le VIH de manière générale et prenant en considération les spécificités des jeunes. Le RACCOJ, chargé de la gestion des CEICA, bénéficiera d'un accompagnement de proximité et d'un renforcement de capacités techniques et organisationnelles sur les thématiques de suivi financier, de suivi des activités et de conduite de supervisions, essentiellement par le suivi des activités, l'intégration dans l'équipe de projet, etc. (10 personnes aux niveaux provincial et national). La RDC étant un pays particulièrement influencé par les leaders religieux, et compte tenu de l'expérience du RACCOJ en ce domaine, certaines activités de plaidoyer impliquant les leaders religieux sont également proposées. Elles devraient, dans le cadre d'autres programmes, être développées avec tous les leaders d'opinion (MdM, 2016).

2.2. KINSHASA - GOMA : DEUX ZONES D'INTERVENTION DE MDM EN RDC

Dans les 2 provinces qui constituent le champ géographique de l'enquête (Kinshasa et Nord-Kivu) MdM a mis en place plusieurs programmes qui intègrent un ou plusieurs partenariats avec des acteurs locaux, la société civile et/ou les autorités sanitaires.

A Kinshasa, MdM a développé une expertise sur les interventions auprès des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, incluant le VIH. Avec les enfants en situation de rue, et particulièrement les filles, population marginalisée et vulnérable de par leur genre et en raison du milieu dans lequel elles vivent, son approche s'est basée sur les principes de la réduction des

risques (MdM, 2016). A Goma, les principales activités de MdM entre 2003 et 2015 ont été mises en place autour de 2 axes : (i) l'accompagnement des acteurs locaux (société civile et autorités sanitaires) dans la prévention de la transmission du VIH/sida (dépistage, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, sensibilisations, etc.) et la prise en charge des patients (traitements antirétroviraux, infections opportunistes, etc.), (ii) les activités de renforcement du rôle de la société civile dans le pilotage des programmes de lutte contre le VIH/sida incluant la promotion de la gouvernance démocratique des organisations de la société civile et la mise en place des actions de plaidoyer. Dans le cadre de ce dernier axe, la mise en place d'un observatoire provincial sur l'accessibilité et la qualité des services VIH, alimenté et piloté par les personnes vivant avec le VIH en lien avec MdM, démontre l'intérêt des approches communautaires dans la gestion de la lutte. En 2007-2008, MdM a aussi ouvert un centre de santé conviviale pour les adolescents à Goma (MdM, 2016b) (Voir tableau récapitulatif des Interventions de MdM à Kinshasa et Nord-Kivu dans les annexes).

2.3. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'objectif général de l'étude vise à améliorer les connaissances sur les DSC de la transmission du VIH/sida chez les jeunes de 10 à 24 ans. MDM s'est fixé un certain nombre d'objectifs spécifiques à atteindre dans le cadre de cette étude.

I. Un premier objectif concerne le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les interventions en matière de prévention et prise en charge. Il s'agira d'identifier les acteurs clés participant à la genèse des stratégies de prévention et d'évaluer leurs approches, leurs discours/pratiques/perceptions sur les comportements sexuels des jeunes ainsi que les contraintes institutionnelles, socio-économiques et législatifs qui influencent la mise en réseaux et le fonctionnement des activités.

II. Un deuxième objectif concerne le domaine de la mise en œuvre des interventions, notamment l'adéquation des réponses déployées aux conceptions populaires, besoins et capacités de réception, besoins en information, éducation, communication et prise en charge ainsi qu'aux réalités socio-économiques des populations bénéficiaires (jeunes, parents, communauté, etc.). Les besoins et les obstacles dans l'accès aux soins des jeunes seront analysés à travers une thématique spécifique : la relation personnel soignant - jeunes, dans le cadre de l'utilisation du dispositif médical par les jeunes.

III. Un troisième objectif de l'étude vise à explorer les conduites sexuelles à risque chez les jeunes. Dans le cadre de cet objectif, nous chercherons à analyser les comportements à risque et les facteurs protecteurs en matière de pratiques sexuelles des jeunes. Cela inclut les représentations que se font les jeunes du VIH/sida et des dispositifs de prévention (préservatif et dépistage), les perceptions qu'ils ont des facteurs sociaux et culturels de vulnérabilité, **les connaissances, attitudes et pratiques concernant le VIH/sida**, notamment.

Sur la base de ces objectifs nous avons conçu un plan d'analyse contenant des axes et des thématiques clés à explorer (Schéma 1). Notre cadre analytique situe les déterminants socioculturels de la transmission du VIH à trois niveaux : environnemental (contexte socio-législatif et mise en œuvre des politiques publiques), socio-familial et communautaire (mise en œuvre des interventions) et individuel/comportemental. Cette approche permettra de dépasser les raisons apparentes des comportements à risque chez les jeunes qui ne mettent en cause comme facteurs déterminants que les croyances, les représentations et/ou attitudes des individus. Il s'agira de faire ressortir les causes profondes qui résident (axe 1) dans la conception et mise en œuvre des campagnes d'éducation à la santé (prévention et communication), ainsi que (axe 2) dans l'accès aux soins et (axe 3) aux niveaux sociaux et situationnels (comportements à risque).

3 - MÉTHODOLOGIE

3.1. APPROCHE GÉNÉRALE. LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS DE LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES JEUNES.

CHAMP D'ÉTUDE ET DÉFINITION DE CONCEPTS

Une approche intégrale en matière de prévention

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé sont les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Les déterminants sociaux se situent à deux niveaux principaux : structurel et proximal. Les déterminants structurels—la façon dont une so-

ciété est organisée à l'égard de contextes sociaux, économiques et politiques—incluent la richesse nationale, l'inégalité des revenus, le niveau d'éducation, les normes sexuelles ou de genre ou l'origine ethnique. Les déterminants proximaux sont les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne. Parmi les exemples de déterminants proximaux figurent la qualité et la nature des relations familiales et avec les pairs, la disponibilité de nourriture et de logements, les possibilités de loisirs et l'environnement scolaire (USAID, IDEA, PRB, 2014).

Puisque les déterminants proximaux sont façonnés en partie par des stratifications résultant des déterminants structurels et de facteurs culturels, religieux et communautaires, ils peuvent entraîner d'importantes variations dans l'exposition et la vulnérabilité des jeunes aux risques liés à la santé, et notamment au VIH/sida.

Tableau 1 : Les déterminants sociaux de la santé

NIVEAUX D'ANALYSE	DESCRIPTION
Environnement régional ou national	Politiques publiques et cadres législatifs en matière de santé, VIH/sida, planification familiale, violences liées au genre ; organisation du système de santé et des dispositifs de prévention, éducation et communication.
Cadre de vie des jeunes	Contexte socio-familial : rapports femmes-hommes dans l'espace domestique, pouvoir décisionnel des femmes, gestion du budget familial, autorité, responsabilités respectives des différents membres, répartition des tâches, prise en charge des enfants, etc. Environnement de la communauté du village ou du quartier : résidence, quartier, acteurs en présence (notamment dans le domaine de la prévention et lutte contre le VIH/sida), accessibilité aux centres de santé, voies de communication, carte démographique, ethnique, confessionnelle, leaders d'opinion, moyens d'existence, accessibilité des marchés, etc.
Comportements individuels	Connaissances, croyances, représentations, motivations et pratiques qui incitent (facteurs protecteurs) ou bloquent (facteurs à risque) les individus à adopter des comportements appropriés en matière de santé, et notamment en matière du VIH/sida.

Les comportements à risque étant associés à divers types de déterminants socioculturels, ils ne requièrent pas exclusivement la mise en place d'un programme de prévention individuelle, mais nécessitent aussi une approche intégrée visant à l'adoption de comportements favorables en matière de planification familiale, de sexualité des jeunes, de lutte contre le VIH/sida, d'exercice des droits des femmes et enfants. Une prévention efficace envers les jeunes doit donc appliquer deux stratégies : d'une part, réduire les facteurs de risque et ainsi la vulnérabilité des jeunes ; d'autre part, renforcer les facteurs de protection qui rendent les jeunes plus résistants par rapport à une évolution problématique ('résilience'). La mobilisation et la participation communautaire ; l'engagement/collaboration des jeunes dans les activités de prévention, sont également nécessaires.

Une approche multidimensionnelle de la prévention doit chercher également à mettre en avant **l'expérience du malade**, comme un élément indispensable à la compréhension des réactions sociales au sida et du fonctionnement de la relation thérapeutique (Vidal, 1996). Afin de dépasser la rhétorique dominante en matière de lutte et prévention du VIH/sida - articulée autour des notions abstraites qui n'intègrent pas l'expérience subjective et le vécu des acteurs (« vulnérabilité » ou « empowerment », « communauté ») - certains auteurs préfèrent parler de **« situations favorisant l'exposition au VIH »**. Selon Vidal, ces concepts, qui sont au cœur des discours sur les réponses des individus et des sociétés au sida, renvoient à une multiplicité d'enjeux sociaux qui ne sont pas explicités. Selon l'auteur, le rapport des individus répond à des formes de « négociations permanentes », bien plus que de vulnérabilité ou d'empowerment qui tendent à figer le constat et la solution aux problèmes posés par le sida. **Il encourage ainsi la description de situations susceptibles d'exposer les individus au risque de contamination, en considérant les conflits, les contradictions, les prédispositions sociales et un ensemble des contraintes difficilement gérables pour les uns ou impossibles à surmonter pour les autres (Vidal, 1996).**

Dans la même perspective, Jaffré (2009) remarque l'importance de comprendre et transformer les socles socio-économiques et les contraintes des acteurs singuliers ou institutionnels qui sont à la fois agents, vecteurs et victimes de l'épidémie. Selon Jaffré, l'action sanitaire doit inclure un travail de description des contextes d'intervention, associant des études permettant une quantification des comportements avec des études portant sur les significations que leur accordent leurs auteurs. **Seules ces confrontations précises et articulations entre une objectivation des risques et leurs interprétations sociales peuvent permettre de proposer de définir des 'contextes de risque' et des modifications comportementales ayant un sens et une application pour les populations.**

Enfin, l'approche inter-sectionnelle, qui propose d'entrecroiser les catégories d'origine ethnique et de classe avec celles liées au genre, peut être utile à la compréhension des enjeux de domination qui ont une influence particulière sur l'exposition individuelle au risque. L'inter-sectionnalité désigne non pas un point d'ancrage fixe où les oppressions vécues s'accumulent et s'enchaînent, mais plutôt une position sociale en mouvance où les effets interactifs des systèmes discriminants modèlent la personnalité d'un individu unique et complexe (Enns, 2005 ; Poiret, 2005). **Le défi est de taille : le système de soins doit répondre non pas à une série de facteurs de risque, mais à des combinaisons de rapports sociaux inégalitaires (de genre, d'origine et socio-économiques).**

Typologie des déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes

Les déterminants des situations de vulnérabilité des jeunes face au VIH/sida, identifiés par diverses enquêtes, se trouvent à trois niveaux :

AU NIVEAU DE L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LÉGISLATIF

Les difficultés de sensibilisation ne résultent pas seulement des réalités socioculturelles mais aussi de la **pauvreté d'un pays**, ce qui a un impact sur la qualité de l'offre de soins. La pauvreté matérielle crée un contexte défavorable au succès des campagnes de sensibilisation, notamment au niveau de la réception des messages. Pour certaines populations, les informations sanitaires abstraites semblent de peu d'importance face aux préoccupations concrètes du quotidien (Bougairé-Zangréyanogho, Danielle, 2005). La contamination par le VIH entretient également un appauvrissement, dû à l'impossibilité de travailler, donc de répondre aux dépenses de la vie quotidienne et à celles exigées par des soins réguliers (Vidal, 1999). D'autre part, les **inégalités de genre** accentuent ces difficultés. Les analyses de la condition de la femme en RDC démontrent combien il est important de prendre en compte le genre dans la conception et la diffusion des messages de prévention. Enfin, les **barrières légales et réglementaires** imposent aux populations et aux équipes de terrain une marge de manœuvre restreinte et l'impossibilité d'exercer des droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

AU NIVEAU DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Plusieurs études ont constaté que les nombreuses **lacunes techniques et organisationnelles des stratégies IEC** réduisent leur impact. Les facteurs situationnels d'ordre humain, technique et organisationnel, matériel et linguistique (différentes langues parlées) génèrent des difficultés diverses. Le rôle des leaders religieux et coutumiers et des intermédiaires pose également des limites communicationnelles qui doivent être prises en compte (Bougairé-Zangréyanogho, Danielle, 2005). **La faiblesse des programmes de santé sexuelle et reproductive** accentue cet état de fait, alors que les liens entre planification familiale et transmission du VIH/sida sont évidents. L'information sur la contraception (dont la promotion du préservatif), les interruptions (volontaires ou non) de grossesse, les MST revêtent une grande importance pour les stratégies de prévention du VIH/sida. Un recours insuffisant aux soins de type moderne pour traiter une MST constitue fréquemment un facteur aggravant d'exposition au VIH (Vidal, 1999).

AU NIVEAU DES RELATIONS INTERINDIVIDUELLES

Il existe un déficit de communication sociale autour de la sexualité tant au niveau familial que scolaire. Alors qu'au niveau du cadre socio-familial, la prédominance d'une forte hiérarchie au sein de la société et de la cellule familiale rend la sensibilisation difficile, la lenteur et le peu d'intérêt accordé par les établissements scolaires dans la prise en compte de l'éducation sexuelle et du VIH dans le programme de l'enseignement dispensé aux élèves réduisent leur impact potentiel. **Par ailleurs, les jeunes sont peu impliqués dans la prise en main des problèmes liés à leur sexualité et ne participent que peu aux activités de prévention du VIH.** Or, l'engagement des jeunes dans les campagnes de prévention est crucial pour la mise en place de stratégies de communication qui impliquent les populations locales à tous les niveaux. Pour une communication sociale efficace, les différents acteurs devraient adopter une méthode de travail structurée permettant de diffuser des idées et d'amener les individus à adopter les attitudes souhaitées. Il s'agit de mettre en œuvre une stratégie, c'est-à-dire d'élaborer des messages convaincants. Selon Madjiri ce ne sont pas les moyens et les outils de communication qui sont prioritaires, ni même la diffusion des messages, la primauté revient à la démarche et à l'ouverture des acteurs en présence (Madjiri, 1999).

Tous ces éléments rendent compte du fait que la prévention implique de s'attaquer à la fois aux risques encourus par des individus et aux facteurs de vulnérabilité de la société ou du contexte (Nodjiadjim Laoubaou et al. 2006).

3.2. MÉTHODOLOGIE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

L'enquête a été réalisée selon une approche socio-anthropologique à visée essentiellement qualitative. Différentes méthodes de recueil de l'information ont été privilégiées. Des données primaires ont été recueillies à travers une **enquête de terrain** à Kinshasa et à Goma, réalisée sur la base de méthodes de communication approfondie (entrevues individuelles et de groupe) et d'observations directes dans des services de santé, ménages, centres de jeunesse et les institutions chargées de la prévention du VIH/sida. La collecte des données secondaires a été réalisée quant à elle grâce à l'analyse documentaire. Ce protocole de recherche a été validé par le comité national d'éthique en RDC et par les équipes coordinatrices de MdM en France et en RDC.

Recherche documentaire

Une revue documentaire a été réalisée au cours du mois de mai 2016, avant le démarrage de l'enquête de terrain. Elle a consisté en une revue de la littérature existante sur la problématique 'jeune et VIH' au niveau mondial (en particulier les données et analyses socio-anthropologiques) et en RDC. Sur ce dernier point, ont été particulièrement visés: les statistiques nationales en matière de VIH, jeunesse et santé sexuelle et reproductive, les protocoles nationaux ou/et internationaux de lutte et prévention, les rapports des programmes nationaux impliqués dans la lutte contre le VIH/sida (2013 et 2014), les rapports des enquêtes Démographiques et de Santé (2007 et 2014), les documents clés des projets (rapports de missions exploratoires, rapports des précédentes enquêtes et des données récoltées sur les terrains), etc. Elle a été focalisée sur les stratégies IEC/CCC menées par les programmes mis en place à Kinshasa et Nord Kivu, avec une analyse des outils existants (public cible, spectre des thématiques abordées, mode de délivrance de l'information...).

L'exploitation des informations recueillies a permis de problématiser les principaux constats réalisés par les études existantes, ainsi que les spécificités socioculturelles et économiques des provinces concernées par l'étude. La revue documentaire a été également utile à l'élaboration du cadre analytique et méthodologique de l'étude (élaboration d'outils de collecte des données) ainsi qu'à l'identification de limites méthodologiques potentielles, qui ont été prises en compte lors de la collecte de données sur le terrain.

Enquête de terrain

La collecte des données sur le terrain, à Kinshasa et à Goma a duré 4 semaines au total (entre le 29 mai et le 24 juin 2016). Elle a été réalisée par une équipe de 2 consultant(e)s internationales et 4 consultant(e)s nationaux (1 consultant à Goma et 3 à Kinshasa) qui ont travaillé en binôme dans les zones enquêtées. Les enquêteurs nationaux, sous la supervision de deux coordinateurs pour l'ensemble de sites (Kinshasa et Goma), ont été formés **à la collecte de données qualitatives et ont participé à l'analyse des données**. Un test des outils a été effectué pour que les concepts, le cadre d'analyse et les outils soient véritablement appropriés par les consultants en question.

CHAMP GÉOGRAPHIQUE ET ZONES ENQUÊTÉES

Les critères de sélection des zones enquêtées (villes de Kinshasa et Goma) sont en lien avec les taux et les caractéristiques de la prévalence VIH et les phénomènes associés à l'épidémie.

Kinshasa

Capitale du pays, Kinshasa regroupe les structures centrales de l'Etat ainsi que les représentations nationales des partenaires au développement et des organisations de la société civile.

• Selon les données d'ONUSIDA, Kinshasa fait partie des 5 zones les plus touchées par l'épidémie. L'analyse épidémiologique et sociale de la capitale reflète également **le caractère urbain de l'épidémie** en RDC. En effet, le nombre de PVVIH à Kinshasa est estimé à 65 000 personnes, dont 35 576 sont sous traitement ARV (ONUSIDA, 2016).

• **A Kinshasa la prévalence moyenne du VIH est trois à quatre fois plus élevée dans les populations clés**. On note une ampleur de plus en plus accrue du phénomène HSH en réseaux. Les 2 grandes prisons ont une grande population carcérale mais la lutte contre le VIH y est insuffisamment organisée (UNESCO PNMLS 2013).

• A Kinshasa, l'épidémie est associée à la vulnérabilité de certaines catégories des jeunes et population cibles : **Les données existantes montrent l'augmentation du nombre d'enfants vivant dans les rues** (+45 %) entre 2006 et 2011, enfants qui sont exposés à des violences sexuelles et à la prostitution.⁽¹⁾

Goma

Au Nord-Kivu, où la prévalence du VIH est de 0,9%, l'épidémie est associée à des problématiques spécifiques.

• En effet, **le Nord Kivu est l'une des zones les plus instables de la RDC et est particulièrement touché par les violences sexuelles liées aux conflits armés**. Les provinces de l'Est du pays (Nord Kivu, Sud-Kivu, Nord du Katanga, Maniema) ont connu à elles-seules 1,4 million de personnes déplacées, notamment des enfants. Par ailleurs, en 2012, 15 654 cas de violences sexuelles et basées sur le genre ont été recensés dans 7 provinces de la RDC, dont 82% de viols, le Nord Kivu et la Province Orientale étant les deux régions les plus touchées. Une partie non négligeable des actes est commis par les hommes en uniformes (32% en 2011 contre 61% en 2012 au Nord-Kivu (Ministère du Genre, UNFPA, 2013).

• **Les indicateurs de développement sont de plus particulièrement mauvais** : les taux de pauvreté dans le Nord Kivu sont plus élevés que la moyenne nationale,

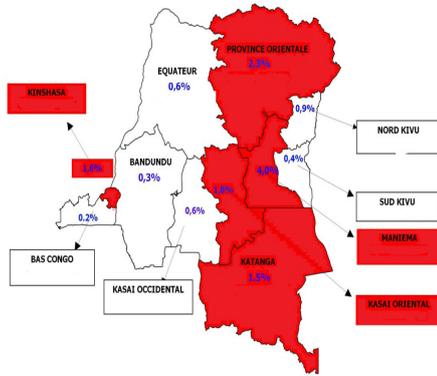
(1) Une étude de cartographie des PS en 2010 et 2011, publiée en 2012 a identifié à Kinshasa 450 sites de commerce du sexe. Le nombre de PS est estimé à 9776 dont 8809 PS femmes et 967 PS hommes dans 421 sites (PMNLS, ONUSIDA, 2012).

les taux de scolarisation sont très faibles dans le primaire (environ 53%) et les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés (EDS 2014).

• **Enfin, les services de santé sont insuffisants avec un médecin pour 24 000 habitants dans le Nord-Kivu.**

Les conditions sécuritaires, dans certaines zones de santé, (notamment le territoire de Béni), accentuent les dysfonctionnements du système de santé (ruptures en ARV et en produits sanitaires, perturbations dans la chaîne d'approvisionnement etc.).

• **Figure 1 : Taux de prévalence du VIH dans les anciennes provinces de la RDC - Source : ONUSIDA, 2016**



Au sein des villes ciblées par l'enquête, diverses zones de santé ont été sélectionnées et validées par l'équipe de MdM à Kinshasa et Goma. Le système de santé en RDC étant de type pyramidal à trois niveaux (central, intermédiaire-provincial et périphérique ou opérationnel), la zone de santé est considérée comme une entité décentralisée de planification et de mise en œuvre de la stratégie de soins de santé. Parmi les 35 zones de santé (ZS) de la Division Provinciale de santé de Kinshasa, **3 zones de santé** ont été enquêtées: **Kalamu II, Selembao et Kisenso**.⁽²⁾ Sur le territoire de Nord Kivu (21 zones de santé) les **zones de santé de Goma et de Karisimbi** ont été sélectionnées.⁽³⁾ Les critères de sélection de ces zones combinent la dimension urbain/rural, la présence d'acteurs de lutte contre le VIH/sida et la couverture des services VIH.

(2) <http://www.forumsida.net/renforcer-la-capacite-de-surveillance-de-la-societe-civile-dans-la-lutte-contre-le-vih-au-nord-kivu/>

(3) Du point de vue de l'organisation sanitaire, la Ville-Province de Kinshasa compte 6 districts sanitaires et 35 zones de santé dont 13 appuyées en Soins de Santé Primaires (SSP) (PNMLS 2014).

(4) Sur le plan administratif, la Province du Nord- Kivu est subdivisée en 6 Territoires (Beni, Lubero, Rutshuru, Masisi, Walikale et la ville de Goma, et 21 zones de santé.

• Dans la Ville de Kinshasa, toutes les zones de santé offrent le service de communication pour le changement de comportement, le traitement par les ARV, et le service de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). (PNMLS 2014). Cependant, à Kinshasa, au cours de l'année 2013, seules 295 maternités offraient le service de PTME sur les 550 que comptait la province, soit une proportion de 53,64%. Le taux de fréquentation à la première consultation prénatale (CPNi) est passé de 60% à 90% entre 2009 et 2011 avant de retomber à 82% en 2012 (PNMLS 2014).⁽⁴⁾ Kinshasa compte le plus grand nombre d'activités de lutte contre le sida appuyées par le gouvernement et surtout par les partenaires au développement. En termes de participation à la lutte de la société civile, la Ville de Kinshasa compte 154 ONG et OAC telles que l'Union Congolaise des PVVIH (UCOP PLUS), AMO CONGO, la fondation Femmes Plus, etc. (PNMLS 2014).

• D'après le Plan d'Action opérationnel du Nord Kivu pour l'année 2016, les 21 zones de santé étaient couvertes par les services VIH (CCC, IST, CDV, DCIP, PTME, prise en charge nutritionnelle), mais avec un taux de couverture de l'ordre de 17 à 18% seulement au niveau des aires de santé. Le nombre d'adultes recevant des ARV est passé de 5389 en à 8015 en 2015, constituant une couverture de 45% des besoins estimés, tandis que le nombre de femmes enceintes recevant les ARV dans le cadre de la PTME est passé de 573 à 913 sur la même période. (56% des besoins estimés en 2015) (Plan d'action opérationnel PNLS Nord Kivu, 2016). Des structures desservant des populations déplacées à Goma ont été sélectionnées pour prendre en compte la situation spécifique de cette population ainsi que les acteurs différents travaillant dans le domaine « humaine ».

(5) Cette augmentation répond, selon l'étude « Profil épidémiologique du VIH/sida Province du Kinshasa (2014) » au changement du nombre de maternités dans la Ville-Province de Kinshasa, qui est passé de 543 en 2009 à 550 en 2013. Selon cette étude « au cours de l'année 2013, seules 295 maternités offraient le service de PTME sur les 550 que comptait la province, soit une proportion de 53,64% » (PNMLS 2014, p. 28).

Tableau 2 :
Zones de santé enquêtées à Kinshasa et au Nord Kivu

PROVINCE	DISTRICT SANITAIRE	ZONE DE SANTÉ	AIRE DE SANTÉ	CRITÈRES DE SÉLECTION DES ZONES DE SANTÉ
Kinshasa	Lukunga	Selembao	Madiata	Zone peri-urbaine
	Kalamu	Kalamu II	YOLO-SUD II	Zone urbaine
	Mont Amba	Kisenso	Révolution	zone semi-rurale, commune périurbaine de Kinshasa
Nord Kivu (Goma)	Goma	Goma	Heal Africa	Zone urbaine
	Goma	Karisimbi	Murara , Ndosho	Murara (zone urbaine central)
			Mugunga	Ndosho (zone urbaine périphérique) Mugunga (zone péri-urbaine)

DÉFINITION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

Notre démarche méthodologique a tenu compte de divers acteurs institutionnels et associatifs concernés par les thématiques d'étude, et les jeunes entre 10 et 24 ans. Nous avons distingué leur niveau d'intervention (institutionnel, mise en œuvre des actions). Une description détaillée de la population de l'étude est présentée dans les annexes.

- **Cadre institutionnel :** Acteurs qui participent à l'élaboration des stratégies de prévention et/ou de prise en charge du VIH (gouvernement et OI).
- **Informateurs clés (mise en œuvre des actions)** Acteurs de la communauté qui interviennent dans la formation/ l'information/ la prise en charge des jeunes sur le VIH/sida ; partenaires et gestionnaires des programmes de prévention au niveau local.
- **Jeunes scolarisés ou non scolarisés, jeunes garçons et jeunes filles entre 10 et 24 ans.** Une distinction de tranches d'âge a été réalisée parmi les jeunes (10-14 ans) - (15-18) - (19-24) afin de pouvoir saisir les problématiques spécifiques aux enfants ou aux mineurs (moins de 18 ans).

ECHANTILLON NON-ALÉATOIRE DE L'ÉTUDE

Le choix des personnes à interroger s'est basé sur la volonté de laisser la plus grande part aux premiers concernés (les jeunes) dans leur diversité (sous-groupes). La technique de la boule (Snowball sampling)⁽⁶⁾ a permis d'identifier les personnes les plus pertinentes à l'étude. Au total, 216 personnes ont été interrogées, dont 136 jeunes, comme résumé dans les tableaux ci-dessous.

(6) La technique de la boule (Snowball sampling) est basée sur l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête (Letrillart et al. 2009).

Tableau 3 :
Population d'étude selon sexe et tranche d'âge

TRANCHE D'AGE	F	H	F/H
Population jeune (10 – 24 ans)	63	73	136
Population adulte (+24 ans)	27	53	80
TOTAUX	90	126	216

Parmi la population adulte interviewée, nous avons ciblé les acteurs du système de santé décentralisé et le personnel soignant des centres de santé des ZS choisies : infirmiers titulaires, infirmiers CDV, PeC VIH VBG, agents de la planification familiale (PF), point focal de la santé maternelle et néonatale, etc. Avec les associations de la société civile (que nous avons pu interroger faisant une distinction des niveaux d'intervention : national, provincial, local), ces acteurs jouent un rôle fondamental pour les changements de comportement des populations cibles.

Tableau 4 :
Acteurs institutionnels et associatifs interviewés, selon sexe, secteur d'activité et niveau d'intervention (population adulte de + 24 ans).

Niveau d'action	TYPE D'ACTEUR											
	Acteurs gouvernementaux de lutte contre le VIH/sida (PNSA, PNMLS, PNLS)		Partenaires techniques et financiers (PTF) (ONUSIDA, UNICEF, UNESCO PNUD, CORDAID, UNFPA)		Acteurs du système de santé décentralisé (Bureau central de la ZS, centres de santé)		Acteurs du système éducatif (écoles, lycées, universités)		Organisations confessionnelles (CONERELA, églises)		Associations de la société civile (RACAJ-CEICA, centres d'accueil jeunes, ONG pop. clé).	
Sexe	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Niveaux national		4	3	4						1	8	19
Niveau Provincial		2				2		2				1
Niveau local					4	8	1	1		2	4	6
Totaux	0	6	3	4	4	10	1	3	0	3	12	26
F et H												
TOTAL H/F	6		7		14		4		3		38	
TOTAL	72 PERSONNES INTERVIEWEES, DONT 19 FEMMES ET 53 HOMMES											
Entretiens réalisés auprès des parents	9 ADULTES ISSUS DES FAMILLES DES JEUNES VIVANT AVEC LE VIH (DONT 8 FEMMES ET 1 HOMME).⁽¹⁾											
TOTAL	80 PERSONNES ADULTES INTERVIEWÉES, DONT 27 FEMMES ET 53 HOMMES.											

Compte tenu des objectifs du projet « jeunes et VIH » qui privilégie la prévention nous avons privilégié la population générale. Un focus a néanmoins été réalisé sur les jeunes vivant avec le VIH, notamment issus des populations cibles (38 personnes au total, dont 24 femmes et 14 hommes).

⁽¹⁾ : La proportion plus importante de femmes que d'hommes interviewés s'explique par la méthodologie de l'enquête, qui a privilégié les entretiens sur les lieux de prestation de service. Ainsi, à Goma, les familles ont été rencontrées dans le seul hôpital faisant la prise en charge pédiatrique. Il s'est avéré que ce sont le plus souvent les femmes (mères ou tantes) qui accompagnaient les enfants et jeunes lors des consultations.

Tableau 5 :
Jeunes interviewés selon le sexe, l'âge et le statut sérologique

Âge	F	F VVIH	TOTAL F	H	H VVIH	TOTAL H	TOTAL H/F
10-14 ans	4	9	13	7	2	9	22
15-19 ans	12	5	17	30	5	35	52
20-24 ans	23	10	33	22	7	29	62
TOTAUX	39	24	63	59	14	73	136

ECHANTILLON NON-ALÉATOIRE DE STRUCTURES

Au sein des zones de santé choisies, l'équipe d'enquêteurs a sélectionné diverses structures qui ont été visitées sur le terrain (gouvernementales, associatives, médicales, éducatives, confessionnelles, etc.). Les structures visitées ont été choisies pour refléter au mieux la diversité des situations. Ainsi, il a été fait attention de visiter à la fois des structures publiques, privées à but lucratif et privées confessionnelles. Les acteurs institutionnels ont été rencontrés particulièrement à Kinshasa, mais aussi via les antennes décentralisées à Goma.

L'échantillon de structures comprend : 5 Organismes internationaux (UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, UNDP, CORDAID) ; 3 organismes du gouvernement (PNSA, PNMLS, PNLS) ; 1 Organisation confessionnel (CONERELA) ; 1 réseau des associations des jeunes (RACOJ-CEICA) ; 3 centres d'accueil des jeunes ; 1 réseaux des associations des PVVIH (UCOP+) ; 4 associations visant les populations cibles (PASCO, PSSP, MOPREDES, AFEDI) ; 7 écoles (confessionnelle et non confessionnelle, privée ou publique) ; 3 universités (confessionnelle et non confessionnelle, privée ou publique) ; 2 Bureaux Zone Central de Santé (Selembao et Karisimbi) ; 8 centres de santé (privés non confessionnels et confessionnels, public, à but non lucratif). La liste complète des personnes interrogées par type de structure est résumée dans les annexes.

Outils de collecte de données utilisés

L'approche socio-anthropologique appliquée à la thématique de l'étude donne une place centrale au point de vue des acteurs et à la diversité des réponses sociales au sida. L'approche anthropologique, bien qu'il puisse lui être reproché son absence de représentativité, permet la prise en considération des discours individuels dans leur totalité, n'excluant aucun des thèmes qui définissent les relations sociales, à l'intérieur de la famille et des réseaux amicaux et professionnels (Vidal 1994). C'est pourquoi, lors de la collecte des données sur le terrain, divers outils ont été utilisés : récits de vie, guides thématiques pour les focus groups, observation participante, ainsi que des guides d'entretiens semi directifs. Enfin, une séance de restitution de l'information avec les collaborateurs de l'étude a été réalisée pour valider les résultats préliminaires et apporter des précisions.

a) Entretiens individuels semi-structurés

Suivant les objectifs spécifiques de l'étude, nous avons élaboré trois guides d'entretiens.

- Un guide d'entretien à destination des acteurs institutionnels, qui couvre les questions de la définition des stratégies d'intervention ainsi que la traduction de ces stratégies en actions (obstacles, « bonnes pratiques », besoins).
- Un guide d'entretien qui vise les agents qui participent à la prévention du VIH, avec des modules spécifiques pour les professeurs, le personnel soignant, les acteurs issus des associations confessionnelles, etc.). Il est particulièrement orienté vers les informations concernant l'éducation à la santé et les discours de prévention, mais comporte aussi des questions sur les perceptions de ces acteurs sur les comportements des jeunes et les liens avec les acteurs institutionnels. Etant donné l'importance des professionnels de santé dans l'étude,

le guide d'entretien visant ce type d'acteur a eu comme objectif de viser à la fois les agents des structures publiques et privées, offrant ou non des services de dépistage et prise en charge du VIH.

- Enfin, un guide d'entretien à destination des jeunes, qui porte en priorité sur leurs connaissances du VIH, leurs comportements sexuels et leurs vécus. Il possède des modules spécifiques sur leurs accès aux services et outils de prévention et de dépistage. Il a par ailleurs été adapté pour les publics spécifiques, à savoir les jeunes vivants avec le VIH, les HSH, les PS.

b) Récits de vie

Des **récits de vie** ont été collectés auprès des enfants, mineurs et jeunes entre 10 et 24 ans vivant avec le VIH/sida. Ils ont eu pour vocation d'analyser leurs itinéraires familiaux (scolarité, migrations, vécus socio-familiaux, violences au cours de la vie), leurs pratiques sexuelles en commençant par les premiers rapports sexuels pour terminer par les conduites subséquentes (protectrices et conduite à risque) et leurs parcours de soins. À tra-

vers cet outil, nous avons pu explorer également les manières dont ils ont appris qu'ils étaient porteurs du VIH, les relations aux prestataires de soin, et leur implication dans la lutte contre le sida.

c) Focus group

Les **focus groups** ont permis de trianguler les opinions des acteurs concernés (jeunes versus professionnels de santé, jeunes versus parents, responsables des campagnes de prévention versus professionnels de santé, etc.). Les groupes ont été plus au moins hétérogènes du point de vue des caractéristiques ethniques, scolaires professionnelles et religieuses : groupes mixtes de jeunes en milieu scolaire ou non, groupes de jeunes PVVIH. Les focus group ont abordé majoritairement les thématiques de prévention, notamment en termes de compréhension des messages, d'adaptation de ces messages aux réalités du vécu de ces jeunes. Ils ont permis notamment d'approfondir certains éléments abordés au cours des entretiens individuels par la création d'un dialogue autour de points cruciaux. Les guides de conduite des focus groupes sont disponibles en annexe.

À Kinshasa, au total, **42 entretiens individuels** ont été réalisés (parmi eux, **10 récits de vie** concernant les jeunes PVVIH et leurs parents) ainsi que **13 focus groups** d'une moyenne de 7 personnes chacun.

À Goma 38 entretiens individuels ont été réalisés (parmi eux, **4 récits de vie** des jeunes vivants avec le VIH et 3 membres de familles (parents ou tuteurs). **6 focus groups** ont été réalisés, d'environ 5 à 6 personnes chacun.

Au total, **80 entretiens individuels** ont été réalisés dans le cadre de l'enquête (dont **14 récits de vie**) et **19 focus groupes touchant à une population total de 136 personnes**.

Tableau 6 :

Récapitulatif des entretiens individuels (EI) et entretiens de groupe ou focus group (FG) réalisés lors de l'enquête de terrain, selon sexe et nombre des personnes interrogées.

PERSONNES INTERVIEWÉES	KINSHASA					GOMA					TOTAL		
	EI		FG		TOTAL	EI		FG		TOTAL	TOTAL		
	F	H	F	H	F/H	F	H	F	H	F/H	F	H	F/H
Acteurs de l'état, PTF (hors Associations société civile)	3	8	0	0	11	0	2	0	0	2	3	10	13
Informateurs clés, issus du cadre de vie des jeunes	5	8	12	17	42	2	13	5	5	25	24	43	67
Jeunes	10	8	35	37	90	11	10	7	18	46	63	73	136
TOTAUX	18	24	47	54	143	13	25	12	23	73	90		216
	42		101			38		35					

Une phase test à Kinshasa des outils a permis de modifier l'administration des guides d'entretiens aux groupes et individus enquêtés. Cette modification a concerné le choix des thématiques en fonction des zones et des groupes à interroger. Les données qualitatives découlant des entretiens approfondis et des groupes de discussion ont été transcrites sous formes de compte rendu et dans un journal de terrain, puis analysées selon les techniques d'analyse de contenu et comportementale. Le journal de terrain, tenu par chacun des consultants, a permis de consigner quotidiennement les observations et les réflexions personnelles réalisées dans les lieux enquêtés, afin de pouvoir par la suite analyser et restituer des expériences situées et contextualisées. Les données récoltées ont été soumises à vérification (triangulées) auprès des informateurs clés et des participants des groupes de discussion.

d) Observation

L'observation en situation a constitué un pilier technique de base pour la récolte des données. L'observation est l'action de suivi des phénomènes à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriés, sans volonté de les modifier. Le chercheur y a recours principalement lorsqu'il suit une méthode empirique.⁷ Lors de la réalisation de l'étude les enquêteurs ont effectué des observations directes ou participantes dans un contexte ordinaire, à savoir les structures de soins et les locaux associatifs où les personnes ont l'habitude de se rendre (séances de sensibilisation menées par les différents acteurs et l'utilisation des services de santé (participation aux séances de counseling et dépistage volontaire, salles de consultations, salles d'attentes, salles d'IEC, de dépistage etc. La posture choisie était d'observer in situ des interactions entre les jeunes, les éducateurs et les personnels de santé et de comprendre le quotidien et la vie de ces structures. Un moyen de réduire le biais lié à la présence de l'observateur pendant les consultations et séances fut de maintenir une présence sur plusieurs heures voire plusieurs jours pour certains sites sans intervenir sur le déroulement des faits, permettant à l'équipe soignante et à la population de « s'habituer » à la présence d'un étranger.

e) Séance de restitution de l'information

Les données récoltées ont été soumises à vérification auprès des informateurs clés et des participants des groupes de discussion et lors de la restitution des données auprès de Médecins du Monde et du RACOG à Kinshasa à l'issue de la mission de terrain. Cette restitution « à chaud » des résultats préliminaires a été réalisée au cours d'une réunion et a consisté en une présentation de la méthodologie et du déroulement de la mission, ainsi qu'une présentation des premiers résultats sur la base des trois axes d'analyse décrits dans la méthodologie. Elle a été suivie d'une discussion qui a permis de valider certaines informations et de mettre en exergue les sujets d'intérêt pour MdM et le RACOG à faire ressortir dans le présent rapport.

(7) Cependant, elle serait susceptible d'influer sur le comportement de l'objet observé ; à savoir qu'une personne peut modifier son comportement parce que se sentant observée. Par ailleurs, plus que tout autre outil, l'observation en situation est influencée par les caractéristiques du chercheur lui-même (Chevalley, 1998).

Biais, difficultés et limites de l'étude

Le processus de collecte n'a pas connu de grandes difficultés et ceci grâce à l'équipe MdM en RDC. Elle a fourni la logistique et l'ambiance nécessaire pour des conditions de travail favorables. De même, la plupart des acteurs à tous les niveaux, se sont rendus disponibles pour les besoins de l'enquête. Toutefois l'accès à quelques structures enquêtées a été rendu plus compliqué par des formalités demandées par certains acteurs (prise de rendez-vous officielle, courriers, etc.)

L'équipe de recherche a cependant été confrontée à un certain nombre de situations induisant des biais que nous avons géré et qui méritent d'être soulignés :

- La courte durée de l'enquête a certainement limité la possibilité d'un meilleur approfondissement des thématiques. L'enquête ayant eu lieu au moins de juin, date de fin des études secondaires, il n'a pas été possible de participer à des sessions d'éducation à la vie dans le cadre scolaire. Vu les contraintes imposées par le calendrier scolaire (période d'examen) le temps d'observation dans les écoles a été réduit, nous empêchant de pouvoir travailler un cadre de confiance plus étroit avec les jeunes interviewés, pouvant nous permettre de « se faire oublier ». Les descriptions produites ont été réalisées sur une période de quatre semaines et les données ne doivent donc pas être sur-interprétées mais bien permettre un éclairage empirique et non exhaustif des situations.
- Les biais de traduction : ne comprenant pas les langues locales, nous avons dû faire usage de la traduction simultanée, avec le risque de distorsion entre les idées exprimées par les répondants et ce que restituent les traducteurs. Cependant, les traducteurs choisis ont une certaine expérience d'enquête, ce qui a permis de minorer l'importance de ces biais.
- Les thématiques « santé sexuelle-VIH/sida, Droits Humains, prostitution » sont des sujets sensibles qui imposent des attentions particulières au niveau méthodologique. La gêne de s'exprimer devant 'l'inconnu' sur la sexualité, sur sa sérologie ou sur l'utilisation d'une méthode contraceptive peuvent imposer des limites dans les informations à recueillir. Nous avons préparé des questions filtres visant la production de discours évoquant « ce qui est dit », « ce qui se fait » et « ce qui est souhaitable » en matière de pratiques sociales et de changement de comportements. Ces problématiques nous ont mené à systématiser les informations recueillies à partir de la comparaison des réponses et la répétition des entretiens, ainsi qu'à approfondir l'analyse de contradictions et/ou silences sur des thèmes relevant de l'intimité (Vidal 1994).

- Nous avons dû être très vigilants sur l'influence de la rhétorique propre au sida sur le discours des personnes interviewées. En raison des multiples difficultés que les personnes séropositives rencontrent dans leur vie quotidienne (soins, nourriture, aides à l'entourage familial), pour eux, l'enjeu peut être de participer à un projet ou de contribuer à une étude, sachant qu'en retour de leur intervention, ils recevront une aide (médicale, financière ou matérielle, personnelle ou destinée à leur association). Dès lors, le malade se trouve dans la situation ambiguë et rapidement intenable d'avoir entériné sa participation à une activité et de ne pouvoir de ce fait en contester le déroulement alors même qu'elle ne répond pas entièrement à ses attentes (Vidal 1999).
- Enfin, nous avons été très vigilants sur le respect de l'éthique du chercheur et l'éthique de la recherche. Au niveau de l'individu, le principal enjeu éthique demeure le respect de la confidentialité, droit fondamental et premier de la personne, dans toute recherche sur le sida. Partie intégrante du métier d'anthropologue, la collaboration avec un enquêteur-interprète peut revêtir des inconvénients au regard des enjeux de confidentialité évoqués précédemment. Aussi précise soit leur identification (telle catégorie de prostituées, de jeunes, de malades), les individus ou groupes rencontrés obligent le chercheur à une réflexion sur son travail (Vidal 1994). Concernant les mineurs concernés par l'enquête, l'équipe de terrain a demandé toujours la permission de mener l'entretien auprès des parents ou tuteurs des enfants, aussi bien qu'auprès d'eux-mêmes, au cas où ceux-ci sont suffisamment en âge pour comprendre les concepts liés à la permission et au consentement.

4 - LA PLACE DES JEUNES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : UNE VOLONTÉ POLITIQUE AFFICHÉE, UNE FAIBLE INSTITUTIONNALISATION

Selon les données de l'ONUSIDA, en ce qui concerne l'infection à VIH, sur le plan mondial des avancées significatives ont été enregistrées dans pratiquement tous les domaines de la riposte au VIH, mais les progrès restent à la traîne concernant les adolescents et jeunes. La RDC est un des pays les plus affectés par le VIH de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. L'épidémie du VIH/sida y est de type généralisée (+ de 1% de la population), cependant, la majorité des près de 80 millions d'habitants du pays n'a jamais été dépistée pour le VIH.

