

Comportement sexuel à risque des jeunes en RDC : une analyse des déterminants socio-culturels (DSC) de la transmission du VIH/sida.

*Francisca Miranda
Perrine Loock*

Contenu

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

- A. Une multiplicité d'acteurs
- B. Les problèmes de coordination multisectorielle dans la lutte contre le VIH/sida en RDC
- C. Un cadre légal restrictif

II. L'éducation à la santé et l'accès des jeunes aux systèmes de santé

- A. L'éducation sexuelle en milieu scolaire
- B. La mobilisation communautaire en faveur de la prévention
- C. Le rôle du système de santé : accès aux services de prévention et de prise en charge

III. Comportements des jeunes et risques sexuels : l'empreinte du genre dans la sexualité des jeunes

- A. L'entrée dans la sexualité des adolescents et jeunes filles et garçons : discours, lieux et pratiques
- B. Connaissances, attitudes et pratiques autour de la transmission du VIH
- C. Quand les inégalités entre les sexes déterminent la négociation de la sexualité

Résumé

Cette article présente les résultats d'une enquête socio-anthropologique réalisée en RDC (Kinshasa et Nord-Kivu) sur les déterminants socio-culturels (DSC) de la transmission du VIH/sida chez la population jeune de 10-24 ans.¹ L'enquête met en exergue 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 et la faible institutionnalisation des politiques de jeunesse sensibles au genre dans un contexte de féminisation de l'épidémie. Au niveau de la mise en œuvre des politiques d'éducation à la santé, l'enquête a permis d'identifier plusieurs facteurs qui limitent le changement de comportements chez les jeunes : Le déficit de communication sociale autour de la sexualité tant au niveau familial que scolaire ; le manque de fréquentation des jeunes aux centres de santé qui ont intégré ces dernières années de stratégies de dépistages basées sur les CDV et les DPIC; l'inadéquation des messages de prévention basés sur la stratégie ABCD aux véritables risques encourus par les jeunes dans l'exercice de leur sexualité. En effet, selon l'enquête réalisée, les rapports de genre et les contraintes socioéconomiques jouent un rôle déterminant sur le comportement sexuel à risque des adolescents et des jeunes. Dans le cadre des diverses modalités de sexe transactionnel qui structurent la sexualité des jeunes et qui exposent davantage les filles aux violences sexuelles, le faible pouvoir décisionnel dans la sexualité est ainsi identifié comme un vecteur de la transmission du VIH en RDC. La sensibilisation sur le genre et les droits sexuels et reproductifs doit être mise au cœur de la lutte contre le VIH et doit être ainsi appuyé sur un travail de plaidoyer visant à modifier la législation existante, dont plusieurs mesures vont à l'encontre de l'autonomisation des femmes.

¹ Cette enquête a été commanditée par Médecins du Monde dans le cadre de la mise en œuvre, en partenariat avec le gouvernement congolais et Expertise France du programme « Jeunes et VIH ». 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. L'objectif général de ce programme 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).

Comportements sexuels à risque des jeunes en RDC : une analyse des déterminants socio-culturels (DSC) de la transmission du VIH/sida.

*Francisca Miranda²
Perrine Loock³*

Introduction

La population jeune en RDC, pays où près de la moitié de la population a moins de 15 ans et 67% moins de 25 ans, est particulièrement exposée au risque d'infection au VIH. Chez les jeunes 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). Certains groupes à risques sont également 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 femmes prostituées (prévalence : 4,5%) (UNICEF, 2015).

Très touchés par l'épidémie, les jeunes ont été pris en compte spécifiquement dans les programmes de lutte contre le sida à partir de 1999, période à laquelle les premières réflexions en vue de formuler une politique nationale d'intégration de la jeunesse ont été entamées.⁴ Depuis, la réponse nationale a permis d'enregistrer d'importants progrès : la création du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et du Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) (qui orientent les normes, procédures politiques nationales) ; l'appui des partenaires extérieurs aux actions des associations de base (UCOP+, FOSI), qui a permis de créer d'interfaces associatives sur les questions des jeunes (RACOJ) ; l'intégration de l'approche zone de santé avec des postes dans lesquels l'accès aux services spécialisés de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et adolescents est assuré. L'actuelle Stratégie Nationale de Lutte contre le VIH (PSN 2014-2017) priorise le travail avec les jeunes et les populations les plus à risque. Par ailleurs, le Programme National de Santé des Adolescents a 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.

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 filles et garçons ne trouve toujours pas de réponse appropriée en RDC. Plusieurs facteurs issus de l'environnement socioculturel, institutionnel et législatif constituent des barrières d'accès à l'éducation sexuelle et reproductive chez les jeunes, et participent au développement des comportements à risque.

La littérature sur l'épidémiologie du VIH en RDC a permis d'identifier certains facteurs de risques face au VIH. 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, axés sur les questions sanitaires, 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.⁵ L'intérêt porté ces dernières années

² Docteure en anthropologie sociale diplômée de l'EHESS, Paris (francisca.miranda.arenas@gmail.com, fmira76@yahoo.com).

³ Master en Économie de la santé (CERDI, Université d'Auvergne) et diplômée en santé publique (perrine.loock@gmail.com).

⁴ En 2003, le « Forum Jeunesse et Actions » a produit un avant-projet de la politique nationale de la jeunesse, qui a été validée en 2009. Cette politique 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.

⁵ Les approches individualistes 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) et 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

aux violences basées sur le genre (VBG) a permis de résituer 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 : le poids des normes sociales basées sur le genre, la féminisation de l'épidémie et les violences faites aux femmes. D'autres études ont abordé de manière spécifique, ou par groupes cibles, les risques associés aux violences sexuelles, notamment : la vulnérabilité 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 en lien avec 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.

L'objectif de cet article est d'analyser les déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes congolais d'entre 10 et 24 ans. Nous procédons à une approche anthropologique de la question auprès de la population générale et de ses groupes spécifiques les plus exposés. Les DSC sont abordés à trois niveaux : environnemental (contexte socio-légal et 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 la 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. 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, dont 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 groupes.

réponses aux interrogations qui émergent au niveau auquel elles s'expriment (Manderscheid et al., 1996 ; Coleman et Ingham, 1999). Dans cette optique, il devient important de prendre en compte les facteurs socioculturels dans une approche multidimensionnelle (Atwood, 1993). Voir, 2001. Amsellem-Mainguy Y. et Cheynel C., Fouet A, 2015).

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.

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

La réponse apportée par la RDC au VIH/sida peut être divisée en trois phases. Premièrement, suite à la reconnaissance par le gouvernement en 1984 des premiers cas VIH dans le pays, la préparation de la réponse a été entamée avec la constitution 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. Deuxièmement, après une période troublée au niveau politique,⁶ en 1998 le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a été créé 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). Troisièmement, à la faveur des nouvelles initiatives en faveur de la santé mondiale qui sont apparues depuis 2000 dans les pays d'Afrique subsaharienne et des engagements pris par la RDC auprès de l'UNGASS⁷ dès 2001, le gouvernement congolais a démarré la mise en oeuvre d'une structure de coordination multisectorielle. 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.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.