La population jeune du pays (près de la moitié de la population a moins de 15 ans et 67% moins de 25 ans) est

la plus touchée par l'épidémie. En RDC, les adolescents et jeunes (10 à 24 ans) représentent environ 32,8% de la population totale soit plus ou moins 23 millions d'habitants (PNSA, 2016). Chez les jeunes congolais de 15-24 ans, on estime la prévalence du VIH à 0,7 %. Dans cette tranche d'âge, elle est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,0 % contre 0,4 %), (EDS, 2014). Si quasi tous les jeunes ont déjà entendu parler du sida (93% des jeunes filles et 95,3% des jeunes garçons, EDS, 2014), seule une petite partie connaît les dispositifs de prévention. Selon le MICS (2010), seules 15,2% des filles avaient une connaissance approfondie du VIH/sida) (PNSA, 2011).

AU NIVEAU MONDIAL

Le sida est la première cause de décès des adolescents en Afrique et la deuxième au niveau mondial. Seuls 1/4 des adolescents de moins de 15 ans ont accès à un traitement antirétroviral vital. 60% des nouvelles infections continuent à se produire parmi les adolescents et jeunes et le nombre des décès demeure croissant chez les 10 - 19 ans (All In, UNICEF, 2015).

EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

- **Prévalence dans la population générale** : 1,2% Prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les services de CPN : 1,8%
- **Prévalence chez les jeunes** : 1,0% (filles) et 0,4% (garçons) (EDS, 2014).
- **Nombre de personnes vivant avec le VIH** : 450.000 (estimation CIA World Factbook), dont 60.000 enfants de moins de 15 ans et 210.000 femmes 17eme pays le plus touché en nombre de personnes (All In, PNMLS, 2016).

Très touchés par l'épidémie et considérés comme un potentiel moteur de celle-ci, les jeunes ont été pris en compte spécifiquement dans les programmes de lutte contre le sida à partir de 1999. Depuis, la réponse nationale a permis d'enregistrer d'importants progrès: la création du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), du Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) qui oriente les normes, procédures politiques nationales; l'appui des partenaires extérieurs aux actions des secteurs sociaux de base (UCOP+, FOSI) et la création d'interfaces associatives sur les questions des jeunes (RACQJ), l'intégration de l'approche zone de santé avec des postes dans lesquels l'accès aux spécialistes en SSRAJ est assuré.

Dans cette section nous présentons une analyse globale sur l'évolution et défis de la coordination multisectorielle nationale de la lutte contre le VIH/sida et les approches et lignes programmatiques des politiques de prévention. L'objectif est d'analyser de manière critique les résultats atteints et d'identifier des goulots d'étranglement. Il s'agira de soulever les problèmes qui touchent davantage les populations jeunes, et pour lesquelles la stratégie nationale définit moins d'orientations claires.

4.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH EN RD CONGO

Les premiers cas VIH en RDC ont été décelés en 1983, reconnus par le gouvernement en 1984 et ont abouti à la création en 1985 d'un comité de lutte contre le sida (CNLS), et en 1987 du Bureau central de coordination (BCC/SIDA) piloté par le Ministère de la Santé Publique. Après une période troublée au niveau politique, le Programme National de lutte contre le sida a été créé en 1998, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et a abouti à l'élaboration en 1999 du premier plan stratégique National de lutte contre le sida (PNMLS, 2015). Cependant, à l'instar de ce qui s'est fait dans d'autres pays, dès 2001, le Président de la République s'est engagé auprès de l'UNGASS (Session Spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH) pour l'ouverture à la multisectorialité. Dans le cadre des nouvelles initiatives en faveur de la santé mondiale (ISM) qui sont apparues depuis 2000, et qui ont participé au financement d'interventions en faveur de la santé mondiale dans les pays à faible revenu, la coordination multisectorielle des activités de lutte contre le VIH/sida est considérée comme la principale stratégie de gouvernance pour la plupart des pays d'Afrique. L'approche multisectorielle supposait que le VIH/sida devait être abordé non seulement comme une question liée au secteur de la santé, mais aussi par d'autres secteurs; en outre, tant les acteurs non gouvernementaux que le secteur privé devaient y être associés.

En RDC, depuis 2004, la lutte contre le sida est donc coordonnée par le Programme National Multisectoriel de lutte contre le sida (PNMLS), présent au niveau national et comportant des antennes dans chacune des 11 régions du pays (il n'y a pas encore d'antenne dans les 26 nouvelles régions⁽⁸⁾). Fondé grâce à un financement important de la Banque Mondiale (projet MAP), le PNMLS a conduit à la création, au sein d'autres Ministères de cellules de lutte contre le sida (Armée, Intérieur, Education, Affaires Sociales, Genre, ...). La définition de politiques, stratégies et programmations se fait au sein de ces secteurs, soit au sein de directions particulières, soit dans le cadre de programmes dédiés au VIH/sida: citons par exemple le PALS, programme de l'armée de lutte contre le sida, ou la Direction de l'Education à la Vie Familiale et en matière de population du ministère de l'Education Primaire, Secondaire et Professionnelle (PNMLS, 2013). Cependant, comme l'indique le rapport d'activité 2013 du PNMLS, seuls certains secteurs sont actifs: Santé, Défense et sécurité, Transport et communication, Education; Social et action humanitaire, Justice et droits humains. (PNMLS, 2013).

(8) Depuis 2015, la RDC est passée de 11 anciennes à 26 nouvelles régions.

À présent, la lutte contre le sida est considérée au plus haut niveau politique, avec un organe de décision, le Conseil National Multisectoriel de lutte contre le Sida (CNMLS), organe de décision placé sous la Haute Autorité du Président de la République. Il existe par ailleurs depuis 1999 un cadre programmatique unifié, avec des plans nationaux successifs de réponse au VIH/sida : le Plan de lutte contre le sida 1999-2008, Plan Stratégique National 2010-2014 et dernièrement PSN 2014-2017. Ils définissent les priorités de la lutte et les cibles à atteindre, et parmi elles, les jeunes.

La nouvelle approche de lutte se fonde sur « l'objectif zéro » de l'ONUSIDA, à savoir zéro nouvelle infection, zéro décès lié au VIH et zéro discrimination et stigmatisation liées au VIH.⁹ La stratégie suivie par le gouvernement est inscrite ainsi dans huit cibles sur les dix jugées pertinentes pour le pays par la Déclaration politique sur le VIH et le sida faite lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2011 : « Il s'agit de réduire la transmission par voie sexuelle, prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues, éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement, éviter les décès liés à la tuberculose, parer à l'insuffisance des ressources, éliminer les inégalités entre les sexes, éliminer la stigmatisation et la discrimination, et renforcer l'intégration de la riposte au VIH. Ainsi, se fondant sur la bonne connaissance de l'épidémie du VIH et l'état de la réponse nationale, des populations et des zones géographiques cibles prioritaires seront identifiées ».

Le transfert de compétences de la coordination de la réponse multisectorielle contre le VIH/sida, du Ministère de la Santé à la Présidence de la République, à travers le PNMLS, a permis d'étendre le champ de la lutte contre le sida.¹⁰ Les avantages d'une telle approche sont contenus dans la dimension multisectorielle, montrant que la lutte contre le sida ne se limite pas à la gestion 'clinique' d'une maladie, mais impose la prise en compte de dimensions sociales multiples. En revanche, cette volonté d'implication de tous les secteurs peut favoriser un

émiettement des programmes et implique des difficultés de coordination.

Les partenaires techniques et financiers : une multiplicité d'acteurs

Pour définir et mettre en œuvre ces stratégies de lutte contre le sida, les intervenants sont nombreux et diversifiés. Nous pouvons ressortir la typologie suivante :

Les organisations internationales, la coopération bilatérale et les ONG internationales

La lutte contre le sida est en grande majorité financée par les bailleurs internationaux : en 2012, 61% des fonds de la LCS provenait des fonds internationaux, 37,2% de fonds privés (principalement les dépenses directes des ménages, dont une grande partie des PVVIH) et seulement 1,2% des fonds publics de l'Etat congolais (rapport REDES, PNMLS 2013). Parmi ceux-ci, une très grande part provenait du Fonds Mondial (82,5 Millions USD/142), et de PEPFAR (45 Millions). Les activités réalisées grâce aux subventions du Fonds Mondial sont mises en œuvre soit par le ministère de la Santé, soit par d'autres bénéficiaires chargés de la gestion (CORDAID et SANRU pour les financements en cours). D'autres OI ou ONG ciblent particulièrement les jeunes et adolescents dans leurs programmes à l'instar de l'UNICEF ou de l'UNFPA pour les Nations Unies, et apportent un appui technique et financier au gouvernement pour la définition des stratégies et programmes.

Les agendas de ces acteurs peuvent être multiples et changeant. Si certains affichent une volonté d'alignement sur les politiques et stratégies du pays (déclaration de Paris et Busan sur l'aide au développement), dans les faits, le poids des stratégies décidées au niveau international, les décisions des sièges, la rotation régulière des effectifs et les difficultés techniques de coordination rendent difficile cet alignement. D'autres acteurs ont aussi clairement une vocation plus « militante » (associations religieuses ou d'appui à la société civile) et vont de ce fait privilégier des axes et approches différentes, pouvant parfois entrer en contradiction entre-elles ou avec les orientations des plans nationaux.

Les ONG nationales et réseaux de la société civile

De très nombreuses ONG nationales, parfois constituées en réseau, interviennent dans la lutte contre

⁽⁹⁾ Dans le nouveau Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida 2014-2017, le Gouvernement de la RDC s'est donné pour but de contribuer au développement du pays en freinant la propagation du VIH par la réduction de l'impact de l'infection à VIH sur la population en RDC. Il a retenu pour cela cinq axes stratégiques qui sont : La prévention de la transmission du VIH et des IST ; La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; L'amélioration de l'accès aux soins et traitement ; La promotion d'un environnement favorable à la riposte pour le VIH ; Le soutien à la mise en œuvre.

⁽¹⁰⁾ La lutte contre le VIH/SIDA est placée sous le haut patronage du Chef de l'Etat. Dans le secteur de la Santé, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et des IST (PNLS) a la charge de coordonner « l'action de lutte ».

le VIH. Le REDES 2013 a ainsi permis de recueillir les données issues de 32 structures « privées », actives dans la mise en œuvre des activités liées au VIH/sida. Elles constituent souvent le premier niveau de contact entre les jeunes et la prévention du VIH/sida. Ces organisations sont parfois regroupées sous les termes de « société civile » et regroupent des types de structures iconoclastes, d'une petite association de quartier à des réseaux d'associations de dimension nationale dont la structure et le mode d'organisation peuvent devenir très administratifs. De même que pour les acteurs internationaux, les enjeux et les causes défendues varient fortement d'une organisation à l'autre, que ce soit en raison de leur « mandat » ou de leurs possibilités techniques d'action. La dépendance à des financements souvent extérieurs va aussi souvent influencer sur les thématiques privilégiées par ces associations.

4.2. ANALYSE DE LA COORDINATION MULTISectorielle DES INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Comme démontré dans de nombreuses études sur l'efficacité de l'aide les nécessités de coordination dans un contexte de multiplication des acteurs (coopération Sud-Sud, rôle de la société civile) s'avèrent indispensables pour atteindre un réel impact de l'aide au développement (déclaration de Busan, 2011).⁽ⁱⁱ⁾ Il ressort de notre étude qu'en RDC, il existe actuellement un problème d'harmonisation des politiques de lutte contre le VIH qui porte sur 3 aspects : l'alignement des bailleurs internationaux sur les plans du pays, la coordination avec les instances nationales de lutte contre le sida et l'appui au suivi et à l'évaluation des programmes.

Une carence de leadership du gouvernement dans la lutte contre le sida

Comme décrit précédemment, la lutte contre le sida reste en grande majorité financée par les bailleurs internationaux. La précarité du système étatique et sa dépendance aux ressources extérieures ont pour conséquences de profonds dysfonctionnements dans la coordination de l'action de lutte contre le VIH/sida et une absence de collaboration effective entre les divers

(ii) Sur ce point voir les études réalisées par le comité d'aide au développement de l'OCDE : <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/assessingprogress towardseffectiveaid.htm>

intervenants : « Comme le gouvernement ne contribue pas assez ou très peu, il ne faudrait pas qu'il appelle les partenaires, et qu'il leur demande quelque chose. Après les partenaires demandent et vous, vous mettez combien ? Ils n'auront pas une réponse satisfaisante. Si le pays veut mettre en œuvre ces activités, veut réellement qu'on cible les jeunes, il faudrait que le pays mette les moyens. Or le pays ne met pas les moyens » (Entretien PNMLS).

Selon quelques personnes interviewées, le pays subit les orientations des bailleurs : « Les crises du Congo n'ont pas permis une organisation soutenue des actions au niveau des secteurs sociaux de base. Depuis 30 ans on survit avec les aides de la coopération ; PNLS et PNSA ont été créés à travers ces logiques de financement. Le PNMLS a été créé par la Banque Mondiale qui a donné l'argent et le gouvernement a rendu disponible le bâtiment et recruté le personnel. S'il y a une évolution au niveau de tel programme, c'est grâce à l'appui des partenaires ; il y a des secteurs dont les activités évoluent suite au leadership des ministres qui les dirigent. Une avancée est constatée, c'est le cadre stratégique national mais l'évolution est constatée grâce à la coopération avec les partenaires. Il faut s'inscrire sur ce cadre d'intervention, mais il y a duplication. Le leadership d'une autorité politique peut contribuer dans le sens d'une augmentation du financement là où il y a des actions » (Entretien UNESCO). Les logiques de financements peuvent ainsi perturber la coordination hiérarchique (« coordination verticale-interne ») (Christensen et Lægred, 2008) entre l'organisme de tutelle, PNMLS et d'autres acteurs du même secteur placés sous son autorité (PNSA, PNLS) : « Ce qui est important c'est de savoir quel est le mandat de chacun, quel est le rôle de chaque ministère, donc un problème de coordination qui se pose » (Entretien PNMLS, Kinshasa).

Un important travail de plaidoyer a été réalisé au cours des dernières années pour que l'Etat contribue plus au financement de la lutte contre le sida. Cet engagement financier s'est traduit au niveau décentralisé par l'ajout de lignes dédiées dans certains budgets provinciaux. Cependant, si ces lignes existent, dans les faits elles sont rarement décaissées : « L'assemblée provinciale arrive à voter un budget. L'année passée c'était 151 millions de Francs congolais, l'équivalent plus ou moins de 150 000 dollars, mais il n'a décaissé que 1500 USD (...) Bon en discutant avec le gouverneur de Province, il dit c'est pas facile, la réquisition est bloquée au niveau de Kinshasa, et que même le niveau d'exécution de leur budget provincial se situe autour de 60, 70%, ce qui fait qu'ils n'arrivent pas à honorer tous les engagements qu'ils ont pris pendant l'année » (Entretien PNMLS, Goma).

Enfin, le manque de moyens financiers a aussi un impact sur la pérennité et sur la couverture des actions : « Nous

avons été financés par la Banque Mondiale pendant 5 ans, du début du PNMLS jusqu'au mois de mars 2011. Depuis la fin de ce financement, tous les ministères ne font qu'attendre. Notre rôle dans la réunion de 2014 c'était de dire à tous les ministères que plutôt que d'attendre, la lutte contre le VIH c'est une question de chacun, chacun doit mettre des fonds à son niveau pour que les activités soient menées » (entretien PNMLS). « La couverture nationale, par rapport à la lutte contre le sida, n'est pas tout fait complète. Il y a des poches, des endroits où on ne fait presque pas d'activités, soit il n'y a pas un partenaire qui y va, et puis la plupart des gens, ils vont là où il y a beaucoup plus de facilités de suivre leur financement. Donc, il y a cette iniquité dans la couverture » (Entretien UNICEF). Tant au niveau géographique que sectoriel, le financement de la lutte contre le VIH dépend donc autant d'opportunités (secteurs plus « riches » ou plus aidés) que de réponse aux véritables besoins. En l'absence d'une véritable redistribution par l'Etat central, des régions ou zones très enclavées, avec peu de présence internationale vont donc recevoir moins d'appui que d'autres, plus faciles d'accès mais où les besoins sont peut être moins importants.

L'alignement des actions sur les politiques et stratégies du pays

Comme le souligne un rapport du PNUD (2010), de nombreuses analyses de la coordination ont été réalisées en RDC : un audit institutionnel des structures de coordination en 2008, un audit organisationnel du PNMLS (2009) l'analyse pour la revue du cadre institutionnel en 2010, etc. Leurs principales conclusions soulignent le nombre important et la faible fonctionnalité des plateformes de coordination, y compris au niveau provincial et local, ainsi que l'insuffisance de l'appui des partenaires financiers à la coordination nationale, aux coordinations intersectorielles et intra-sectorielles (PNUD, 2010). L'étude du PNUD sur la coordination opérationnelle, montre par exemple que les réunions du forum des partenaires, organisées par le CNMLS pour traiter spécifiquement la question de l'alignement et de la répartition de l'aide n'ont pas eu lieu régulièrement. En effet, à coté du manque de leadership du niveau central pour l'organisation des réunions, l'étude montre que les ressources humaines disponibles au plus haut niveau au sein des ministères ou chez les partenaires sont peu nombreuses, ce qui entraîne des conflits d'agenda. La multiplication des cadres de concertation engendre aussi des lassitudes et une faible participation.

La plupart des acteurs interviewés affiche toutefois une volonté d'alignement sur les politiques et stratégies du

pays suivant en cela les déclarations de Paris et Busan⁽¹²⁾ sur l'aide au développement : « Nous, on travaille directement d'abord avec le programme multisectoriel qui a, disons, les points focaux dans d'autres ministères, que ça soit la santé, plan et autres. C'est dans ce sens que le programme multisectoriel joue un rôle de coordination » (entretien UNICEF). Cette volonté d'alignement est confirmée par d'autres acteurs, à commencer par CORDAID, l'un des deux récipiendaires principaux du Fonds Mondial, le principal financeur dans le secteur de la Santé : « SANRU et nous, nous avons ce qu'on appelle un MoU, Memorandum of understanding, ce qui fait que souvent nous faisons des réunions inter-PR, et pour la planification, et même pour le suivi de la mise en œuvre, en utilisant les mêmes outils, la même approche du PNLS, du ministère de la Santé » (Entretien CORDAID, Kinshasa).

Cependant, la faiblesse des ressources disponibles a un impact sur les capacités de coordination et de suivi de l'Etat congolais. Cela est de plus rendu d'autant plus difficile par la taille du pays : « Pour coordonner les activités il faut aussi aller sur le terrain. Nous n'y allons pas. Chaque acteur travaille selon son intérêt. Maintenant que nous avons 26 provinces c'est encore pire, il y a des provinces qui n'ont aucun acteur de lutte contre le VIH-sida. Ils n'ont ni le PNMLS, ni les acteurs internationaux, ce qui fait que le premier qui arrivera, il pourra faire ce qu'il veut » (Entretien PNMLS, Kinshasa).

On retrouve au niveau des politiques à destination des jeunes les mêmes problèmes de coordination et d'émiettement de la réponse : « Par manque de politique commune et de cadre de concertations, il n'y a pas d'actions intégrées et globales en faveur des jeunes pour que l'action soit visible et ait un impact sur les jeunes. Pour qu'il y ait intégration il faudrait une volonté politique. Des politiques intégrées des jeunes ; il faut que de tous les acteurs se retrouvent pour définir une politique et définir le cadre stratégique. Sans ces préalables rien ne va marcher » (Entretien au PNLS, Kinshasa).

Les problèmes des approches projets

Ce faible engagement de l'Etat rend donc la lutte contre le sida dépendante de financements extérieurs, par nature instables. La plupart des financements suivent une approche programme ou projet, et donc des cycles de programmation relativement courts au regard des objectifs de changement de comportement ou de renforcement systémique que demande la lutte contre le sida :

(12) Voir : <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/49650184.pdf>

« Parfois nous arrivons avec notre projet, nous avons besoin des résultats par rapport à des objectifs que nous voulons. Alors derrière cette hâte, là, d'atteindre nos résultats au temps voulu, on dit bon voilà, on va avec le gouvernement. Mais le gouvernement, il joue le rôle seulement de signataire ou je ne sais pas quoi. Mais nous faisons tout à leur place. Et une fois que nous partons, il n'y a plus rien » (Entretien UNICEF).

Par ailleurs, les systèmes de gestion de l'information et de communication sont faibles, ce qui pose un problème de mémoire institutionnelle et de capitalisation. Si au cours de nos entretiens nous avons pu récupérer auprès de multiples acteurs internationaux et nationaux beaucoup de matériel de prévention développé à destination des jeunes, nous avons constaté qu'il n'est pas systématiquement archivé et classé par les services responsables (ni en format électronique, ni en dur) et qu'il est difficile d'y avoir accès. Ainsi, les outils proposés restent des outils relativement anciens, peu adaptés à la situation actuelle et de qualité (forme et fond) souvent aléatoire, alors que des efforts et des moyens importants ont pu être déployés pour développer de nouvelles approches. Le même problème existe concernant la capitalisation des expériences et projets mis en œuvre par les divers acteurs. L'information est dispersée chez les différents acteurs (pas de système de gestion de l'information centralisé) et peut même être parfois perdue en cas de rotation du personnel.

Les thématiques émergentes

L'absence de poids de l'Etat dans le financement de la réponse a également un impact sur les thématiques prioritaires : « On est en grande partie financé par les partenaires internationaux. Les PI sont focalisés sur une seule chose : les populations clefs » (PNMLS). Or, « des thématiques émergentes comme le VIH et changement climatique, genre et jeunesse, on les impose par l'argent. On réunit les équipes et on va » (entretien UNESCO).

Ces changements d'agenda imposent des besoins de formation et de plaidoyer : « La culture institutionnelle de l'état est en décalage au niveau des thématiques à institutionnaliser ». Le ministère du genre, de la famille et l'enfant rentre dans cette catégorie : « C'est l'un des ministères qui est le plus porté par des agences, par des partenaires pour positionner toutes ces questions.¹³ Et

⁽¹³⁾ Depuis le début des années 2000, en RDC, diverses stratégies liées au genre ont été produites. En 2004 débute la mise en œuvre de la Politique Nationale d'Intégration du Genre, de Promotion de la Famille et de la Protection de l'Enfant. En 2008, le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant a été créé, et en 2009, la Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG) est adoptée.

la RDC étant membre des Nations Unies, elle accepte, elle adopte, mais dans le fonctionnement, en dehors du budget de fonctionnement des ministères et toutes activités auxquelles ils font face sont pratiquement les activités appuyées par les agences, heureusement qu'il y a une, comment je dis, un conglomerat d'agences et de coopérations qui sont en train de faire évoluer l'agenda genre. Donc il y a un plaidoyer actif qui se fait à tous les niveaux, dans chaque forum il y a des formations qui sont appuyées, il y a des représentations, il y a des questions et on avance » (Entretien UNESCO). L'intégration du genre reste insuffisante également à cause des représentations existantes sur l'égalité femmes-hommes, parce jusqu'aujourd'hui, majoritairement chez les hommes, comme « une affaire des blancs qu'on veut importer ici, vous voyez, parce que les gens ne prennent qu'un volet ou quelques volets de la dimension genre. Peut-être qu'ils comprennent très mal le sens. La question de promotion des femmes, promotion de genre, est encore très jeune. Il n'y a pas de formations structurées sur tout ça. Les questions liées au genre sont gérées au niveau des sciences sociales, au niveau de la démographie, sous les aspects relatifs à la régulation sociétale, mais à partir du moment où il y a un lien avec la santé publique, le sujet nécessite beaucoup de tact » (Entretien UNESCO).

Malgré les efforts, la stratégie nationale genre, encore naissante en RDC, peine à s'imposer. Le rapport Genre 2011 (RNG- 2011) présenté par le gouvernement souligne une trop faible prise en compte du genre dans les politiques et programme de développement national. Le Rapport bilan OMD 2000 - 2015 qui a évalué les progrès accomplis par la RDC signale que de 1990 à ce jour, il a été enregistré une faible amélioration de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes : « Du fait de son caractère transversal, cette problématique a été prise de façon spécifique dans tous les secteurs. (...) Or, il y a nécessité d'approfondir les réformes et de faire respecter les prescrits des lois pour que la situation des filles et femmes s'améliore considérablement (UNDP, 2015). La formation des effectifs, au niveau national, par les ministères de tutelle, est généralement réalisée lorsqu'il y a un bailleur.¹⁴

La mise en œuvre des cadres d'actions sur ces questions « émergentes » dépend, selon les personnes interviewées, du leadership et de la volonté politique des points focaux en question : « C'est une question de gens qui sont investis. Si le point focal a un accès facile, direct auprès de son ministre, les choses bougent facilement. Dans d'autres ministères, quand nous avons créé ces cellules avec l'appui de la Banque Mondiale, nous ne voulions pas que ces personnes se retrouvent dans le cabinet du Ministre, qui est un cabinet purement politique qui peut passer, et on est obligé de recommencer à chaque

⁽¹⁴⁾ Bilan des OMD en RDC sur la période 2000 - 2015.

changement de ministre. Ces personnes se retrouvent à être des personnes au niveau de l'administration. Ça dépend de quelles entrées elles ont auprès du Ministre » (entretien au PNMLS).

4.3. LES JEUNES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

Les jeunes ont été pris en compte dans les programmes de lutte contre le sida depuis la définition, dans le Plan stratégique du Programme National de lutte contre le VIH/sida (PNLS) en 1999 d'un paquet d'activités pour les jeunes et adolescents. Durant la même période, les premières réflexions en vue de formuler une politique nationale d'intégration de la jeunesse ont été entamées, suivies en 2003, par le « Forum Jeunesse et Actions » ayant produit un Avant-projet de la politique nationale de la jeunesse.¹⁵ Par la suite, la santé de la reproduction des adolescents et jeunes a été l'une des composantes clefs du Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR) et a fait l'objet de la mise en place en 2003, d'un programme dédié, le programme National de la Santé de l'Adolescent (PNNSA) qui a pour mission d'assurer la prise en charge spécifique des problèmes de santé et de développement des adolescents.

En dehors des programmes spécialisés du Ministère de la Santé, d'autres Ministères de l'État disposent également de branches qui ont un lien avec la santé des jeunes et des adolescents. C'est notamment le Ministère des Affaires sociales à travers sa direction de la protection sociale, le Ministère de la Jeunesse (Direction de la récupération et reclassement des jeunes), et le Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel (Direction de l'éducation à la vie familiale et en matière de population à l'école, EVF/EmP). Des partenaires d'aide au développement et du Système des Nations Unies apportent des appuis substantiels aux ac

(15) À partir de 2006, des consultations en vue de sa consolidation ont été menées sur toute l'étendue de la République et ce, jusqu'en 2009, année de sa validation au cours d'un Forum National. La Politique Nationale de la Jeunesse est exécutée selon un modèle décentralisé sous la responsabilité des autorités compétentes locales, provinciales et nationales avec la participation des organisations non gouvernementales, y compris les organisations de jeunesse. Tous les ministères sont impliqués. La Politique Nationale de la Jeunesse définit les « jeunes » comme l'ensemble des personnes des deux sexes âgées de 15 à 35 ans et fait, déjà en 2009 un ensemble de constats : l'insuffisance des infrastructures scolaires, l'absence d'une politique volontariste de promotion de l'emploi, juvénalisation et la féminisation de l'épidémie à VIH, les violences sexuelles ont des conséquences multiples sur les jeunes, la faiblesse du mouvement associatif, etc.

tivités de promotion de la santé des adolescents ; soit directement aux services spécialisés du Gouvernement, soit par le canal des ONG. Il s'agit de l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNESCO et l'ONUSIDA (Nsakala et Coppie-ters, 2014). Des ONG internationales et nationales telles que Médecins du Monde/ France, FHI360 C-Change, Association pour la santé familiale 'PSI/ASF, CORDAID et autres, soutiennent les activités sur terrain.

En dépit de l'implication au plus haut niveau de l'Etat et malgré les différents intervenants en matière de prévention et de lutte contre le VIH, la situation des adolescents et des jeunes ne trouve toujours pas une réponse appropriée en RDC. Cela, malgré l'environnement politique actuel (Normes, Partenariat, Législation) qui est favorable à la mise en œuvre des interventions de prévention de la transmission des IST et du VIH, notamment grâce à la Loi 08/011 du 14 juillet 2008 (portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées), et les lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles (Plan Stratégique National 2014 - 2017).

Suite à une présentation générale des problématiques qui touchent davantage les jeunes congolais, nous allons analyser les approches et les enjeux de politiques de prévention VIH orientées vers les jeunes.

Les spécificités de la transmission du VIH chez les jeunes en RDC

Chez les jeunes congolais de 15-24 ans on estime la prévalence du VIH à 0,7 %. Dans cette tranche d'âge, elle est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,0 % contre 0,4 %) (EDS, 2014). Les données disponibles concernant la population jeune du pays (près de la moitié de la population a moins de 15 ans et 67% moins de 25 ans) montrent que la situation chez les jeunes reste encore très préoccupante pour diverses raisons :

- **Les connaissances sur le VIH/sida sont limitées :** Si quasi tous les jeunes ont déjà entendu parler du sida (93% des jeunes filles et 95,3% des jeunes garçons), seul un pourcentage très faible de jeunes a une connaissance exacte des modes de prévention du VIH. Ce pourcentage est de 15,2% chez les jeunes de 15 à 24 ans, il est de 5,9% chez les enfants de la rue, alors qu'il est de 21,3% chez les professionnels du sexe (EDS, 2014).
- **Dans la majorité de cas, les adolescents et jeunes ont des rapports sexuels précoces et non protégés. D'après les résultats du MICS II (2010), les adolescents débutent précocement leur vie sexuelle.** 65% des adolescents âgés de 15-19 ans ont déjà eu leurs pre-

miers rapports sexuels, 22 % les ont eus avant l'âge de 15 ans. L'âge médian des premiers rapports sexuels est estimé à 17 ans. Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde augmentent rapidement avec l'âge, passant de 6% à 15 ans à 47% à 19 ans. Or, seulement 22,4% des adolescentes et 26,5% des adolescents ont utilisé un préservatif lors des rapports sexuels à haut risque (EDS 2013- 2014 p 249).

• **L'environnement législatif se présente en contradiction avec les efforts du gouvernement pour la lutte contre le sida.**

En RDC, l'accès à la contraception est illégal pour les mineures et l'avortement n'est autorisé qu'à des fins thérapeutiques. Une fille sur quatre est enceinte pour la première fois avant l'âge de 19 ans et près d'une grossesse sur deux est non désirée à Kinshasa, la capitale (MdM, 2016).¹⁶

• **Les données du Ministère de la Santé Publique en RDC montrent que l'épidémie se féminise.**

Les filles adolescentes sont plus touchées (62% des nouvelles infections chez les adolescents de 15 à 19 ans, UNICEF 2015), tendance qui se confirme et s'amplifie pour la tranche d'âge suivante. La violence (physique, sexuelle ou émotionnelle) augmente la vulnérabilité des femmes au VIH. En RDC, 16% des femmes interrogées ont déclaré avoir eu des relations sexuelles contre leur volonté (EDS 2007-2008), dont 20% des jeunes femmes de 18-19 ans. La peur de la violence empêche les femmes de prendre certaines actions dans la relation avec leur partenaire, comme exiger d'utiliser un préservatif ou refuser des rapports sexuels non désirés.

• **Certains groupes à risques sont majoritairement composés de jeunes : la prévalence est beaucoup plus élevée chez les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (prévalence : 4,2%) et les jeunes prostitué(e)s (prévalence : 4,5%)**

(UNICEF, 2015). À Kinshasa, les données existantes montrent l'augmentation du nombre d'enfants vivant dans les rues (+45 %) entre 2006 et 2011, enfants qui sont exposés à des violences sexuelles et à la prostitution.¹⁷ L'enquête EADE a dénombré 232 structures qui accueillent les enfants, et de façon plus générale, les personnes en situation difficile. Kinshasa abrite la majorité des structures (38,4 %) suivi du Sud-Kivu (14,2 %). Au Sud-Kivu, 50,5 % des enfants et adolescents vivant dans la rue proviennent du milieu rural. Cette proportion est de 34,9 % dans le Nord Kivu (EADE-RDC).

(16) [http://old.medicinsdumonde.org/gb/International/Democratic-Republic-of-Congo/\(language\)/fre-FR](http://old.medicinsdumonde.org/gb/International/Democratic-Republic-of-Congo/(language)/fre-FR)

(17) Une étude de cartographie des PS en 2010 et 2011, publiée en 2012 a identifié à Kinshasa 450 sites de commerce du sexe. Le nombre de PS est estimé à 9776 dont 8809 PS femmes et 967 PS hommes dans 421 sites (PMNLS, ONUSIDA, 2012).

• **94,5% d'adolescents sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans ne connaissent pas leur statut sérologique au VIH**

(All In, PNMLS, 2016). Les pourcentages des jeunes de 15-24 ans qui ont effectué un test de VIH et ont reçu le résultat ne sont respectivement que de 14,1 % chez les filles et 6,8 % chez les garçons alors que la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie du VIH dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires (EDS, 2014).

• **En 2014, on a estimé qu'environ 36.700 adolescents de 10 à 19 ans vivent avec le VIH dont 22% ont été infectés lors de la grossesse, à la naissance ou au cours de l'allaitement.**

Le nombre d'adolescents de 10 à 19 ans vivant avec le VIH est passé de 21 300 cas à 36 600 cas entre 2001 et 2014. Ces jeunes constituent un public cible essentiel en termes de prévention secondaire, pour eux-mêmes (partenaires sérodiscordants) et leurs partenaires, ainsi que pour les enfants à naître (PTME). Par ailleurs, environ 1 300 cas annuels de nouvelles infections par le VIH sont enregistrés chez les adolescents de 15 à 19 ans parmi lesquels les filles représentent une proportion de 70% (935 filles de 15 à 19 ans contre 402 garçons) (All In, PNMLS, 2016).

• **D'après le PSN (2014), qui cite les résultats de l'étude sur les modes de transmissions du VIH (MoT) réalisée en 2013, « pour les années à venir, 63,3% des nouvelles infections surviendront dans les couples hétérosexuels stables du fait notamment de la fréquentation des populations à risque par au moins l'un des partenaires ;**

15,55% de nouvelles infections interviendront chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; 5,88% de nouvelles infections interviendront chez les clients des professionnels du sexe ; et 4,65% de nouvelles infections interviendront chez les personnes aux multiples partenaires sexuels occasionnels ».

• **La lutte contre le VIH/sida est entravée par un niveau extrême de pauvreté. En effet, 71,3% de congolais vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Selon le rapport de l'indice de développement humain 2015, la RDC est classée au 176^{ème} pays sur 188.**

Cette pauvreté se caractérise par un faible revenu, une insécurité alimentaire, une réduction de l'accès aux soins de santé, à la scolarisation et à un logement décent (Plan stratégique National 2014-2017). Les taux de pauvreté dans le Nord Kivu sont plus élevés que la moyenne nationale. Les taux de scolarisation y sont très faibles dans le primaire (environ 53%) et les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés (EDS 2014).

• **La proportion des 5-17 ans en dehors de l'école est estimée à 28,9 % par l'EADE 2012, soit en termes**

absolus, 7 375 876 enfants et adolescents. Parmi ces enfants en dehors de l'école, les filles représentent plus de la moitié (52,7 %). C'est aussi chez les filles que l'ampleur du phénomène des enfants et adolescents en dehors de l'école est la plus forte : 31,7 % chez les filles contre 26,5 % chez les garçons (enquête nationale sur les enfants et adolescents en dehors de l'école, 2013). Les stratégies de prévention du VIH/sida doivent donc aussi prendre ces facteurs en compte, afin que ces enfants et jeunes déscolarisés puissent aussi avoir accès à l'information. En milieu rural, il y a proportionnellement plus de déscolarisés d'âges du primaire (55,8 %) qu'en milieu urbain (44,2 %) (EADE-RDC).

• **Les guerres qui ont ravagé l'Est de la République Démocratique du Congo, ont forcé les populations à fuir, privant ainsi les déplacés internes de leurs biens et des structures familiales qui les protégeaient, et aggravant ainsi leur vulnérabilité au VIH et aux violences.** Les provinces de l'Est du pays (Nord Kivu, Sud-Kivu, Nord du Katanga, Maniema) ont connu à elles-seules 1,4 millions de personnes déplacées. Les enfants déplacés du Nord Kivu, en particulier ceux qui ont été séparés de leur famille, courent non seulement le risque d'être recrutés par les milices mais aussi d'être violés et exploités. En 2012, 15654 cas de violences sexuelles et basées sur le genre ont été recensés dans 7 provinces de la RDC, dont 82% de viols, le Nord Kivu et la Province Orientale étant les deux régions les plus touchées. Au Nord et Sud Kivu, une partie non négligeable des actes est commise par les hommes en unilatérales (32% en 2011 contre 61% en 2012 au Nord-Kivu). Le phénomène des VSBG en RDC est donc un phénomène structurel amplifié par les effets conjoncturels consécutifs de l'insécurité entretenue par les milices ou groupes armés (FNUAP, MINIGFAE, 2013) et sans doute, sous-estimé.

Une prévention ciblée vers les jeunes

La volonté de prendre en compte la problématique des jeunes et VIH dans la définition des politiques est affichée dans **l'actuelle Stratégie Nationale de Lutte contre le VIH (PSN 2014-2017), qui priorise le travail avec les jeunes** et les populations les plus à risque. Actuellement, les jeunes constituent 2 des 7 cibles à atteindre du PSN : « Au moins 80% de jeunes de 15 à 24 ans auront des bonnes connaissances sur les modes de transmission du VIH et rejeteront les principales idées fausses » et « Au moins 90% de jeunes de 15 à 24 ans reculeront le plus possible l'âge du premier rapport sexuel au-delà de 15 ans ». Dans ce plan, les stratégies s'articulent autour de cinq axes : (1) la prévention de la transmission du VIH et des IST; (2) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; (3) l'amélioration de l'accès aux soins et traitement ; (4) la promotion d'un environnement favorable à la riposte pour le VIH et (5) le soutien à la mise en œuvre.

Par ailleurs, **le Programme National de Santé des Adolescents à récemment mis à jour son plan stratégique (2016-2020)**, au cours d'un exercice inclusif et participatif, avec notamment la participation des organisations de la jeunesse. Dans ce plan, la lutte contre le VIH a une place centrale. Les interventions de santé en faveur des adolescents et des jeunes reposent sur la communication pour le changement de comportement soutenue par l'offre des services de prévention. Il s'agit de : services de conseil et dépistage volontaire sur le VIH ; l'éducation complète sur la santé reproductive et sexuelle en milieu scolaire et parascolaire ; la promotion et la disponibilité des préservatifs ; la promotion de la prophylaxie post exposition ; la prévention des violences, ainsi que ; le renforcement du système communautaire en synergies avec les secteurs nationaux clés et le renforcement des capacités de la société civile à fournir des services (Extrait du Plan Stratégique de Santé des adolescents, 2016-2020). Le présent PSN a pour vision « une génération sans sida » en RDC.

La collaboration des organisations de la jeunesse dans la lutte contre le VIH/sida a été formalisée il y a plusieurs années et constitue un pilier des stratégies mises en place. La RDC s'est engagée dans l'élaboration d'un cadre stratégique national de lutte contre le VIH/sida en milieu des jeunes suite à la rencontre des Chefs d'Etats de la session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS 2001), tenue à New York en 2001. Par la suite, le Président de la République et le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) avec l'appui d'un nombre important d'agences du système des Nations Unies et de coopérations bilatérales, a organisé **le Forum National « Jeunes et VIH/sida » à Kinshasa en 2005**. Cette rencontre a

rassemblé des jeunes venus des quatre coins du pays, des responsables et encadreurs des jeunes, et des partenaires, et témoignait de la nécessité de mettre en place un réseau national des jeunes pouvant permettre le partage d'expériences innovantes et d'informations, la dissémination des bonnes pratiques entre les associations de jeunes. Suite à cette rencontre, **le RACOJ a été créé le 24 décembre 2005 par les associations des jeunes ayant pris part à ce forum national.** Ainsi, avec l'appui de l'UNICEF, le RACOJ a mis en œuvre, de 2007 à 2013, un projet consistant à assurer la formation des adolescents et des jeunes sur la prévention du VIH/sida à travers les compétences de vie courante¹⁸ dans chaque province du pays. Par la suite, ces jeunes se sont regroupés en AdoDev (Adolescents pour le Développement) et interviennent dans l'animation des CEICA dans le pays. Il participe régulièrement aux campagnes de sensibilisations nationales pour une génération sans sida (UNICEF) et représente les jeunes dans la mobilisation sociale pour promouvoir l'accès à la planification familiale (UNFPA). Enfin, il participe aux Groupes de Contact et Concertations nationales pour le compte de la société civile (jeune) (MdM, 2016).

Enfin, sous l'égide du PNMLS, **le pays prend part à l'initiative All In.**¹⁹ Cette initiative vise à mettre un focus sur les jeunes et adolescents dans la lutte contre le sida au niveau mondial. Elle est focalisée sur 3 points : l'existence de données spécifiques à cette tranche d'âge, l'adaptation des politiques nationales, et le développement d'outils et processus innovants pour l'accès des jeunes à la prévention et au traitement. En juin 2016, la RDC était à la première phase de ce travail, à savoir la collecte des données pour le plaidoyer : « *All in* » c'est sont des activités, un document plus des plaidoyers. Mais ce qu'on a dit c'est ce qui est dans la stratégie nationale. C'est mettre quelque chose comme ça en hauteur, en évidence... » (entretien UNICEF).

(18) Les programmes « compétences de la vie courante » sont les programmes qui tentent de renforcer les capacités des personnes à prendre des décisions et à agir d'une manière positive qui leur apportera des bienfaits, ainsi qu'à leur entourage. Leur objectif principal est de promouvoir le bien-être psychologique et physique. Un exemple populaire d'intervention dans ce domaine est l'instauration de programmes qui cherchent à donner aux jeunes les moyens de faire des choix sains et responsables en matière de santé de la procréation, et tout particulièrement par rapport aux risques de contracter le VIH/sida. Les programmes « compétences de la vie courante » sont également prometteurs en tant que stratégie de prévention de la violence envers les femmes et les filles, dans la mesure où les compétences de la vie courante peuvent résoudre des problèmes individuels et interpersonnels qui favorisent les actes de violence (McCauley et al., 2010).

(19) Voir : <http://allintoendadolescentaids.org/fr/>

Des standards de service adaptés aux adolescents et jeunes ont été développés par le PNSA en 2009 avec l'appui de l'OMS et des prestataires de zones pilotes formés à cette approche. Il s'agissait notamment de créer des espaces d'information destinés aux jeunes dans les formations sanitaires de 4 zones de santé. Après évaluation, cette approche a été intensifiée à partir de 2013. Les standards de services et modules de formation ont été mis à jours et les formations ont eu lieu au niveau central. La réelle opérationnalisation aux niveaux périphériques n'est cependant pas encore réalisée.

Des cours sur le VIH ont été introduits dans les programmes scolaires. Des programmes d'éducation à la vie ont été définis en 2013 pour les cycles primaires et secondaires. Cependant, s'ils citent les thèmes à aborder, ils ne sont pas accompagnés de guides donnant aux enseignants les informations nécessaires à la diffusion d'une l'information juste sur le VIH. Des guides ont été réalisés fin 2015 au niveau central, mais ne sont pas encore diffusés. Dans les faits, les acteurs doivent s'adapter et créer eux-mêmes les outils nécessaires : « *Ils ne donnent pas les outils. Ils donnent juste le programme national,* » (Conseiller pédagogique, Goma).

Le cadre général d'orientation des stratégies IEC/CCC

La prévention contre le VIH/sida porte, dans la riposte nationale, spécifiquement sur la communication pour le changement de comportement, soutenue par l'offre de services de prévention. Il s'agit de : services de conseil et dépistage volontaire et confidentiel ; de l'éducation reproductive et sexuelle en milieu scolaire et parascolaire ; de la promotion ininterrompue de préservatifs et gel lubrifiant aqueux ; de la promotion de la prophylaxie post exposition (en cas de viols majoritairement), y compris la prévention des violences ; du diagnostic et la prise en charge des IST ; de la prise en compte des populations clés comme cibles de la prévention ainsi que le renforcement du système communautaire en synergies avec les secteurs de base ; du renforcement des capacités de la société civile à fournir des services, les organiser et en faire le plaidoyer.

L'organisation de la prévention en RDC relève de trois niveaux de responsabilités :

- Tout d'abord, les responsables d'institutions étatiques sont chargés de mener une sensibilisation auprès des structures administratives et des décideurs politiques.
- Ensuite, doivent être considérés ceux qui exécutent les programmes d'activités, qui agissent concrètement sur le terrain. Parmi eux, on compte les leaders d'opinions, les intermédiaires, le personnel de l'action sociale et

de la santé. Les agences des Nations Unies sont souvent sollicitées par les institutions nationales chargées de la lutte contre le sida pour la conception d'outils de communication.

- Enfin, plusieurs associations et agences de communication sont impliquées sur le terrain afin de renforcer les activités de CCC et permettre l'implication effective des jeunes ou PVV dans les initiatives de lutte (clubs des jeunes, par exemple). UCOP+, la principale faitière regroupant les organisations de personnes vivant et affectées par le VIH et le RACQJ, sont deux des réseaux associatifs qui accomplissent ce rôle et qui seront analysés dans la deuxième partie de ce rapport.

Les méthodes d'éducation à la santé ont appliqué des techniques de communication de masse et techniques de communication adaptées aux cibles (la communication de proximité et interpersonnelle). La pair éducation est une approche qui s'est montrée efficace pour sensibiliser groupes du même sexe, de la même tranche d'âge et appartenant à une même catégorie sociale, les populations clefs, les scolaires et les non scolaires (filles et garçons).

La validation des messages est faite au niveau central, dans le cadre d'ateliers multi-acteurs. Au niveau décentralisé, les messages peuvent être adaptés pour répondre aux réalités locales et/ou être traduits. Ils sont en principes aussi validés au niveau du PNLS provincial (entretien avec CORDAID et PNMLS).

APPROCHE DE LA STRATÉGIE CCC

Les interventions en matière de prévention en RDC s'inscrivent dans l'approche communicative des campagnes de prévention du VIH qui durant les années 1980 et 1990 ont valorisé différentes mesures comme l'abstinence, la réduction du nombre de partenaires, la fidélité sexuelle ou l'usage du condom. Pour réduire les facteurs de risque, les campagnes de prévention du VIH de plusieurs pays d'Afrique ont mis l'accent sur le changement des comportements sexuels. Ces approches ont notamment été promues par les programmes de lutte contre le VIH financés par les fonds PEPFAR, qui stipulaient que 30% des fonds alloués à la prévention devaient transmettre les messages d'abstinence et de fidélité (IOM, 2007). La notion de responsabilité individuelle s'est peu à peu implantée dans les discours et pratiques de prévention. **En RDC donc, la prévention de la transmission du VIH met en avant la transmission par voie sexuelle, selon une approche « ABC » (abstinence, bonne fidélité et utilisation du préservatif), auquel s'est adjoint, depuis quelques années, un « D » pour dépistage.**

Or, cette approche a été fortement remise en cause dans la littérature scientifique. L'approche « ABC » constitue un mixte de différentes stratégies de prévention, donc deux sont comportementales (Abstinence et fidélité), tandis que la troisième concerne un objet (Collins and all, 2008). Cette stratégie de prévention est même considérée comme infantilisante et sur-simplificatrice par ces auteurs : l'ABC donne l'impression fautive que toute la transmission du VIH est sexuelle et qu'une prévention effective ne nécessite que le changement des choix individuels de millions de personnes, avec des interventions peu nombreuses, validées et éprouvées. Surtout, **en se concentrant sur les comportements individuels, l'approche ABC évince les facteurs sous-jacents qui rendent les personnes vulnérables au VIH, et notamment les réalités sociales, politiques et économiques qui entrent en cause dans l'épidémie.** Elles sont stigmatisantes, en donnant la responsabilité de l'infection aux individus en raison de leurs « mauvais comportement », et ignorent la vulnérabilité de certaines catégories de population (en particulier les femmes). (Murphy and all, 2006).

Enfin, l'approche « ABC » ne prend pas du tout en compte l'évolution des connaissances sur la maladie et l'accès aux traitements. En effet, de nombreuses études récentes ont montré que la prise de traitement ARV régulière permettait de réduire sensiblement la transmission du VIH. Si dans un couple, le partenaire séropositif est traité avec des antirétroviraux, le risque de transmission sexuelle du partenaire séronégatif diminue considérablement (96%) (Faits et chiffres, Site internet de OMS, 2016). **Au niveau mondial, il existe une tendance à commencer plus tôt le traitement ARV pour les PVV afin de protéger leur propre santé et de prévenir la transmission à d'autres personnes** (OMS, lignes directrices, 2013), que ce soit dans le cadre de la PTME ou de la prévention de la transmission sexuelle du VIH. Malgré une forte augmentation de la disponibilité en ARV en RDC le dépistage et le traitement ne sont jamais cités en RDC comme des stratégies de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Le passage à l'option « B+ » en terme de PTME montre toutefois une volonté d'aller dans ce sens.²⁰

(20) L'option B+ consiste à mettre systématiquement les femmes enceintes testées positives, et à leurs conjoints vivant avec le VIH, sous ARV (un seul comprimé par jour et à vie). L'option B+ offre aussi une meilleure prise en charge pédiatrique des enfants qui naissent de mères séropositives au VIH.

DÉFINITION ET VALIDATION DES MESSAGES DE PRÉVENTION

En RDC la définition et la validation des messages de prévention à destination des jeunes reste le rôle du PNLS, et en particulier de la cellule de communication. Or, le véritable suivi de ce qui est produit et des messages divulgués est difficile à réaliser pour l'Etat congolais. Il n'existe pas de réelle gestion de cette information et elle reste difficilement accessible. Au cours de notre recherche, nous nous sommes rendu compte que les matériaux de prévention étaient dispersés et non systématiquement archivés. Il était souvent difficile d'obtenir les documents - il n'existe pas par exemple, de bibliothèque regroupant les outils, ou de site internet, et des cadres du ministère nous ont dit « vendre » les films ou autres support de prévention. Nous nous sommes aussi rendu compte qu'une partie du matériel conçu n'avait été que peu utilisé, avec par exemple des versions « finales » de campagnes restées dans des ordinateurs, suite à des fins de projets

LES FAIBLESSES DES MESSAGES À DESTINATION DES JEUNES

Dans le cadre d'un pays où les données montrent que les 65% des jeunes de 15 à 19 ans ont déjà eu leurs premières relations sexuelles, l'efficacité d'une telle stratégie, basée sur ces critères essentiellement moraux, est remise en cause. Par ailleurs, nous le verrons par la suite, ces messages non adaptés aux réalités des jeunes entraînent en eux-mêmes des comportements à risque (faible utilisation du préservatif) et une stigmatisation forte des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), considérées comme ayant « fauté ». En favorisant une image négative de la maladie et des malades, elle limite aussi le recours au dépistage par les jeunes.

Adapté au cas des jeunes, le message promu socialement par une société très conservatrice et dans laquelle la religion garde une place centrale, est l' « abstinence uniquement » : « On le spécifie aux jeunes : abstinence pour vous. Fidélité pour les mariés, les couples. Condom pour les adultes et les partenaires occasionnels, mais on évite de dire condom pour vous » (entretien PNMLS).

Les responsables des programmes de lutte contre le sida, chargés de l'IEC au niveau national ou local, qui ont été interviewés sur le terrain ont identifié quelques facteurs qui limitent l'effectivité de ces stratégies.

- Insuffisance de messages spécifiques de prévention pour chaque groupe cible (surtout en matière de droits des femmes et des enfants), ce qui a été déjà constaté en 2013, par le « Rapport de l'enquête sur l'estimation

de la taille des populations clés dans six provinces un nombre croissant de travailleuses du sexe »⁽²¹⁾

- Problème d'harmonisation existant au niveau de la réponse nationale au VIH, exacerbé sur la question des jeunes : éparpillement des programmes liés à un faible leadership (ce qui dilue les responsabilités) et difficultés de coordination.
- Problème de traduction des programmes décrits dans les documents de stratégie en activités sur le terrain et besoin de renforcement des compétences des agents sur les techniques de changement de comportement.
- Insuffisance de moyens financiers compte tenu de la multitude d'organisations communautaires dans un contexte de pauvreté.
- Insuffisance d'information des différents groupes cibles ou des acteurs communautaires et institutionnels.
- Insuffisance de cadre de concertation entre les différents intervenants (Associations/ONG, partenaires financiers, services techniques étatiques).

Les problématiques spécifiques évoquées par les acteurs communautaires (thématique spécifiques non ciblées dans le temps) seront abordées dans la partie suivante du rapport.

(21) Ce rapport signale : « Au stade actuel, il existe très peu d'interventions ciblant les professionnelles de sexe et HSH à travers le pays à l'instar de quelques activités menées à Kinshasa par le centre Matonge /PNLS et l'ONG PSSP ». Diverses raisons sont évoquées à cet égard : le nombre croissant de travailleuses du sexe, le faible engagement des bailleurs de fonds internationaux et des instances gouvernementales Congolaises en vue d'augmenter le financement des interventions destinées aux travailleuses du sexe et autres populations clés, le manque de plaidoyer en faveur d'une augmentation des financements (ONUSIDA, 2013).

4.4. CADRE LÉGAL AYANT TRAIT AUX QUESTIONS DE LA SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES JEUNES ET ADOLESCENTS EN RDC

La Constitution de la République Démocratique du Congo (RDC) a été approuvée par référendum populaire en 2005. Cette constitution qui traduit la volonté politique et l'expression des aspirations nationales, prend en compte de manière explicite la promotion de l'égalité de genre dans son préambule et dans ses articles 5, 14 et 15. Elle stipule de plus dans son article 215 que les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois sous réserves pour chaque traité ou accord, de son application par l'autre partie²². Ainsi la question de la prévention et de la protection des droits de l'homme dans le domaine du VIH/sida trouve déjà une large réponse dans ces textes internationaux.

La RDC est signataire de différents protocoles/conventions qui concernent la population jeune et l'égalité entre les sexes, parmi lesquels on peut citer : ²³

- Déclaration universelle des Droits de l'Homme
- Charte de l'Union Africaine
- Convention relative aux droits de l'enfant, 1989
- Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) organisée en 1994 au Caire
- Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relative aux Droits des Femmes, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo. La RDC a ratifié ce protocole le 09 février 2009, sans aucune réserve, mais ne l'a jamais publié au Journal Officiel, ce qui limite totalement sa portée juridique.

Au niveau national, plusieurs lois et textes réglementaires concernent notre population cible :

- La loi N° 87- 010 du 1er août 1987 portant Code de la Famille
- La loi sur les violences sexuelles du 20 juillet 2006
- La Loi n° 08/011 du 14 Juillet 2008 portant la protection des droits des personnes vivant avec VIH/sida et des personnes affectées.

(22) Revue du cadre juridique congolais de la riposte au VIH/sida. Kinshasa, octobre 2013

(23) La liste complète des textes signés est disponible en annexe.

- la loi n°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant, article 177.

Les principales limites de ce cadre juridique pour la prévention du VIH chez les jeunes se situent autour de 2 thématiques : l'accès aux services des jeunes et les inégalités de genre.

Accès aux services

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Une loi de 1920 interdit la vente et l'administration des produits contraceptifs. Elle n'a pas encore été abolie, bien que dès 1972, le Président Mobutu autorise les activités de planification familiale (PF). Un projet de loi en SSR/PF a été élaboré en 2012 et analysé par la Cour Constitutionnelle en 2016. Il doit maintenant être discuté au Parlement, mais attend son inscription sur l'ordre du jour. Pour la population générale comme pour les jeunes, il y a donc une contradiction entre la loi (qui interdit l'usage des contraceptifs), et les programmes de santé du pays (qui encouragent la promotion des préservatifs chez les jeunes, par exemple).

Concernant l'avortement, bien que la RDC soit signataire de différents protocoles/conventions qui reconnaissent l'égalité entre les sexes (Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Charte de l'Union Africaine), et plus particulièrement du Protocole de Maputo, la loi congolaise interdit toujours l'avortement, en vertu de l'article 165 du code pénal congolais.

ACCÈS AU DÉPISTAGE DES JEUNES

L'énoncé du code de la famille en RDC fixe l'âge de consentement au dépistage du VIH à 18 ans. Il est donc théoriquement impossible pour un jeune de moins de 18 ans de se faire dépister sans le consentement de ses parents ou de son tuteur, sauf pour un mineur dit « émancipé ». Cette disposition est un facteur limitant, même si beaucoup d'acteurs disent que, dans les faits, le dépistage pourra être réalisé quand même, notamment si l'intérêt supérieur de l'enfant est en jeu, conformément à la déclaration universelle des droits de l'enfant, ratifiée par la RDC. C'est le cas notamment pour les jeunes ayant subi des violences sexuelles (entretien avec le PNUD).

Dans les faits, les personnels de santé disent recourir au conseil pour inciter les jeunes à venir accompagné d'un parent : « Selon les normes, l'adolescent doit nécessairement se faire accompagner d'un parent ou tuteur pour se faire dépister. S'il refuse de venir avec un parent et

nous voyons qu'à partir de ce qu'il a dit il semble avoir été exposé au risque, on peut lui faire connaître son état sérologique. Mais le problème demeure sur comment on peut lui communiquer ses résultats, surtout s'ils sont positifs. C'est pourquoi nous insistons toujours pour que les adolescents viennent se faire dépister accompagnés des parents ou tuteurs » (entretien au CDV Goma).

D'autres acteurs, y compris au sein de l'Etat congolais, minimisent le problème en mettant en avant la notion d'émancipation de certains jeunes mineurs pour leur accès au dépistage : « *Des jeunes filles, 17 ans, qui paient déjà leur vie, qui n'habitent plus chez leurs parents, qui vivent avec d'autres jeunes filles et que dans cette famille là, ce foyer il y a déjà des enfants, nous nous pensons que c'est déjà une jeune fille émancipée. Par rapport aux normes sur le dépistage, là il n'y a pas de problèmes. Si elle peut prendre une décision, ou, par exemple, elle a 17 ans, plus de parents, et qu'elle est la seule qui prend en charge ses petits frères : là on considère que celle-là, elle est émancipée et elle peut prendre certaines décisions par rapport à ses frères* » (entretien PNLS Goma). Il y a donc, comme pour l'accès aux contraceptifs, une contradiction entre la loi (qui interdit), les normes (plus souples), et les pratiques de certains acteurs.

DIVULGATION DE LEUR STATUT SÉROLOGIQUE AUX MINEURS VIVANT AVEC LE VIH

Il ne semble pas exister de textes ni même de normes au niveau de la RD Congo concernant la divulgation de leur statut sérologique aux mineurs, qu'ils aient été infectés dans l'enfance (transmission mère-enfant) ou plus tard par voie sanguine ou sexuelle.

La convention sur les Droits de l'Enfant stipule que « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (article 3), et que « l'enfant qui est capable de discernement a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité » (article 12). Les recommandations internationales vont dans le sens d'un dévoilement de leur statut sérologique aux jeunes enfants. Les guides de l'OMS, notamment ceux concernant les enfants de moins de 12 ans (HIV disclosure counselling for children up to 12 years, OMS, 2011), présentent des recherches qui concluent que la santé des enfants et leur bien être requiert qu'ils aient accès à des conversations ouvertes sur leur statut et sur le VIH. Les recommandations de ces guidelines sont que « les enfants en âge scolaire devraient connaître leur séropositivité. Les plus jeunes doivent l'apprendre de façon adaptée à leur développement cognitif et à leur maturité émotionnelle, en préparation à une révélation complète ».

L'absence de normes et conseils dans ce domaine entraîne une divulgation tardive de ce statut aux enfants, qui peut avoir des conséquences sur la confiance accordée aux adultes. L'adolescence étant un âge particulier et la maladie associée à des stigmatisations importantes, ces annonces nécessitent de plus un accompagnement approprié afin de limiter l'auto-stigmatisation de ces jeunes, qui engendre déni du VIH, une non-adhérence au traitement ou le refus de parler du VIH (UNICEF, 2016).²⁴

(24) Voir "Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services", Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEECS) (UNICEF, 2016).

« A 7 ans, j'ai commencé à boire les médicaments. Je ne sais pas si j'étais en train de boire les médicaments si c'était à cause de quoi. Si je bois les médicaments et vois à la télévision le... le quoi là ? Des flacons là. J'ai vu le flacon là ah ! Ça se ressemble. Et on dit que le flacon là c'est pour le sida. (...) Bon, j'embrouillais ma tante maternelle. J'embrouillais. Je demandais pourquoi, elle me disait 'non non c'est l'estomac.. Là, j'avais 12 ans. Je me suis retrouvé vers 17 ans comme ça. Ah ! Je reste comme ça, je sais que je souffre seulement de l'estomac qui m'embrouille beaucoup. Je reste comme ça... bon, si on a créé ici le groupe des jeunes (...) je me suis venu ici, j'ai embrouillé docteur Eulalie. Pourquoi moi je ne sais pas ? J'écoute seulement les gens parlent ici oh 'VIH, VIH, VIH'. Moi je ne comprends pas. Elle m'a dit, tu ne sais rien ? Je lui dis non je ne sais rien. Et puis elle m'a dit que je vais te dire un peu. Elle m'a dit... et puis je me suis très déçu, je me suis très déçu. Je ne sais pas si je dirais comment. Je suis restée comme ça. » (jeune fille, Goma)

Cette absence de norme ressort dans les discussions avec les acteurs institutionnels : « Il y a un moment où le jeune enfant devra quand même être au courant de sa sérologie. (...) Or, il n'y a pas vraiment d'âge spécifique. C'est au moins, moins de 18 ans. Entre 15 et 18 ans » (PNLS, Goma).

Inégalités de genre

Les inégalités de traitement des hommes et des femmes, qui existent encore dans le droit congolais, ont un impact sur les possibilités de protection, notamment des jeunes femmes, contre la transmission du VIH. L'analyse du cadre légal congolais de lutte contre le VIH souligne que « La loi de 2008 présente des insuffisances telles que la non prise en compte spécifique des aspects de genre. Alors que l'arsenal juridique congolais accorde encore à la femme mariée une capacité juridique limitée, la société congolaise est encore caractérisée par des phénomènes tels que la maternité précoce, le mariage forcé, le manque de politique nationale efficace en matière de santé de la reproduction, la recrudescence des violences sexuelles dans le contexte de conflits armés » (UNDP, 2013).

En effet, le code de la famille de 1987 comporte des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes, notamment concernant l'obligation pour les femmes d'obtenir le consentement de leur époux pour tout acte juridique (art. 448-450) ; l'époux étant le chef de la famille (art.444) ; le choix du lieu de résidence par l'époux (art. 454). Elles portent aussi sur l'application d'une définition plus étendue du délit d'adultère pour les femmes que pour les hommes (art. 467) ; l'obligation pour la femme d'obéir à son époux (art. 444) ; la détention du livret de famille par l'époux (art. 148 et 150) et la différence entre l'âge minimum du mariage pour les filles et les garçons

(art. 352) ;²⁵ la persistance des pratiques telles que le mariage précoce, la polygamie et le lévirat, et par les pratiques discriminatoires en ce qui concerne le legs de biens fonciers (RENADHOC, 2015).

Ces inégalités devant la loi renforcent les usages et les discours des jeunes et des adultes sur les rôles des femmes et des jeunes filles dans la société congolaise. Elles limitent leur possibilité d'accès aux moyens de prévention du VIH et la mise en œuvre de stratégies de protection, notamment contre les violences liées au genre. Ces aspects seront développés dans la partie 6 du présent rapport.

(25) Même si, comme nous l'avons vu plus haut, la loi de 2009 sur la protection de l'Enfant fixe l'âge du mariage à 18 ans révolu pour les deux sexes, en contradiction avec ce code.

Malgré une prise en compte au plus haut niveau et un réel effort d'harmonisation avec l'adoption d'un plan stratégique unifié, la lutte contre le Sida en RDC souffre d'un manque d'investissement et de leadership de l'État.

La dépendance quasi complète a des financements extérieurs et la multiplication des structures de coordination liée à la multisectorialité conduit à un éparpillement des programmes.

Ces problèmes institutionnels se répercutent au niveau des programmes touchant les jeunes : S'il existe une volonté politique affichée de prendre en compte cette population et de nombreuses initiatives, dont beaucoup sont assez récentes, l'absence d'une réelle vision stratégique n'a pas encore permis de rendre ces programmes efficaces. Une des faiblesses principales de ces approches concerne le développement de messages et stratégies de prévention adaptés à destination des jeunes. L'approche « ABCD » et son message de promotion de l'abstinence chez les jeunes semblent inadapés dans le contexte actuel.

Enfin, bien que la RDC ait ratifié de nombreux traités internationaux allant dans le sens du droit à la santé des jeunes et des jeunes femmes en particulier, **certaines éléments législatifs entrent en contradiction avec les objectifs de santé publique** pourtant énoncés dans les plans stratégiques nationaux.

Ces limites du cadre institutionnels ont un impact important sur la mise en œuvre, par les acteurs de terrain (écoles, associations, centres de santé) de programmes de santé publique adaptés. En effet, qu'ils soient publics ou privés, l'action de ces acteurs est tributaire de ce cadre normatif (lois, stratégies, normes) et organisationnel.

5 - L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET L'ACCÈS DES JEUNES AUX SYSTÈMES DE SANTÉ

Si au plan institutionnel la promotion de la santé des adolescents est assurée, en RDC, par trois programmes spécialisés du Ministère de la santé (PNSA, PNLS, PNSR), au plan opérationnel l'offre de services est mise en œuvre avec la collaboration des nombreux partenaires nationaux (Ministère des Affaires sociales, Ministère de la Jeunesse, Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel) et internationaux. Nombreux sont les partenaires d'aide au développement et du Système des Nations Unies, qui apportent des appuis, soit directement aux services spécialisés du gouvernement, soit par le canal des ONG. Il s'agit notamment de l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNESCO et l'ONUSIDA. Des ONG internationales telles que Médecins du Monde/France, FHI360 C-Change, Association pour la santé familiale PSI/ASF, CORDAID et autres, soutiennent des activités sur terrain. Et avec l'appui de différents bailleurs, les ONG nationales comme le Centre de santé sexuelle et reproductive BOMOTO, le Service d'Éducation à la Vie (SEV), l'Association pour le Bien-être familial (ABEF-ND), le Réseau des éducateurs des jeunes et enfants de la rue (REEJER), exécutent des projets et programmes à assises communautaires pour l'intérêt des jeunes et adolescents (Nsakala et Coppieters, 2014).

La zone de santé (étendue d'environ 150 000 à 200 000 habitants) sert d'unité opérationnelle de la politique des soins de santé primaire en RDC. Diverses activités associatives s'accomplissent dans certaines zones de santé aussi bien dans un cadre formel que non formel, avec l'appui des partenaires extérieurs. D'autres structures et milieux de vie participent également selon leurs spécificités à la promotion de la santé des adolescents. C'est notamment le cas du milieu scolaire où, parallèlement à l'enseignement sur l'éducation à la vie familiale, certaines branches intègrent les notions sur les IST et le VIH/sida (Nsakala et Coppieters, 2014).

Opérationnellement organisées en dehors du circuit de soins de santé primaire, les actions stratégiques de promotion de la santé des adolescents sont majoritairement orientées plus vers l'acquisition des connaissances à travers les approches IEC (information, éducation et communication) que vers l'acquisition des compétences individuelles et la CCC (communication pour le changement de comportement (Nsakala et Coppieters, 2014). L'outil souvent utilisé est la campagne d'information, qui vise à apporter de nouvelles connaissances et une prise de conscience, à travers des supports de sensibilisation aussi variés que des spots radio et de télévision pour ce

qui est des médias de masse et des images éducatives ou des causeries-débats en termes de communication de proximité.

Malgré les efforts réalisés ces dernières années, les moyens déployés par la mobilisation de l'Etat, des organisations et des associations n'ont pas eu l'efficacité escomptée, comme on peut le constater au niveau des comportements : les publics cibles n'ont pas suffisamment changé d'attitude vis-à-vis du VIH/sida. Les connaissances sur le VIH/sida sont encore limitées. Si quasi tous les jeunes ont déjà entendu parler du sida (93% des jeunes filles et 95,3% des jeunes garçons), seul un pourcentage très faible de jeunes a une connaissance exacte des modes de prévention du VIH. Ce pourcentage est de 15,2% chez les jeunes de 15 à 24 ans, il est de 5,9% chez les enfants de la rue, alors qu'il est de 21,3% chez les professionnels du sexe (EDS, 2014). L'étude « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive en RDC », réalisée en 2012, a montré qu'en dépit des programmes d'Information, Éducation et Communication (IEC) prônant l'abstinence, la fidélité et l'usage des préservatifs, les données au sujet de la santé sexuelle et de la reproduction demeurent très préoccupantes (Nsakala et al 2012). La cartographie des interventions et intervenants en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (UNICEF, 2014) a révélé une faible intégration des services de SSRAJ dans la plupart des zones de santé.

L'adéquation des services de prévention et de prise en charge aux dynamiques locales, comportements sexuels et besoins d'accès aux services des jeunes constitue un domaine prioritaire de réflexion dans le cadre de cette enquête. C'est pourquoi, dans cette partie, nous analyserons les contextes sociaux de formation des connaissances des jeunes sur le VIH/sida et les messages véhiculés par les différents acteurs (éducation à la santé). En effet, les jeunes sont exposés à divers canaux de transmission des messages, la prévention étant un processus qui se développe par l'interrelation complémentaire entre différents agents de socialisation et acteurs qui se mobilisent au niveau local : la famille, l'école, la religion (confessions religieuses), les associations communautaires de jeunes, les pairs éducateurs formés parmi les jeunes et les relais communautaires qui assurent des activités d'IEC au sein des populations autour des centres de santé.

Sur le terrain nous avons analysé divers domaines d'intervention en matière de prévention :

- Des activités en milieu scolaire où parallèlement à l'enseignement sur l'éducation à la vie familiale, certaines branches intègrent les notions sur les IST/sida.
- Des activités associatives, qui s'accomplissent dans certaines zones de santé aussi bien dans un cadre formel que non formel avec l'appui des partenaires extérieurs.
- Des activités réalisées par les agents de santé dans le cadre des structures de santé ou lors d'activités avancées

L'étude montre que le contexte actuel est marqué par une (re)définition de « l'éducation sexuelle » et de ses objectifs pédagogiques, mais aussi par les limitations des programmes, qui ne permettent pas de répondre aux exigences de qualité existantes en matière d'éducation à la santé : commencer tôt, disposer d'enseignants formés et responsables déontologiquement, fournir des informations complètes (UNFPA, 2015).²⁶

5.1. L'ÉDUCATION SEXUELLE EN MILIEU SCOLAIRE

En RDC, la nécessité de renforcer les compétences des enfants en milieu scolaire, concernant l'éducation sexuelle et reproductive, a été ressentie depuis les décennies 1980 et matérialisée durant la même période dans quelques écoles catholiques de Kinshasa. Discipline d'abord dispensée sur le plan informel dans ces écoles, elle a été progressivement intégrée par l'Etat Congolais avec l'aide de ses partenaires (notamment l'UNESCO et l'UNICEF) qui ont reconnu la pertinence de cette formation. Trois faits permettent de confirmer cette observation, à savoir : i) l'appui du Ministère de l'EPSP au Service d'Education à la Vie (SCEV), service de l'église catholique qui avait initié cet enseignement, ii) l'introduction du cours d'éducation à la vie dans la liste des matières obligatoires d'enseignement au niveau primaire et secondaire et iii) la création de la Direction d'Education à la Vie Familiale au sein du Ministère de l'EPSP (Mantempa Nzinunu, 2014, p. 4).

Diverses actions ont été menées avec l'objectif de formaliser cet enseignement aux niveaux scolaire et universitaire. Au début des années 2000, le Ministère de l'EPSP (avec l'appui de l'UNESCO et de l'UNICEF, etc.) a intégré des notions sur le VIH dans le cours d'Education à la Vie. Or, « c'était seulement dans quelque écoles ». En 2007 le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel avec l'appui de l'UNICEF a mis en place des ateliers de formations des inspecteurs et des enseignants en éducation au VIH-sida, « mais à partir de 2010 toutes les écoles ont commencé à donner ce cours » (entretien inspecteur Kisenso). En 2012, avec le soutien de l'UNESCO, le gouvernement congolais présente officiellement les programmes (du primaire et secondaire) nationaux du cours d'éducation à la vie. Ces programmes sont conçus par des experts des directions des programmes scolaires et matériels didactiques, de la réforme et innovations pédagogiques, de l'Inspection Générale de l'EPSP et du Service Central Education à la Vie. Ils sont nés dans le cadre d'un projet de révision du curricula du programme d'enseignement national, qui avait été initié afin d'intégrer des questions d'éducation à la vie familiale. Ils stipulent les matières à enseigner pour chaque niveau, dans le primaire et dans le secondaire : « Ce programme d'éducation à la vie familiale grave autour des concepts et des principes internationaux sur l'éducation sexuelle d'où découlent les objectifs d'apprentissage et les thèmes permettant le développement des compétences pédagogiques de base ainsi que celles qui guident notre vie au quotidien (les compétences de vie courante). Il a été conçu en tenant compte de besoins, désirs et problèmes en fonction des tranches d'âges et du niveau de scolarisation. Il permet la promotion des valeurs humaines fondamentales notamment l'amour, la

(26) Sur ce point, voir les conclusions du rapport « Evaluation des programmes d'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité de genres et d'autonomisation », UNFPA, 2015.

solidarité, la fraternité, le respect, la bravoure, l'honnêteté, le sens de la responsabilité et la virginité » (extrait du manuel de programme, Ministère de l'EPSP, 2013)

Ces deux programmes sont actuellement à la phase d'expérimentation mais ils sont censés être renforcés par la Stratégie Sectorielle de l'Éducation et de la Formation (2016-2025) qui vient d'être adoptée par le gouvernement congolais. Cette stratégie marque un tournant décisif dans le secteur éducatif en RDC : « Pour la première fois, un document unique donne une orientation commune à tout le secteur éducatif de notre pays, du pré-primaire, au tertiaire à l'université, en passant par la formation professionnelle et l'enseignement non formel ».²⁷ Suite à la Conférence Internationale de Bali sur la planification familiale (novembre 2015), la signature en 2016 d'un protocole d'accord pour que l'UNFPA appuie le développement du « Programme d'Éducation à vie familiale » au niveau de l'EPS/INC, permettra également de promouvoir une « nouvelle génération d'élèves maîtrisant la Planification familiale ainsi que l'apprentissage du contrôle de la population, qui doit commencer depuis l'école ».²⁸ Tout récemment, le ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel a émis le vœu de renforcer l'éducation au VIH en y intégrant des thématiques émergentes comme le genre et les droits humains dans le programme de l'enseignement national.

Malgré la reconnaissance de l'importance de cet enseignement et les efforts fournis par le SCEV et la Direction EVF, les différentes évaluations réalisées en matière de santé sexuelle et reproductive rendent compte des défaillances concernant son adéquation aux problèmes sociaux et sanitaires de la société congolaise. Le rapport d'évaluation de l'expérience pilote d'introduction du module d'éducation à la vie familiale dans l'enseignement primaire et secondaire dans 5 provinces de la RDC affirme que « le caractère purement moral, bien qu'important, semble constituer l'objectif ultime visé par les concepteurs de cet enseignement. Les aspects de la

sexualité n'ont pas été enseignés de manière explicite par souci de conserver le caractère tabou consacré comme tel par toutes les sociétés africaines, nonobstant la forte exposition des enfants et des adolescents à la sexualité préconjugale à risque de VIH et des grossesses adolescentes et inopportunes » (Mantempa Nzinunu, 2014, p. 4).

L'inclusion de l'éducation à la vie dans les programmes scolaires

Depuis près d'une décennie la RDC dispense le cours d'éducation à la vie dans les écoles dans le but d'informer les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive. Le ministère de l'éducation recommande ce cours dans le programme de l'enseignement dans le cinquième primaire (10 ans) jusqu'à la fin des études secondaires. Au niveau universitaire, un cours spécifique obligatoire a été introduit à la rentrée 2015 sur le VIH, sa transmission et d'autres maladies transmissibles.

À présent, l'information sur le VIH est obligatoire en milieu scolaire, et même les jeunes non scolarisés nous ont dit avoir entendu parler du sida principalement par cette voie (avant qu'ils ne quittent l'école), dans les cours d'éducation à la vie familiale. Étant donné les difficultés existantes au sein des familles pour parler de sexualité, l'école constitue une source d'information clé pour les jeunes, à tous les niveaux y compris dans les formations professionnelles. Malheureusement, en RDC une proportion non négligeable des enfants congolais (5-17 ans) ne fréquente pas l'école (28,9% en 2012, selon l'EADE). Le Nord Kivu est particulièrement touché par la déscolarisation, puisqu'elle touche 43,9% des enfants (EADE, 2012). Dans ce contexte, en raison du tabou qui empêche de parler de ces sujets en famille, l'éducation à la sexualité et la prévention du VIH/sida doit passer par d'autres canaux si l'on veut atteindre l'ensemble des jeunes. Par ailleurs, certains publics spécifiques ont besoin d'informations adaptées à leurs sexualités.

Les entretiens que nous avons réalisés sur le terrain permettent d'identifier plusieurs problèmes dans l'enseignement d'éducation à la vie en milieu scolaire.

Des messages au contenu inadapté

Un inspecteur d'éducation à la vie interviewé à Kinshasa, a bien décrit l'approche générale des cours d'éducation à la vie, attachée davantage à la promotion d'une « éducation » – au sens large du terme – qu'à l'acquisition d'un esprit critique (choix libres et responsables) en dépit des matières qui touchent la sexualité. Selon l'inspecteur

(27) La Stratégie Sectorielle comporte trois grands axes stratégiques pour construire le système éducatif de 2025 : a) promouvoir un système éducatif plus équitable (gratuité effective de l'école primaire, préparer l'extension du cycle d'éducation de base et enfin adapter les formations pour favoriser l'insertion sociale des jeunes), b) créer les conditions d'un système éducatif de qualité (systèmes de suivi et d'assurance qualité et apporter un environnement éducatif propice à l'apprentissage), c) Instaurer une gouvernance transparente et efficace (renforcer la gouvernance du système, mécanismes transparents de gestion des ressources). Voir : <http://eduquepsp.cd/index.php/actualites/3716-la-rdc-se-dote-dune-strategie-sectorielle-de-leducation-et-de-la-formation-ssef-2016-2025>

(28) <http://www.lephareonline.net/signature-dun-protocole-dappui-programme-deducation-a-vie-familiale/>

teur, cet enseignement vise « à donner aux élèves les connaissances de base afin de surmonter certaines réalités, certains problèmes et les connaissances du savoir être et du savoir faire ». Il signale : « Tous ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, la blennorragie, le sida, le secourisme est transmis à partir de la quatrième année ».

Dans la pratique quotidienne des enseignants, les messages de prévention sont dispensés aux élèves en fonction des tranches d'âge. Pour les petits enfants de première, « une première possibilité c'est l'abstinence » ; « la deuxième possibilité est la fidélité parce que parmi les jeunes que nous avons en sixième il y en a qui ont déjà 18 ans, les filles après la sixième vont se marier ».

Parmi les modes de prévention à diffuser, l'utilisation du préservatif peut être objet de sanctions vis-à-vis des enseignants : « Les préservatifs par rapport à la coutume

des gens dans ce milieu, ils ne veulent même pas en parler. Les professeurs qui emmènent cela pour montrer aux élèves c'est un problème. Ils doivent d'abord demander la permission chez le préfet donc c'est tout un problème sinon il peut même perdre son travail » (Inspecteur des cours éducation à la vie Kisenso).

Les insuffisances en matière d'éducation sexuelle à l'école semblent pousser les jeunes à s'informer ailleurs : « l'enfant quand il entend la sexualité pour la pratiquer ce n'est pas avec l'éducation à la vie qu'on apprend à l'école. Pour la pratiquer, l'enfant va chercher à s'approcher de ses proches qui parlent mieux de ça, pour expliquer et pour expérimenter et pratiquer » (Entretien focus group RACOF). Côté jeunes, il semblerait que l'école ne constitue pas pour tous un lieu d'apprentissage suscitant un changement de comportement face à d'autres agents de socialisation, telles les associations créées à la prévention.

« À l'école, on parlait plus du VIH, que ça existe, ça tue, et puis il faut faire attention voilà. Mais on ne nous parlait pas de la prévention, c'est juste de nous abstenir, c'est ça à l'école. Et moi déjà à 16 ans j'avais déjà connu le RACOF. Quand je suis arrivée au RACOF j'ai suivi des formations. C'est alors là que je me suis rendue compte que non je dois me protéger je dois utiliser le préservatif, soit je dois m'abstenir. » (Entretien focus group RACOF)

La moralisation des messages

Du point de vue des théories de l'influence sociale, la perception de jugement, l'opinion, l'attitude ou le comportement des jeunes peuvent être influencés par des personnes qui ont une position de légitimité et d'autorité vis-à-vis d'eux.²⁹ D'après nos observations de terrain, les messages et la qualité de l'information relative à la prévention sont fortement déterminés par la personne dispensant la formation. À l'école, faute d'encadrement et de provision aux professeurs d'informations précises sur le VIH, il existe un risque de diffusion de fausses informations par des personnes en situation d'autorité morale sur les enfants (prêtres, inspecteurs, encadrants, enseignants). Étant donné les faibles connaissances de la population générale sur le VIH/sida et les forts préjugés sociaux concernant cette maladie et la sexualité des jeunes, la transmission des messages reste, donc, très problématique. Les messages n'incitent pas toujours les jeunes à prendre des décisions par rapport à eux-mêmes, à leur vie amoureuse et à leur sexualité.

L'absence de matériel et supports validés dans de nombreuses écoles a conduit à ce que les écoles développent elles-mêmes les contenus des matières au programme. Notamment dans les écoles privées confessionnelles, le message principal à destination des jeunes est focalisé sur l'abstinence sexuelle : « *On nous dit souvent qu'à l'école catholique, pour lutter contre tout ça il faut juste l'abstinence sexuelle* ». Dans ce cadre, le risque des considérations plus moralistes qu'issues de véritables connaissances en santé publique soient diffusées est important, et les témoignages recueillis vont dans ce

sens : « *Dans certaines écoles où l'on sent qu'il y a des personnalités, des enseignants, qui ont des difficultés à faire passer des messages contraires à leur vocation, on s'organise. Il y a ce qu'on appelle des éducateurs à la vie, ça nous faisons pour les cours de religion. Et pour les cours d'éducation à la vie, surtout en secondaire. Alors nous nous prenons les personnes que nous appelons les éducateurs, que nous avons formées, qui ne sont pas gênées (...) et qui peuvent circuler de classe en classe. Donc on ne force pas les gens à passer des messages auxquels ils n'adhèrent pas. Mais par contre nous interdisons, et ça ils le savent, de déformer l'information. Pour dire il y a le préservatif qui est aussi une méthode de prévention, de protection, et que la personne qui vient passer le message aux enfants puisse dire le contraire et dire « Non, le préservatif, on vous ment, ce sont des histoires truquées, ils ne protègent pas contre la maladie etc. » Non, non, ce genre d'histoire nous n'acceptons pas. Donc s'il y a un message à passer, on le passe intégralement, dans le sens où il est prévu, et pas le tordre et donner le contraire du message » (Inspecteur, Ecoles catholiques, Goma).*

L'inadéquation entre discours officiel et croyance personnelle des enseignants peut aller jusqu'à la délivrance de fausses informations sur le préservatif. À titre d'exemple, dans une école catholique, on parle aux élèves sur les mesures de prévention du VIH/sida et du préservatif, mais en soulignant de potentiels dangers de celui-ci. Cette information partielle et partielle est d'ailleurs revendiquée par certains enseignants catholiques.

(29) À la différence de la théorie de l'action raisonnée, la théorie de l'influence sociale suppose que les gens modifient leurs comportements ou croyance sous l'effet d'une pression réelle ou imaginaire, volontaire ou involontaire, exercée par une personne ou un groupe de personnes. La théorie de l'action raisonnée suppose que les êtres humains sont rationnels et logiques, et qu'ils utilisent de façon systématique l'information disponible sur les implications de leurs actions avant de s'engager ou d'éviter un comportement (Drame, 2013).

« On nous a dit que si ça s'enflamme là-dedans c'est la fille qui va en souffrir (...) si vous le manipulez mal, ça peut s'enflammer et vous aurez des problèmes au niveau des trompes, le problème là qu'il faut découvrir c'est après une intervention chirurgicale. Et après ça tu n'auras pas d'enfants. (...) On dit tout ceci pour décourager les jeunes à l'utilisation de ça. Parce que si on nous dit une fois tu le manipules mal, ça va s'enflammer et les particules là vont partir avec les spermatozoïdes dans les organes génitaux (...) Tu ne te rendras pas compte tout de suite, ça sera après des jours, tu sentiras des malaises, et ça à cause de cette substance-là, étrangère à l'organisme. » (Entretien dans une école Catholique, Goma)

Pour ces raisons, d'après les jeunes interviewés, les démonstrations sur la bonne utilisation du préservatif à l'école sont assez rares. On peut « à la rigueur », parler du préservatif, mais ne surtout pas en faire la promotion ou la démonstration de peur que cela « donne des idées aux jeunes ». Le message et la promotion du préservatif semblent être un peu plus ouverts dans les écoles et universités publiques, mais l'opposition entre l'Etat et les Eglises concernant ces questions continue à perturber la mise en œuvre de la prévention : « Même pendant qu'on donne le cours, il y a des choses que l'on ne peut pas dire, on laisse tomber à cause des différentes confessions religieuses. J'en ai vu plein. Je suis arrivé dans une école en 6ème des humanités pour parler de l'anatomie des organes sexuels et le professeur m'a dit qu'à cause de sa foi, il ne pouvait rien dire là-dessus. J'interviens, donc, pour dire que c'est un programme de l'Etat et qu'il fallait suivre cela parce que les enfants seront évalués par rapport à ces matières. Le problème est que l'Etat n'a pas donné une structure par rapport à cela » (Enseignant d'éducation à la vie, école à Kisenso).

Le manque d'implication des familles

La formation des parents en matière d'éducation sexuelle et reproductive, ainsi que son implication à côté de l'école, dans des activités de prévention, manque d'un cadre formel d'organisation. Selon un enseignant interviewé : « Il n'y a pas une structure de suivi entre parent et élève et avec les parents on ne parle pas de préservatif. Ils pensent que vous êtes en train de susciter les enfants à la débauche ».

La société congolaise reste en effet majoritairement défavorable au l'enseignement du port du préservatif aux jeunes. Les résultats de l'EDS 2014 montrent que les hommes sont proportionnellement un peu plus favorables que les femmes (49 % contre 45 %) à l'enseignement de l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans. Chez les femmes comme chez les hommes, on note que les plus âgés (40- 49 ans) y sont légèrement moins favorables que les plus jeunes (18-29 ans). Les résultats montrent que ce sont les femmes et les hommes du milieu rural, celles et ceux sans niveau d'instruction et celles et ceux des ménages du quintile le plus bas qui sont les moins favorables à cette mesure de prévention.

Le manque de formation des enseignants

Bien que le contenu des programmes de prévention en milieu scolaire ait été développé, très peu d'enseignants ont été formés sur la SSR et la prévention du VIH : « La première difficulté avec cet enseignement est que les professeurs qui donnent le cours d'éducation à

la vie, parce qu'il y a des chapitres sur le VIH/sida, ne puissent pas être formés. Ils peuvent peut-être avoir suivi une formation à gauche, à droite, dans des ONG auprès de leurs amis ou bien ils ont des amis qui assurent ce cours ils prennent que leurs notes. Mais la formation est importante. Par exemple dans une des écoles où je suis passé, c'est un professeur de comptabilité qui donne ce cours-là. Donc, il a beaucoup de difficultés pour expliquer. Dans d'autres écoles se sont les professeurs de biologie parfois ce sont des professeurs qui donnent l'Education civique et morale. Il n'y a pas une formation continue dans ce sens donc n'importe qui peut donner ce cours. Même si c'est n'importe qui, il faut une formation de base » (Entretien avec un inspecteur à Kisenso).

La formation est conçue sous un système vertical de ruissellement : tous doivent être formés en cascade. « Pour vérifier, l'Etat organise une inspection, il appelle d'abord les préfets. Il forme les préfets et ces derniers vont former les professeurs. Là les enfants auront une matière de qualité. Les éducateurs peuvent se procurer un guide et des outils (« livre éducation à la vie première, deuxième, troisième quatrième, cinquième sixième ») à Kabambare dans le Service Central d'éducation à la vie, où sont dispensées les formations. Il faut souligner que les bureaux de ce service appartiennent à l'église catholique et que l'une de ses premières responsable, une religieuse, « s'est intéressée à ces questions. Elle a commencé à travailler avec l'accord du Ministère, c'est elle qui a développé les premiers programmes » (Entretien à UNESCO).

L'absence de matériel didactique

L'évaluation de l'expérience pilote d'introduction du module d'éducation à la vie familiale dans l'enseignement primaire et secondaire dans 5 provinces éducationnelles de la RDC (UNESCO, 2014) rapporte que la principale difficulté qu'éprouvent les professeurs dans l'enseignement de ces cours est le manque de documentation pour la préparation de matières d'une part, et l'absence des matériels didactiques, d'autre part. Le même constat est fait par l'inspecteur rencontré à Kisenso (Kinshasa) à l'occasion de la présente étude « ils n'ont pas de matériels didactiques, par exemple, des boîtes à image pour parler du sida ou une projection qui peut parler du sida. Vraiment, ils n'ont pas de matériels didactiques appropriés. Il leur faut des matériels didactiques appropriés et aussi une méthodologie appropriée » (Entretien avec un inspecteur à Kisenso).

Cette absence d'outils pour appuyer les enseignants est aussi remarquée dans la province du Nord Kivu. « Non, ils ne donnent pas les outils. Ils donnent juste le programme national, les matières, mais par ci par là, dans certains manuels distribués par des partenaires de l'édu-

cation nationale, on trouve ces sujets-là, intégrés comme des thèmes transversaux dans les matières de cours. (...) C'est nous qui avons fait le pas vers Caritas, et Caritas nous a donné cet espace avec certains médecins avec qui nous avons travaillé, nous comme pédagogues pour voir un peu de manière pratique chez nous comment on fait passer ce cours là, sans que ça ne touche trop à la sensibilité des gens mais que les enfants intègrent cette notion de prévention. Et Caritas nous a accompagné, nous avons même sorti quelques modules où à travers les cours d'éducation à la santé et à l'environnement on trouve quelques cours où on intègre déjà cette prévention-là» (Entretien avec un inspecteur des écoles catholiques, Goma).

Le ministère de l'Éducation a conçu un manuel de formation des professeurs à l'éducation familiale (publié en novembre 2015), pour combler ce problème. Cependant, une analyse du contenu de ce manuel montre que le VIH/sida y est toujours abordé de façon parcellaire et superficielle, ne permettant pas aux professeurs de transmettre une information juste sur la maladie. L'importance du dépistage précoce et de la prise d'ARV pour prolonger la vie des PVVIH y est par exemple absente.

5.2. LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION

À côté de l'école, de nombreuses ONG nationales, parfois constituées en réseau, interviennent dans la lutte contre le VIH. Elles constituent souvent le premier niveau de contact entre les jeunes et la prévention du VIH/sida, dans le cadre des stratégies d'IEC/CCC. Les caractéristiques de leur constitution ainsi que les missions qu'elles se sont données et leurs modes de financement font de ces structures un ensemble assez hétéroclite. Malgré cette hétérogénéité, elles font face à des défis communs en termes de structuration et de fonctionnement.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré plusieurs types d'acteurs qui interviennent auprès des jeunes, en particulier des associations de jeunesse, des associations travaillant avec les populations clés (prostituées et hommes ayant des relations avec des hommes) et des associations de personnes vivant avec le VIH. Nous avons cherché à cerner leur rôle dans la promotion de la planification familiale et la lutte contre le sida et à comprendre leurs atouts mais aussi les limites de leur champ d'action.

Les associations de la société civile : une structuration « exogène »

Pour mettre en œuvre les stratégies IEC/CCC, plusieurs associations et agences de communication sont impliquées sur le terrain. Les agences sont souvent sollicitées par les institutions nationales chargées de la lutte contre le sida pour la conception d'outils de communication. Les associations, elles, apportent leur contribution par des actions de sensibilisation. Elles sont soutenues par des projets ou par des organismes internationaux et proposent des activités de sensibilisation.

Pour les partenaires internationaux, l'appui aux organisations de la société civile permet d'atteindre deux objectifs principaux : apporter un appui spécifique à certains publics (jeunes, populations clés, PVVIH) ; avoir un interlocuteur unique qui permette de faciliter la mise en œuvre de programmes.

Les associations de jeunesse et le RACOF

En RDC il y a eu une volonté de fédérer et d'organiser les différentes associations de jeunesse travaillant sur la lutte contre le VIH. La création du RACOF en 2005 à la suite d'une conférence de niveau national à l'initiative d'agences des Nations Unies a permis, par la suite, de développer des antennes régionales, à l'instar du RACOF Nord Kivu, qui a été installé en avril 2007. Le RACOF, au niveau national, provincial et des territoires a donc un rôle de coordination des associations de jeunesse et d'appui au développement des capacités au sein de ces organisations. Comme le souligne le chargé de programme provincial du RACOF au Nord Kivu : « La mission du RACOF c'est d'encadrer même les plus petites organisations et les relever jusqu'à un certain niveau ».

Les associations de personnes vivant avec le VIH : UCOP+

Dans une logique d'appropriation communautaire et un contexte de forte stigmatisation, les associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont un rôle essentiel à jouer à la fois pour l'accompagnement des personnes infectées mais aussi pour la prévention auprès de la population générale.

UCOP+ est la principale faitière regroupant les organisations des personnes vivant et affectées par le VIH. Comme le RACOF, elle coordonne les activités des organisations et associations intervenant dans le domaine de prise en charge des PVVIH et des personnes affectées (PA) et assure les supervisions, suivis et évaluations

ainsi que le renforcement des capacités des organisations membres : « La première organisation de PVV, qui s'appelait RCP+ (Réseau Congolais des PVV) a été créé de retour d'un atelier international auquel les congolais avaient participé et dans lequel 3 femmes PVV avaient décidé de le créer. Le RCP+ a reçu de l'argent du Fonds Mondial et de l'argent de la Banque Mondiale. Il a pu s'implanter dans 5 provinces. Or, il n'a plus fonctionné, essentiellement pour des questions de leadership et de gestion des ressources. Vers les années 2006-2007, il n'y a plus eu de réseau national. Alors, CORDAID, ONUSIDA et le PNLS ont donné l'idée de mettre en place un autre réseau national. C'est de retour d'une conférence internationale à Douala où il y avait les pays de l'Afrique Centrale qu'on a recommandé que Kinshasa, la RDC-Kin, ait une autre association de PVV » (entretien UCOP+). Un deuxième axe important de travail d'UCOP+ est le plaidoyer pour l'accès universel et gratuit aux services de prévention, de traitement, des soins de qualité et des conseils liés au VIH, et pour la promotion des droits fondamentaux des PVV.

Les associations ciblant les populations clés : HSH et PS

Comme le remarque l'OMS dans ses lignes directrices sur la prévention, l'accès au diagnostic et au traitement des populations clés est urgent dans tous les pays et tous les contextes : « Les populations clés sont touchées de manière disproportionnée par l'infection à VIH. Cette charge disproportionnée s'explique à la fois par le comportement commun de ces populations et par des problématiques socio-juridiques propres qui les rendent plus vulnérables ». Les 5 catégories de population clef définies par l'OMS sont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (MSM ou HSH), les utilisateurs de drogues injectables, les personnes en prisons, les travailleurs du sexe et les personnes transgenre (OMS, 2015).

Suivant ces orientations, en RDC, les programmes nationaux, avec l'appui (ou sur l'encouragement) des bailleurs internationaux ont visé spécifiquement certaines populations dites « clés ». Divers axes d'intervention spécifiques ont donc été développés, en particulier envers les professionnelles du sexe - prévalence nationale estimée à 23% (données programmatique PNLS/ProVIC USAID 2012) ; et plus récemment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, qui présentent une prévalence nationale estimée à 31% (Enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes à Kinshasa, 2011). Ces populations sont définies comme les groupes qui, en raison de comportements à risque élevés spécifiques ont un risque plus élevé de contracter le VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local.

Le focus mis sur ces populations clés dans les programmes a notamment suivi l'obligation depuis 2013 par le Fonds Mondial de l'inclusion de représentants de ces populations dans le CCM.³⁰ Bien que ces actions ont contribué à mettre en avant les problématiques spécifiques des usagers de drogues injectables, MSM ou PS, elles ont déclenché, indirectement, des processus de stigmatisation, avec des effets pervers envers ces populations. Un exemple de ce phénomène a été la polémique suscitée par un projet de loi en 2013 visant à criminaliser l'homosexualité, qui est même arrivée au sénat, pour ensuite être retirée grâce à l'action des associations de la société civile. La problématique touche également l'accès au financement des associations travaillant pour ces populations : « Un directeur du PNLS nous dit ouvertement, à chaque fois que on va parler avec lui : « Vous venez chez moi avec ces histoires d'homosexualité ? Chez moi ça ne se passe pas comme ça. Nous allons chasser votre ONG ». Et même si vous montez plus haut, c'est pareil. La stigmatisation envers les populations clés ça tombe chez nous, ici. S'il y a une réunion qui se passe par là-bas, on va pas m'appeler, on vous met de côté » (Entretien association PS, HSH Kinshasa).

Une cartographie des populations clés a été élaborée en 2013, afin notamment d'estimer la taille de ces populations dans 6 provinces, pour faciliter la planification et l'adaptation de programmes spécifiques pour elles. Celle-ci remarquait notamment, qu'« Au stade actuel, il existe très peu d'interventions ciblant les professionnelles du sexe et HSH à travers le pays à l'instar de quelques activités menées à Kinshasa par le centre Matonge /PNLS et l'ONG PSSP. C'est ainsi qu'il est important de faire une estimation de la taille des populations clés en vue d'une riposte proportionnelle basée sur les évidences » (ONUSIDA, 2013).

Ces publics, constitués en grande partie de jeunes, souffrent encore d'une très forte stigmatisation. Comme pour les faitières décrites plus haut, le développement récent de ces associations (en particulier pour les HSH) est lié en partie à l'exigence/ la volonté des bailleurs internationaux : « Ce n'est que le nouveau plan national qui a vraiment inclus les populations clés dans la lutte contre le VIH. Avant ce plan national, rien n'a été fait ni par le gouvernement, ni par le PNLS, ni par les organisations pairs ou la société civile, rien n'était considéré, jusqu'à ce que le plan ne soit revu, et avec le nouveau

⁽³⁰⁾ Le CCM (country coordination mechanism - instance de coordination pays) est le mécanisme de coordination des subventions accordées par le Fonds Mondial. Ces partenariats nationaux composés de multiples parties prenantes élaborent et soumettent les propositions de subventions au Fonds mondial en se fondant sur les besoins prioritaires au niveau national. Une fois la subvention approuvée, elles supervisent l'évolution en cours d'exécution.

modèle de financement du Fonds Mondial » (MOPRE-DES, Goma).

Les insuffisances organisationnelles

Les associations et agences de communication qui sont impliquées sur le terrain développent diverses stratégies pour approcher les jeunes, notamment une forte implantation territoriale. Les réseaux plus importants intègrent une multitude d'organisations locales de type associatif. C'est le cas d'UCOP+ : « À ce jour, nous avons autour de 219 organisations. Ce ne sont pas seulement des ONG très grandes avec tous les documents, non, nous avons des petits mouvements de 20-25 personnes qui se regroupent dans les zones de santé, c'est ça que nous appelons organisation aussi. UCOP+ est présent dans toutes les provinces » (Entretien SE UCOP+ National). Le RACOF, quant à lui, réunit les jeunes leaders des différentes associations, des grands mouvements de jeunes qui se sont fédérés suite au forum national jeune et VIH/sida en 2005, à travers toute la République : « L'objectif de ce forum était la mise en place d'un cadre où les jeunes pouvaient échanger sur les différents problèmes liés à la jeunesse ». Le RACOF a actuellement des représentations dans toutes les 26 provinces de la RDC, mais sous la gestion de 11 coordinations provinciales (correspondant aux anciennes régions) et une organisation bien structurée : « Au niveau national, nous avons une planification aussi mais il y a des spécificités provinciales. Et nous avons, presque tous les 2 ans un atelier national où toutes nos coordinations provinciales se retrouvent à Kinshasa, et on discute sur l'un ou l'autre point qui intéresse l'épanouissement des jeunes, notamment par rapport au VIH, et aussi par rapport à notre synergie en tant que réseau, etc. ». « Le RACOF a eu la chance de naître avec l'aide des pouvoirs publics et de l'UNICEF. Et nos CEICA sont appuyés par les clubs des adolescents. Ce sont eux qui ramènent la fréquentation, qui amènent des activités au sein des CEICA ».

Dans la structure organisationnelle de ces structures, divers « relais communautaires » sont commis à des actions de sensibilisation. Les animateurs supervisent les campagnes sur le terrain. Des jeunes « pairs éducateurs » assurent l'encadrement de leurs semblables dans la communauté, ils organisent des conférences-débats, des séminaires et des réunions à l'intention de l'administration et de ses délégations. Ils apportent aussi leur appui technique et logistique aux agents qui animent les campagnes.

De manière générale, les associations attirent les jeunes dans leurs centres par différents moyens de sensibilisations. Au RACOF, deux types d'activités sont mises en œuvre : « Nous avons des activités à caractère ludique et les activités à caractère éducatif. A caractère ludique, ce sont des activités qui nous permettent d'attirer les jeunes vers le centre, c'est-à-dire nous offrons les services des jeux gratuitement. Nous avons généralement les jeux comme les jeux de carte, le jeu de dé que nous mettons à la disposition des jeunes gratuitement, qui viennent et pendant qu'ils jouent, nous profitons de leurs présences pour leur donner certaines informations sur le VIH et sur d'autres problèmes liés à la santé des jeunes » (Entretien RACOF national). Les activités de ce type d'associations ont évolué au fil de temps : « La thématique du VIH/sida c'était comme une porte d'entrée pour nous. Et maintenant-là, nous sommes dans tous les domaines liés à la société, donc les problèmes des jeunes, la sensibilisation, la formation, le plaidoyer, l'éducation citoyenne, l'éducation civique » (Entretien RACOF). Un autre ajoute : « Le VIH nous a ouvert la porte, comme c'est un problème de développement, ça nous a ouvert la porte pour toucher les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes en intégralité ».

Quant aux outils de communication/sensibilisation, les divers acteurs utilisent des affiches, des dépliants, des boîtes à images. D'une façon générale, que ce soit au niveau de la planification familiale, du sida ou les violences, la plupart organisent des causeries. Les spots (radio et télé) sont d'autres outils de sensibilisation. Les associations peuvent organiser des activités éducatives (vidéo forum) ou d'autres stratégies selon le contexte : « Par exemple, pendant le moment des compétitions de football, disons pendant la Coupe du Monde, la Coupe d'Afrique, nous projetons l'image parce que nous avons de l'électricité par ci par là, et les jeunes viennent en masse. Et nous profitons de leur présence pour donner quelques informations, sensibiliser au fait » (Entretien RACOF national).

Selon les témoignages recueillis, quelques acteurs peuvent mettre en place des stratégies de communication de proximité pouvant être perçues comme étant diffuses :

« Il y a des ONG qui interviennent comme ça avec des informations toujours diffuses. Les interventions des ONG dans certains quartiers j'en ai vu. Je crois que c'était une communication. Un jour je vois des jeunes avec des t-shirt avec le logo d'une ONG locale qui a eu un financement de quelque part et devait faire la sensibilisation des populations avec un mégaphone dans la rue, il parlait. Le message était le dépistage volontaire, oh que c'était lamentable ! Il disait : Venez vous faire dépister, nous sommes sous le manguier de l'église protestante d'à côté, il y a une équipe-là qui va faire le dépistage, c'est pas payant c'est gratuit pour que vous sachiez votre état sérologique c'est très important, il crie comme cela c'est très important, le résultat vous l'aurez après une heure, j'avais interpellé un garçon je lui ai dit mon frère c'est bien ce que vous faites là, le dépistage c'est bien, mais dites-moi quand vous communiquez comme cela vous croyez que les gens seront convaincus de venir donner leur sang et attendre un résultat qui peut être caché pour les autres ? » (Entretien avec un animateur communautaire)

Quelques études, qui ont examiné les actions menées par ces programmes spécialisés et ONG locales, renseignent également qu'en dépit de leur différenciation théorique évidente, les acteurs de terrain entretiennent, dans leur pratique, des confusions quant à la mise en œuvre de ces différentes approches. Selon Nsakala (2012) le volet complémentaire de la CCC par rapport à l'IEC, à savoir la prise en compte des déterminants des comportements et de l'environnement, est souvent occulté. **La sensibilisation de masse et la mobilisation sociale sont confondues dans des actions d'IEC visant le renforcement des connaissances, sans que des objectifs de changement de comportements soient préalablement identifiés à travers un exercice participatif de priorisation. À ce sujet, aucun support de communication stratégique scientifiquement efficace et adapté aux différentes catégories sociales, n'a été développé de manière participative.**

La situation est un peu différente pour les populations clés, plus ciblées et pour lesquelles il y a une démarche pour aller sur leurs lieux d'exercice (PS) et les associations de PVV pour lesquelles il y a un système de référencement entre les structures de santé faisant le dépistage et les associations. L'importance de l'adaptation du message est particulièrement vraie dans le cadre des programmes visant les populations clés, qui nécessite des actions et des connaissances particulières de la part des encadrants. Partout, les jeunes MSM sont souvent encore plus vulnérables que les autres MSM aux effets de l'homophobie, qui se manifeste par de la discrimination, du harcèlement, la désapprobation de la famille et un rejet social (OMS, MSM Technical Brief, 2015) : « On

a utilisé une stratégie qui leur montre que c'est leur vie qui est en danger. Aujourd'hui, on n'a pas de partenaire qui peut prendre en charge un MSM. Bien sûr, ils sont là, mais, même moi-même pour aller se faire dépister, quand l'agent de counseling me demande la dernière date de mon rapport sexuel, de quelle manière j'ai eu ce rapport sexuel, quand je lui en parle, je vois son visage changer. Et nombreux ne font pas le dépistage à cause de ce counseling-là. La dernière fois, quand on a fait une réunion, on a juste demandé au PNMLS de venir là, avec ses agents, pour venir faire le dépistage sans counseling, faites seulement le dépistage et ne cherchez pas à savoir comment, comment, comment (...) » (Entretien avec une association de MSM, Goma).

Notre enquête sur le terrain nous a permis de voir que ces associations et réseaux souffrent de deux problèmes principaux : la variabilité des financements, liée à leur dépendance aux financements extérieurs ; et de là une faible capacité à toucher véritablement les publics cibles.

Des financements fluctuants

Faute d'investissement national stable, les associations œuvrant dans le domaine de la prévention fonctionnent souvent grâce à des financements extérieurs, qui sont, comme nous l'avons vu dans l'analyse du contexte institutionnel, très fluctuants. Le désengagement de certains acteurs et une certaine fatigue de l'aide sur le VIH ont pu mettre certaines d'entre elles dans des situations dif-

ficiles et ne leur permettent pas de réaliser totalement les missions qu'elles se sont assignées. Ainsi, le Secrétariat Exécutif National d'UCOP+ témoigne : « Depuis la création il y a 7 ans jusqu'à maintenant, notre budget a été divisé par 4. Nous avons plusieurs financements, maintenant nous n'en avons que 2 : le Fonds Mondial et PROVIC » (ENTRETIEN UCOP+, Kinshasa).

Ces baisses et variabilités de financement ont des conséquences logiques au niveau opérationnel en termes d'activités.

« Il y a des organisations que vous pouvez voir, elle a reçu un appui et là elle est très active. Mais après cet appui, elle devient amorphe » (RACOF, Goma). Une personne interviewée ajoute : « Oui, à l'époque ici on avait une bonne sonorisation pour quand il y avait des activités on avait des danseurs qui venaient, on avait une très bonne sonorisation, on avait des baffles et tout. Il y en a plus donc. S'il faut organiser une grande activité, ça va nous demander beaucoup d'argent, puisque il faut avoir un podium, il faut avoir la sonorisation et tout. Quand il y a la musique, il y a des gens peut-être qui sont de passage mais qui sont quand même attirés » (Focus group RACOF, Kinshasa).

Les observations faites au cours de notre mission confirment ces dires. A Goma, au sein du CEICA, le matériel d'éducation (télévision et magnétoscope à cassette) est vétuste et non fonctionnel, et les supports d'activités ludiques en mauvais état (babyfoot auquel il manque la moitié des joueurs etc.). Cela entraîne une fréquentation faible et (mal) ciblée de la structure : lors de nos passages, une dizaine de personnes seulement, tous des jeunes hommes venus jouer au billard.

Le caractère cyclique des interventions est aussi problématique en termes d'efficacité des programmes de prévention, en particulier pour ces populations qui changent vite : l'absence d'activité pendant un ou deux ans va priver les jeunes entrant dans l'adolescence à ce moment d'une information essentielle à leur protection. Dans le cadre des programmes ciblant la jeunesse, la constance des programmes est donc essentielle. Il en est de même pour les activités ciblant les professionnelles du sexe. D'après un éducateur à Goma, les programmes, très appuyés à un moment donné, ont permis des avancées en termes d'utilisation des préservatifs par les PS. Mais depuis, de nombreuses jeunes filles sont arrivées, qui n'en ont pas bénéficié faute de financement, et les autres ont tendance à se relâcher.

Le poids du « volontariat » et de l'engagement communautaire sur l'efficacité des actions

La plupart de ces associations sont bâties sur le modèle du volontariat et de l'engagement. Si celui-ci est louable, dans le contexte d'un pays et d'une population jeune très pauvre, avec des un fort taux de chômage des jeunes, même diplômés, la question de la pérennité de l'engagement se pose : « Ceux qui ont les contrats de volontariat, peut-être il y a ceux qui sont là, ils ont juste l'envie de servir le réseau, de servir les jeunes. On peut leur donner juste une prime à la fin du mois. On a les cotisations de quelques membres qui peuvent servir à ça (...) mais en termes de stabilité, on n'en a pas encore. Les salariés, on est payé par les projets. Ceux qui ont un contrat de travail sont ceux qui sont affectés directement sur un projet » (Entretien RACOF, Goma).

« C'est depuis 2006 que je suis dans le volontariat, et maintenant je me dis « jusqu'à quand ? Nous sommes là, nous travaillons, nous fournissons des efforts, tu t'imagines, quitter ici pour aller sensibiliser à X, gratuit, gratuit, gratuit. J'ai même arrêté mes études par manque de moyens, je me suis beaucoup sacrifiée pour les choses de la jeunesse. Et puis jusqu'à aujourd'hui je commence à me dire « ahah, mon Dieu, quelle expérience que je suis en train de faire. Je serai rémunérée ici par terre ou bien au ciel un jour ? » (Jeune fille, association de PVVIH)

Ces associations sont aussi vues par certains comme des tremplins en terme professionnel. C'est notamment le cas au RACOF, où, que ce soit à la coordination nationale ou au niveau régional, les « anciens », maintenant passés dans de grandes ONG internationales ou dans le système des Nations Unies sont cités en exemple : « On est dans un environnement où il y a un problème d'emploi. Donc quelqu'un va te dire au lieu que je reste à la maison, je préfère mieux que je reste là, je vais acquérir l'expérience. Donc c'est aussi dans le cadre d'encadrement. (...) On le forme. Et après peut être un contrat de volontariat, il peut facilement postuler, travailler dans une ONG (...) Le constat que nous avons fait, beaucoup de jeunes qui passent par le RACOF, ils finissent dans des grandes organisations et ont des grandes responsabilités » (Entretien RACOF, Goma).

5.3. LE RÔLE DE LA RELIGION

La religion fait partie intégrante de la vie des congolais. Selon leurs doctrines, trois types d'Eglises existent dans le pays: a) Les Eglises qui se réfèrent à la tradition ; b) les Eglises occidentales (Eglise catholique et l'Eglise protestante) ; et c) les Eglises de réveil, avatar des Eglises occidentales.⁽³¹⁾ Par ailleurs, 10% de la population est musulmane.⁽³²⁾

Dans le quotidien des acteurs locaux, il y a des forts liens entre les croyances traditionnelles et les Eglises. Etre membre d'une Eglise n'empêche pas du tout de s'inscrire en même temps fortement dans les croyances traditionnelles. Quelques interlocuteurs affirment l'existence de la sorcellerie comme un fait inhérent à la vie dans la communauté, pouvant exposer les personnes aux VIH.

Les églises jouent un rôle très important dans le contenu des messages diffusés par les différents acteurs. Son impact est visible dans tous les secteurs de la vie publique, écoles, associations, services de santé. Le monde religieux et les pasteurs n'en restent pas moins des interlocuteurs privilégiés pour changer l'image de la maladie et permettre une réelle diminution de la transmission du VIH : « Ici tout le monde est très religieux, les gens croient en un Dieu et tout le monde appartient en quelque sorte à une église. C'est ainsi que nous faisons ce plaidoyer pour qu'au niveau des organisations que vous êtes, vous puissiez aussi travailler avec les églises. Parce que je leur dis que si l'Ouganda a connu une atténuation de l'impact négatif du VIH/sida c'est parce qu'il y a eu une forte implication des leaders religieux et nous voulons mettre en œuvre cette expérience ici en RDC » (Entretien CONERELA).

Acteurs clés d'influence de l'opinion publique dans ces domaines, la position des chefs religieux reste ambiguë dans la lutte contre le VIH et très critique sur la sexualité des jeunes. Par des messages défavorables à certains moyens de prévention (préservatif), ils peuvent constituer un frein à la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque.

⁽³¹⁾ Sous le type a) peuvent être classées l'Eglise des Noirs en Afrique (ENAF) ; l'Eglise Kimbanguiste, qui confesse la doctrine de son fondateur Simon Kimbangu ; l'Eglise Vuvamu (présente, par exemple, au village de Bataillon) qui vise à retourner aux pratiques ancestrales et refuse tout ce qui vient de l'Occident ; les Eglises du Saint-Esprit au Congo (ESEC) en tant que plateforme de toutes les Eglises d'inspiration kimbanguiste en l'occurrence Fikambi-Kambi, Eglise Chrétienne Unie du Saint-Esprit (ECUSE) fondée par Tata Gonda. Sous le type b) se définissent les « Eglises occidentales » : l'Eglise catholique et l'Eglise protestante. Et sous le type c) profilent les « Eglises de réveil » (UNICEF, 2013).

⁽³²⁾ D'après le CIA World Factbook, la répartition de la population par religion est la suivante : Catholiques 50%, Protestants 20%, Kimbanguistes 10%, Musulmans 10%, autres 10%.

5.4. LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ : ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE

Le système de santé en RDC est de type pyramidal à trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel. Le niveau central a une responsabilité normative et de régulation et de prestation des soins de santé tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Le niveau intermédiaire ou provincial assure le rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, les stratégies, des politiques sous formes d'instructions et des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des zones de santé. Suite au redécoupage du territoire en 2015, 26 divisions provinciales de la santé ont été créées par arrêté du Ministre de la santé publique. Le niveau périphérique comprend 516 zones de santé. La Zone de Santé est considérée comme une entité décentralisée, de planification et de mise en œuvre de la stratégie de soins de santé primaire sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. Elle fonctionne conformément aux stratégies édictées par le niveau central du système de santé. La lutte contre le VIH/sida au niveau provincial est placée sous la coordination du Comité Provincial Multisectoriel de lutte, présidé par le Gouverneur de province et ses aspects techniques (notamment sanitaire) sont gérés par la coordination provinciale du PNLS.

Les infrastructures de santé peuvent être la propriété de l'État ou d'acteurs privés à but non lucratif. En règle générale, le secteur privé non lucratif est tenu par des organisations non gouvernementales et les confessions religieuses. Ces dernières ont bien souvent conclu un accord contractuel avec l'État, où sont clarifiés les droits et devoirs des deux parties, mais elles conservent une grande autonomie en termes de gestion. Depuis l'ère coloniale, les missions religieuses ont tenu le rôle d'agences d'exécution de premier rang dans le secteur santé. Actuellement la RDC compte un réseau indigène, à but non lucratif, prospère de prestataires de soins issus des communautés religieuses, qui s'avèrent des partenaires vitaux dans la gestion du système de santé du

district.³³ Leur contribution à l'offre de santé est appréciable : à titre d'exemple, l'Eglise catholique gère environ 40% des infrastructures sanitaires propres ou acquises pour la gestion.

La lutte contre le VIH/sida en RDC a connu des évolutions récentes marquées par une volonté d'intégration de la lutte contre le VIH - conseil, dépistage et prise en charge - dans les centres de santé primaires « ordinaires », afin de s'approcher des populations. Au niveau mondial, le développement de traitements plus simples, plus sûrs, en une seule prise quotidienne d'un seul comprimé qui conviennent pour une utilisation dans la plupart des populations et des groupes d'âge a permis ce changement de politique. Ces évolutions très récentes contraignent le système, par ailleurs fragile, à s'adapter mais offrent aussi de grandes potentialités et la possibilité de définir des stratégies novatrices en termes de prévention de la transmission du VIH chez les jeunes

Une volonté d'intégrer le VIH dans les centres de santé primaire

Les avancées au niveau mondial sur la connaissance de la maladie et surtout la simplification des traitements ont permis de déléguer la prise en charge du VIH à des personnels de santé de niveau inférieur aux médecins, et notamment aux infirmiers, qui, dans de nombreux centres de santé ruraux ou péri-urbains sont les seuls prestataires présents. En conséquence, les lignes directrices de l'OMS sur les antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013), indiquent que « des cliniciens non médecins, des sages-femmes et des infirmiers qualifiés peuvent mettre en route un TAR de première intention ».

En RDC, cette évolution est relativement récente : « C'est maintenant seulement qu'on veut introduire pour tous les centres de santé, auparavant ce n'était pas comme ça. Pour la zone de santé de Karisimbi, auparavant il y avait seulement Murara, l'hôpital général, Virunga et l'hôpital militaire et Kahembe. Après ça on m'a ajouté pour désen-

(33) Les Centres de santé intégrés, c'est-à-dire des établissements de premier niveau à but non lucratif, étatiques et privés (religieux ou autres), relèvent en principe de l'autorité du Bureau central de la Zone, dirigé par le Médecin Chef de Zone. Inversement, les centres de santé non intégrés n'étant pas liés par une convention avec l'État, ils sont généralement axés sur le profit. Toujours est-il que le rôle de supervision de l'équipe de district se borne bien souvent à la simple collecte de données et à l'inventaire des médicaments. De plus, quand le Centre de santé intégré ou l'Hôpital général appartient à un acteur privé, cette supervision est souvent considérée comme intrusive et non nécessaire, et partant, elle fait souvent défaut. Voir : Stasse S., et alt. 2015.

gorger l'hôpital général. Mais avec l'option B+³⁴ on veut introduire maintenant tous les centres de santé. Quand on dépistait, on dépistait seulement avec Determine³⁵ et on référéait. On ne prenait pas en charge. (...) C'est seulement en 2014 qu'on m'a autorisé de prendre maintenant en charge » (Infirmier, CS Mugunga).

L'avantage de cette stratégie tient au fait que cela a permis de rapprocher l'information et le dépistage du VIH de centres de santé « ordinaires » et de la population générale. Le counseling, dépistage et suivi peuvent être fait par des infirmiers formés au niveau des centres de santé ruraux ou urbains, et ne dépendent plus seulement des hôpitaux et des médecins. Il y a donc un rôle de prévention du VIH dans la population générale qui a été élargi et dévolu au système de santé dans son ensemble.

Un secteur de la santé exsangue et peu fréquenté par les jeunes

Pour pouvoir jouer pleinement son rôle central d'information sur le VIH et de prise en charge auprès des jeunes, il faudrait que le système de santé soit fonctionnel. Or en RDC, il est particulièrement fragilisé par des années de sous-financement et de conflits. Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder (Plan National de Développe-

ment Sanitaire PNDS 2011-2015, p. 52).³⁶ En mars 2016 la Banque Mondiale a approuvé un don supplémentaire de trente millions de dollars américains en faveur de la RDC visant à renforcer les systèmes de développement humain, l'appui au système de santé, d'éducation et de protection sociale ainsi que des questions de genre. Ce projet, « Renforcement des systèmes de développement humain en République démocratique du Congo », permettra de renforcer les dispositifs de gestion des services d'éducation et de santé dans un certain nombre de zones géographiques, selon une approche à la fois nationale et provinciale. Les bénéficiaires directs seront les décideurs et personnels de plusieurs ministères – Enseignement primaire, secondaire et initiation à la nouvelle citoyenneté, Santé publique, Affaires sociales, Travail, emploi et assurance sociale, Justice et droits de l'homme, Intérieur et sécurité – qui disposeront ainsi d'éléments plus tangibles pour renforcer l'efficacité des systèmes de prestation de services.³⁷

La faiblesse du système de santé a un impact sur l'accessibilité des jeunes aux centres de santé, y compris les services spécialisés. **En effet, si ces services sont censés être gratuits, le faible financement par l'Etat du secteur de la santé a des conséquences au minimum sur la motivation des prestataires, voire va les amener à privilégier des activités qui « rapportent » (les consultations payantes) au détriment des services gratuits comme le dépistage, où à faire payer des services censés être gratuits.** « Aujourd'hui le programme connaît quelques embuches, parce que nous prestataires sommes quelque peu délaissés et abandonnés à notre triste sort. (...) par notre gouvernement. Pour preuve, ça fait longtemps que nous sommes prestataires de santé publique mais ne sommes pas encore payés par

(34) Pour la PTME, voir plus bas.

(35) Determine est un test de dépistage rapide, fonctionnant à partir d'une goutte de sang: un peu à la manière des tests rapides de dépistage de la malaria. Seul, il ne permet pas de déclarer un VIH+, car le résultat positif peut être dû à d'autres virus (virus de l'hépatite C, zona...)

(36) Le Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2011-2015 (cadre de mise en œuvre de la SRSS en RDC) a identifié plusieurs problèmes de qualité dans l'amélioration de la formation de base du personnel de santé, l'amélioration de la qualité du système de santé : problèmes liés à la collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs connexes (santé et éducation) ; l'accès insuffisant aux soins de santé primaires dans la plupart des provinces du fait de la faiblesse de la couverture sanitaire et du mode de paiement pratiqué (pas basé sur les principes de la couverture universelle des soins) ; régulation du privé lucratif presque inexistante, les HGR des ZS n'ont pas des ressources nécessaires pour remplir leur mission, l'offre des soins de santé tertiaire dans le pays s'est également effondrée du fait de l'insuffisance des ressources nécessaires à son organisation, problèmes d'approvisionnement en médicaments, de dotation des formations sanitaires en équipements, etc. (MSP, 2010).

(37) Ce projet correspond à la stratégie de la Banque mondiale pour l'Afrique et s'inscrit dans les objectifs du Millénaire pour le Développement. Voir : <http://www.radiookapi.net/2016/04/01/actualite/economie/rdc-la-banque-mondiale-approuve-un-don-supplementaire-de-41-millions>

le gouvernement. (...) Nous sommes dans la Fonction Publique, mais ce n'est pas tout le monde qui est salarié. Nous recevons de maigres primes à hauteur de 10.000 Francs congolais par mois. Que pouvons-nous faire avec un tel montant avec la vie actuelle ? (...) Nous vivons avec le rendement financier de notre centre, à la fin du mois on se partage les recettes générées à partir des consultations et les hospitalisations. C'est vraiment un service bénévole qui ne nous donne pas de garantie. Le CDV ne produit rien, c'est pourquoi nous faisons toujours la rotation » (Infirmier, centre CDV Goma).

Le sous financement du système de santé par l'Etat rend les centres dépendants des financements extérieurs et des contributions des patients, pour leurs activités, mais aussi pour le « paiement », via des primes, du personnel : « Ici dans le centre de santé, il n'y a qu'un seul (personnel) qui est mécanisé, qui a un salaire, mais nous tous, nous sommes des nouveaux. Depuis 2003 que je suis ici, je n'ai rien touché, sauf il y a 10.000FC qu'on nous donne, on dit que c'est la prime (...). L'activité qui nous rémunère un peu c'est la planification familiale avec Save. Save nous donne quelque chose (600\$- pour 12 personnes). Il y a maintenant Oxfam qui a commencé depuis février, ils nous donnent une enveloppe de 50\$ pour aider le fonctionnement. Par mois. Pour toute la structure (...). Nous sommes payés avant tout par notre recette locale ici, on se partage (...). Avec ça nous cherchons les médicaments, nous cherchons la prime des agents, nous cherchons un peu l'investissement. Nous devons aussi donner quelque chose à la zone de santé. Nous sommes des confessionnels nous devons aussi donner quelque chose à notre bureau diocésain des œuvres médicales là-bas, et donc avec les petits moyens que nous avons ici. Et vous voyez, notre population est très démunie » (Infirmier, CS DCIP, Goma).

Or l'on sait que pour les jeunes, et en particulier les plus jeunes d'entre eux, encore peu souvent entrés dans la vie active, l'obstacle financier, même s'il semble minime, peut être important : « Quelqu'un qui sait qu'il doit payer la consultation 2\$, il peut arriver que sa date de retrait de médicaments arrive, il n'a pas ces 2\$. (...) Il n'a pas l'accès parce qu'il n'a pas cet argent » (Infirmier centre CDV, Goma). L'accessibilité des jeunes aux services de dépistage et éventuellement de prise en charge, en particulier ceux intégrés dans les centres de santé primaire, nécessite donc de penser des mécanismes pour réduire ces obstacles financiers.

La mise en œuvre des modalités de dépistage différentes

Le conseil dépistage volontaire

Concernant le dépistage, le conseil dépistage volontaire a été reconnu comme une stratégie efficace située au centre de la prévention et de la prise en charge du VIH/sida en RDC. L'intégration du VIH dans les centres de santé primaire a été faite à des rythmes différents à travers des centres spécialisés : les centres de conseils et dépistages volontaires (CDV), qui restent relativement peu nombreux (il n'y en a qu'un dans le Nord Kivu) ; les centres dits DCIP (dépistage et counseling initié par le prestataire), basés sur une présence des patients au centre de santé : « DCIP veut dire : Dépistage diagnostic conseillé initié par les prestataires. Donc, quand moi je vous reçois, vous êtes malade, en dépit de tout ce que vous pouvez donner comme plaintes, donc, je dois aussi vous parler de VIH » (Infirmière dans un CS à Kalamu). Il existe aussi des centres de santé qui n'ont pas encore intégré le VIH. Le processus du conseil réalisé au sein des centres CDV englobe l'évaluation du risque personnel de transmission du VIH et la discussion sur les modes de prévention. Il aborde en particulier les problèmes d'ordre affectif et social liés à une infection à VIH éventuelle ou réelle et au sida.³⁸ On peut rapprocher cela des initiatives en termes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), qui veulent que chaque femme fréquentant la CPN puisse être informée sur le VIH et qu'on lui propose le dépistage.³⁹ Ces différentes modalités de prestation ont des impacts sur la fréquentation des jeunes. Cela est confirmé par le corps médical :

(38) <http://www.memoireonline.com/03/12/5538/Les-facteurs-favorisants-lutilisation-des-actives-dun-centre-de-conseil-et-depistage-volon.html>

(39) En 2004, l'ONUSIDA et l'OMS rendaient publiques de nouvelles orientations tendant à refléter l'émergence d'un consensus global sur le counseling et le dépistage du VIH. Ces orientations stipulent notamment que la gamme de portes d'entrées pour le dépistage du VIH devrait être étendue. De plus, ces orientations mettent l'accent sur le fait que le counseling et le dépistage du VIH devraient être promus en tant qu'activités de routine, et permettre ainsi à un plus grand nombre de personnes de connaître leur statut sérologique. Ces nouvelles orientations ont essentiellement eu pour impact d'entraîner un changement dans le paradigme, le faisant passer de counseling et dépistage volontaire (CDV) du VIH à counseling et dépistage (CD) du VIH tout simplement. Le processus du counseling et dépistage volontaire étant désormais considéré comme une approche parmi d'autres, tandis que le terme counseling et dépistage (CD) quant à lui prend en compte toutes les approches de counseling, qu'elles soient initiées par les prestataires de services ou par les clients.

Dans les centres de santé : « parfois il y a des jeunes mais ils ne sont pas nombreux. (...) Parce que nous ne sommes pas un CDV (Centre de dépistage volontaire), nous sommes un DCIP. C'est CDV qui reçoit tout le monde comme ça. Mais nous ne refusons pas, ceux qui viennent directement de la maison pour un dépistage comme ça. Mais notre système est basé surtout pour ceux qui viennent consulter et les sensibiliser. Bon s'il y a quelqu'un qui a appris qu'on dépiste ici, bon, nous l'acceptons. » (Infirmier, CS DCIP, Goma)

Le risque d'une stratégie de dépistage principalement basée sur le conseil lors de la fréquentation des centres de santé est que les jeunes ne fassent le dépistage qu'en cas de maladie, donc parfois de déclaration du stade sida, alors que le dépistage précoce est utile à la fois pour limiter les impacts de la maladie sur les jeunes et en termes de prévention, comme nous le verrons ci-dessous. Le dépistage du VIH et des autres IST est fortement conseillé à tous ceux qui sont exposés à n'importe lequel des facteurs de risque, de façon à ce qu'ils connaissent leur état infectieux et accèdent sans retard aux services de prévention et de traitement. Dans ses lignes directrices unifiées pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013), l'OMS recommande de « réaliser un conseil et un dépistage du VIH à base communautaire ainsi qu'un dépistage du VIH chez les adolescents afin de permettre d'identifier de manière plus précoce les personnes vivant avec le VIH et d'établir un lien entre ces personnes et les services de soins et de traitement ». Si la stratégie DCIP permet de multiplier les lieux de référence et de rapprocher les services de la population, et donc potentiellement des jeunes, il n'y a pas encore clairement de stratégie qui vise à attirer les jeunes vers les centres de santé. Les CS ont une vocation souvent plus curative que préventive. Le développement de cette dimension préventive et d'une offre de services adaptés aux jeunes constitue donc encore un défi.

Différents protocoles de dépistage

A Goma, nous avons ainsi été témoins de protocoles différents de dépistage selon les CS visités. Dans les centres où le VIH n'a pas encore été intégré, on n'utilise que le *Determine*, test de dépistage rapide (TDR) qui sert à déterminer des « négatifs » mais qui, d'après les personnels de santé interrogés, ne permet pas à lui seul de déterminer des positifs (le résultat positif peut être dû à d'autres virus comme l'hépatite ou le zona). Les personnes doivent dans ce cas être référées dans d'autres centres pour confirmation du statut. Or les limites de ces tests ne sont pas toujours bien comprises, même par

les personnels de santé. « Si le *Determine* est positif, je ne peux encore conclure. Elle revient alors après 3 mois, si c'est positif c'est là que je peux conclure alors » (infirmier, Goma). Dans le centre CDV visité, la confirmation après le *determine* est faite à partir de deux tests supplémentaires (Unigold et doublecheck). Dans le centre de santé qui pratiquait le DCIP, le pré-test *Determine* est complété par un seul test, Unigold. Ces différentiels de protocole peuvent amener certaines personnes à aller se faire dépister dans plusieurs centres.

Plus grave, lors des visites dans les centres de santé, les prestataires nous ont signalé des ruptures relativement fréquentes en tests de dépistage, y compris pour les structures CDV dont il s'agit pourtant de l'activité principale : « Nous avons dernièrement connu une rupture qui a duré un mois, heureusement on a été encore ravitaillé après cela. (...) Dernièrement nous étions en rupture du test Unigold et on avait *Determine* et double check, donc on ne pouvait pas travailler dans ces conditions-là. Par contre si nous sommes en rupture de *Determine* et que nous avons Unigold et le double check, là nous pouvons faire quelque chose. Mais selon le programme il faudrait faire les trois tests » (Infirmier, CDV Goma).

Dans le cadre de programmes intégrés, les problèmes structurels du système de santé, notamment en termes de gestion des intrants (ici les tests de dépistage) risquent de diminuer l'efficacité de la lutte contre le VIH. Pour les jeunes, dans le cadre d'une action (se rendre au centre pour effectuer le dépistage) perçue encore comme n'allant pas de soi, l'absence d'un service régulier peut constituer un élément déterminant à sa non utilisation.⁴⁰

⁽⁴⁰⁾ Les obstacles physiques, culturels et psychologiques cités par les jeunes à l'utilisation du dépistage seront évoqués dans la partie 6.

L'articulation/synergie avec les stratégies communautaires

Le lien entre les structures de santé et la communauté est formalisé par l'existence d'agents de santé communautaires, relais des centres de santé pour la diffusion d'informations ou même la délivrance de certains produits de santé. Cependant, comme pour les membres des associations, le bénévolat associé à ces activités a un impact sur leur efficacité, en particulier dans une situation d'extrême pauvreté, comme rencontrée dans l'Est du pays.

« Nos relais communautaires sont aussi devenus trop avarés, ils préfèrent l'argent. Travailler bénévolement pour le moment, ça pose problème. Nous avons des relais

communautaires, mais la politique du pays dit que les relais communautaires doivent travailler bénévolement. Alors que les gens vivent « au taux du jour ». Par exemple, moi, vous me retenez toute une journée alors que je dois chercher comment vivre (...) Si je suis libre à 15h, 14h, si je n'ai rien je commence déjà à me demander « comment est-ce que ma famille va manger aujourd'hui ? » (...) Est-ce qu'il va faire un travail de qualité ? » (Infirmier, Goma).

Quelques centres spécialisés dans le domaine de la SSR que nous avons interviewés développent une activité de sensibilisation ou animation communautaire au niveau des écoles, mais ne sont pas épargnés d'une intense confrontation entre messages et normes de prévention provenant d'autres acteurs locaux :

Si les confessions religieuses jouent un rôle distinctif dans le domaine du soutien et de l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH en RDC, elles peuvent aussi emboîter le pas aux autres acteurs œuvrant dans la prévention. Prônant l'abstinence et en tendant à dissuader d'utiliser des moyens prophylactiques tels que le préservatif masculin dans les situations où ils apporteraient une certaine protection contre le virus, les églises réduisent la sécurité sanitaire à une question morale. Selon une conseillère dans un CDV à Kinshasa : *« Concernant la sélection des écoles cibles, nous choisissons les écoles en tenant compte de leur proximité à notre centre de santé. Nous choisissons aussi les écoles religieuses mais s'il avère que les responsables de ces écoles exigent une certaine ligne d'intervention à suivre telle que la modération d'aborder les questions sur le sexe, le préservatif, là nous savons comment nous y prendre avec nos techniques de communication lors de sensibilisation. Par exemple, l'école en face de notre centre est une école protestante, au départ les responsables de l'école étaient réticents mais depuis qu'ils ont été impliqués dans le déroulement de nos activités, ils ont compris et sont donc devenus ouverts. Les écoles catholiques c'est un peu difficile parce que leurs responsables sont très catégoriques sur les questions concernant le préservatif. Mais il y a aussi des écoles de la commune voisine de Kalamu qui ont manifesté le besoin ».*

L'articulation et les liens entre les différents secteurs (santé, éducation) est donc essentiel mais nécessite la production d'un discours commun, qui nous l'avons vu, est parfois difficile en raison de la forte prégnance des aspects moralisateurs sur les discours concernant le VIH.

Au sein des zones de santé, il y a cependant souvent un déficit de communication entre les associations de la société civile qui mettent en œuvre des programmes de

prévention et les structures de santé. **Trop souvent, les personnels ne sont pas associés aux séances qui ont lieu dans leur zone**, ce qui peut conduire à des occasions manquées, si par exemple le CS est fermé ou en rupture de tests de dépistage après une campagne de sensibilisation, voire à transmettre une image négative de ces associations.

« - Il y a beaucoup d'associations qui travaillent sur le VIH à Goma, non ?

- Pour ma part, je dirais qu'ils restent seulement dans leurs bureaux, puisqu'ils sont payés quelque part, l'essentiel est que l'on voit que l'association est là, ils sont payés, mais au juste vous verrez qu'ils ne font rien. (...) Il n'y a pas d'action selon moi. (...) Moi de ma part, je viens d'atteindre cet âge (27 ans), étant intellectuel encore mais je n'ai jamais vu quelqu'un, alors même que je suis du domaine, qui peut venir et m'intéresser à cela, et me dire même que non, alors sensibiliser (...) nous pouvons partir ensemble voir comment les choses peuvent évoluer. Je n'ai jamais vu cela. Alors je me dis qu'ils ne font absolument rien. » (Infirmier, Goma)

Cette faiblesse des liens entre société civile et centres de santé est d'autant plus dommage que l'on voit qu'elle est possible avec un peu d'organisation. En effet, dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie, nous avons pu remarquer que les liens entre les centres de santé et les associations de PVV pour la prise en charge psycho-sociale avaient un aspect plus systématique.

Les jeunes fréquentent donc peu les services de santé censés donner l'information et les conseils sur la prévention, le dépistage et la prise en charge. De plus, les liens entre les autres sources d'information des jeunes (agents communautaire, associations, écoles...) et ces structures, seules à pouvoir délivrer les services, sont souvent trop faibles. Dans le but de penser une offre de services de santé adaptés aux jeunes la stratégie du Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA) envisage, dans les prochaines années, de développer de façon significative la prise en charge conviviale des jeunes dans les centres de santé (MdM, 2016).

L'approche « jeunes » et les expériences de services adaptés

Depuis 2009, via le PNSA, la RDC a cherché à développer une politique de services adaptés aux jeunes, intégrés en principe dans les zones de santé et basés sur une approche « jeunes ». Cependant, une cartographie publiée en 2014 a montré que seules 15,7% des zones de santé sont dans le processus d'intégration de ces services, avec une grande disparité selon les régions (Plan Stratégique, PNSA, 2016). La mise en exergue de cette problématique dans le cadre de la révision du Plan National de santé des adolescents en 2016 montre toutefois un regain d'intérêt pour ce domaine qui pourrait amener à une redynamisation des services. Le développement de services adaptés au sein des CSP est d'autant plus important que des expériences de centres pour les jeunes ont eu un succès important. Le centre Murara à Goma a bénéficié d'un appui de MdM pour la mise en place d'un **centre convivial à destination**

des jeunes, mais la fin du projet et des financements a conduit celui-ci à devenir un centre de CDV à destination de la population générale. Les conseils spécifiques à destination des jeunes dépendent donc de leur fréquentation de ce centre. Ce manque de pérennité des programmes est déploré par les personnels de santé : *« Malheureusement il n'y a pas de suivi (...) il n'y a pas la continuité. Or un programme quand il n'y a pas la continuité, ça ne paie pas. On a financé un projet, de 3 ans, ça se coupe, ça se rompt. Une année après on vient et on reprend encore à zéro. Or s'il y avait encore continuité, il pouvait encore y avoir... d'où la pérennisation dans nos activités est très importante »* (Infirmier, CDV Goma).

Le développement de ces approches spécifiques aux jeunes semble cependant avoir eu des effets positifs sur la fréquentation des centres de santé, mais aussi sur les capacités des prestataires à recevoir les jeunes et à adapter leurs pratiques à ce public, même dans le cadre de centres qui reçoivent des publics variés. Les prestataires formés à cette approche de convivialité sont capables, même en l'absence de services spécifiques, d'adapter leurs stratégies aux moyens disponibles : *« Pour la démonstration du port du préservatif, il est déconseillé de le faire dans une église ; nous le faisons au centre qui s'occupait des jeunes là où se trouve actuellement le siège de RACOF. De nos jours, nous le faisons chez nous ici au CDV. Si nous constatons que ce jour-là il y a beaucoup de jeunes qui viennent se faire dépister, nous profitons de cette occasion pour introduire le port du préservatif aux jeunes »* (Infirmier CDV, Goma).

Les prestataires évoquent également des retombées positives des programmes antérieurs de prévention à destination des jeunes, notamment dans l'accès au dépistage : *« Je peux dire que ça a changé, parce que, malgré que le service a fermé, il y a plus de jeunes qui s'amènent eux-mêmes, pour dire qu'ils ont quand même compris le rôle de ce qu'on appelle statut sérologique. Y a eu tant de sensibilisations ! Dans les universités, dans les écoles, on formait les pairs éducateurs. Et aujourd'hui c'est les retombées de ce qu'on avait semé »* (Infirmier CDV, Goma).

Le traitement antirétroviral en tant que moyen de prévention

La deuxième évolution récente à laquelle doivent s'adapter les services de santé dans la lutte contre le VIH concerne la généralisation de l'accès aux ARV des PVV. Les personnels de santé sont donc confrontés à un changement de stratégie de la lutte contre le VIH, de services spécifiques, « réservés » aux médecins et aux hôpitaux, à des services intégrés, concernant la majorité d'entre eux.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été initiée dès 1999 en RDC. Elle est aujourd'hui la plus exprimée des priorités en matière de lutte contre le sida. En 2007, la révision des directives de PTME prenait en compte l'approche comprehensive avec les 4 piliers et leurs spécificités en matière de protocole pour les ARV. En 2009, les autorités ont promu un plan pour le passage à échelle de la PTME et de la prise en charge du sida pédiatrique. Après une phase de test au Katanga en 2014, le pays a adhéré et a développé la stratégie « B+ », qui offre la possibilité aux femmes enceintes et à leurs conjoints vivant avec le VIH de démarrer immédiatement une trithérapie antirétrovirale avec un seul comprimé par jour et cela, à vie, ainsi qu'une meilleure prise en charge pédiatrique des enfants qui naissent de mères séropositives au VIH.

Le traitement antirétroviral (TAR) pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH est encore plus récent. En 2011, un essai a confirmé que si une personne séropositive respecte un schéma thérapeutique antirétroviral efficace, le risque de transmission du virus au partenaire sexuel indemne peut être réduit de 96%. La recommandation de l'OMS de démarrer le traitement antirétroviral pour toutes les personnes porteuses du VIH contribue à une baisse significative de la transmission du virus (Lignes directrices TAR, OMS, 2015).

D'après l'ONUSIDA, sur la base de ces nouvelles recommandations de l'OMS, pour traiter toutes les personnes vivant avec le VIH et proposer les antirétroviraux comme moyen supplémentaire de prévention aux personnes exposées à un risque « important », le nombre des personnes remplissant les conditions requises pour ce traitement passera de 28 millions à 37 millions au niveau mondial. L'extension de l'accès au traitement est au cœur d'une nouvelle série de cibles pour 2020 ayant pour but de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. L'extension du traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH et le développement des choix de prévention peuvent aider à éviter 21 millions de décès liés au sida et 28 millions de nouvelles

infections d'ici à 2030 (OMS, 2016).⁽⁴¹⁾ Le nombre de personnes sous traitement anti-VIH a augmenté de façon spectaculaire depuis 2000, quand les décideurs, les militants et les scientifiques se sont réunis pour la première fois à Durban, en Afrique du Sud, pour exiger que les dirigeants de la planète en fassent davantage pour soigner les personnes vivant avec le VIH. À l'époque, seules 770 000 des 29 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement – dont le coût était alors d'environ 10 000 dollars US par an et par personne, ce qui le rendait inaccessible à la plupart des patients dans le monde entier. Aujourd'hui, le traitement coûte moins de 100 dollars par personne et par an et, au total, ce sont 17 millions de personnes qui bénéficient d'un traitement antirétroviral dans le monde avec l'appui des gouvernements, de la société civile, du secteur privé et des communautés touchées par les maladies (Fonds Mondial, site internet).

La RDC a suivi ce mouvement et vu une évolution de ses politiques et capacités à fournir des traitements ARV à un plus grand nombre de personnes. D'après les données du Fonds Mondial, le pays est passé, entre 2006 et 2016, de 5000 à 100.000 personnes bénéficiant d'ARV. Cela correspond à un changement important de méthode de prévention et rend le rôle du dépistage et la disponibilité effective et continue des ARV central. Bien évidemment, ce mouvement est encore en cours et il reste un long chemin à faire. L'augmentation de la disponibilité des ARV reste encore insuffisante pour traiter l'ensemble des PVVIH. En 2013, on estimait à 481.122 (441.233 – 526.464, intervalle de confiance de l'estimation) le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PNS, 2014), mais d'après l'EDS 2014, 68% des personnes infectées ne connaissaient pas leur statut sérologique, soit parce qu'elles n'avaient jamais fait le test (63%) ou parce qu'elles n'en connaissaient pas les résultats. Ces données de l'EDS, étude quantitative, ne permettent cependant malheureusement pas de connaître les raisons qui expliquent que les personnes n'aient pas reçu les résultats de leur test.

Le programme du Fonds Mondial s'est donné comme objectif de mettre d'ici fin 2017 164.000 personnes sous ARV, avec une priorité pour personnes co-infectées par la tuberculose, les mères séropositives, les enfants de moins de 5 ans, les PVVIH en stade 3 ou 4 du référentiel de l'OMS, les personnes ayant des partenaires séro-discordants et toutes personnes avec des CD4 <500 : « La politique aujourd'hui est telle que tout cas éligible au traitement doit déjà être pris en charge selon la bonne appréciation des prestataires. Actuellement, la plupart des gens dépistés positifs sont généralement éligibles au traitement et il n'y a plus de file d'attente. (...) lorsqu'une

⁽⁴¹⁾ Voir : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>

personne est transférée chez nous ici, nous n'administrons pas directement les ARV sans avoir été passé au dosage de son CD4 à l'hôpital provincial, parce que le CD4 c'est notre lampe témoin » (Infirmier, centre CDV Goma).

Cependant, malgré ces avancées récentes pour le rapprochement des services de dépistage et prise en charge du VIH de la population, les services spécialisés pour le suivi du VIH restent limités. Les laboratoires capables de doser la charge virale, seul moyen réel de « garantir », par la mesure d'une charge virale indétectable pendant une période de plusieurs mois, la non transmission du virus entre partenaires séro-discordants sont quasi inexistantes : lors des entretiens à Goma avec des jeunes PVV, il nous a été rapporté que le calcul de la charge virale n'était possible qu'à Kinshasa. Dans le Nord Kivu, seul l'hôpital provincial peut doser les CD4, or la mise en route du traitement par les prestataires dépend de ce dosage des CD4 : « Pour les cas qui n'ont pas d'IO, je commence d'abord Cotrimoxazole, et puis j'attends. C'est seulement après avoir fait CD4 pour eux, et puis c'est à ce moment-là qu'on met sous ARV. (...) Pour les CD4, je les oriente à l'hôpital, parce qu'on nous a dit on le fait gratuitement là-bas. Je leur dis seulement de préparer le billet de transport, les frais de transport et puis je leur donne un billet de référence et on les reçoit facilement là-bas. On nous a accordé des jours, mardi et vendredi » (Infirmier Mugunga).

Si ces mouvements sont encore en cours, la rapidité des évolutions sur seulement quelques années, passant d'un accès ARV réservé à quelques personnes, avec de longues files d'attente, à des TAR généralisés, laisse penser que ces stratégies vont prendre de l'ampleur au cours des prochaines années. Il faut donc en tenir compte dans l'adaptation des services et messages à destination des jeunes, notamment dans la promotion du dépistage.

Un nouvel enjeu : l'adhérence aux traitements

L'adhérence aux traitements ARV des PVV est capitale pour le maintien en bonne santé des PVVIH mais aussi pour que l'impact en terme de diminution de la transmission soit réel. Les évolutions récentes dans l'accessibilité aux traitements font surgir de nouveaux enjeux pour les services de santé et pour les communautés, notamment en ce qui concerne les « perdus de vue ».

L'adhérence au traitement nécessite en premier lieu un counseling important de la part des personnels de santé : « Quand ils viennent ici je leur fais le counseling : je leur dis que jusqu'à présent il n'y a pas un médicament qui soigne, qui éradique le virus dans le corps.

Il n'y en a pas jusque-là. Les médicaments que nous utilisons arrêtent la multiplication du virus et diminuent la virulence du virus, mais ça ne tue pas directement le virus. (...) Quand ils sont positifs, je leur dis que vous prenez le médicament, donc vous prenez le médicament pour toute la vie ».

Les églises et tradi-praticiens peuvent jouer un rôle dans l'arrêt du traitement par certains patients. Des efforts ont donc été faits de la part d'associations de religieux vivant avec le VIH pour exhorter leurs pairs à ne pas succomber à ces dérives : « Nous encourageons la prise en charge médicale parce qu'à un certain moment il y a des leaders religieux qui empêchaient leurs fidèles de prendre les médicaments. (...) C'est complètement dingue... Permettez-moi l'expression. Justement beaucoup de pasteurs croient que le sida est une malédiction, c'est un péché, c'est une maladie des pécheurs. Nous essayons, lors de nos formations, d'enlever cela dans les têtes des pasteurs » (entretien CONERELA). « Lors d'une formation à laquelle nous avons récemment pris part au PNMLS, on nous a donné des stratégies sur comment récupérer les « perdus de vue » c'est-à-dire les PVV qui n'adhèrent plus au traitement suite de leur confession de foi. C'est pourquoi, nous avons suggéré que les leaders religieux soient fortement impliqués dans la lutte contre le sida parce que beaucoup d'entre eux s'érigent encore en barrière à la lutte contre le sida lorsqu'ils déclarent de haut de la chaire qu'ils sont capables de guérir le sida rien que par la prière. A cet effet, il y a des PVV qui abandonnent le traitement et qui nous reviennent des mois après dans un état critique. Là ils nous donnent raison qu'il fallait continuer le traitement tout en priant » (Conseillère VIH/sida, Centre de santé ONG Pasco).

Le focus sur l'adhérence suppose aussi une meilleure formation des personnels qui dispensent le traitement, afin qu'ils puissent être outillés pour effectuer le suivi régulier des patients : « Par exemple moi je ne sais pas encore tenir le registre de cohorte, je distribue seulement. Parce que je n'ai pas eu encore de formation vraiment solide pour ça. (...) Je leur donne les médicaments pour 3 mois. Après 3 mois, tu ne viens pas. Alors je leur donne encore 3 mois, si tu ne viens pas je considère que tu es perdu de vue » (Infirmier, Centre DCIP, Goma).

Les spécificités des jeunes nécessitent par ailleurs un accompagnement particulier, soit dans le cadre de leur autonomisation (pour les jeunes PVV sous traitement depuis leur enfance), soit dans le cadre du démarrage d'un traitement à vie, alors même qu'ils sont dans une période où leur vie n'est pas encore stabilisée. Une des solutions évoquées par le personnel de santé pour assurer un meilleur suivi des jeunes patients serait d'être impliqué dans les visites à domicile, afin d'assurer un meilleur suivi : « Les jeunes doivent être sensibilisés régulièrement. Parce que leur âge ne leur permet pas vrai-

ment de prendre les choses à son niveau, de comprendre que c'est un traitement à vie. S'il n'y a pas la sensibilisation continue, il y a aussi le décrochage : il va prendre les médicaments 1 an, 2 ans, il voit, physiquement c'est comme si il est encore très fort il abandonne 3 mois, 6 mois ; lorsqu'on va encore se croiser on lui encourage, il revient. (...) S'il y a possibilité de visites à domicile, vous pouvez aussi les encourager, l'adhérence pouvait être meilleure » (infirmier, centre CDV, Goma).

Cet enjeu de l'adhérence aux traitements renforce l'importance des liens entre les structures de santé et la communauté. Dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie, nous avons pu remarquer que les liens entre les centres de santé et les associations de PVV pour la prise en charge psycho-sociale avaient un aspect relativement systématique, qui pouvait permettre de renforcer ces adhésions et adhérences aux traitements, grâce à une meilleure acceptation de la maladie. Ces collaborations sont initiées dans les deux sens, à partir des structures de santé, mais aussi en associant des personnels de santé dans les campagnes de sensibilisations menées : « Nous collaborons avec les prestataires de soins parce que c'est à partir des services de prise en charge, donc nous sommes appelés à faire le suivi pour savoir quels sont les nouveaux cas, quels sont les perdus de vue, quels sont les gens qui sont en difficulté. Et à partir des structures, les infirmiers nous orientent dans les familles. (...) Nous devons d'abord nous réunir avec les jeunes là, au sein des structures, discuter avec lui s'il est d'accord de nous recevoir à la maison. S'il n'est pas d'accord on ne force pas ». « Quand on organisait des campagnes de sensibilisation dans des stands, on fait quoi ? Les infirmiers, les prestataires sont là, pour dépister. Et nous les membres d'UCOP+ jeune, nous faisons le counseling de nos jeunes, parce que là, ils seront libres de s'exprimer. Vous leur donnez le contact. Quelqu'un qui soit positif, vous recevez son numéro, son code, il vous donne son numéro de téléphone et vous lui donnez le vôtre. (...) Vous êtes obligé, c'est notre devoir, de faire le suivi, amener quelqu'un jusqu'à la prise en charge normale, qu'il mène une vie agréable, une bonne vie » (focus groupe, jeunes PVV).

Dans le cadre du suivi des traitements des jeunes, les aspects psycho-sociaux sont donc centraux pour la réussite de cette stratégie et nécessitent donc le renforcement de la collaboration du secteur de la santé avec le monde associatif, et notamment avec les associations de PVV.

-
- **Les interventions de santé en faveur des adolescents et des jeunes reposent sur la communication pour le changement de comportement soutenue par l'offre des services de prévention.** Il s'agit de : (i) services de conseil et dépistage volontaire sur le VIH, (ii) l'éducation complète sur la santé reproductive et sexuelle en milieu scolaire et parascolaire, (iii) la promotion et la disponibilité des préservatifs, (iv) la promotion de la prophylaxie post exposition (v) la prévention des violences, ainsi que (vi) le renforcement du système communautaire en synergies avec les secteurs nationaux clés et le renforcement des capacités de la société civile à fournir des services.
 - **Malgré ces interventions, l'enquête montre une connaissance superficielle du VIH chez les jeunes scolarisés :** Des programmes ont été introduits, et si tous les jeunes interrogés en milieu scolaire et universitaire ont des notions sur le VIH (ils en ont entendu parler), ils semblent avoir des informations superficielles voir fausses sur le VIH (voir section 6). L'absence de matériel didactique, mais surtout le type de message passé lors de ces cours, à caractère moraliste et toujours basé sur une vision négative de la maladie et des malades vont avoir des conséquences sur les réelles capacités des jeunes ayant reçu ces informations en milieu scolaire à véritablement se protéger du VIH et limiter la transmission.
 - **Le secteur de la santé doit jouer un rôle central pour la délivrance d'information auprès des jeunes sur le VIH.** Malgré la volonté d'une plus grande intégration au sein des CS, la faiblesse du secteur et le manque de lien avec la société civile ou même le secteur éducatif ne lui permet pas de remplir complètement cette mission. Par ailleurs, la mise à l'échelle de l'accès aux ARV ouvre de nouveaux défis au secteur mais devrait aussi permettre de développer des stratégies de prévention avec les jeunes et notamment les jeunes PVVIH.
 - **Un travail de communication doit se faire autour du traitement ARV en lui-même** (compréhension des effets secondaires, amélioration des représentations et perceptions des traitements).
-

6 - COMPORTEMENTS DES JEUNES ET RISQUES SEXUELS : L'EMPREINTE DU GENRE DANS LA SEXUALITÉ DES JEUNES

La littérature sur l'épidémiologie du VIH en RDC a permis d'identifier certains facteurs de risques face au VIH, à travers des études visant à analyser les actes sexuels concrets des groupes les plus exposés (« Que font les gens?, Comment?, Avec qui? »). Plusieurs problèmes de santé, associés aux décisions et comportements individuels, ont été identifiés : déficit d'information sur les pratiques de prévention, impuissance à négocier des pratiques sexuelles à faible risque, déni d'un risque personnel encouru, peu ou pas d'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST). En dépit de leur contribution notable, ces études, souvent développées à partir des approches individualistes, restent attachées à des modèles du domaine de la santé, sans aborder la sexualité comme un enjeu social, en lien avec les pratiques de communication et les normes sur la sexualité qui entourent les risques.⁴²

L'intérêt porté ces dernières années aux violences basées sur le genre (VBG) a permis de resituer la problématique des risques sexuels et du VIH dans une perspective d'analyse plus large. L'enquête EDS RDC 2014, par exemple, a contribué à la mise à jour de l'information et à la prise de conscience sur quelques phénomènes connexes au VIH : les poids des normes sociales basées sur le genre, la féminisation de l'épidémie et les vio-

lences faites aux femmes. D'autres études ont abordé de manière spécifique, ou par groupes cibles, les risques associés aux violences sexuelles, notamment : les vulnérabilités des femmes face aux viols (Peterman et al. 2011), les fondements culturels des VBG dans les zones de conflits armés (Mutchukiwa, 2010 ; UNHCHR et al. 2008) et les zones hors conflits (Ministère de Genre, famille et enfant, 2012) ; les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des membres de la police nationale congolaise sur les violences sexuelles (Kayembe, 2010) les inégalités et les disparités basées sur le genre dans la vie matrimoniale et la vie professionnelle (Kalambayi, 2009), les liens entre violences et système de parenté (Mandungu Tumwaka et al, 2016). Ces travaux ont identifié une vulnérabilité accrue des femmes face aux IST et au VIH. Ils ont également insisté sur les conséquences en santé publique des violences sexuelles et sur l'urgence de mettre en place des structures appropriées pour une prise en charge médicale, psychologique et juridique.

Lorsqu'il s'agit d'analyser les comportements sexuels à risque chez les jeunes, les inégalités de genre ne peuvent pas être négligées. Les comportements sexuels chez les jeunes, y compris la primo-sexualité, sont empreints des normes sociales et des valeurs issues de l'environnement social et culturel dans lequel ils évoluent. C'est ce qui justifie le fondement même de la socialisation et du contrôle social, en tant que mécanismes de transmission intergénérationnelle des normes et valeurs dans lesquels les individus doivent s'insérer au risque d'être marginalisés.⁴³ Le genre et tout ce qui fait partie des systèmes normatifs qui déterminent la sexualité des jeunes et fixent ses limites, a une influence sur les pratiques de protection et risque.

La RDC est classée 137ème sur 138 en ce qui concerne les disparités entre les sexes. Selon certaines études, les normes de genre et les lois en vigueur, notamment le code de la famille, permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes, ce qui accentue

(42) Les approches individualistes, majoritaires, se réfèrent à des modèles d'apprentissage et de prises de décision individuelles. L'accent est mis sur un apport d'informations qui, combiné avec la transmission d'un sentiment de vulnérabilité et une stratégie de maximisation des gains et de minimisation des pertes, devrait conduire aux comportements préventifs. On aura reconnu ici le modèle des croyances relatives à la santé - Health Belief Model - (Petosa et Wessinger, 1990 ; Brown et coll., 1991 ; Petosa et Jackson, 1991). Comme ce modèle est jugé insuffisant, il est aussi fait référence à la théorie de l'action raisonnée (Abraham et Sheeran, 1994), qui inclut des motivations sociales et un recours aux normes, mais qui s'intéresse surtout aux intentions de comportement (Mulvihill, 1996). Dans des approches globales il s'agit alors de partir de l'expression des adolescents pour appréhender le vécu social et affectif de la sexualité, de comprendre sa dimension normative, de l'ancrer dans un contexte social et d'apporter les réponses aux interrogations qui émergent au niveau auquel elles s'expriment (Manderscheid et coll., 1996 ; Coleman et Ingham, 1999). Dans cette optique, il devient important de prendre en compte les facteurs socioculturels dans une approche multidimensionnelle (Atwood, 1993).

(43) La sexualité prémaritale a fait l'objet de nombreux travaux, mettant en lumière les principales dimensions qui la constituent : les rapports de genre [Bozon et Hertrich, 2004], les types de relations et de partenaires [Longfield, 2004 ; Meekers et Calvés, 2001], les relations intergénérationnelles [Meekers et Calvés, 1997], la protection contre le VIH/sida [Tchetgnia, 2005 et 2007] et les relations transactionnelles [Poulin, 2007].

la vulnérabilité des femmes, les rapports hétérosexuels étant le principal canal de transmission du VIH (83% des transmissions ont lieu lors de rapports hétérosexuels (PNMLS, UNGASS, 2010). A l'inverse, les groupes à haut risque (homosexuels, prostituées et consommateurs de drogue injectables) représentent une faible proportion de la population de 15 à 49 ans, mais sont les populations qui ont le plus de risque lors des rapports sexuels, bien qu'ils affichent un taux d'utilisation du préservatif plus élevé que la moyenne de la population hétérosexuelle (PMNLS, ONUSIDA, 2012). Des disparités selon le genre, associées aux facteurs culturels et socio-économiques, ont été également observées en ce qui concerne les connaissances sur le VIH/sida, ceci ayant été identifié comme un mécanisme par lequel le VIH se transmet plus fréquemment chez les femmes.

Dans cette section nous allons examiner les discours et comportements sexuels des jeunes en relation avec trois éléments : les facteurs qui déterminent la négociation des rapports sexuels, les connaissances en matière de prévention et l'exposition des jeunes garçons et jeunes filles aux divers types de violences.

6.1. L'ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENT·E·S ET JEUNES : DISCOURS, LIEUX ET PRATIQUES

Comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, où l'initiation sexuelle survient souvent à l'adolescence entre 15 et 20 ans (Bozon, 2003; Gupta, 2000; Gupta & Mahy, 2003; Kayembe et al., 2008, etc.), en RDC, les proportions de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans sont assez significatives (de 63% et 59%) (EDS 2013-2014). 20% des femmes et 19% des hommes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 14 ans (EDS RDC 2014).⁴⁴ L'EDS 2014 apporte quelques chiffres concernant les liens entre rapports sexuels précoces et risques liés au VIH : 2,2 % des femmes ayant déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans sont séropositives contre 1,6 % parmi celles dont les premiers rapports sexuels ont eu lieu à 18-19 ans et 1,3 % parmi celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus (EDS RDC 2014, cité par MdM, 2016). Sur la base de ces constats, le Plan Stratégique National 2014-2017 signale que « la précocité des rapports sexuels et l'existence des rapports intergénérationnels constituent des facteurs de risques pour la transmission du VIH chez les jeunes » (Plan national stratégique 2014-2017). L'accent étant mis sur les conséquences négatives de la sexualité précoce, celle-ci a souvent été associée à une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST, y compris le VIH/sida) et aux grossesses non désirées.⁴⁵

Étant donné les conséquences sanitaires auxquelles s'exposent les jeunes lors du premier rapport sexuel, le report de celui-ci a été considéré comme une des stratégies de lutte contre les IST/VIH/sida, notamment dans l'approche ABC (de l'anglais Abstinence - Be Faithful, and Use a Condom). Cette approche est ainsi présente dans le Cadre Stratégique de la Riposte Nationale.⁴⁶ Suivant cette perspective, certains programmes et in-

⁽⁴⁴⁾ En RD Congo la population d'une manière générale désapprouve les rapports sexuels avant les mariages toutefois, le rapport de l'EDS (2013-2014) montre que 18,9% des jeunes ont eu leurs rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans.

⁽⁴⁵⁾ Selon le Plan stratégique national 2014-2017 les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde augmentent rapidement avec l'âge, passant de 6% à 15 ans à 47% à 19 ans, âge auquel 42% des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant (Plan national stratégique 2014-2017).

⁽⁴⁶⁾ Un programme de CCC sur la promotion de l'abstinence sexuelle auprès des jeunes non mariés, la bonne fidélité de couple et l'utilisation correcte des préservatifs fait partie de la stratégie 11.4.2 de l'AXE 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST du Plan Stratégique National 2014-2017.

interventions en santé reproductive encouragent les adolescents et les jeunes à s'abstenir de relations sexuelles en dehors du mariage. Or, comme nous l'avons montré plus haut, l'efficacité de cette recommandation n'est pas prouvée, et elle peut même augmenter le délai nécessaire pour apprendre aux jeunes à savoir dire non ou à négocier l'utilisation de préservatifs avec un futur partenaire (Mahler, 1996b).

Les informations recueillies sur le terrain suggèrent que de nombreux jeunes sont sexuellement actifs et que leurs pratiques sexuelles sont fortement déterminées par les rôles assignés aux femmes et aux hommes et par les stéréotypes qui entourent la sexualité. Ces stéréotypes peuvent être basés sur une certaine image de la « sexualité d'ailleurs », notamment européenne, ce qui rend compte des clivages sociaux existants autour de l'influence de la modernité et des pratiques sociales liées au sexe. Ces aspects, que nous allons décrire par la suite, contribuent à expliquer les attitudes des jeunes vis-à-vis de la planification familiale, du sida et la sexualité.

L'égalité entre les femmes et les hommes selon les jeunes

Les jeunes congolais évoluent dans un contexte de transformation des rôles masculins et féminins dans la sexualité, l'espace domestique et public. En effet, la période d'instabilité que connaît la RDC depuis de nombreuses années a contribué à l'accélération du changement dans les rôles masculins et féminins. Cela est illustré par le fait que pendant la crise, 80% des ménages devaient leur survie au travail des femmes. La femme congolaise est devenue la principale pourvoyeuse de la subsistance de nombreuses familles (PNUD, APP, 2006). Les femmes travaillent mais n'ont pas pour autant d'autonomie financière. Les enquêtes réalisées auprès des ménages en 2007 montrent que 78,6% des femmes avaient travaillé pendant les 12 derniers mois, mais que les maris sont les principaux décideurs dans tous les domaines, sauf la cuisine (Min du Plan, EDS 2007, 2008, cité dans le rapport Genre et VIH, PNUD, 2011).

Chez les jeunes interviewés, l'égalité entre les sexes et le statut social de la femme sont soumis à des interprétations variées, notamment en fonction des tranches d'âge. Les jeunes filles et garçons interviewés, (15-19 et 20-24 ans) semblent être familiarisés avec les notions de parité, droits des femmes ou égalité de genre, pouvant en distinguer les dimensions publique et privée. Or, leurs discours présentent des ambivalences « *Même sur le plan officiel aussi, c'est vraiment toléré que la parité puisse exister, mais sur sa praticabilité ça pose un peu de problèmes, du point de vue que depuis les années*

passées, comme le frère vient de le dire, notre doctrine considérait les femmes comme des « rideaux » de la maison. Elles sont là juste pour héberger les enfants et moi je suis là pour chercher (l'argent). Donc la femme n'a pas vraiment de place dans notre culture congolaise ».

Les jeunes garçons reconnaissent les transformations des modèles traditionnels de responsabilités au sein des familles, mais peuvent en même temps accepter le rôle de soumission de la femme vis-à-vis de l'homme dans certains contextes : « *Ici, qui dit femme, dit ménage, qui dit femme dit accouchement, machine à reproduction. Ça c'était à l'époque... puisque actuellement toutes les femmes sont des femmes travailleuses, femmes instruites, femmes développées. Mais à l'époque, les femmes n'allaient pas à l'école. Les femmes attendaient juste le mariage (...). Dans d'autres communes, les femmes n'étudient pas, elles attendent juste le mariage » (Garçon, 16 ans RACQJ).*

D'autre part, le chef de famille est presque toujours représenté par l'homme : « *L'homme est là pour aller chercher l'argent, c'est lui qui est le chef de la famille » « C'est l'homme qui prend les décisions, parce que c'est l'homme qui est le chef de la famille. La femme est là pour faire seulement le ménage, rester avec les enfants et préparer, c'est tout » (Garçon, 16 ans).* La hiérarchie qui structure la cellule familiale renforce ces représentations. En guise d'illustration, un jeune garçon s'exprime en ces termes : « *La différence entre l'homme et la femme est que l'homme est le chef de la famille tandis que la femme assume la responsabilité de l'éducation, des vêtements, de la maison et de l'éducation des enfants ».* La socialisation religieuse de la famille et la fréquentation d'églises, ont un impact notable sur ces représentations : « *Même sur le plan de nous, principalement les chrétiens, la Bible nous dit que le mari aime leurs femmes ainsi que les femmes puissent être soumises à leurs maris. C'est biblique d'ailleurs ».* La femme est représentée comme ne pouvant pas prendre les décisions seule ; elle doit se référer à son mari : « *La femme va s'exprimer à travers l'homme et la femme doit toujours obéir à l'homme. C'est ce que régit notre loi de notre pays » (Garçon, 17 ans, focus group école Kalamu II).*

Le travail de la femme au foyer n'est pas valorisé : « *Quand on veut faire la formation, et qu'on est en train de démontrer ce qui se passe, ça, on arrive à démontrer ce qu'on appelle "la pénibilité de la femme", le travail non rémunéré. Moi l'exemple que je prends toujours, c'est l'image de l'homme et de la femme rentrant des champs. Dans toutes nos sociétés c'est pareil. C'est une femme avec un long fardeau sur la tête et un bébé peut être au-devant et puis un colis au dos et avec peut être un autre qu'elle tient en main, face à un homme qui a en tout et pour tout essuie et machette à la main et rien de plus. Soit à peine un petit régime ou sa radio, soit en train*

de fumer, ne marchant pas côte à côte mais l'un devant l'autre, l'homme devant et la femme derrière, en train de donner des instructions, fais vite, fais ceci ou cela » (Entretien UNESCO).

L'autonomie financière des femmes peut introduire des modifications dans la division de rôles à l'intérieur de la famille : « Dans d'autres maisons les femmes aussi commandent, ce sont les cas où les papas ne travaillent pas, c'est la maman qui fait tout, qui décide de tout. Sinon, c'est le papa qui donne l'autorisation de quoi que ce soit » (jeune fille, 15 ans). Aux yeux des jeunes interviewés la femme travailleuse aujourd'hui est celle qui réunit les attributs d'une bonne épouse : « Aujourd'hui, même pour le mariage, le mari profite de se renseigner sur ces choses-là. Il demande : Qu'est-ce que la femme fait? Quand elle ne fait rien, il doute déjà de cet amour. Parce qu'il sait déjà que cet amour-là ne va rien produire. Je vais t'aimer mais un jour on ne va vraiment pas pouvoir affronter ce que nous voulons affronter ». Le travail rémunéré des femmes et l'accès des femmes au marché de l'emploi est valorisé à la fois comme une stratégie de reproduction et/ou de survie des familles, en tant que contribution financière au foyer (contribution par exemple à la scolarisation des enfants). En effet, les contraintes économiques qui pèsent sur les familles peuvent entraîner une transformation des rôles femmes-hommes, mais basée sur un stéréotype construit par des schémas masculins, à savoir le rôle de l'homme en tant que responsable de nourrir la famille : « Les hommes préfèrent les femmes travailleuses, parce qu'avec les femmes travailleuses on dépense moins (...), ça équilibre le foyer. Parce qu'aujourd'hui là nos parents ne travaillent plus comme avant. Ils n'ont pas l'argent de scolariser. Ça peut être une famille où ils ont 10 enfants. C'est pour cela nous voyons aujourd'hui les enfants dits de la rue parce que Papa n'a pas des moyens ».

Les jeunes reconnaissent ainsi une sphère de droits visant l'égalité entre les femmes et les hommes mais reproduisent en même temps de vieux schèmes relationnels entre les sexes. Concernant la notion de « droits des femmes » les plus jeunes évoquent un rôle traditionnel, attaché au « care » et à la reproduction : « La femme a droit à un mari » « la femme a le droit à la vie », « elle a le droit aux loisirs », « la femme a droit à protéger les enfants » (Focus group 10-14 ans). Par opposition à ce type de représentations, les jeunes filles plus âgées expriment leurs souhaits « d'être utile à la société », en signalant « la femme a besoin d'étudier ». En effet, lors de focus groups les jeunes filles scolarisées peuvent défendre une vision différente sur le statut des femmes : « C'est important que le garçon puisse respecter les filles, les garçons doivent nous respecter parce que nous sommes aussi humains. Pour eux, les femmes ne servent à rien, comme en 1960 où la femme devait rester à la maison pour procréer et garder les enfants, la femme ne travaillait presque pas et devait s'occuper des enfants ».

La stigmatisation des rapports sexuels précoces

Sur le terrain nous avons observé que la sexualité à risque est souvent associée à une sexualité précoce et mal entamée. De manière générale, les personnes interviewées estiment que les jeunes sont beaucoup plus vulnérables au VIH que leurs aînés, cette idée étant fondée sur un propos sous-jacent : comme le développement social, émotionnel et psychologique des jeunes n'est pas achevé, ils ont plus facilement un comportement à risque, souvent sans comprendre le danger qui les guette.

L'idée d'une nature propre aux jeunes qui ne lui permettrait pas d'identifier des comportements « dangereux » trouve écho dans les discours de plusieurs personnes interviewées. Notamment pour les filles, la sexualité précoce est strictement imposée comme comportement socialement réprimé et divers stéréotypes et/ou représentations sur la sexualité en Europe imprègnent ces discours : « La fille européenne peut sortir avec un garçon et parler entre eux de la sexualité il n'y a pas un problème. Chez nous, la tradition veut qu'une fille doive se marier et surtout rester vierge, dans ce cas la famille est honorée (...) Par rapport au sexe nous avons trop de limites et nos filles ont tendance à copier tout en matière de sexualité, copier à tout prix ce que font les blancs (...) A cela il faut ajouter la religion et l'environnement qui sont peu favorables aux relations sexuelles avant le mariage » (Entretien PNLS). La pornographie est également évoquée comme un élément du « contexte » qui perturberait le discernement des jeunes en matière de sexualité : « Le cas par exemple de la pornographie, que les jeunes se passent en boucle : à travers ces vidéos on voit la personne, ou un homme ou encore une femme, rester pendant 2 heures sur son partenaire. Les jeunes en voyant cela vont chercher les produits pour être à la hauteur et faire aussi la même chose comme dans la vidéo ignorant le risque de la contamination au VIH » (Entretien PNLS).

Le rapport sexuel, bien que faisant partie intégrante du processus normal de l'entrée en sexualité, est souvent qualifié « de mauvais chemin » par plusieurs acteurs : « La relation filles et garçons est mal perçue chez nous au Congo car de ces relations, il peut y avoir des cas de grossesses ou encore des cas d'avortements des filles... Donc on n'est pas préparé à gérer ce genre de relations entre filles et garçons, parce qu'il existe toujours des raccourcis [relations sexuelles à risque] dans ses relations » (Entretien PNLS).

La notion de risques chez les jeunes

Les rapports sexuels au quotidien entre filles et garçons congolais couvrent un spectre large de motivations, bien souvent ancrées dans les inégalités de genre.

De manière générale, chez les jeunes interviewés les stéréotypes veulent que les jeunes filles soient moins informées et passives sur la sexualité. Si, comme énoncé plus haut, les filles doivent arriver vierges au mariage, les garçons sont moins soumis à cette obligation de chasteté pré-maritale, notamment à cause de plusieurs stéréotypes liés à la puissance sexuelle : « Je peux dire qu'il y a des garçons aussi qui influencent. Donc tu peux être dans un groupe et là, 10 sont à la mode mais toi pas encore. Alors ils te pressent, ils te disent alors « tu es DP » (c'est-à-dire pas à la mode) quoi, tout ça, et de laisser quelque part, et toi tu te forces à le faire » (Focus groupe RACON, Goma). Tandis que la multiplication des rapports sexuels continue d'assurer un capital sexuel valorisant uniquement pour les garçons, le désir féminin reste relégué au second plan face au désir masculin. Comme résultante essentielle des stéréotypes, les idéaux de masculinité incluent la force et la domination sexuelle.

A Kinshasa, une certaine liberté dans les pratiques sexuelles des jeunes garçons est représentée par la notion de « kema » : « Papa, on baise là où on veut, si on n'a pas l'argent (pour aller voir des prostituées) même dans des écoles, dans des endroits où on a fait ça, dans des écoles on fait l'amour...dans des tunnels, là où il fait noir là-bas personne ne vous verra. Partout on peut le faire, nous n'avons pas de choix ». Un jeune ajoute : « C'est le « kema » (appétit sexuel) : calme toi, il faut le faire ». En lingala : « Esika pongi ekokutela yo esika oko lalala' » (« Là où le sommeil t'attrape », c'est là où tu vas dormir). Comme nous sommes habitués ici dans notre culture ». Les jeunes filles peuvent évoquer un sentiment d'infériorité et de domination, mais plusieurs femmes acceptent que les hommes aient une libido qui leur permet de ne pas prendre de responsabilité en ce qui concerne le sexe.

Les lieux des rapports sont variés : les hôtels, les herbes, les maisons des prostituées, les bâtiments inachevés, les voitures abandonnées, les bureaux, la « parcelle », chez un ami : « Dans des bâtiments inachevés, on trouve aussi des jeunes là-bas, au jardin botanique, on dit non, on va aller étudier, comme c'est calme, il n'y a que des arbres, on se retrouve là-bas et on fait l'amour. Dans des hôtels, on ne nous permet pas, on va dans des voitures abandonnées on fait l'amour. Je ne parle pas de moi (rires) » (Focus group RACON, Kinshasa).

La fréquentation d'hôtels (éventuellement pour s'initier sexuellement avec de prostituées - des « femmes libres ») est rare parmi les jeunes interviewés. Les hôtels restent

aux jeunes les plus âgés : « Ce sont plus les adultes les majeurs qui fréquentent l'hôtel. (...) Pour le premier rapport sexuel, je ne pense pas que nous sommes allés dans des hôtels, puisque nous avons dit ici que nous avons passé à 14 ans, 15 ans ; nous ne sommes pas allés dans les hôtels, mais très souvent derrière, dans nos douches, la maison, à l'école. L'école est pour certains jeunes élèves un lieu d'initiation sexuelle : « Certains commencent à l'école, on appelle ça « route scolaire », avec une fille de sa classe une fille de son école (...), pas forcément avec les prostituées (...) on fait les rapports sexuels dans une toilette » (Garçon, 24 ans, RACON, Kinshasa).

Les couples de jeunes plus âgés peuvent également aller dans des hôtels en quête d'intimité, en raison des difficultés à avoir des rapports sexuels sous le toit familial : « On dit : comme toi tu vis encore chez tes parents et moi aussi je vis encore chez mes parents, on n'a pas encore une maison pour nous deux... on part et on paye l'argent à l'hôtel. On passe un temps là-bas et on fait tout ce qu'on veut là-bas (...). Ça dépend des endroits, il y a de 5000Fc, de 3000Fc même (...). Ce n'est pas cher, ça dépend des hôtels. Quand vous dites que vous allez dans un hôtel 2 étoiles, 3 étoiles, vous allez payer 25\$, 50\$. Il y a des endroits où on vous donne seulement des chaises, il y a deux chaises. Ton partenaire prend une chaise et toi aussi tu prends une chaise. Là tu vas payer 500F » (Garçon, 18 ans, Kinshasa).

Les tabous sur la sexualité des jeunes, ainsi que les rapports inégalitaires de genre, entraînent la prise de risques. Chez les jeunes interviewés, plusieurs facteurs ont été mentionnés à propos des risques encourus lors de rapports sexuels :

• **Le cadre clandestin des premiers rapports peut jouer un rôle dans la négociation et la protection de ce rapport sexuel.** « Ça m'est déjà arrivé dans notre parcelle, j'étais avec une fille derrière, dans la douche, vous voyez il n'y a pas moyen de chercher le préservatif. Tu as envie de faire l'amour, mais tu te rends compte que tu n'as pas de préservatif mais tu le fais quand même (Garçon 16 ans, Kinshasa) » « Moi je pense, les jeunes n'utilisent souvent pas le préservatif parce que d'abord ils savent que les jeunes ne sont pas permis de faire le rapport sexuel avant le mariage. Et lorsqu'un jeune va faire un rapport sexuel, c'est comme quelqu'un qui est en train de voler. Et vous allez voir que le cadre n'est pas vraiment approprié et qu'ils utilisent les préservatifs ça demande un peu de temps : il faut qu'il soit en érection et le temps qu'il va être en érection ça demande un peu plus de temps c'est là qu'il doit mettre le préservatif. Vous allez voir alors le jeune voit qu'au lieu qu'ils attendent qu'ils utilisent les préservatifs lorsqu'ils sont prêts, ils pénètrent directement le vagin et terminent » (Garçon, 17 ans, Goma).

- **Les filles peuvent refuser des rapports sexuels en évoquant plusieurs raisons, parmi lesquelles la peur des grossesses non désirées est primordiale.** Une fille du focus group d'une école de filles à Selembao raconte : « Je connais des filles mères de 12 ou 13 ans, il y a des conséquences, la maman ne peut pas l'empêcher de sortir car elle a déjà accouché et tu peux interrompre les études parce que tu as déjà eu un enfant » (Focus group, école filles Selembao). Ces grossesses précoces peuvent aussi mener à des avortements, par peur des réactions de l'environnement familial : « Oui, par deux fois j'ai vu une amie avorter par deux fois par des accidents parce que les filles aiment trop coucher avec les garçons. Là où elle a habité, elle suit souvent le mouvement des autres filles et quand elle apprend qu'elle est enceinte, elle décide d'avorter. La cause des avortements ? On a souvent peur des parents car s'ils sont au courant ils seront fâchés c'est pourquoi elles le font en cachette, pour avorter les filles prennent les médicaments et certaines partent voir un médecin » (Focus group, école filles Selembao).
- **En ce qui concerne le choix de l'abstinence, filles et garçons peuvent évoquer des motivations religieuses, morales et parfois liées à la loi** (« il faut attendre 17 ou 18 ans pour le faire ou sinon tu peux abîmer ta vie »), **ou pour échapper à des stéréotypes négatifs envers elles.** Celles qui auraient de bonnes connaissances sur la sexualité sont soupçonnées d'être sexuellement hyperactives, libertines : « Il y a des garçons qui sortent avec des filles, on les appelle les "Kosa oleka" (ment et puis passe). C'est une fille qui vient, tu la couches, tu sors avec elle et puis tu la laisses » (Garçon, 18 ans Kinshasa).
- **D'après certains garçons interviewés, l'identification du consentement de l'autre se fait « naturellement », il ne doit pas y avoir de rationalisation dans l'acte amoureux et sexuel.** Certains filles peuvent verbaliser davantage le consentement : « Ils disent tu es belle et mignonne, je pense que je suis fait pour toi non ? Et on ne force pas la nature. Si je refuse, je refuse. Or, face à d'autres situations, les filles sont exposées au harcèlement sexuel : cela arrive parce que sur la route on nous drague toujours par des garçons mais si tu refuses il te suit et continue à te déranger » (fille de 20 ans, Focus group, école Kalamu II). Ne pas s'opposer au rapport sexuel est à mettre en lien avec les pratiques consenties pour faire plaisir au partenaire.
- **Le refus d'un rapport sexuel non protégé chez les filles et son acceptation chez les hommes semble être lié au niveau de sensibilisation et des connaissances liées aux VIH.** L'utilisation du préservatif peut parfois être imposée par les femmes, ceci étant considéré légitime pour les garçons qui ont été sensibilisés lors des campagnes de prévention. Un jeune garçon signale : « Si nous nous sommes entendus avec la fille que nous allons passer des rapports, je vais prévoir mon préservatif, parce que je sais qu'il y a des filles qui aiment que, avant de passer des rapports, il faut que vous ayez le préservatif. Sans le préservatif, vous n'allez pas passer les rapports » (Garçon, 20 ans, école Selembao).
- Lors de focus groups réalisés nous avons rencontré plusieurs jeunes garçons qui ont déjà rencontré des filles ayant refusé des rapports sexuels sans préservatif. **Cela semble « normal » chez les jeunes faisant partie des centres de jeunesse** : « Personnellement, compte tenu de notre conscience et de notre psychologie humaine, nous avons vu cela que c'est tout à fait normal, comme nous sommes en train aussi d'œuvrer dans des centres des jeunes ». À Goma, même au niveau universitaire, les jeunes ont pu tenir un discours contraire : « Souvent en matière de sexualité, nous les filles on se sent un peu faibles, on ne peut pas imposer de conditions. (...) Si c'est la fille qui veut imposer « on va utiliser le préservatif », là vraiment le garçon peut toujours se plaindre. Il doit toujours être supérieur aux filles. (...) Si le garçon n'a pas demandé, la fille peut facilement se taire, et laisser faire comme ça sans préservatif, parfois parce qu'elle n'osera pas demander » (jeune femme, université confessionnelle, Goma).
- **Cependant, la marge de manœuvre sur la contraception et la protection chez les filles est déterminée par la nature de la relation dans laquelle elle s'investit.** L'accord qu'une fille peut donner aux relations sexuelles diminue lorsqu'elle se voit contrainte d'avoir des rapports pour satisfaire des besoins matériels, cet aspect étant un facteur de vulnérabilité face aux violences comme nous le verrons ci-après.

6.2. LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES AUTOUR DE LA TRANSMISSION DU VIH

En RDC les connaissances sur le VIH restent superficielles, particulièrement chez les jeunes : seulement 18,7% des 15-19 ans ont une bonne connaissance du VIH (modes de transmission, méthodes de protection, etc.). Les connaissances augmentent avec l'âge mais restent peu élevées et toujours moins importantes chez les femmes que chez les hommes. De ce fait, l'utilisation du préservatif reste faible : seulement 24,5% des jeunes (15-19) ayant eu une relation sexuelle pendant les 12 derniers mois ont utilisé un préservatif. Les jeunes sont peu nombreux à connaître leur statut sérologique. Seulement 9% des jeunes femmes (15-24 ans) connaissent leur statut sérologique, contre 6% des jeunes hommes du même âge (MdM, 2016).

Les connaissances autour du VIH et de ses modes de transmission chez les jeunes sont entravés par un contexte de manque de communication autour de la sexualité, qui demeure dans divers espaces de socialisation : « Le danger est que si vous ne leur dites pas, ils finiront par le découvrir et là c'est très dangereux, c'est-à-dire... je connais quelqu'un qui a été infecté, je lui pose la question, il pleure là, quand je lui montre le préservatif « si je savais que le préservatif existait je pouvais l'utiliser, je ne savais même pas que le préservatif existait ». J'ai compris qu'il était infecté par ignorance, parce que il n'avait pas l'information » (Entretien, UNESCO)

Le manque de dialogue intergénérationnel autour de la sexualité

Les liens entre rapports sexuels précoces et comportements à risques sont souvent évoqués pour décrire les messages transmis par les familles, dans lesquels « peu de parents parlent ouvertement à leurs enfants ». Dans ce contexte, des fausses idées concernant la sexualité et ses risques peuvent être transmises par les parents. Lorsque par exemple une jeune fille commence à avoir ses règles, le sujet est abordé généralement par une communication peu constructive (« si tu touches un garçon tu peux tomber enceinte ») ou simplement par le manque de dialogue : « Personnellement, j'ai eu mes règles quand j'étais en 1^{ère} secondaire mais ma mère l'a su quand j'étais en 3^{ème} secondaire. Alors je me dis, pour mes enfants, quand je les aurai, il ne faudra pas que ce cas-là arrive, il faut que je sois toujours proche. Alors que j'étais toujours l'amie de ma mère, on était toujours ensemble, on était toujours collées, mais parler de ça, ça n'arrivait presque jamais. » (Jeune fille, Université, Goma).

Chez les jeunes que nous avons interviewés les connaissances en matière de sexualité proviennent de sources variées : l'école, les cours de biologie, les cours d'éducation à la vie, la publicité, les ménages, les amis. En cas de besoin d'information, les filles vont s'adresser souvent « à la maman, une sœur ou une tante, parfois chez papa mais souvent il vous renvoie chez la maman ; et aussi avec les amies » (Focus group, école filles Selembao).

Selon une infirmière chargée de la planification familiale dans un centre de santé de Kinshasa, les insuffisances en matière d'éducation sexuelle existantes dans la famille, peuvent amener à des comportements à risque associés à l'automédication : « Si l'enfant recourt aux méthodes classiques telles que la contraception, cela risque de lui causer des ennuis en famille si seulement on remarquait cela. Alors face à certaines situations et problèmes liés à la santé de la reproduction, le jeune recourt souvent aux méthodes moins sûres telles que l'automédication. Donc il y a aussi un besoin de sensibiliser les parents en matière de planification familiale pour leur montrer que les jeunes ont aussi besoin de ce service. Cela s'est confirmé lors d'une enquête sur la planification familiale à laquelle j'ai pris part. Le constat est tel que les jeunes ne bénéficient pas du tout des méthodes contraceptives à cause de l'attitude de leurs parents. Ici en fait, les parents agissent ainsi de fait de la culture locale qui voudrait que les parents s'interposent par rapport aux décisions sur la contraception de leurs jeunes enfants non encore mariés » (Conseillère CDV PASCO).

Dans certains cas en revanche, l'information que les jeunes peuvent recevoir au niveau de la famille élargie est évoquée comme un moyen de compenser le manque d'information en milieu scolaire, pouvant être perçue comme étant plus légitime que celle diffusée par l'école : « J'ai une tante me disait toujours. (...) A la maison, si tu demandes comment utiliser les préservatifs, la maman souvent elle se fâche. Mais ma tante me dit tout. Ma tante est ouverte parce qu'elle voit que j'ai grandi et découvre cela et elle m'explique comment utiliser les préservatifs. Par exemple cela ne donne pas les vertiges à la tête, à l'école on croit qu'on abîme les enfants. Or il faut comprendre cela c'est important, parce qu'on est ensemble avec les mecs » (Focus group, école de filles, Selembao). Il y a aussi une impression de meilleure connaissance des jeunes par rapport à leurs parents : « ce qui peut poser problème, car elle limite aussi le dialogue intergénérationnel » (focus groupe RACOOJ).

Parler de sexualité est ainsi un exercice compliqué pour les jeunes que nous avons interviewés. Au premier abord, ils sont peu enclins à parler de sexualité. Ceux que nous avons rencontrés à l'université peuvent affirmer ne pas avoir eu de relations sexuelles (ou pas avant leur mariage), par conviction personnelle de ce qu'est « une bonne moralité », ou par « peur des maladies ».

Les représentations sur le VIH/sida chez les jeunes

En RDC les perceptions autour du VIH/sida semblent ne pas avoir changé par rapport à la construction d'une représentation originaire du sida (Giami et al 1992). Même si les modes de prise en charge ont très largement évolué depuis les années 1980, chez plusieurs personnes enquêtées la représentation du VIH continue à montrer l'association entre le sida et la mort (ou éventuellement les sexualités considérées comme déviantes, principalement la prostitution et l'homosexualité).

Chez quelques jeunes, le VIH est associé à une maladie mortelle, sans traitement, à « un virus qui tue et qui n'a pas des médicaments ». Ces représentations peuvent être considérées comme un facteur déclencheur de discrimination et de peur : « Jusqu'à aujourd'hui, il y a des gens pour qui il suffit qu'on apprenne qu'il a le sida pour que les gens se disent « le danger public est là, il va contaminer tout le monde ». Donc, dans plusieurs milieux, le discours n'a pas évolué, la peur du sida est encore présente » (Entretien, UNESCO).

Concernant les modes de transmission, des fausses croyances sont répandues chez certaines personnes qui pensent que le sida est « une punition divine », que « le sida peut se transmettre par la piqûre d'un moustique » ou encore par le fait de « manger avec quelqu'un qui est déjà atteint ». Les rapports sexuels hors mariage étant fortement stigmatisés par la religion (quelle que soit l'obédience des jeunes : catholique, protestant, musulman), pour certains jeunes le VIH/sida est une maladie honteuse « car c'est par voie sexuelle que se fait la contamination ». Nombreux sont les jeunes qui ont signalé que cette maladie est « seulement pour les gens ayant fait les rapports sexuels non protégés », sans identifier d'autres modes de transmission. La connaissance est aussi limitée chez ceux censés former les jeunes. Par exemple, les jeunes interrogés à RACOF ont tous spontanément évoqué les relations sexuelles et les « objets tranchants », souvent représentés par les rasoirs. Peu de connaissance ont été observées sur les autres vecteurs de transmission (mère-enfant, transmission sanguine, etc.).

D'autre part, la différence entre le stade asymptomatique et l'émergence des maladies opportunistes n'a jamais été citée au cours de l'enquête. On reconnaît quelqu'un qui a le sida « à sa maigreur », l'existence des « gales » ou des taches, principalement. Très peu disent spontanément qu'une personne en bonne santé peut être porteuse du VIH.

La possibilité d'accéder aux traitements et la survie des PVV pendant de nombreuses années ont permis un début de changement de la vision de la maladie, mais qui reste souvent circonscrite aux personnes vivant avec le

VIH, aux personnes affectées et à leur entourage : « Petit à petit, surtout avec la prise en charge médicale quand on voit que la maladie ne conduit plus ipso facto à la mort, ça a changé un tout petit peu, mais on ne doit pas croire que la stigmatisation a complètement disparu, elle continue et nous devons donc continuer la lutte » (Entretien CONERELA).

Le rôle des associations de PVV dans la sensibilisation du grand public pourrait être renforcé : « Si vous utilisez une personne comme X ou moi, cette personne, elle doit d'abord être capable de se dénoncer, de dire « moi je suis une PVV », et j'ai vécu avec cette maladie il y a longtemps, des années, même 10 ans, 15 ans, parce que quand vous dites 10 ans, même ici à Goma il y a des gens qui ne savent pas que quelqu'un peut vivre 10 ans et au-delà, avec cette maladie du VIH/sida » (Focus groupe Jeunes PVV, Goma).

Représentations et accès aux moyens de prévention

Conformément aux messages véhiculés par l'approche ABC, chez les jeunes enquêtés, les moyens connus de protection contre le VIH sont l'abstinence, le condom, la fidélité, auxquels s'est ajouté le dépistage : « Je peux dire qu'on nous parle de l'Abstinence, la bonne Fidélité, le Condom et de Dépistage. Ce qui veut dire si tu es avec quelqu'un, vous vous êtes fait dépister le résultat est négatif. Vous n'êtes pas atteint du VIH, tu peux simplement être fidèle (...). Mais il faut que vous deux vous soyez fidèles. Que l'un soit fidèle à l'autre » (Focus group RACOF).

a) L'abstinence

En RDC, la population d'une manière générale désapprouve les rapports sexuels avant le mariage. D'après les jeunes, les rapports sexuels avant le mariage sont considérés comme un « péché » par la famille ou par l'Eglise. Ces considérations moralistes sont intériorisées par certains d'entre eux : « Moi je pense qu'il faudrait toujours attendre le mariage. Même si vous allez vous marier à 30 ans » (Jeune fille de 23 ans, Université privée, Goma). Pour bien suivre les conduites de prévention, notamment l'utilisation des préservatifs, les jeunes doivent être courageux vis-à-vis des parents : « À la maison les parents nous disent que nous devons suivre l'abstinence. Quand nos parents voient les préservatifs, ça nous crée des problèmes. Il y a des jeunes qui sont courageux, comme nous, nous prenons les préservatifs » (Focus group RACOF).

Au sein des familles, les messages axés sur l'abstinence semblent être davantage adressés aux filles, l'abstinence étant souvent présentée comme moyen de prévention des grossesses non désirées : « Pour éviter les grossesses, les mamans à la maison nous demandent d'être prudentes ». Le même constat est réalisé par une infirmière chargée de l'animation communautaire en matière de VIH/sida : « Lors de nos sensibilisations en milieu scolaire, lorsqu'on posait des questions sur la prévention des grossesses et contre les infections sexuellement transmissibles, certaines filles nous parlaient d'abstinence. Et c'est à partir de leurs familles qu'ils ont reçu cette information » (Conseillère CDV PASCO). Chez les filles - dont une bonne partie semble connaître les risques associés aux grossesses non désirées - l'abstinence peut être perçue comme un moyen d'éviter les conséquences des avortements clandestins, les risques de déscolarisation entraînés par les grossesses non désirées et les discriminations associées à la maternité précoce.

Actuellement, le recul de l'âge au mariage dû à la scolarisation prolongée a contribué à la perte de poids des prescriptions sur la chasteté pré-maritale, même si les institutions religieuses condamnent toujours les relations sexuelles avant le mariage et exigent des filles virginité et fidélité. Or, le message sur l'abstinence ne semble pas être efficace : « Parce que c'est un message qui ne tient compte que d'un seul aspect dans la propagation du VIH, c'est un message qui ne voit que la voie sexuelle. Connaissant bien qu'en Afrique la sexualité est taboue et que la sexualité des jeunes amplifie la stigmatisation. Donc c'est une demi vérité » (Conseillère CDV PASCO).

b) La fidélité

Bien que les jeunes expriment leur désir d'établir des relations stables et de se marier, la fidélité est un concept qui peut revêtir plusieurs significations. Ce terme n'a pas de résonance particulière pour quelques-uns : « Eh, la fidélité, est ce que ça existe encore ? ». D'autres répondent : « La fidélité est très, très importante mais ce n'est pas vraiment pratiqué. Les jeunes ne pratiquent pas vraiment la fidélité ». Les filles peuvent argumenter : « Nous ne pratiquons pas vraiment la fidélité » parce que « les hommes mentent aux filles » ou à cause de « déceptions que j'ai eues » (Focus group, filles et garçons 15-24 ans, Kalamu II).

Dans l'imaginaire des jeunes, la fidélité est un comportement associé au mariage. Les jeunes garçons signalent : « Il est difficile de parler de la fidélité au milieu des jeunes puisqu'on n'est pas marié. Moi je me réveille chez nous, toi tu te réveilles chez vous. Ce que tu fais chez vous, je ne le sais pas. Ce que je fais chez nous, tu ne le sais

pas. Comment parler de la fidélité ? On parle de la fidélité quand on vit ensemble. C'est tout. On sait surveiller l'autre. Mais quand on est chez nos parents, ne viens pas me parler de la fidélité » (Focus group, filles et garçons 15-24 ans, Kalamu II).

Selon la perception des personnes interviewées, l'accent mis uniquement sur l'abstinence et la fidélité, dans un contexte où le multi-partenariat est répandu, pourrait conduire les jeunes à avoir des rapports sexuels « clandestins », entraînant un accroissement des risques : « Je pense qu'il serait mieux d'étaler toutes les réalités sur la table en abordant les trois messages de prévention du VIH à savoir : l'abstinence, la bonne fidélité et le préservatif. Il appartient à chaque jeune de faire son libre choix, en leur montrant les réalités des choses ». (Conseillère CDV PASCO).

c) L'utilisation du préservatif masculin ou féminin

Bien que le préservatif soit considéré par l'OMS comme un socle de la prévention du VIH, plusieurs facteurs limitent leur utilisation. ⁴⁷ Chez les jeunes interviewés, l'utilisation du préservatif peut être vue comme un signe de « mauvaise conduite », « d'inadéquation avec la doctrine de certaines églises », le signe d'un « manque de confiance entre partenaires ». Certains pensent aussi qu'il « réduit le plaisir sexuel ». Par ailleurs, la mise à disposition de préservatifs peut être associée à l'incitation des rapports sexuels chez les jeunes, à une plus grande précocité sexuelle et à une multiplication des partenaires.

Accessibilité physique et financière

Abordant des questions sur l'accessibilité aux préservatifs, les jeunes affirment qu'ils sont financièrement accessibles et souvent même gratuits dans les structures sanitaires ou dans d'autres lieux (bars, boîtes, pharmacie et boutiques). Bien qu'on ne puisse être complètement sûr de leur utilisation finale, les données montrent une augmentation forte de la distribution de préservatifs dans le pays, témoignant d'une meilleure acceptation générale. Selon un infirmier d'un centre de santé : « Les préservatifs qui sont à notre disposition, ça coule ! Ça montre quand même que oui (il y a une évolution), même si, peut-être ils n'ont pas changé les comportements pour dire l'abstinence, mais ils font des relations sexuelles,

(47) D'après les données de l'OMS les préservatifs masculins en latex ont une efficacité protectrice d'au moins 85% contre la transmission sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) » (OMS, 2016).

mais maintenant suffisamment protégées » (Infirmier, Goma).

L'accessibilité aux préservatifs peut être entravée par divers facteurs. Selon le PNUD les zones de santé ne font pas un travail efficace de sensibilisation visant leur utilisation : « D'où il faut un travail de suivi. Après la distribution des préservatifs, il faudrait un accompagnement dans des zones de santé » (Entretien PNUD).

La distribution des préservatifs peut également être entravée par des critères religieux. Dans un CSB péri-urbain que nous avons visité, le chef de centre raconte que la boîte de distribution anonyme des préservatifs a été enlevée pour correspondre aux critères de l'église qui finançait le centre : « Il y avait un truc où on pouvait mettre les préservatifs et chacun venait soutirer ça. Mais parce que nous sommes dans la confession, on a dit « c'est un scandale, ça, ceux-ci viennent et prennent seulement par du cache-cache » (Chef CSB, Goma).

Accessibilité culturelle : le tabou de la sexualité des jeunes

Le discours dominant sur l'abstinence pré-maritale fait que les jeunes affirment avoir honte d'aller demander des préservatifs car on pensera qu'ils ont des « mauvais comportements », ou chez les filles, « car on dira que vous êtes prostituée » (Jeune Fille, rencontrée au CDV, Goma). Demander l'utilisation du préservatif, par une jeune fille ou un jeune homme, est ainsi vu comme un signe de « mœurs dissolues » de sa part, ou d'absence de confiance dans le partenaire. Cela limite leur utilisation, car quand « l'occasion se présente », au cours d'une sortie, ou chez soi en cas d'absence des parents, les jeunes n'auront pas de protection.

Le discours religieux a encore ici une place importante dans ce domaine : « Peut-être que les gens peuvent utiliser les préservatifs mais en cachette. Ici à l'école, on nous dit que c'est défendu. Parce que il peut y avoir des questions par exemple d'un élève, qui demande à l'enseignant : « Monsieur, est-ce que pour le VIH/sida on ne peut pas se protéger par le préservatif ? » Il te dit : « Non. C'est défendu dans l'Eglise Catholique. Si tu fais ça, tu as péché. Or, il ne faut pas avoir peur de la maladie ou de la grossesse mais il faut avoir peur de Dieu » (Jeune fille, école Catholique, Goma).

Cette réalité de rejet du préservatif par le monde religieux peut toutefois être nuancée, et il y a évidemment des personnes plus ouvertes que d'autres : « Mon mari est pasteur. Quand il prêche les jeunes, lui au moins il est franc pas comme les autres pasteurs qui sont vieux. Il essaie aussi de les taquiner un peu. (...) Il dit franchement aux jeunes : c'est vrai qu'à l'église on dit aux jeunes

qu'il faut toujours s'abstenir. Mais au cas où tu ne peux pas, il ne faut pas y aller comme ça. Prends même les préservatifs, ça va t'aider. Seulement c'est au cas où, ça reste un peu caché, au cas où » (Jeune fille, Université privée, Goma).

Une faible possibilité de proposer le préservatif pour les femmes

Les rapports de genre déterminent aussi la possibilité d'utiliser ou non le préservatif chez les jeunes. Garçons comme filles témoignent de la plus grande difficulté pour les filles de demander le port du préservatif lors d'une relation sexuelle : « Il y a un problème de la culture, ici chez nous. Une fille, c'est difficile qu'elle ait un préservatif et qu'elle le propose à un garçon. Parce que si elle propose un préservatif, il va se dire « ah, cette fille, elle a souvent l'habitude d'avoir un truc pareil, parce qu'elle connaît qu'elle fait souvent des relations sexuelles avec différents garçons. Tu vois, dans la compréhension du garçon, il n'a plus confiance en la fille » (Jeune Homme, Université privée confessionnelle, Goma).

Certains hommes ne sont pas d'accord avec leurs partenaires qui exigent l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels. Une fille en témoigne : « Je connais un homme qui ne voulait pas utiliser les préservatifs quand il avait vu cela il dit qu'il devrait rompre la relation car il trouve que la femme n'avait pas confiance à lui, l'homme était fâché et a demandé de rompre avec la femme » (Focus group dans une école à Selembao, fille de 16 ans). Pour les jeunes interrogés, même au sein des couples mariés, il est difficile pour les femmes de demander l'utilisation du préservatif. Si certains pensent que les droits des femmes et des hommes doivent être les mêmes, la grande majorité déclare qu'une femme ne peut pas refuser des rapports sexuels à son mari, ni lui proposer d'utiliser des préservatifs « même s'il rentre de voyage ».

Méfiance sur la qualité des préservatifs

Il existe aussi une certaine réticence à l'utilisation des préservatifs, par crainte de leur non fiabilité pour prévenir la transmission du VIH. Les jeunes évoquent la possibilité pour les préservatifs d'être troués, de se déchirer, « de causer des maladies » (Focus group, école de filles, Selembao), « de détruire le corps de la femme, les trompes », « entraîner la stérilité, la malaria » (Focus group de Kisenso), « de rendre stérile », « Au Congo ici, quand on prend l'huile là, ça donne des tâches et j'ai entendu dire que si vous utilisez le préservatif, ça peut vous rendre stérile, vous aurez des conséquences dans l'avenir quand vous utilisez trop les préservatifs » (Entretien focus group RACJJ).

Les informations parcellaires reçues par des biais légitimes (école, associations, services de santé) sur l'utilisation correcte du préservatif peuvent expliquer ces craintes. Les rumeurs de la rue prennent alors le pas : « Je pratique l'abstinence, pour éviter cette contamination. Dans la perception communautaire on dit que les préservatifs qu'on utilise ici chez nous, ce sont des préservatifs qui ne sont pas efficaces. Alors vous vous rendez avec le VIH/sida au cas où, au moment où vous avez même utilisé le préservatif (...) » (Jeune Homme, 24 ans, Université privée confessionnelle, Goma).

La crainte d'un moindre plaisir sexuel

L'évocation d'un moindre plaisir sexuel est aussi récurrente : « D'habitude les gens ici ne veulent pas ça, parce qu'ils disent qu'ils ne peuvent pas manger le bonbon dans le caoutchouc ». D'après les mots d'un chanteur connu de la place, repris par de nombreux interlocuteurs, « manger le bonbon qui se trouve dans le sachet, bon, c'est pas bon » (Jeune fille de 20 ans, Université confessionnelle, Goma).

Utilisation uniquement pour la contraception

Par ailleurs, nous avons perçu que les jeunes utilisent plus le préservatif pour la contraception que pour la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles dont le sida. Les jeunes ont plus peur des conséquences d'une grossesse non désirée que des MST. L'usage de

préservatifs comme moyen de contraception face aux grossesses non désirées peut être associé au pouvoir décisionnel des femmes dans la sexualité : « Il faut améliorer le pouvoir de négociation des filles à l'utilisation des contraceptifs, des préservatifs, parce que si la fille est consciente que la relation qu'elle veut faire ce jour-là peut lui amener une grossesse, elle dispose de beaucoup d'arguments pour refuser. Et de la même façon, le garçon, s'il sait et qu'on lui rappelle que le rapport qu'il est en train de solliciter ce jour-là risque de lui rendre père contre sa volonté, il est plus conciliant à utiliser le préservatif » (Entretien, UNESCO).

Si la contraception renforce (un peu) l'acceptation du préservatif au sein de la société congolaise, elle a aussi un revers. En effet, comme les jeunes ont souvent une connaissance partielle du calcul des cycles de la femme et de sa période féconde, ils n'utiliseront les préservatifs qu'à certains moments, pensant n'en avoir pas besoin s'il n'y a pas de risque de grossesse : « Si je veux sortir avec elle je prends prévention d'éviter des grossesses précoces. Par là que j'utilise le préservatif mais la finalité des rapports sexuels c'est trouver le plaisir, je vois que si j'utilise le préservatif, souvent je n'arrive pas jusqu'au bout de mon plaisir c'est comme si c'est toucher les seins avec les gants » (Focus group avec RACJ).

Tableau :
Les obstacles dans l'utilisation des préservatifs chez les jeunes

Plusieurs obstacles **entravent l'utilisation** des préservatifs chez les jeunes :

- Le manque d'un travail efficace de sensibilisation visant leur utilisation dans les centres de santé.
 - Le rejet du préservatif dans les milieux religieux, notamment chez le personnel soignant des centres de santé associés à une structure confessionnelle.
 - Les rapports de genre imposent une faible possibilité de proposer le préservatif pour les femmes. Le signe d'un « manque de confiance entre partenaires » peut être évoqué pour justifier le refus à un rapport sexuel non protégé.
 - Le manque de dialogue intergénérationnel autour de la sexualité contribue es fausses idées concernant la sexualité et ses risques.
 - La réticence à l'utilisation des préservatifs renvoie à des craintes relatives à : leur non fiabilité pour prévenir la transmission du VIH (méfiance sue la qualité), un moindre plaisir sexuel, des fausses croyances (l'huile est toxique, il entraine des maladies u de l'infertilité).
 - L'usage de préservatifs comme moyen de contraception face aux grossesses non désirées est assez courant, pouvant être associé au pouvoir décisionnel des femmes dans la sexualité. Les jeunes ont plus peur des conséquences d'une grossesse non désirée que des MST.
-

d) L'accès aux services de dépistage du VIH et des IST

Plusieurs jeunes connaissent l'existence des tests de dépistage gratuits : « *Oui il y a moyen de se protéger et ce n'est pas faire des rapports sexuels avant le mariage et aussi aller à l'hôpital se consulter* » (Fille de 15 ans école à Selembao). Ainsi, les filles d'une école à Selembao, conscientes de la réalité de l'existence de la maladie (VIH/sida) pensent : « *S'il m'arrive de rencontrer un garçon qui refuse d'utiliser le préservatif, que faire ? On doit procéder à des examens médicaux à l'hôpital, pour savoir s'il est malade ou non avant de faire le rapport sexuel avec ce dernier. Si tu acceptes, tu peux attraper des maladies* » (Focus group, école filles Selembao).

À Goma, concernant l'accès au dépistage, les jeunes interrogés ont tous signalé qu'il y a des centres de dépistages volontaires. La plupart connaissent les lieux de dépistage et certains évoquent aussi l'existence de stratégies mobiles (par exemple des dépistages organisés au sein des universités). Cependant, la connaissance de l'existence du VIH et des facteurs de risque n'est pas toujours suffisante pour inciter les jeunes à faire ce dépistage.

La volonté de se faire dépister v/s la discrimination envers les PVV

Les stratégies de prévention et d'information ont porté leurs fruits chez certains jeunes. Ceux rencontrés dans les centres de CDV en témoignent : « *Parce que j'avais couché avec un homme sans me protéger, voilà pourquoi, j'avais des doutes, c'est ce qui m'a poussée d'aller me faire dépister* » (Entretien avec une fille, Goma). Cependant, l'image extrêmement négative de la maladie, la peur aux résultats du dépistage, à cause de la discrimination qu'elle engendre, retarde encore la démarche. Beaucoup affirment qu'ils préfèrent ne pas savoir : « *Et pourquoi à ton avis il ne veulent pas savoir ? Pour éviter le stress, la peur, et tout ça, tout ce que ça peut causer le résultat dont on vous dit qu'il est positif. Tu vois, une fille m'a dit un jour, moi j'y vais, si on me dit que je suis positif, au lieu de contaminer tout le monde, je préfère me mettre sur la route qu'on me cogne. Comme cela vous allez pleurer, que « ah, elle est morte de quoi ? » « On l'a cognée sur la route ». Mais pas au deuil vous allez pleurer et « Ah, elle est morte de quoi ? » « Du VIH ». Ça ne sonne pas bien* » (Jeune Homme 16 ans, Université, Goma).

Dans l'Est en particulier, dans une société vivant « au taux du jour », où la guerre et les conflits ont conduit à de grandes vulnérabilités des populations, l'ignorance de la maladie est vue comme une manière de ne pas rajouter des complications à une vie quotidienne déjà difficile. Ainsi, un jeune homme, sorti de l'école au milieu du secondaire et orphelin témoigne : « *Moi je ne pense*

rien à cause du sida, parce que moi je n'ai jamais fait le dépistage depuis ma naissance. Et je fais les rapports sexuels chaque jour.(...) Ça ne m'arrive pas de faire ça. Parce que si je pars là-bas et que je me rencontre avec cette maladie-là, je peux même me tuer. Alors si ça arrive, ça arrive. Et si ça n'arrive pas, je suis en train de vivre mes affaires » (Jeune garçon 23 ans fréquentant des prostituées, Goma).

Les jeunes filles reproduisent dans leurs discours le stigma associé à la sexualité des jeunes et à la maladie pour refuser le dépistage : « *Pourquoi ils peuvent hésiter à aller se dépister ? Bon, ils savent eux même leur comportement. Peut-être qu'elle est consciente que, vraiment, elle fait des rapports sexuels en excès. Et ça peut arriver qu'elle ait couché avec un homme qui a le sida et que lui a déjà cette maladie. Mieux vaut rester inconsciente plutôt qu'aller faire le dépistage et qu'on t'annonce une nouvelle pareille. Directement ça dépendra aussi du niveau d'émotion de la personne. Ils préfèrent rester dans l'ignorance que de savoir* » (Jeune fille, école catholique, Goma).

La peur des réactions de l'entourage et du rejet social est aussi très forte : « *Le premier grand obstacle, qui fait que les gens ne font pas le dépistage, pour ne pas savoir leur statut sérologique, c'est d'abord la perception communautaire de la maladie. Le VIH est mal perçu chez nous. Donc une personne qui souffre du VIH/sida, et même si on vous approche, on dit souvent que c'est par hypocrisie. On vous approche, on ne le veut pas, mais parce que vous êtes là on est obligé. (...) Une fois le résultat positif, on va être discriminé, on va être rejeté on va être abandonné tout ça* ». (Jeune Homme, Université, Goma). Cela est illustré, par exemple, par l'obligation faite par les Eglises du dépistage pré-marital (dont les résultats sont parfois communiqués directement au Pasteur et dévoilés par celui-ci aux futurs mariés !) et leur refus de célébrer le mariage de PVV. La possibilité que les personnes aient pu être contaminées par d'autres voies, moins stigmatisées par la religion (et notamment la transmission mère-enfants) n'est même pas pensée par les personnes interviewées.

La vision négative du VIH et le refus du dépistage, que beaucoup évoquent, peuvent toutefois être nuancés par les entretiens réalisés auprès des personnels de santé, qui peuvent avoir une vision plus large : « *Il y a eu une grande évolution. Bien avant le début de ce programme avec Médecins du Monde en 2004, beaucoup de gens ne voulaient pas connaître leurs statuts sérologiques par crainte de ne pas être traités en cas des résultats positifs. Actuellement grâce à la prise en charge médicale, les gens sont rassurés et viennent massivement se faire dépister* » (Infirmier, centre CDV Goma).

6.3. LA TRANSMISSION DU VIH À TRAVERS LES RAPPORTS DU GENRE CHEZ LES JEUNES : QUAND LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES DÉTERMINENT LA NÉGOCIATION DE LA SEXUALITÉ

Aborder la thématique du consentement est essentiel à l'analyse des comportements sexuels à risque, notamment à cause des constats existants en RDC : 16% des femmes interrogées ont déclaré avoir eu des relations sexuelles contre leur volonté (Min du Plan, EDS 2007, 2008), dont 20% des jeunes femmes de 18-19 ans. Du point de vue théorique, le consentement dans la sexualité est le fruit d'une réflexion suivant trois niveaux de négociation : (1) une négociation intime (de soi à soi) : cela renvoie à l'idée de savoir ce que nous sommes prêts à faire ou à accepter dans notre propre intérêt, voir ce que cela nous apporte ; (2) une négociation contractuelle (de soi à l'autre) qui implique un réajustement des désirs, une mise en place de la réciprocité ou de l'unilatéralité, soit un compromis soit une acceptation ; et (3) une négociation collective (de soi aux autres) car l'individu juge aussi sa décision au regard de normes sociales (société, pairs, morale, politique, etc.). Il peut penser au-delà de sa propre subjectivité et peut refuser un acte sexuel, par exemple, au nom d'un refus de domination. Ces niveaux de consentement ne sont pas des processus isolés, mais sont liés, imbriqués. En revanche, la rationalisation du consentement peut être limitée, influencée, ou encore ne pas avoir lieu. Ce qui conduit à s'interroger sur l'authenticité du consentement

Sur le terrain, nombreux sont les acteurs (adultes et jeunes) qui évoquent le poids des contraintes socio-économiques sur la sexualité des jeunes et sur la négociation des rapports sexuels. Vue de l'extérieur, l'exigence d'argent, de cadeaux et d'avantages matériels contre des faveurs sexuelles fait penser à un commerce sexuel. En réalité, les choses sont beaucoup plus complexes. Lorsqu'elles sont motivées par l'échange du corps en vue d'obtenir un gain sous une forme quelconque, les pratiques sexuelles des jeunes peuvent prendre une pluralité de formes. Elles s'inscrivent dans des logiques transactionnelles, dans un continuum dans les échanges économico-sexuels. La marchandisation du corps, telle qu'évoquée par d'autres études de MdM réalisées en RDC (DSC), constitue, d'après les témoignages recueillis, l'une des causes à la précocité des rapports sexuels, notamment chez les femmes. Elle est souvent motivée par les besoins matériels, le risque étant lié aux rapports sexuels non désirés et aux violences sexuelles.

La notion d'un continuum dans les échanges économico-sexuels existants entre femmes et hommes permet de saisir l'ensemble des relations sexuelles entre hommes et femmes impliquant une transaction économique. Transaction dans laquelle ce sont les femmes qui fournissent des services (variables mais comprenant une accessibilité sexuelle, un service sexuel) et les hommes qui donnent, de façon plus ou moins explicite, une compensation (dont la qualité et l'importance sont variables, cela va du nom au statut social, ou au prestige, aux cadeaux, à l'argent) en échange de ces services (Trachman, 2009). L'idée du continuum permet également d'identifier un ensemble de rapports allant du mariage à la prostitution et qui comprend des formes très différentes entre ces deux extrêmes. Cette variation porte sur des éléments fondamentaux tels que les modalités des relations, les formes de contrats, les personnes, la durée, les services prêtés. Selon Paola Tabet (Trachman, 2009) la scission entre une sexualité légitime (pour laquelle on nie l'existence d'un échange) et les autres relations est le propre des sociétés occidentales actuelles. Dans beaucoup d'autres sociétés - et, dans le passé, aussi dans les sociétés occidentales - on dit de façon claire et nette que le sexe est le capital des femmes, leur terre, et qu'elles doivent bien l'utiliser. Mais la différence essentielle est que ce « capital » peut être géré, donné en échange par la famille, par le père qui décide de donner sa fille en mariage ou, au contraire, par la fille elle-même. Cela constitue un élément discriminant entre les relations.

Les sexualités entre pairs : les contours du sexe transactionnel

Dans le cadre de l'enquête, notamment dans les contextes les plus défavorisés, beaucoup des filles sont contraintes de satisfaire leurs besoins primaires (manger, se loger, etc.) en ayant des relations avec un ou plusieurs hommes à la fois, ce qui est connu comme stratégie « chic, chèque, choc » : « Tu vois ici à Kinshasa, vu que les hommes ne sont pas fidèles, nous les femmes, ça nous rend aussi agitées... j'ai envie quelque chose chez mon amie qui coûte 50 \$. Alors je dois avoir deux ou trois partenaires ! Pour prendre, aujourd'hui je prends chez lui 50\$ j'achète le « Kabelo » (mèches de tresse pour la chevelure des femmes), demain je prends chez lui 3000 FC j'achète un pantalon, l'autre là il va me donner... Mais là aussi, moi aussi, la femme, je suis en train de perdre quelque chose parce qu'on est en train d'utiliser mon appareil ...général, mon organe » (Fille de 24 ans, Kalamu II, Kinshasa).

Si ce mode de relations sexuelles ne concerne pas l'ensemble de la jeunesse congolaise, les questions de santé publique qui sont associées aux « chic, chèque, choc » (protection face aux infections sexuellement transmis-

sibles (IST), négociation de l'usage du préservatif face au VIH, utilisation de la contraception afin d'éviter des grossesses non désirées) méritent une analyse plus détaillée.

Lors de focus groups réalisés auprès des jeunes scolarisés à Kinshasa, nous avons pu constater que le « chic, chèque, choc » est une expression qui revêt plusieurs sens pour les jeunes interviewées : « *Chic, c'est celui avec qui on sort parce qu'il est beau* ». Chèque, « *celui qui donne des chèques* ». Choc est un terme qui suscite un vif débat : « *Choc, je prends son argent sans sa volonté, je prends seulement* », « *c'est quand lui ne veut pas te donner l'argent mais toi tu veux prendre son argent, donc tu lui « choques » juste son argent* ». « *Le choc c'est le plaisir, les rapports sexuels* ». Un autre jeune ajoute : « *nous employons nos termes là congolais Kinois « Na choquer ye » (est-à-dire je lui soutire quelque chose qu'il a. Souvent de l'argent)* » (Focus group RACQJ).

Le « chic, chèque, choc » renvoie aux pratiques de compensation différemment vécues et interprétées par les jeunes. Selon les filles, le « chic, chèque, choc » peut être motivé par une satisfaction matérielle ou financière, ou par une compensation ayant lieu dans le cadre d'une relation relativement longue (protection dans un contexte hostile, aide pour réussir l'année scolaire) : « *Beaucoup, comme moi, à l'époque, faisaient le chic choc, à l'université. J'étais aux humanités. Je sortais avec un étudiant. Chaque fois que j'allais le voir il me donnait 3000 FC ou 4000 FC. À l'époque c'était beaucoup d'argent. Il y avait un autre de ma classe, qui était le chef de classe, le chef de notre promotion. Je sortais aussi avec lui, pour qu'il ne m'écrive pas au bavard : quand tu déranges, il t'accuse chez le disciplinaire et on te punit. Donc je sortais avec lui pour ne pas être punie. Et puis il était intelligent. Et chaque fois qu'on avait interrogation je me mettais à côté de lui et il m'apprenait, il me montrait quoi ! voir le numéro 1, le numéro 2, c'est comme ça que je réussissais* » (Fille de 23 ans, Kalamu II).

Aux yeux des hommes le « chic, chèque, choc » permet d'expliquer le multi-partenariat des femmes, donnant l'image d'une femme calculatrice et dépensière : « *Les filles veulent se comparer à celles qui ont des moyens. Elles veulent avoir des bons téléphones, comme vous, mais les parents n'ont pas de moyens, par conséquent elles vont vers des hommes qui peuvent leurs offrir ce dont elles ont besoin par exemple des téléphones, des habits* » (Garçon, 20 ans, Focus group Kalamu II).

Les hommes signalent qu'ils peuvent aussi mettre en place ce type de stratégie : « *Moi, j'ai eu à encadrer 3 filles à la fois. Mais chez une autre fille, son père, il était vraiment rempli d'argent. Vous voyez. C'est ce que moi je suivais quand j'allais chez elle. Je soutirais quelque chose et elle me donnait. C'est ça qui me permettait que je puisse l'aimer aussi d'une manière avantageuse. Mais*

l'autre aussi, l'autre-là, je l'aimais vraiment » (Garçon, 18 ans, Focus group Kalamu II).

Chez les jeunes interviewés la dimension affective des rapports n'est pas absente des discours des jeunes (« *l'amour ne se paye pas* »). Nombreuses sont les filles et garçons qui déclarent qu'elles ont un ami ou une amie avec qui elles/ils vivent l'amour. Dans le cadre de ces relations de couple, les filles peuvent également estimer qu'un cadeau « *ce n'est pas vraiment la paye, c'est juste de l'amour* ». Les garçons peuvent avoir une vision similaire : « *Je sors avec une fille, on est ensemble et en retour je lui offre un peu des cadeaux, de l'argent. Je pense qu'on n'appellerait pas ça la paye (...) en revanche ça sera une paye si elle vendait son charme. Par là je veux dire une prostituée. On parle de la paye quand il s'agit de la prostituée* », « *C'est-à-dire, lui, on ne lui donne pas l'amour, lui ne reçoit pas l'amour* ». Les jeunes n'assimilent pas la sexualité transactionnelle à la prostitution, notamment en ce qui concerne ses logiques d'échange : « *Tu vas, tu couches avec une fille et tu ne sais pas si tu vas la revoir un jour, et tu t'en vas. Tu es juste de passage tu vas là-bas. Mais quand on a l'amour, on se fréquente et chaque jour on peut se revoir* » (Garçon, 19 ans, Focus group, Kalamu II).

La signification des notions « d'amour » et « d'affection » demanderait à être travaillée en profondeur au regard des contextes socioculturels et de tranches d'âge spécifiques.⁴⁸ Or, d'après les témoignages recueillis « l'amour » et « l'affection », peuvent être évoqués, notamment chez les femmes, comme une manière de se défendre de l'accusation de prostitution. D'autres représentations de l'amour se structurent autour de l'opposition à la culture européenne. À ce propos, un jeune de 19 ans s'exprime : « *Chez nous, ici, c'est l'amour avec intérêt qui caractérise nos relations* », « *Chez nous, les Africains, on cherche comment coucher avec la femme, en suivant des films pornographiques. Une européenne, si elle a un mari (...) peut même refuser son mari parce qu'elle serait bien satisfaite par d'autres hommes, par un africain. Vous prenez des médicaments pour faire des rapports sexuels mais chez nous, même quand je n'ai pas pris des médicaments, je vais bien faire l'amour avec ma femme. Ici, on vous apporte ça dans des pharmacies et boutiques, on peut en trouver de façon gratuite* » (Garçon, 17 ans, Focus group Kalamu II).

(48) De même, dater l'émergence de l'expression de l'amour dans la sphère publique congolaise apporterait un éclairage nécessaire à la compréhension de l'évolution des mœurs et des mentalités.

Les normes sociales autour du mariage

Avant la promulgation de la **Loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles**, le Code de la famille autorisait le mariage des filles à partir de l'âge de 14 ans. En l'an 2001 par exemple, 35 % des filles de 15-17 ans étaient, soit mariées, soit vivaient en couple au Nord-Kivu (MICS2, 2001). Les mariages des adolescentes intervenus après la promulgation de la Loi sur les violences sexuelles peuvent être attribués, soit à l'ignorance de l'existence de la nouvelle loi, soit au refus d'obtempérer à cette dernière. Ainsi, pour se marier ou marier une mineure, l'intéressée et/ou ses parents, en complicité avec les prêtres et/ou les agents d'état civil utilisent plusieurs astuces pour contourner la loi. Certaines de ces astuces sont, soit la perception de la dot sans cohabitation immédiate des conjoints, soit le relèvement de l'âge de la fille (UNESCO, 2015).

Les mariages précoces, c'est-à-dire avant 18 ans concernent surtout les filles. Selon l'EDS 2014, 18 % des adolescentes sont mariées entre 15 et 19 ans et 54,2% entre 20-24 ans (EDS-RDC). Ces cas sont plus fréquents en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans tous les cas, ces mariages obéissent encore à la règle coutumière⁴⁹ qui veut que la femme soit généralement moins âgée que son mari, une condition pour l'exercice de la domination masculine et la subordination féminine.

En dehors des mariages précoces, les filles peuvent être la cible des diverses pressions pour se marier de la part de leurs familles. L'aspect lucratif du mariage peut justifier ces pressions, notamment lors qu'il s'agit d'un mariage avec un européen : « Dans ce cas, on voit plus de l'argent parce qu'au Congo on imagine qu'une fille qui se marie avec un européen, celui-là apporte de l'argent dans la famille. En Afrique un Mundele (blanc) a toujours de l'argent. On pense à la survie et le voyage vers l'Eu-

(49) « La plupart des personnes enquêtées ont souligné la persistance dans leurs contrées de certaines valeurs traditionnelles qui favorisent le mariage des adolescents, à savoir : a) le souci de dominer la future épouse. Les étudiants de l'Université de Goma ainsi que de l'Université de Catholique du Graben (UCG) de Butembo ont estimé à 16-17 ans, l'âge idéal de mariage d'une fille ; b) le besoin de se marier à une femme encore vierge. Certains des interlocuteurs ont indiqué qu'entre 15-17 ans, il est encore possible de trouver une fille qui n'est pas très expérimentée sexuellement ; c) la polygamie. Elle est encore une pratique courante dans cette province ; d) la crainte pour les filles d'atteindre 20 ans sans s'être mariées. D'après le Président du tribunal de Paix de Beni ainsi que les filles rencontrées à Beni et à Goma, « ... les étudiants et les intellectuels épousent rarement les filles intellectuelles ». C'est pour éviter d'être « Kitshielewe », c'est-à-dire « qui ne se marie pas » que la plupart des filles préfèrent se marier précocement » (Kalambayi, 2009, cité dans UNESCO 2015, p. 30).

rope, et pour certaines familles que la fille soit petite ou grande, celle-ci est encouragée pour se marier à un blanc » (Entretien PNLS). Les compensations associées au mariage, encore existantes chez quelques familles, imposent la fidélité à la jeune fille et limitent l'exercice de sa sexualité. En effet, la femme peut être présentée comme un bien de valeur que l'on achète avec la dot, tandis que la dot est présentée de la part des hommes comme la marque de son attachement à sa femme. En retour, la femme doit fidélité à son partenaire. Un des garçons s'exprime à propos de sa sœur : « Moi personnellement je dirais que la fidélité existe. Nous sommes à deux chez ma maman. Ma grande sœur a maintenant 26 ans. Depuis que je connais son copain, depuis que j'étais petit... maintenant ils vont se marier. Ils ont fait déjà une affaire de 12 ans. Et maintenant, il est prêt pour donner quelque chose à la famille ».

Les causes de ces situations sont variées : la pauvreté, les coutumes, la pression sociale, le faible niveau d'instruction des parents. Dans tous les cas, lorsque les filles qui sont poussées à se marier risquent les grossesses précoces, les naissances trop rapprochées et/ou trop nombreuses. Les autres problèmes qui en découlent sont le manque de communication au foyer, les conflits conjugaux et l'exposition à la polygamie.⁵⁰

Le « sexe de survie » et les relations intergénérationnelles

La compensation systématique liée à une offre sexuelle peut être un élément structurant de l'économie de survie de plusieurs jeunes fille enquêtées : « Certaines adolescentes ont des rapports sexuels peut-être avec des adultes de 30-35 ans parce que ceux-ci proposent de l'argent ou d'autres biens matériels tels que le téléphone portable...ils ignorent bien de choses concernant le sexe à moindre risque » (infirmière CS PASCO). Selon une jeune fille : « On les appelle les gros bébés. (...) Je peux voir que les moyens matériels sont insuffisants à mes besoins. Cela peut faire que je trouve un papa (...) je peux facilement me livrer à lui pour satisfaire à mes besoins » (jeune fille, 16 ans, Goma). Or, ce ne sont pas tous les adolescents et les jeunes qui s'engagent dans des comportements sexuels à risque malgré les adversités dans lesquelles ils vivent : « Il faut chercher de l'argent par le travail au lieu de chercher les hommes, par exemple en vendant de l'eau (Focus group de filles, 15-19 ans Selembao).

(50) Plan Stratégique national version avril 2016 En effet, près de 24 % des femmes (15-49 ans) enquêtées en RDC en 2010 s'exposent à ce risque (tableau 8). A part dans la ville de Kinshasa où à peine 1 sur 10 vit dans la polygamie, le rapport est de 2 à 3 femmes sur 10 dans les autres provinces (UNESCO, 2014).

Dans le cadre d'une rhétorique assez répandue sur la pauvreté comme facteur déterminant des comportements à risque des jeunes, ces constats ont souvent servi de base à une fausse idée sur la sexualité des jeunes filles, comme étant toujours économiquement motivée. Ce type d'arguments contribue à banaliser les ressorts de dépendances qui sous-tendent ces relations. D'après le personnel soignant enquêté, ces comportements à risques s'inscrivent à la fois dans les inégalités de genre et la transmission intergénérationnelle du VIH : « Face à leurs besoins primaires non satisfaits en famille par les parents, nos jeunes adolescentes peuvent recourir au sexe pour satisfaire à leurs besoins, et souvent avec plusieurs partenaires avec tous les risques de contracter

les IST, dont le VIH. Vous voyez des jolies filles qui grandissent vite...il y a des hommes adultes qui les draguent et entretiennent des relations amoureuses avec ces jeunes filles juste par simple instinct. Les filles peuvent avoir plus d'un partenaire sans chercher à connaître le statut sérologique respectif de ses partenaires. Même chose pour les jeunes garçons alors qu'il y a des adultes déjà infectés du VIH qui propagent le virus auprès des adolescents. Par la suite ces jeunes filles peuvent aussi tomber amoureuses des jeunes de leur génération. Et si la fille aurait été contaminée par l'adulte qui l'avait connue avant, cela constitue un risque pour les adolescents avec qui elle aura des rapports sexuels souvent non protégés » (infirmière CS PASCO)

« Par rapport à la vulnérabilité des jeunes filles face au sexe de survie, j'ai dernièrement reçu une étudiante de 17 ans qui entretient des relations sexuelles avec des hommes dont le premier est taximan et le second est employé dans une entreprise locale de télécommunication. Les raisons que cette fille m'a données au sujet de son problème est que ses parents sont pauvres pour subvenir à sa scolarité ainsi qu'à ses besoins primaires. Et elle a développé de bons prétextes pour camoufler sa double vie à ses parents et à d'autres gens de son entourage. Malheureusement les rapports sexuels que connaît cette fille avec ses deux partenaires sont non protégés. La pauvreté est un facteur important qui rend les jeunes filles plus vulnérables. Cette situation n'affecte pas uniquement les jeunes filles scolarisées, elle concerne aussi des filles majeures, surtout lorsqu'il s'agit de chercher de l'emploi. A l'embauche, certains chefs d'entreprises n'hésitent pas à conditionner l'embauche de postulantes par le sexe. Ce n'est certes pas une pratique générale, mais elle est réelle dans notre société. Dans ce cas, beaucoup de filles se laissent faire lorsqu'elles considèrent la misère qui sévit dans leur propre vie et celle de leurs familles respectives. Tout ça au risque de contracter le VIH, parce que ce genre de rapports sexuels est souvent non protégé. »
(infirmière CDV ONG PASCO)

Assimilés pour beaucoup à la prostitution, ces types de discours contribuent à minorer le rôle des familles dans la banalisation de ces comportements et de leurs risques associés : « À cause de la pauvreté, il y a des parents qui ferment les yeux face à la prostitution de leurs filles et qui soutiennent leurs filles dans la prostitution. La maman sait, par exemple, que sa fille sort le soir pour revenir le lendemain tôt le matin et la maman ne pose aucune question, parce que celle-ci ramène justement de l'argent dont une partie va servir à subvenir à certains besoins de la maison, qui vit dans la misère. Que peut faire la pauvre maman face à ça ? Rien du tout, elle n'a pas de choix ! Cependant, il y a des parents sévères qui n'acceptent pas ce comportement chez leurs enfants » (infirmière CS PASCO).

Pour d'autres acteurs interviewés ces types de relations peuvent être distingués de la prostitution : « Généralement les PS qui sont qualifiées ne sont pas des enfants vivant en famille ; la plupart d'entre elles sont surtout des enfants de la rue. Elles s'adonnent à la prostitution comme leur unique activité génératrice des revenus. Donc c'est leur gagne-pain. Par contre les jeunes scolarisés, quand bien même ils peuvent avoir des rapports sexuels avec divers partenaires pour besoin d'argent aussi, ne basculent pas forcément vers la prostitution. Leur visée est de finir leurs études un jour et chercher du boulot. La majorité des PS sont des filles non scolarisées et c'est contre leur volonté qu'elles exercent ce métier » (infirmière CS PASCO).

Ces rapports intergénérationnels sont parfois associés à des formes de violences envers les femmes : « Ils donnent des boissons droguées à la fille, c'est - à - dire qu'ils mettent les filles sous sédatif pour l'endormir et le monsieur passe à son forfait ». Cette exposition à la violence peut être aussi importante chez les populations cibles, les homosexuels, par exemple : « Même si tu n'es pas d'accord que l'on te fasse des rapports par le derrière tu es obligé parce que tu n'as pas d'argent. Moi on ne m'a pas fait cela mais on fait cela à mes amis. On vit ici avec des pédés on peut te faire cela. La vie est dure si tu manques de l'argent cela peut te pousser à faire cela » (Garçon de 24 ans, PASCO). Ces facteurs constituent une vulnérabilité pouvant conduire à la prostitution : « Parfois il y a des difficultés à la maison, les filles vont s'adonner aux garçons pour avoir de l'argent ainsi de suite en dehors de la maison. Lorsqu'ils rencontrent des gens qui leur donnent un logement et à manger contre la sexualité, on les oblige à prendre de la drogue et puis la sexualité » (Conseillère CDV de PASCO).

Concernant ces types de relations intergénérationnelles, certaines personnes interviewées peuvent associer le consentement à l'âge légal pour débiter des relations sexuelles : « C'est difficile de distinguer si c'est par consentement ou pas dès que l'âge est inférieur.

Ici, au Congo l'âge est inférieur à 18 ans. Même si il y a eu consentement déclaré, il y a une forme de violence sexuelle dans ces cas-là. Quand on demande à la fille, elle répond : non, ce n'est pas la première fois. Généralement ce n'est pas la fille qui vient accuser, ce sont les parents. Ils prouvent que leur fille sort avec un homme qui est plus âgé qu'elle. Ils vont à la commune et la commune se réfère à nous ici » (Conseiller VBG, VIH). Or, d'autres personnes, des agents de santé distinguent une notion de « consentement éclairé ». Selon une infirmière chargée de la prise en charge des violences : « des relations sexuelles sont conçues entre cousin-cousine ou généralement entre voisins et voisines. Dans tous les cas, le mobile est l'argent : Je vais donner un témoignage d'une fille de 14 ans. Ici, il y a beaucoup des familles qui habitent dans une même parcelle. Le voisin était un commerçant et marié. À chaque fois qu'il revenait d'un voyage, il donnait de l'argent à cette jeune fille et après ils commençaient à faire des rapports sexuels dans les toilettes. La fille allait se laver et le commerçant suivait la fille dans la douche et ils faisaient tout ce qu'ils pouvaient faire là-bas. Soit c'était le contraire, l'homme allait le premier et la jeune fille lui suivait. Un jour la fille est allée se laver et le commerçant l'a suivie. Malheureusement quelqu'un dans la parcelle allait se soulager et il est entré sans toquer. Il les a surpris en plein acte alors on a alerté les gens du quartier et on a amené le commerçant à la commune (police). Oui, cela rentre dans le cadre des violences sexuelles. La fille était récompensée par l'argent. Il y avait une partie de consentement mais qui n'est pas éclairé. Elle a fait cela malgré elle. Ce n'est pas vraiment un consentement éclairé » (infirmière, CS Kisenso).

Comme cela a été signalé par d'autres auteurs, dans le cadre de ce type de relations, il est difficile de juger, où s'achève une transaction afin d'assurer des besoins primaires et où commence la négociation de cadeaux liés au désir d'être à la mode ou d'améliorer son confort sans qu'il soit question de survie. Les notions de besoin, de confort, de nécessité et de superflu varient selon les individus, le contexte de vie ; elles sont modelées par l'éducation, l'influence des pairs, des médias, en particulier dans la jeunesse. Le surplus d'argent que les filles demandent leur permettrait de pouvoir venir en aide à leur famille, tout en ayant la possibilité de faire des projets et d'être à l'abri du besoin (Petit et Tchegnina, 2009). Parmi les filles interrogées, toutes ne sont pas issues de familles démunies, mais presque toutes expriment de façon naturelle et spontanée le fait qu'elles aient besoin du concours des hommes pour réaliser leurs désirs.

Le recours à la prostitution

En RDC peu d'études ont abordé les problématiques liées aux PS et aux personnes qui ont des rapports sexuels avec des PS. Globalement les données sur la prostitution restent insuffisantes. L'enquête de surveillance comportementale et de séroprévalence (ESC) a fourni les informations sur les prévalences VIH et IST ainsi que le taux d'utilisation du condom. L'enquête démographique et de santé (EDS) a apporté des informations sur les clients des PS. Une étude de cartographie des PS qui date de 2010 a permis d'estimer la taille de ce groupe (9776 dont 8809 PS femmes et 967 PS hommes dans 421 sites à Kinshasa), mais aussi de recueillir des données comportementales comme le nombre de partenaires (PMNLS, ONUSIDA, 2012). Bien que les données sur les proportions de ces sous- groupes ayant accès aux ARV n'étaient pas disponibles dans les différentes études (PNMLS UNAIDS, 2013) ces travaux ont permis de constater l'impact du travail du sexe dans la chaîne de transmission du VIH : celle-ci se dissémine dans la population générale par suite des comportements à risque des populations dites passerelles (PNMLS UNAIDS, 2013).

Les jeunes faisant recours à la prostitution, en tant que consommateurs, sont exposés aux mêmes risques que les adultes, notamment aux risques face au VIH. Il a été montré que les hommes hétérosexuels au sein de couples stables, ayant par ailleurs des rapports sexuels occasionnels non protégés ou des rapports avec des prostitués cumulent près de 75% des prises de risques dans la population générale, suivis des partenaires des groupes à haut risque comme les PS, ou les partenaires des HSH (PNLS, 2013). La transmission du VIH des groupes à risques à la population dite « générale » est reconnue par les associations HSH à Goma : « *Je peux avoir un partenaire. Il est peut être marié à une femme. Et que par exemple, j'ai pris des risques à ne pas me protéger dans mes autres relations. Alors moi j'expose et cet homme, et la femme. Et si sa femme est infidèle elle expose l'autre, et ainsi de suite. On s'est rendu compte qu'on est une double source de contamination (...) On n'a pas accès facilement aux préservatifs. Le gel encore c'est compliqué, n'en parlons même pas* » (Jeune garçon 19 ans, HSH, Goma).

À Kinshasa, le commerce du sexe prend plusieurs formes. Le commerce du sexe féminin est majoritairement affiché, à 67,6%. Les études constatent une forte concentration des PS femmes dans la commune de Limete (quartier de Kingabwa). Le commerce du sexe masculin est pratiqué surtout dans les communes de Barumbu, Gombe et Lingwala, parmi les 24 communes de Kinshasa. Les clients sont issus des différentes couches sociales. Le coût des services sexuels varie de 2 à 50 \$. Certains clients seraient âgés de moins de 15 ans (PMNLS, ONUSIDA, 2012).

Bien que la prostitution ne constitue pas une voie d'initiation sexuelle pour tous les jeunes, plusieurs garçons interviewés ont affirmé qu'ils vont aux « *Paka Djuma, Mopono* » (lieux des prostitués), à la recherche des « femmes libres ». Ils peuvent fréquenter deux catégories de sites de commerce de sexe à Kinshasa : les premiers sont les sites de résidence (maisons closes, hôtels, maisons familiales, foyers d'hébergement), qui sont des endroits où les PS vivent et reçoivent leurs clients. Ils sont moins nombreux. Cette catégorie de site est fréquentée de jour comme de nuit : « *Quand vous allez avec les prostituées, elles ont leurs maisons, quand tu viens et tu donnes 500 FC ou 1000 FC et tu passes le rapport sexuel avec elle* ». Les PS offrent également des services sexuels dans des sites qui ne sont pas leur lieu de résidence (bars, bar-hôtel-restaurants, des boîtes de nuit, des rues, des carrefours, des grandes artères de la ville, des espaces vides, des salons de coiffure). Cette catégorie de sites est généralement fréquentée la nuit (PMNLS, ONUSIDA, 2012).

Plusieurs jeunes garçons interviewés ont affirmé que souvent les femmes en situation de prostitution exigent le préservatif. Cela confirme ce qui a été souligné par d'autres études, notamment le fait que les sous-groupes à risque, les populations clés, présentent le niveau de protection le plus élevé, malgré les prévalences les plus hautes (PMNLS, ONUSIDA, 2012). L'action des associations de prévention est clé à cet égard : « *Le RACOJ a l'habitude d'aller laisser les préservatifs là-bas. Donc elles prennent ça gratuitement. Mais elles aussi elles peuvent vendre ça* » (Focus group avec des jeunes du RACOJ). Il existe, cependant, une catégorie de PS décrites par leurs collègues comme « *mal propres* », qui s'adonnent aux rapports sexuels non protégés pour des raisons économiques. Une des PS l'a déclaré : « *Je pense que toutes les filles ne l'utilisent pas, on trouve des filles malpropres et qui sont très jeunes, elles portent de petits vêtements, donc elles sont irresponsables. Leurs partenaires les récupèrent très tard la nuit et ils n'ont pas de temps pour chercher un préservatif. Par contre il y a d'autres qui n'hésitent pas à demander des explications aux amies pour savoir comment utiliser un préservatif* » (Entretien BPS PSSP).

Sur le terrain, nous avons rencontré des filles et des garçons « *travaillant à leur propre compte, dans les bars, la nuit* ». Ils trouvent habituellement leurs clients de manière indépendante et utilisent de plus en plus les téléphones portables et Internet. Quelques PS forment des groupes qui rassemblent plusieurs membres, « *elles louent une chambre qu'elles partagent toutes et la transforment en bordel* ». L'habitation grégaire offre l'avantage de minimiser le coût du loyer, car chaque membre se cotise pour le loyer qui est payé au jour le jour ou hebdomadairement. Travailler en groupe et travailler individuellement, cela est différent : « *Par exemple tu peux*

avoir un problème ou une agression par des hommes, comment les gens vont le savoir ? Mais quand on travaille ensemble, en groupe, c'est toujours mieux » (entretien BPS PSSP). Ces différentes modalités d'exercice de la prostitution déterminent la possibilité de négocier un sexe à moindre risque.

Dans quelques cas, lorsque le commerce du sexe est organisé, des gestionnaires/patrons des PS font clairement office d'intermédiaires (« commissionnaires »), détenteurs du pouvoir entre des enfants de rue qui sont contraints de se prostituer et leurs clients. Dans le cadre de ces modalités d'organisation l'exposition des jeunes aux violences est manifeste : « C'était la personne qui hébergeait les 5 ou 10 filles ou même des garçons. C'était leur chef parce qu'il les logeait et les nourrissait, c'est-à-dire on vous envoie chercher de l'argent et quand vous rentrez lui-même décide avec qui il va faire le rapport sexuel la nuit ; ces enfants qui sont abandonnés qu'on appelle ici des schegués (enfants de la rue) n'y pouvaient rien faire ou refuser, ils vendaient aussi la drogue et ils en consommaient aussi ». De même, lors des rencontres avec les professionnelles du sexe à Goma, nous avons pu voir que l'usage des boissons alcoolisées à un niveau excessif (« 10 bouteilles par soir », la normalité étant la bouteille de bière de 66CL) était courant (et payé par les clients), limitant de fait le pouvoir de négociation à l'utilisation des préservatifs, notamment pour les derniers clients.⁽⁵¹⁾

Dans tous les témoignages que nous avons recueillis, la violence est évoquée comme faisant partie de cette activité : « J'ai une copine à Kakongo (village de sud Kivu) elle nous a parlé d'un cas où un homme avec une arme l'avait amenée au cimetière, je ne la vois plus peut être elle a voyagé ; j'ai habité avec ce groupe durant beaucoup d'années jusqu'à l'âge de 14 ans » (Entretien BPS PSSP) « Très souvent, on était victime des violences, il existe des pédés (des homosexuels) qui manquaient de l'argent et ils étaient poussés à se faire coucher par des hommes en ville, il y a eu plusieurs amis qui se sont fait baiser comme cela » (Entretien avec un nouveau pair éducateur PSSP).

L'ensemble de ces facteurs de risque (pauvreté, violence) ressort dans la cartographie des PS en RDC (2012). Les principaux problèmes identifiés par les PS lors de cette enquête sont : la discrimination, la stigmatisation, le faible statut social et économique, la violence (viol, vols d'argent, arrestation arbitraire, proxénétisme) et le faible accès aux services de santé. Les besoins

majeurs exprimés par les PS femmes ont été : l'accès à l'information et aux services de prévention et de lutte contre le VIH et les IST ; la disponibilité permanente et la distribution gratuite des préservatifs dans les sites de commerce du sexe ; l'accès aux activités socioprofessionnelles alternatives ; Pour les hommes, les aspects cités ont été : le respect de leurs droits et l'acceptation de leur statut dans la communauté, la disponibilité permanente et accès aux gels lubrifiants, la création de centres spécifiques de prise en charge des PS hommes.

Les récits de vie de ces PS rendent compte des contextes de violences intrafamiliales qui peuvent être à l'origine d'une dérive prostitutionnelle chez les filles (encadré ci-dessous).

(51) Les PS interrogées dans un club nous ont dit pouvoir avoir en moyenne 5 clients par soir. Si les premiers sont des « coups rapides », pour lesquels la passe coûte environ 5\$, la stratégie de recherche du dernier client est plutôt orientée vers un client « pour dormir ensemble », facturé plus cher (20 à 30\$)

« Je suis née à Kinshasa, mes parents habitent à Kingasani, ils sont divorcés. Je vivais avec ma marâtre et elle me maltraitait. Il y avait des difficultés, ma marâtre ne voulait pas payer le minerval, j'avais 14 ans. J'ai quitté l'école au niveau de 5eme des humanités. Alors j'ai décidé de vivre seule, et puis j'ai intégré la vie de la rue et rencontré d'autres filles qui m'ont acceptée difficilement. C'est alors que les aînées du groupe ont décidé de me prendre avec elles pour commencer à faire des travaux ménagers dans leur maison. Il y avait une sœur Amazone qui avait je crois 21 ans, elle était la cheftaine. On était au total 8 filles, des jeunes et des adultes mais pas des filles mères, on contribuait pour payer le loyer, on était tout près de victoire dans la Commune de Kalamu mais on était obligé de changer des maisons, car là où ce n'était pas bien il y avait plusieurs personnes dans cette parcelle.

Elles ont commencé par me roder pour enfin être sous leur encadrement. Un matin m'ont demandé si j'étais vierge je leur dit oui que j'étais vierge, elles étaient étonnées. Ce jour-là elles m'ont arrangé à leur manière et à 20h on a pris un taxi jusqu'en ville. C'était ma première fois de découvrir la ville parce que dans ma famille je ne sortais presque pas et je n'avais jamais mis mes pieds en ville. La grande Amazone me dit « Vas là-bas où il y a des hommes, tu fais des gestes pour leur séduire ». Là, je suis tombée sur un homme qui avait 32 ans un congolais. Amazone me faisait des signes pour me dire comment faire. La personne m'a demandé si je voulais manger ou boire. C'était dans les terrasses. Le monsieur me demande si on pouvait aller chez moi ou « en chambre » pour faire le rapport sexuel. C'était un homme d'affaires. Après (le rapport sexuel) il m'a donné de l'argent et m'a ajouté encore de l'argent pour m'acheter des chaussures. Moi je ne savais pas qu'il existait des préservatifs. A l'école, pas comme aujourd'hui, j'avais entendu de préservatifs mais c'était juste pas en profondeur, c'était des professeurs à l'école, ils parlaient plus de l'abstinence à la place des préservatifs, les gens avaient honte de parler des préservatifs on ne le considérait pas du tout.

Arrivé à un moment la cheftaine Amazone est tombée malade. Elle toussait beaucoup. On cherchait des médicaments. La cheftaine nous encourageait toujours à sortir. Elle était souffrante mais ne voulait pas nous dire ce qu'elle ressentait comme douleur. Physiquement elle faisait des fortes fièvres, on lui donnait du paracétamol pour calmer la fièvre et parfois de l'eau. On a décidé de la ramener un dimanche chez elle, chose faite finalement. Chez elle on l'a hospitalisée, mais elle n'a pas fait deux mois et elle était morte. Personne ne nous a dit de quoi elle souffrait et comment étaient ses résultats. Mais il n'y avait pas des signes du VIH: ni des gales sur son corps, donc difficile de dire qu'elle est morte du Sida. » (PS, ONG PASCO)

Les violences sexistes et sexuelles

Selon la « Cartographie des intervenants, interventions et besoins non couverts dans le domaine des violences sexuelles » (UNFPA et al. 2008), en RDC le concept de « violences sexuelles » a plusieurs connotations. Pour la quasi-totalité des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, il y a violences sexuelles lorsque un homme majeur a eu des rapports sexuels, soit avec une mineure (moins de 18 ans), soit avec une femme adulte sans son consentement. En d'autres termes, les violences sexuelles sont assimilées aux viols. Cette vision ne se conforme pas aux prescrits de la Loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le Décret du 30 janvier 1940 portant Code pénal congolais. D'après cette loi, les infractions de violences sexuelles sont plus larges et comprennent : l'attentat à la pudeur ; le viol ; l'incitation des mineurs à la débauche ; le proxénétisme ; la prostitution forcée ; le harcèlement sexuel ; l'esclavage sexuel ; le mariage forcé ; la mutilation sexuelle ; la zoophilie ; le trafic et l'exploitation d'enfants à des fins sexuelles ; la grossesse forcée ; la stérilisation forcée ; la pornographie mettant en scène des enfants (UNESCO, 2015).

Certains comportements, pourtant définis par cette loi comme « violences sexuelles », ne sont pas considérés comme tels, y compris dans les statistiques des violences sexuelles du Ministère de Genre, de la Famille et de l'Enfant de la RDC. Il s'agit notamment de : mariage forcé ; incitation des mineurs à la débauche ; proxénétisme ; prostitution forcée ; harcèlement sexuel ; trafic et exploitation d'enfants à des fins sexuelles ; grossesse forcée. Deux raisons expliquent la sous-estimation des données sur les violences sexuelles, à savoir : l'absence, dans les zones où opèrent (ou opéraient) les bandes armées, de structures de prise en charge des victimes des violences sexuelles et donc l'absence d'opérations de collecte des données et la non déclaration d'autres formes de viols (incestes, rapports sexuels entre mineurs ou viols sans blessures (...)) (Kalambayi, 2009).

L'assimilation de la violence sexuelle au viol peut refléter la sous-estimation ou la banalisation d'autres types de violences. Parfois, quelques personnes interviewées semblent situer la barrière du contentement uniquement dans le viol, sans identifier de degrés dans les cadres de négociation préalables : « Il y a des cas où il n'y a pas consentement ; généralement se sont des viols collectifs, on en a aussi beaucoup. Les garçons, trois ou quatre, qui s'intéressent à une fille l'attrapent de force et puis ils font des rapports sexuels à tour de rôle ça aussi c'est fréquent ici. Il y a une rivière en bas où les gens vont se baigner, cela peut se passer là-bas. Dans un espace vert, loin des habitations, ou soit même à la maison. Généralement ce genre de viol, ce sont les gens d'un même quartier. Un des garçons envoie la fille pour aller déposer quelque chose chez eux sachant qu'en ces

moments il n'y a personne à la maison et ils font suivre la fille pour les rapports sexuels. Un des garçons bloque la bouche les autres les jambes et c'est comme cela qu'ils font faire les rapports ».

Le degré de responsabilité attribué aux auteurs peut être également minimisé. Les violences qu'ils ont perpétrées sont justifiées comme étant ancrées dans des pulsions irréprouvables. Le manque d'argent peut devenir un facteur de violence dans la mesure où des personnes qui sont incapables de satisfaire leurs pulsions sexuelles en louant les services des femmes prostituées, faute d'argent, sont poussées à recourir à la violence sexuelle (Ministère de genre, de la famille et de l'enfant, 2012b).

Les lieux où ces violences sont perpétrées déterminent le pouvoir de dénonciation, celui-ci étant considérablement réduit lorsqu'il s'agit des formes d'esclavage sexuelles de la prostitution.

Les violences sexuelles dans la sphère privée

Dans le cadre du couple, les violences sexuelles, y compris le viol conjugal, sont des thématiques non seulement peu documentées, mais aussi moins médiatisées, alors que leurs dégâts sont importants, tant au niveau du couple que des conjoints. Le peu d'attention accordée aux viols conjugaux est dû au fait qu'il s'agit d'un non-événement dans plusieurs sociétés, dont la société congolaise. Les jeunes femmes (19-24 ans) que nous avons interrogées sur le viol conjugal, par exemple, estiment qu'un rapport sexuel intervenu dans le cadre de son couple sans son consentement n'est pas un viol : « La femme doit être disponible pour son mari, même sans consentement, ce n'est pas de la violence, parce que je suis sa femme ». « Si la femme refuse, ça devient un problème dans le couple. (...) Si la femme refuse peut être le lendemain il sera encore fâché, tu n'auras même pas accès à lui demander quelque chose. Parce que c'est souvent lui qui donne tout. Souvent nous on ne travaille pas, alors si c'est lui seul qui travaille, ça devient compliqué » (entretien université, Goma).

Selon un infirmier d'un CSP, ces violences sont rarement dénoncées : « En Afrique on a une autre conception des violences conjugales. Les femmes dénoncent très rarement ce genre de situation, je dis bien très rarement, sinon, tu es bannie dans la société, tu es une mauvaise femme, un mauvais monsieur. Malgré qu'il y a des violences conjugales, les femmes, tout comme les maris, ont tendance à garder leurs secrets. Ce n'est pas comme chez vous en Europe. Elles vont accuser leurs maris, mais ici chez nous les violences sont fréquentes mais ne sont pas du tout signalées ».

Les familles savent que les violences sont « anormales » mais elles peuvent invalider les rapports des filles par sentiment de honte, préférant conclure des arrangements informels et demander aux accusés de donner des cadeaux en dédommagement : « *Le grand problème est qu'en Afrique la relation entre par exemple un oncle et sa nièce c'est difficile d'aller porter plainte contre son oncle. Les histoires sont plus arrangées dans la famille que d'aller à la police c'est un peu cela le comble. Il y a beaucoup de ces violences qui ne sont pas dévoilées parce que c'est au niveau de la maison qu'ils trouvent un terrain d'entente* ». « *Comme ce sont les gens d'un même quartier il y a des arrangements qui se font entre les parents. Quand ils font cela généralement, ils disparaissent. Donc c'est difficile d'écouter le témoignage de ces garçons-là* ».

Ce problème est pourtant connu des campagnes de sensibilisation ont été développées sur ces thèmes, avec pour message « Non aux arrangements à l'amiable qui exposent les victimes de violences sexuelles aux VIH, IST et grossesses non désirées. »

Les conséquences des viols sont multiples. Au niveau sanitaire, les viols perpétrés contre les filles entraînent des traumatismes psychologiques importants, ainsi que des grossesses non désirées. Elles courent par ailleurs le risque d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida. Pour certaines filles, les violences sexuelles entraînent des mariages forcés et de grossesses précoces qui contribuent largement à exclure les jeunes filles de l'école alors qu'elles sont en plein cursus scolaire.

Les violences dans les espaces publics

Dans les récits de vie réalisés lors de l'enquête, l'espace public apparaît souvent comme prolongeant la violence subie dans l'espace domestique. Diverses violences sont perçues par les adolescents comme faisant partie de leur quotidien. À Kisenso une fille signale : « *Dans le quartier on vole, il y a aussi beaucoup des sorciers et des enfants de la rue, des bandits, les « kuluna », les criminels qui menacent les gens. Si tu rentres à 19 heures, on va vous menacer, on vous arrache tout ce que vous avez sur vous* ».⁵²

(52) Le « kuluna » est un nouveau type de banditisme urbain en RDC, il consiste en l'extorsion, agression avec des armes blanches machettes, couteau etc... commis sur des paisibles citoyens par « des pombas » dans les arrêts de bus, les quartiers sans électricité, les lieux de deuil (Malungila Watalu, 2012).

Les populations cibles, qui sont rejetées de la sphère familiale, connaissent une exposition forte aux violences qui ont lieu dans la « rue ». À Kinshasa, les prostituées constituent une population particulièrement exposée aux violences des hommes en uniforme. Selon le directeur d'une ONG travaillant avec des PS : « *La police les arrête et leur confisque de l'argent en introduisant parfois des doigts dans leur vagin, ils les prennent de force et les amènent dans leur bureau pour tout leur ravir. Elles (les PS) opèrent dans des sites lointains que leur endroit d'origine, on les viole systématiquement et collectivement. Mais on manque souvent des moyens pour porter plainte et chercher un avocat. Les PS elles-mêmes n'ont pas le courage de dénoncer ces actes de violences chez nous et même pas au tribunal, car elles ont honte d'être découvert là-bas qu'elles sont PS* » (Entretien à PASCO, Kinshasa).

Les MSM sont aussi sujets à ces violences physiques et psychologiques et à une forte stigmatisation dans la sphère publique : « *Dans les réunions, imaginez, quand le facilitateur va soulever la question des homosexuels, le magistrat dira « ces gens n'existent pas, ici à Goma. Et si ils sont là, dites-moi où les trouver, je vais les emprisonner tous* » (Jeune HSH, Goma).

Dans les provinces de l'Est de la RDC, par ailleurs, il a été noté une ampleur importante de violences sexuelles faites aux femmes, du fait des conflits sociaux et affrontements armés récurrents depuis 1996. Parmi les femmes qui avaient survécu au viol, plus d'une 1 sur 5 (22 %) était infectée par le VIH (Yakin Ertürk, l'ONU, 2008). Par ailleurs, Kim (2009) a constaté dans une étude réalisée en 2006 que la prévalence du VIH chez les femmes déplacées de guerre était de 7,6 %, niveau largement supérieur à la moyenne nationale qui était de 4,1 %. Les données relatives aux hommes ne sont pas disponibles (PNMLS, UNGASS, 2010).

Les violences basées sur le genre en milieu scolaire

Les violences en milieu scolaire sont assez courantes et multiples. D'après les données de l'enquête il s'agit des viols, sévices sexuels, harcèlement sexuel, utilisation d'un langage humiliant envers les élèves, relations sexuelles économiquement forcées ou transactionnelles. Les abus sexuels, en particulier, sont perpétrés dans des lieux tels que les salles de classe, les couloirs, les résidences d'enseignants, les dortoirs, et les toilettes, ainsi que dans les bois ou les buissons à proximité de l'établissement. Les toilettes scolaires ont été identifiées comme des zones à haut risque dans plusieurs pays de la région (Mandungu Tumwaka et al. 2009). Une préoccupation majeure concerne le risque de violences lors des

voyages pour l'école, car elles peuvent se produire sur le chemin de l'école, aux arrêts de bus et de taxi.

Chez les filles, le harcèlement en milieu scolaire, entre élève et enseignant, est régulièrement évoqué : *« Même au niveau des écoles, certains enseignants abusent de leur pouvoir pour harceler les élèves filles, en vue de leur passation de classe. Certaines filles avisées arrivent à dénoncer ce genre de harcèlement au directeur. Malheureusement certains directeurs d'école couchent avec leurs élèves filles »*. Les relations sexuelles transactionnelles avec leurs enseignants, le personnel de l'établissement ou d'autres adultes peuvent être motivées par le besoin de financer leurs études ou par des problèmes dans leur famille. Les conséquences des violences de genre sur la déscolarisation des filles, bien que difficilement chiffrables, sont multiples.

Les représentations sexuées des programmes scolaires, en tant que vecteur de reproduction de comportement, peuvent aussi être considérées comme des violences psychologiques. Le contenu du programme, de l'enseignement et des matériels d'apprentissage peut reproduire des préjugés basés sur le genre et induire des discriminations au sein de l'école.

Si les jeunes ont les informations nécessaires sur le VIH et ses modes de transmissions, encore faut-il qu'ils puissent accéder aux moyens leur permettant de se protéger. Comme nous l'avons vu tout au long de cette étude, **les obstacles peuvent être structurels et organisationnels** (présence ou non du service), **économiques** (possibilité d'accéder financièrement à ce service), mais aussi **culturels ou psychologiques** (possibilité sociale de mettre en œuvre l'action de prévention et volonté individuelle de le faire). Les messages sur le sexe que les jeunes reçoivent des membres de leur famille, enseignants, pairs et des médias sont contradictoires et peuvent véhiculer des fausses croyances.

Les informations recueillies sur le terrain apportent, dans ce sens, des constats sur les **liens entre inégalités entre les sexes et les comportements sexuels à risque d'IST/VIH** :

- **Les pratiques sexuelles des jeunes sont structurées par une forte dichotomie homme-femme.** L'analyse des discours des jeunes met en exergue les ambivalences et opinions structurant les relations de genre, à savoir : la soumission de la femme, l'asymétrie des pouvoirs dans la négociation préalable à l'acte sexuel, les divers degrés de consentement auxquels les jeunes doivent faire face dans le contexte d'inégalités entre les sexes existant.
- Les comportements sexuels des jeunes s'inscrivent dans un « continuum » de relations d'échanges économico-sexuels (Tabet, 2005) qui sont motivées autant par l'affectif que par les contraintes de survie, les intérêts pécuniaires, la quête de la liberté sexuelle et les violences sexuelles. Ces comportements traduisent une hiérarchisation des priorités. Comme d'autres études l'ont signalé, la préoccupation d'une partie des jeunes ne se situe pas autour des dangers sanitaires inhérents aux rapports sexuels (même s'ils ne les excluent pas), mais dans un dosage de risques : économiques, sociaux, relationnels (Bajos, Ferrand, 2008 ; Amsellem-Mainguy, 2007) pouvant aboutir au consentement ou refus des rapports sexuels.
- **Nous pourrions ainsi parler d'une transmission du VIH à travers les rapports de genre** : Les données suggèrent que le faible statut des femmes et des jeunes filles en RDC empêche entre autres celles-ci de négocier valablement des rapports sexuels à moindre risque. Les comportements sexuels très risqués sont étroitement liés aux violences sexistes et sexuelles sous-jacent aux rapports de domination entre les sexes. Ces types de violences constituent des voies privilégiées de transmission du VIH chez les jeunes, notamment ceux qui sont en situation de vulnérabilité.
- Une des lacunes principales des programmes de prévention concerne l'éducation au risque de la violence sexuelle, qui devrait faire l'objet d'une éducation des enfants et des adolescents. Les violences sexuelles mettent en jeu des dimensions multiples : économique (cas du sexe transactionnel), socioculturelle (tabou sur la sexualité, absence, d'éducation à la sexualité, relations de genre asymétriques) et sanitaire.

7 - CONCLUSIONS

Cette enquête a eu pour objectif d'analyser les facteurs qui influencent ou qui pourraient influencer la propagation du VIH/sida chez les jeunes (10-24 ans) en RDC, ainsi que les différents canaux par lesquels transite cet impact, plus particulièrement à Kinshasa et au Nord-Kivu. L'épidémie du VIH/sida est véhiculée par un ensemble de déterminants socioculturels qui opèrent à différents niveaux. Ces déterminants sont nombreux, complexes, interagissent entre eux, ayant un lien de causalité double avec l'épidémie du VIH/sida.

TABLEAU DE SYNTHÈSE/CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

AXES D'INTERVENTION	LÉGISLATION	STRATÉGIES DÉPLOYÉES AU NIVEAU NATIONAL	PROBLÉMATIQUES DES ACTEURS DE TERRAIN	SITUATION DES JEUNES
Institutionnalisation des problématiques de la jeunesse dans la Riposte Nationale	<ul style="list-style-type: none"> Environnement politique favorable : Loi 08/011 du 14 juillet 2008 (portant sur la protection des droits des PVV), lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles (Plan Stratégique National 2014 - 2017). 	<ul style="list-style-type: none"> Volonté politique affichée : l'actuelle Stratégie Nationale de Lutte contre le VIH (PSN 2014-2017), priorise le travail avec les jeunes. Manque de leadership de l'État Dépendance quasi complète a des financements extérieurs Multiplication des structures de coordination liée à la multisectorialité (acteurs/ actions/ stratégies) Efforts d'alignement des partenaires techniques et financiers 	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'un cadre stratégique unique Éparpillement des programmes au niveau local Agendas changeants selon les financements Problèmes de pérennité des actions Couverture inégale des actions dans le territoire national 	<ul style="list-style-type: none"> Des standards de service adaptés aux adolescents et jeunes ont été développés (PNSA) La collaboration des organisations de la jeunesse dans la lutte contre le VIH/sida a été formalisée (RACJ, AdoDev, FOSI, UCOP+) Insuffisance de moyens financiers et humains (volontariat).
Contexte normatif Égalité femmes-hommes	<ul style="list-style-type: none"> Ratification des textes internationaux, mais parfois pas publié au journal officiel Le code de la famille de 1987 comporte des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes, notamment concernant l'obligation pour les femmes d'obtenir le consentement de leur époux pour tout acte juridique Lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> Depuis le début des années 2000 diverses stratégies liées au genre ont été produites Développement des programmes sous l'encouragement des acteurs internationaux Faiblesse financière et politique du Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Persistance de stéréotypes liés à l'infériorité des femmes Les messages axés sur l'abstinence semblent être davantage adressés aux filles, ce qui limite la possibilité, pour les filles, de négocier la sexualité. Manque de dialogue intergénérationnel autour de la sexualité et l'égalité entre les sexes 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un discours/normes sociales ambivalents sur l'égalité femmes-hommes. Les pratiques sexuelles des jeunes sont structurées par une forte dichotomie homme-femme (rôle reproductif des femmes, femmes doivent être passives dans la sexualité, etc.) Les rapports inégalitaires de genre exposent les filles à des violences sexuelles, étant celles-ci un vecteur de transmission VIH
Éducation à la santé reproductive et sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> Certains éléments législatifs entrent en contradiction avec les objectifs de santé publique, notamment la loi de 1920 interdisant la vente et l'administration des produits contraceptifs aux mineurs La loi congolaise interdit toujours l'avortement, en vertu de l'article 165 du code pénal congolais Projet de loi en SSR/PF (2012) est en cours de discussion 	<ul style="list-style-type: none"> Approche ABCD dans la stratégie CCC, basée sur le recul de l'âge du 1^{er} rapport sexuel. En 2012, avec le soutien de l'UNESCO, le gouvernement congolais présente officiellement les programmes (du primaire et secondaire) nationaux du cours d'éducation à la vie, définis en 2013 pour les cycles primaires et secondaires Cadre de concertation All In en cours 	<ul style="list-style-type: none"> Sujet tabou dans la société (stigmatisation des rapports sexuels précoces, moralisation des messages, discriminations envers les PVV) En milieu scolaire, l'introduction dans les programmes de l'éducation à la vie n'est pas encore institutionnalisée. Faute d'un cadre unique de prévention, les acteurs religieux peuvent entraver la prévention envers les jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies de prévention comportementales semblent être contradictoires pour les jeunes (abstinence, préservatifs). Elles peuvent entraîner des comportements à risque (faible utilisation du préservatif), sous-information (automédication, représentation du VIH basée sur l'association entre le sida et la mort), stigmatisation des PVV
Usage de Préservatifs	<ul style="list-style-type: none"> Interdiction de la contraception aux mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie ABCD et dispositions du PNSA/PNS présentent le préservatif comme une des stratégies de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Réticences à parler du préservatif dans les écoles (surtout privées et issues de confessions religieuses). Les confessions religieuses peuvent empêcher les pas aux autres acteurs œuvrant dans la prévention. L'articulation et les liens entre les différents secteurs (santé, éducation, société civile) est urgente. 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance superficielle du VIH chez les jeunes filles et garçons, y compris chez les jeunes scolarisés Faible utilisation du préservatif liée à la mauvaise perception sociale et aux fausses croyances. Certains pensent aussi qu'il réduit le plaisir sexuel et qu'il provoque la stérilité. La possibilité de négocier un rapport sexuel protégé, dépend du pouvoir décisionnel des femmes et du niveau de sensibilisation des garçons

AXES D'INTERVENTION	LÉGISLATION	STRATÉGIES DÉPLOYÉES AU NIVEAU NATIONAL	PROBLÉMATIQUES DES ACTEURS DE TERRAIN	SITUATION DES JEUNES
Accès au dépistage VIH	<ul style="list-style-type: none"> Code de la famille en RDC fixe l'âge de consentement au dépistage du VIH à 18 ans Absence de normes concernant la divulgation du statut sérologique pour les mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> PTME initiée dès 1999 en RDC Les CDV/DCIP sont situés au centre de la prévention et de la prise en charge VIH/sida Passage à l'option « B+ » Un nouvel enjeu : l'adhérence aux traitements 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de protocoles différents de dépistages selon les CS Ruptures d'approvisionnement de test dans les CS Le focus sur l'adhérence impose des besoins de formation Les églises et tradi-praticiens jouent un rôle dans l'arrêt du traitement par certains patients 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage selon fréquentation aux centres de santé (en cas de maladie) ou sous l'influence des actions de sensibilisation. Besoin d'un accompagnement spécifique pour l'adhérence au traitement ou pour le démarrage d'un traitement à vie
Accès aux systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Loi 08/011 du 14 juillet 2008 (portant sur la protection des droits des PVV), lois 06/018 et 06/019 du 20 juillet 2006 sur les violences sexuelles (Plan Stratégique National 2014 - 2017). Absence de normes concernant la divulgation du statut sérologique pour les mineurs 	<ul style="list-style-type: none"> Depuis 2009, via le PNSA, la RDC a cherché à développer une politique de services adaptés aux jeunes, intégrés en principe dans les zones de santé et basés sur une approche « jeunes » Elargissement de la couverture des services Sous-financement du système de santé par l'État 	<ul style="list-style-type: none"> La faiblesse du système de santé a des conséquences sur la motivation des prestataires (privilégier des activités qui « rapportent », telles les consultations payantes, au détriment des services gratuits comme le dépistage) Fragmentation des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> L'accessibilité des jeunes aux services de dépistage et éventuellement de prise en charge, en particulier ceux intégrés dans les centres de santé primaire, nécessite donc de penser des mécanismes pour réduire ces obstacles financiers. Le secteur de la santé doit jouer un rôle central pour la délivrance d'information auprès des jeunes
PVV	Loi n° 08/011 du 14 Juillet 2008 portant sur la protection des droits des PVV	<ul style="list-style-type: none"> Généralisation de l'accès aux ARV des PVV Démarche de proximité : aller vers les lieux d'exercice (PS) et associations de PVV Système de référencement entre les structures de santé faisant le dépistage et les associations 	<ul style="list-style-type: none"> Les services spécialisés pour le suivi du VIH restent limités (notamment les laboratoires capables de doser la charge virale) Rupture fréquente des stocks en médicaments essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> Les populations clés peuvent être perçues comme un groupe pathogène dans leurs comportements sexuels, étant considérées comme un vecteur de l'épidémie. Elles sont davantage exposées à la discrimination, aux violences et aux difficultés dans l'accès au financement, en ce qui concerne leurs associations.

8 - BIBLIOGRAPHIE

- Abdias Nodjiadjim Laoubaou, Kaspar Wyss et al. (2006) Communication socioculturelle comme outil de prévention des maladies sexuellement transmissibles et le VIH chez les adolescents au Tchad Revue VertigO, Hors-Série 3, décembre 2006, p.1-9.
- Amsellem-Mainguy, Y et al. (2015) Rapport d'étude INJEPR-2015/06 Entrée dans la sexualité des adolescent-e-s : l'a question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant-e-s en éducation à la sexualité, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
- ABRAHAM C, et SHEERAN P. (1994) Modelling and modifying young heterosexuals' HIV- preventive behaviour; a review Of theories, findings and educational implications. Patient Educ Counseling 1994, 23 : 173-186.
- AFD (2014), Profil genre republique democratique du congo. Fiche pays Agence Française du développement, France.
- AIDSPAN (2015), En RDC, une gestion chaotique des stocks a un impact sur les soins dans la lutte contre le sida. URL : <http://www.forumsida.net/renforcer-la-capacite-de-surveillance-de-la-societe-civile-dans-la-lutte-contre-le-vih-au-nord-kivu/>
- All In, UNICEF, (2015). République Démocratique du Congo.
- Atwood JD. (1993) AIDS in African American and Hispanic adolescents: a multisystemic approach. AmJ Family Ther 1993, 21 : 333-351 p.
- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle, Andro Armelle, « La sexualité à l'épreuve de l'égalité », in BAJOS Nathalie, BOZON Michel, Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, Paris, La découverte, 2008, pp. 545-576.
- Berelson, B. (1971), Content analysis in communication research. New York : Hadner Publications.
- Bertrand, Didier et Pommachanh, Sengpachanh (2014) 'Qualitative socio-anthropological Survey' Pilot safe motherhood and childhood project in Laos' Changes and challenges. Final Report for internal diffusion. Paris : Médecins du Monde.
- Bougaïré-Zangréyanogho, Danielle (2005) L'approche communicative des campagnes de sensibilisation en santé publique au Burkina Faso. Les cas de la planification familiale, du sida et de l'excision. Thèse présentée à l'Université de Groningue, sous la supervision de Gisela Redek. Pays Bas : l'Université de Groningue. URL : http://www.connecting-africa.net/query_2.php&SO=burkina-faso&pag=3
- Bozon M., Hertrich V. [2004], « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine » in A. Guillaume et M. Khat, Santé de la reproduction au temps du sida en Afrique, p. 35-53, CEPED, Nogent-Sur-Marne. \$\$ · Longfield K. [2004], Rich fools, spare tyres and boyfriends : partner categories, relationship dynamics and Ivorian women's risk for STIs and HIV, Culture, Health and Sexuality, November-December 2004, vol. 6, n° 6, p. 483-500.
- Chevalley, C. (1998), Contingence et probabilités, Paris, PUF.
- Coleman L., Ingham R. (1999) Exploring young people's difficulties in talking about contraception : how can we encourage more discussion between partners ? Health Edu Res 1999,14: 741-750 p.
- Christensen, T. et Lægreid, P. (2008) The Challenge of Coordination in Central Government Organizations : The Norwegian Case. Public Organization Review 8 : 97-116.

- Desclaux, Alice, Msellati Philippe Khoudia Sow (2011) Les femmes À l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. : Genre et accès universel À la prise en charge, ANRS, pp.290. Paris : Éditions EDK, (Collection Sciences Sociales et Sida), 255 pp.
- Desclaux, Alice (2008) Nouvelles orientations en matière de Recherche Opérationnelle. Présentation CRCF / IRD, 16 avril 2008.
- Desclaux, Alice (1992) Le 'RAP' et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique, Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, Volume 2, numéro 5, Septembre-Octobre 1992, P.300-306.
- Drame, Abibata (2013), Analyse des stratégies de communication pour la réduction du taux de nouvelles contaminations au VIH/SIDA chez les femmes en Côte d'Ivoire, Revue Communication en Question, Premier semestre, Vol. 1, n°1, Janvier / février 2013, p. 1-18.
- Enns, Carolyn Zerbe (1993) ' Twenty Years of Feminist Counseling and Therapy : From Naming Biases to Implementing Multifaceted Practice ', The Counselling Psychologist, vol. 21, no 1, 3-87.
- Fonteyne Gaëlle et al. (2015) Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements. Rapport Final de l'étude pour Médecins du monde, AFD, LASDEL.
- Hermann-Mesfen Judith (2013) Enquête sur les violences liées au genre dans la province du Nord-Kivu (Goma, Rutshuru-Kiwanja, Masisi centre). Rapport final. Paris : Médecins du Monde France.
- Giami A., Veil Cl. et groupe RITS (1992). Sida : Représentations, relations et conduites chez les infirmières et les travailleurs sociaux. Permanence , et changements, Paris, Rapport A.N.R.S.
- INITIATIVE 5% (2012) Renforcement et promotion du rôle de la société civile dans la coordination des programmes de lutte contre le VIH/sida financés par le Fonds Mondial dans le Nord-Kivu, RDC. Plan d'action.
- IOM (Institute of Medicine) (2007) PEPFAR Implementation: Progress and Promise. Washington, DC: The National Academies Press.
- INSERM (2001), Education pour la santé des jeunes: Démarches et méthodes. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2001, XVI- 247 p. <http://hdl.handle.net/10608/175> - See more at: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/175#sthash.HAv98V1V.dpuf>
- Murphy, M. (2006), Was the "ABC" Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV? Elaine M Murphy, Margaret E Greene Alexandra Mihailovic Peter Olupot-Olupot, 2006
- Kayembe P. et les autres, Perception, attitudes et pratiques des membres de la police nationale congolaise en matière de violence sexuelle dans trois provinces de la RDC, UNFPA, Kinshasa, 2010
- Jaffré Yannick (1991), 'Anthropologie et éducation pour la santé, Cahiers Santé AUPELF-UREF, 1, p. 406-414.
- Jaffré, Yannick (2009) 'Prévenir les risques infectieux, c'est aussi une question sociale', Bulletin Am ades (En ligne), 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 08 mai 2016. <http://amades.revues.org/1051>
- Jaffré Yannick (1990) 'Éducation et santé' dans Fassin Didier et Jaffré Yannick 'Sociétés, Développement et Santé. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp, pp. 50-66., Collection Médecine tropicale. Publié dans la bibliothèque numérique 'Les classiques des sciences sociales'.
- Letrilliant L., Bourgeois I., Vega A., Cittee J., Lutsman M. (2009), Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' 'Acteur' à 'Indépendance'. Exercer 2009, 87: 74-79.

- Mahler K. Condom availability in the schools : lesson sfrom the courtroom. *Fam Plann Perspect* 1996a, 28 : 75-77.
- Malungila Watalu, C. (2012) La répression des actes commis par la personne dite «kuluna « au regard de la procédure pénale congolaise, Mémoire en droit public international, Université libre de Kinshasa matadi.
- Mandungu Tumwaka, J., Jackie Kabwe K., Kayiba E. , (2009) L'épidémiologie du VIH/SIDA en RDC. Une analyse secondaire de l'EDS- RDC-2007, Institut National de la Statistique Kinshasa RD-Congo 2009, XXVIème Congrès Général de la Population/ Marrakech, Maroc du 26 sept au 02 oct. 2009
- McCauley, H., Falb, K., & Silverman, J. 2010. « Addressing Gender-Based Violence Through Life Skills and Leadership Education Among Adolescent Girls in Africa: Technical Review for the International Rescue Committee. »
- Mbadu Muanda et Parfait Gahungu (2016), Etude CAP des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Goma en RDC, Rapport d'enquête, inédit
- Mbanseme Ipan, Perception de la communauté sur les déterminants de la violence domestique et sexuelle faite à la femme. Etude menée dans la zone de santé de kinsenso (mémoire en Santé Communautaire), ISTM, Kinshasa, 2011.
- Mbwolie (2011) Rapport d'enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée du VIH chez les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes à Kinshasa.
- Mechin, Audrey (2006), Savoir : Informer, Dire, Agir ou l'engagement des jeunes dans la lutte contre le VIH/sida au Mali. Etude de cas autour d'une association de pairs-éducateurs à Bamako. Mémoire de master ii 'anthropologie bio-culturelle' sous la direction de Yannick Jaffré (EHES/SHADYC) Faculté de Droit et de Science Politique, Institut de Formation en Ecologie Humaine et d'Anthropologie Université Paul Cézanne Aix-Marseille III
- Meekers D., Calves A.E. [1997], « Main girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in Sub-Saharan Africa », *Health Transition Review*, 7 (supply) : 361-375.
- MdM (2016a), Appel à propositions. Consultance pour une 'Étude sur les déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans de Kinshasa et du Nord-Kivu en RDC'.
- MdM (2016b), Programme de renforcement des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH/sida chez les jeunes de 10 à 24 ans, y incluses les populations les plus à risque, à Kinshasa et au Nord Kivu, en République Démocratique du Congo, Formulaire de réponse a l'appel a projets INITI-TAIVE 5%, Fonds Mondial.
- MdM (2015) Stratégie 2020, Plan stratégique. Paris.
- MdM (2014) Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) 2014-2017. Note de présentation faisant suite au Comité de Direction du vendredi 4 juillet 2014.
- MdM (2013), Santé sexuelle et reproductive. Cadre de référence, Médecins du monde, France.
- MdM et Pooled Fund RDC. Paris : Médecins du Monde.
- MINISTERE DE GENRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANT (2012a), Rapport d'audit national en genre des institutions publiques et privées de la RDC, Cellule d'Etudes et de Planification de la promotion de la Femme, de la Famille et de la protection de l'Enfant (CEPFE), République Démocratique du Congo.
- MINISTERE DE GENRE, DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANT (2012b) Enquête qualitative sur les violences basées sur le genre dans les Zones hors conflits en RDC.
- MPSMRM (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité), Ministère de

- l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou (2012). Enquête sur les Enfants et Adolescents en Dehors de l'Ecole (EADE-RDC 2012). Rapport d'analyse. 2012. République Démocratique du Congo.
- MSP (Ministère de la Santé Publique) et ICF International (2014) Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.
 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2011) Rapport narratif : profil pharmaceutique de la République Démocratique du Congo.
 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE et ICF International (2014) Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.
 - MINISTERE DE LA SANTE Programme National de Lutte contre le SIDA (2012) Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du maintien des mères en vie : 2012 - 2017.
 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2006) Rapport Annuel 2005, Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS) avec l'appui financier du projet 'CTB - Appui au PNLS'.
 - MINISTERE DU PLAN ET REVOLUTION DE LA MODERNITE (2015) Rapport bilan OMD 2000 - 2015. Evaluation des progrès accomplis par la RDC,
 - Mulvihill CK. AIOS education for college students: Review and proposal for a research-based curriculum. AIOS Educ Prev 1996, 8 : 11-25
 - Murphy, M., Greene, A. Mihailovic, P. (2006) Was the "ABC" Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV? PLO Medicine 2006; 84 (2) : 686-714.
 - Nsakala, G. et Coppieters Y. (2014), ' L'approche 'promotion de la santé', une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République démocratique du Congo ? Revue Santé Publique 2014/HS (S1), p. 89-98.
 - Nsakala G., Coppieters Y. (2012) Profils de risque et de vulnérabilité liés au VIH/Sida et à la santé de reproduction des jeunes au cours de la dernière décennie en République Démocratique du Congo. Congo-Afrique, 51e année, n° 466, juin-juillet-août 2012.
 - Nsakala, G. et Coppieters, Y. Dimonfu, B., Kalambayi P., Gomis, D, Piette D. (2012) « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », Santé Publique 5/2012 (Vol. 24)p. 403-415. URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-5-page-403.htm.
 - Njikam Savage O.M. [2005], « Risky sexual behaviour, sexually transmitted infections, HIV/ AIDS and health promotion among students in the university of Douala », in African Population Studies, vol. 20, n° 1, April 2005, p. 53-67.
 - OCDE (2010), Suivi des Principes d'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires. Rapport Global 2010. <http://www.oecd.org/dac/fragilestates/45600875.pdf>
 - ONUSIDA (206) Fast -Track -PTME dans la ville de Kinshasa, Document de travail, ONUSIDA République Démocratique du Congo.
 - OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE OFSP (2006) Qu'avons-nous appris? Prévention auprès des jeunes vulnérables. Berne : OFSP, Section Bases scientifiques et juridiques.
 - Oladoun Badou Savi, Agnès et Souley Aboubacar (2012) Représentations et perceptions du lien entre espacement des naissances et malnutrition chez les enfants de moins de 5 ns dans le département d'Illéla (Niger). Rapport final Médecins du monde, Aide humanitaire et Protection civil.

- PEPFAR (Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour le SIDA), Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), Projet Intégré de VIH/SIDA au Congo (ProVIC) (2012), Lutter contre le VIH/SIDA en République Démocratique du Congo.
- Peterman A. et les autres, Si les chiffres pouvaient crier : estimations et facteurs des violences sexuelles dans la RDC dans cahier de recherche, 2011
- PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (2014) Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2014 - 2017, République Démocratique du Congo.
- PROGRAMME NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (2009) Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010 - 2014, République Démocratique du Congo.
- PNMLS, ONUSIDA (2012) Cartographie des professionnels (les) du sexe dans quatre provinces de la RDC : Kinshasa, Bas-Congo, Katanga, Orientale, mai 2012.
- PNMLS (2014), Rapport sur l'estimation des flux de dépense de lutte contre le Sida, 2011-2012.
- PNMLS (2014b), Profil épidémiologique du vih/SIDA province de Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- PNMLS (2015), Historique du VIH/SIDA en République Démocratique du Congo. URL : http://www.pnmls.cd/index.php?var_site_mat=1022&var_rubtype=mrub2&var_rubname=%20VIH/SIDA%20EN%20RDC&idart=281
- PNMLS UNAIDS (2013) Analyse des modes de transmission du VIH par sous-groupes de populations en RDC, Ministère de la Santé Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, République Démocratique du Congo.
- PNUD RDC (Programme des Unies pour le Développement) (2013), Revue du cadre juridique de la riposte au VIH/SIDA PNUD RDC, Kinshasa.
- PNUD RDC (Programme des Unies pour le Développement), Ministre du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (2012) Rapport National OMD. Évaluation des progrès accomplis par la RDC dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2012, République Démocratique du Congo.
- PNUD (2013) Revue du cadre juridique congolais de la riposte au VIH/sida. Kinshasa, octobre 2013, République Démocratique du Congo.
- PNLS BENIN (2011) Normes et directives nationales du counseling et dépistage du VIH/SIDA au Benin
- Ministère de la Santé Direction Nationale de la Protection Sanitaire Programme National de lutte contre le VIH/SIDA
- PNSA (2016), Plan Stratégique « Santé de l'Adolescent » 2016-2020, Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo.
- PNSA (2011), Plan Stratégique de santé des adolescents et jeunes (Plan National de Développement Sanitaire 2011 à 2015) République Démocratique du Congo.
- Petit, V. et Tchegnina (2009) Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain camerounais.
- Petosa R, Jackson K. (1991) Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents. Health Educ Q 1991, 18: 463-476
- Petosa R., Wessinger J. (1990) The AIOS education needs of adolescents: a theory-based approach. AIOS Educ Prev 1990,2: 127-136

- Poulin M. [2007], « Sex, money and premarital partnerships in southern Malawi », *Social Science and Medicine*, 65 : 2383-2393.
- RENADHOC, 2015 RDC : Le Code de la famille en vigueur est en déphasage avec les instruments internationaux des droits de l'homme. URL : <http://afrique.kongotimes.info/femmes/9125-rdc-code-famille-vigueur-dephasage-avec-instruments-internationaux-droits-homme-rdc-age-legal-mariage-doit-etre-porteurs-pour-filles-dans-nouveau-renadhoc-invite-parlement.html>, consulté le 13/07/2016
- République Démocratique du Congo Enquête Démographique et de Santé (2013-2014) Rapport Préliminaire Ministère du Plan et Suivi de la Mise en oeuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique, MEASURE DHS ICF International. Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.
- Staro Francesco (2011) Entre savoirs experts et mauvais sort. Pratiques d'utilisation de l'eau et perception de l'épidémie du choléra dans le district du Tanganyika. Rapport Final de l'étude pour Médecins du Monde et Pooled Fund RDC.
- Stasse et al. (2015) Amélioration de l'accès financier aux soins de santé dans le district de Kisantu en RDC : remédier au problème de la complexité, *Revue réflexions* 0003 Janvier 20015, CTB, p. 1-8.
- Tulizana Namegabe (2012) Les facteurs favorisant l'utilisation des activités d'un centre de conseil et de dépistage volontaire dans la ville de Bukavu. Cas spécifique du centre de conseil et de dépistage du centre hospitalier FARDC, mémoire présenté et défendu publiquement pour l'obtention du diplôme de Licencié en Santé Publique, Faculté de médecine et pharmacie département de santé publique, Université Officielle de Bukavu.
- Trachman, M. (2009) « La banalité de l'échange. Entretien avec Paola Tabet », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 2 Automne 2009, mis en ligne le 14 décembre 2009, consulté le 31 juillet 2016. URL : <http://gss.revues.org/1227> ; DOI : 10.4000/gss.1227
- UNESCO (2014a), Rapport de l'évaluation de l'expérience pilote d'introduction du module d'éducation à la vie familiale dans l'enseignement primaire et secondaire dans 5 provinces éducationnelles de la RDC. République Démocratique du Congo
- UNESCO (2014b) Les liens entre les violences basées sur le genre et le VIH dans la région des Grands Lacs
- UNESCO, PNMLS (2013), Rapport annuel 2013 du Secrétariat Exécutif National, République Démocratique du Congo. République Démocratique du Congo.
- UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population), Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MINIGEFAE) (2013) Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012, Kinshasa, Juin 2013.
- UNFPA (2015) Evaluation des programmes d'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité de genres et d'autonomisation.
- UNICEF (2014) Cartographie des interventions et intervenants en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.
- UNICEF (2013) Rapport final de l'enquête ECRIS réalisée dans le cadre du Programme National Ecole et Village Assainis en République Démocratique du Congo
- UNICEF (2015) Synthesis report of the Rapid Assessment of Adolescent and HIV Programme Context in Five Countries: Botswana, Cameroon, Jamaica, Swaziland and Zimbabwe. New York : UNICEF.
- UNHCHR, PNMLS, UNICEF, UNAIDS, UNICEF, UNFPA, OMS, OIT, UNIFEM, OCHA (2008) Rapport : Mission conjointe d'évaluation de l'impact du conflit et des besoins liés au VIH dans les zones humanitaires en RDC, République Démocratique du Congo.

- USAID, Le Fonds Mondial, ONUSIDA, OMS (2008) Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies, Genève.
- Vidal Laurent (1999) Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes, dans Fay Claude (Ed) Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie. Genève : Éditions Autrepart, p. 19-36.
- Vidal Laurent (1995), Méthode et éthique: l'anthropologie et la recherche confrontées au Sida dans Agier Michel (pref.). Les composantes politiques et éthiques de la recherche. Paris : ORSTOM, 1995, p. 59-64.
- Vidal Laurent (1994) 'L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida : enjeux méthodologiques d'une rencontre', Bulletin de l'APAD [En ligne], 8 | 1994, mis en ligne le 23 novembre 2007. URL : <http://apad.revues.org/1982>

ANNEXES

Tableau 1 :
Interventions de MdM à Kinshasa et Nord Kivu

KINSHASA		
2016-2017	Programme Jeunes & VIH	Renforcement des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans.
1999-2016	Programme de promotion de la santé des enfants vivant dans la rue à Kinshasa	<p>MdM privilégie, auprès des filles vivant dans la rue et de leurs nouveau-nés, une approche de réduction des risques associés aux comportements sexuels non protégés.</p> <p>Médecins du Monde travaille avec le réseau des éducateurs des enfants et jeunes de la rue (Reejer). L'association soutient et renforce le pôle médical mis en place par le Reejer en 2014, qui facilite l'accès aux soins et à la contraception pour les enfants des rues.</p>
2014 - 2019	Programme de santé sexuelle et reproductive des jeunes en mégalo-pole africaine	<p>Dans deux zones de santé de la mégalopole, Médecins du Monde intervient auprès des adolescents pour les informer et les sensibiliser sur les questions de santé sexuelle et reproductive. L'association tente d'améliorer l'accès des jeunes filles au planning familial, de les informer sur les MST, d'offrir des soins à celles ayant avorté ou de s'occuper de celles qui ont subi des violences sexuelles. Améliorer l'accès à ces services leur permettra de choisir d'avoir un enfant quand et si elles le souhaitent, et leur assurera une certaine autonomie vis-à-vis de leur famille et de leur communauté.</p> <p>Les familles, les éducateurs, les leaders communautaires et religieux sont aussi impliqués dans les actions de sensibilisation. Médecins du Monde forme par ailleurs le personnel de santé, en lien avec le ministère, à une approche adaptée aux adolescents. Enfin, l'association soutient la société civile auprès des autorités pour rendre la contraception des mineurs et l'avortement légaux.</p>
NORD KIVU		
2016-2017	Programme Jeunes & VIH	Renforcement des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans.

2003-2015	Programme intégré de lutte contre le VIH/sida et les IST dans les zones de santé de Goma et Karisimbi	MdM a mis en oeuvre un programme intégré de lutte contre le VIH à Goma depuis 2003. Après une première phase de mise en place d'un dispositif qualitatif de lutte contre le VIH (2003-2006), MdM a étendu ce dispositif (2007-2009) orientant ses actions vers renforcement des capacités des de la société civil dans ce domaine. ² Fin 2015 MdM à finalisé sa phase de transfert de ses responsabilités au sein de ce programme aux acteurs nationaux (2010-2015), notamment à FOSI et UCOP+. Ces acteurs, ont trouvé leur place dans les cadres de concertation et de pilotage de la lutte au niveau provincial (Comité de pilotage provincial de la lutte contre le VIH).
2008	Programme santé mentale communautaire et lutte contre les violences liées au genre (2008-2013)	Renforcement de compétences des conseillers psychosociaux, des acteurs communautaires de prise en charge des victimes de violences; intégration des problématiques de santé mentale au cœur des communautés via des projets mis en oeuvre par les partenaires et soutien à un réseau d'associations de la société civile aujourd'hui constitué en collectif.
1994	Programmes d'urgence dans les provinces du Kasai, du Sud et du Nord-Kivu puis de Province Orientale. Fermeture en 1998.	

Source : www.médecinsdumonde.com

Tableau 2 :
Echantillon des structures visitées

	KINSHASA	GOMA	TOTAL
Institutions gouvernementales	PNSA, PNMLS, PNLS	PNMLS, PNLS	3
Organismes internationaux	UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, UNDP, CORDAID.		5
Centres de jeunes RACJ	CEICA Kimbangu ZS Kalamu II).	CEICA Murara (Karisimbi).	2

	KINSHASA	GOMA	TOTAL
Centres d'accueil des jeunes (population à risque : désocialisés, enfants de la rue, orphelins)	Centre d'accueil de Jeunes filles mères (ONG Réconfort, Kinsenso).	CAJED, Children Voice, Centre d'accueil des jeunes, catholiques Don Bosco.	4
Associations PVVIH	UCOP+.	UCOP+, FOSI	2
Associations visant les populations cibles (PD, HSH, IDU)	PASCO, PSSP.	MOPREDES (population SM) AFEDI (population PS)	4
Écoles	École Groupe Scolaire Nsingi (ZS Selembao) École XX (ZS Kinsenso) École Jean Jacques Rousseau (ZS Kalamu II)	École confessionnelle catholique Mont Carmel Ecole de l'institut Don Bosco École privée non confessionnelle Mugungaa	6
Universités		Université publique UNIGOM Université privée non confessionnelle. Université privée protestante ULPGL.	3
Bureaux Centraux des ZS	Bureau de la Zone Central de Santé Selembao.	Bureau de la Zone de Santé de Karisimbi	2

	KINSHASA	GOMA	TOTAL
Centres de santé (CS)	<p>Centre hospitalier presbytérien CHPK (CS privé confessionnel de l'église Presbytérienne de Kinshasa zone urbaine centrale, ZS Kalamu II).</p> <p>CS Kitoki Mosi (ZS Selembao).</p> <p>CS Revolution (CS public, zone périurbaine Kisenso, dans la périphérie de Kinshasa, commune à caractère semi-rural).</p> <p>CS XXX (CS à but non lucratif, ONG PASCO).</p>	<p>Hôpital Heal Africa (CS privé à but non lucratif, zone urbaine centrale, Goma).</p> <p>CS Public Murara (centre CDV qui a bénéficié d'un appui de MdM pour le développement de services conviviaux à destination des jeunes zone urbaine centrale, Karisimbi).</p> <p>CS Public Mugunga (CS public, zone périurbaine Karisimbi).</p> <p>CS Ndosho (CS privé non confessionnel, sans prise en charge zone urbaine périphérique, Karisimbi).</p>	<p>CS privés non confessionnels (2)</p> <p>CS privés confessionnels (1)</p> <p>CS public (3)</p> <p>CS à but non lucratif (2)</p> <p>8</p>

Tableau 3 :
Population cible de l'étude

NIVEAU D'ANALYSE	POPULATION CONCERNÉE PAR L'ÉTUDE	TYPE D'ACTEUR	POPULATION CIBLE
Environnement régional ou national	Acteurs institutionnels et associatifs qui participent à l' élaboration des stratégies de prévention et/ou qui prise en charge du VIH.	Acteurs étatiques du niveau central et provincial	Directeurs de programmes ou coordinateurs nationaux du PNMLS, PNLS, PNSA.
		Partenaires techniques et financiers (PTF)	Directeur de programmes ou chargés du suivi et évaluation des organismes internationaux (UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, UNDP, CORDAID).
			ONG internationales et nationales.
		Coordinateurs du réseau national d'organisations confessionnelles (CONERELA).	
		Coordinateurs du réseau national et régional des associations de la société civile (UCOP+, FOSI, RACQJ).	

<p>Cadre de vie des jeunes (contexte socio-familial et de l'environnement de la communauté, village ou quartier).</p>	<p>Acteurs étatiques et associatifs qui interviennent dans la mise en œuvre des actions de prévention et prise en charge des jeunes sur le VIH/sida, au niveau local</p>	<p>Acteurs de la société civile visant les populations vulnérables, les populations cibles et/ou les personnes vivant avec le VIH.</p>	<p>Coordinateurs locaux, encadrants, animateurs et pairs-éducateurs d'UCOP+, PSSP, PASCO, MOPREDES (Goma) et des centres d'accueil des jeunes en situation de vulnérabilité.</p>
	<p>Partenaires et gestionnaires des programmes de prévention au niveau local. Exemples : enseignants, leaders communautaires, responsables d'associations et des programmes de prévention, réseaux de la société civile.</p>	<p>Acteurs issus des associations de quartier visant la population jeune</p>	<p>Coordinateurs locaux, animateurs et pairs-éducateurs (RACQJ, CEICA).</p>
		<p>Acteurs du système de santé décentralisé (centres de santé et structures de dépistage et de prise en charge du VIH/sida).</p>	<p>Personnel administratif ou médical des Bureaux Centraux des zones de santé. Personnel soignant des centres de santé des ZS concernées par l'étude.</p>
		<p>Acteurs du système éducatif décentralisé (établissements scolaires, lycées, et universités).</p>	<p>Directeurs d'école, inspecteurs provinciaux et enseignants des cours d'éducation sexuelle (« éducation à la vie » en RDC).</p>
		<p>Acteurs issus d'organisations confessionnelles</p>	<p>Leaders religieux, prêtres -enseignants.</p>
		<p>Ménages</p>	<p>Pères et mères de jeunes entre 10 -24 ans.</p>

Jeunes entre 10 et 24 ans	Ce groupe est très hétérogène et confronté à des enjeux particuliers. Il comporte des sous groupes de population cibles , qui peuvent cumuler les vulnérabilités.	Jeunes filles et garçons scolarisés et non scolarisés	Jeunes issus de la population générale.
		selon tranche d'âge	Jeunes issus des populations cibles et « à risque » (orphelins, jeunes déscolarisés, enfants de rue, HSH, PS, IDU).
		10 à 14 ans 15 à 29 ans 20 à 24 ans	Jeunes vivant avec le VIH/sida.

**TEXTES JURIDIQUES POUVANT SERVIR DE CADRE JURIDIQUE
EN MATIERE DE RIPOSTE AU VIH/SIDA
ET LES IST EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.**

1. Les instruments juridiques internationaux

La République Démocratique du Congo est un Etat moniste. En effet, sa Constitution actuelle stipule dans son article 215 que les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois sous réserve pour chaque traités ou accord, de son application par l'autre partie⁵³.

L'article 153, alinéa 4 de la même Constitution dispose : « Les cours et tribunaux, civils et militaires, appliquent les traités internationaux dument ratifiés, les lois, les actes règlementaires pour autant qu'ils soient conformes aux lois ainsi que la coutume pour autant que celle-ci ne soit pas contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs ».⁵⁴

Tableau 4 :
Instruments juridiques internationaux signés ou ratifiés par la RDC

INSTRUMENTS JURIDIQUES	SIGNES	RATIFIES	CHAMPS D'APPLICATION EVENTUELLE AUX GROUPES VULNERABLES			
			FEMMES	EN-FANTS	GENRES	PVVIH
Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD). New York, 7 Mars 1966	Pas signé	21 avril 1976	✓	✓	✓	✓
Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels(PDESC). New York, 16 Décembre 1966	Pas signé	1 ^{er} nov. 1976	✓	✓	✓	✓

(53) Revue du cadre juridique congolais de la riposte au VIH/sida. Kinshasa, octobre 2013.

(54) idem.

Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, New York, 10 décembre 2008	23 sept. 2010	Pas ratifié	✓		✓	✓
Pacte international relatifs aux droits civils et politiques(PDCCP). New York, 16 décembre 1966	Pas signé	1 ^{er} nov. 1976	✓		✓	✓
Protocole facultatif se rapportant au Pacte relatif aux droits civils et politiques. New York, 16 décembre 1966	Pas signé	1 ^{er} nov. 1976	✓		✓	✓
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes(CEDEF). New York, 18 décembre 1979	17 juillet 1980	17 oct. 1986	✓	✓	✓	✓
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants(CCT). New York, 10 décembre 1984	Pas signé	17 juillet. 1980	✓	✓	✓	✓
Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, New York, 18 décembre 2002	Pas signé	23 sept. 2010	✓	✓	✓	✓
Convention relative aux droits de l'enfant(CDE). New York, 20 novembre 1989	20 mars 1990	27 sept 1990		✓		✓
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés. New York, 25 mai 2000	08 sept. 2000	11 nov. 2001		✓		✓
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants. New York, 25 mai 2000	Pas signé	07 février 2003		✓		✓
Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille(CTM). New York, 18 décembre 1990	15 déc. 2009	Pas ratifié	✓	✓	✓	✓
Convention relative aux droits des personnes handicapées. New York, 13 décembre 2006	1 ^{er} oct. 2008	7 juillet 2013	✓	✓	✓	✓
Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. New York, 2006	1 ^{er} oct. 2008	7 juillet 2013	✓	✓	✓	✓

NB: en pratique il faut noter qu'aucun tribunal ni cour en RDC n'a jamais recouru a ces instruments en matière de riposte au VIH/SIDA et les IST

2. Les instruments juridiques régionaux

INSTRUMENTS JURIDIQUES	SIGNES	RATI-FIES	CHAMPS D'APPLICATION			
			FEMMES	ENFANTS	GENRES	PVVIH
Convention de l'OUA régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique, Addis-Abeba, 10 septembre 1969	10 sept. 1969	14 février 1973	✓	✓	✓	✓
Convention de l'union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique, Kampala, 22-23 octobre 2009	02 février 2010	Pas ratifié	✓	✓	✓	✓
Charte africaine des Droits de l'homme et des peuples Nairobi, Kenya, 1981	23 juillet 1987	20 juillet 1987	✓		✓	✓
Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, portant création d'une Cour africaine des droits de l'homme et des peuples, Ouagadougou, Juin 1998	09 sept. 1999	Pas ratifié	✓		✓	✓
Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples se rapportant aux droits des femmes, Maputo, Juillet 2003	05 déc. 2003	09 juin 2008	✓		✓	✓
Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, Addis Abeba, Juillet 1990	02 février 2010	Pas ratifié		✓		✓
Charte africaine de la Démocratie, les Elections et la Gouvernance Ad-dis-Abéba, 30 janvier 2007	29 juin 2008	Pas ratifié	✓		✓	✓

3. Les instruments juridiques sous régionaux

La République Démocratique du Congo est membre à part entière des certains regroupements sous régionaux et à ce titre les lois et déclarations suivantes peuvent le concerner par rapport aux problèmes de riposte au VIH/SIDA :

- Le forum parlementaire de la SADC avec sa loi type sur le VIH/SIDA de 2008 pour les pays de la SADC⁵⁵
- La Déclaration de Maseru des chefs d'Etat et de Gouvernement de la SADC (juillet 2003),
- La Déclaration solennelle de 2004 sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique,
- Le protocole de la SADC sur les droits de la femme (2008)

(55) *ibidem*.

4. Les instruments juridiques nationaux

INSTRUMENTS JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES	CHAMPS D'APPLICATION			
	FEMMES	ENFANTS	GENRES	PVVIH
La constitution congolaise telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la constitution de la RDC du 18 février 2006. Chapitre 1 et 2	✓	✓	✓	✓
La loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées				✓
la loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 relative à la répression des violences sexuelles	✓		✓	✓
la loi n°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant, article 177		✓		
Ordonnance du 30 juillet 1888 portant des contrats ou obligations conventionnelles, art. 258, 259 et 260).	✓		✓	✓
Décret du 6 août 1959 portant code de procédure pénale et décret du 7 mars 1960 portant code de procédure civile, tels que modifiés à ce jour	✓	✓	✓	✓
Loi n° 87/010 du 1 ^{er} août 1987 portant Code de la famille (art. 334, 336, 349,453, 458, 459, 460, 544)	✓	✓	✓	✓
Ordonnance n° 70-158 du 30 avril 1970 déterminant les règles de déontologie, L'article 5				✓
Arrêté n°0013/72 du 4 août 1972 fixant les conditions d'hygiène sur les lieux du travail, art.25, et 65	✓		✓	✓
Arrêté départemental n° 01/76 du 21 janvier 1976 sur le service médical ou sanitaire de l'entreprise	✓		✓	✓
Arrêté ministériel n°1250/CAB/Min/SPF/079/95 du 4 /12/1995 créant le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS)	✓	✓	✓	✓
Arrêté Ministériel n°12 du 11 avril 2009 portant création et fonctionnement de l'Unité d'Exécution du Programme de lutte contre le sida dans le monde du travail	✓		✓	✓
Ordonnance n° 11/023 du 18 mars 2011 modifiant et complétant le Décret 04/029 du 18 mars 2004 portant création et organisation du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida en sigle PNMLS	✓	✓	✓	✓

<p>l'Arrêté Ministériel n° MIN.CONDIFA/CAB.MIN/ CSH/BL/001 /2005 du 03/01/2005 portant création et organisation de la Cellule Ministérielle de lutte contre le VIH/sida au sein du Ministère de la Condition Féminine et Famille.</p>	<p>V</p>	<p>V</p>	<p>V</p>	<p>V</p>
---	----------	----------	----------	----------



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**

© MdM France 2016

Médecins Du Monde
62, rue marcadet
75 018 paris

www.medecinsdumonde.org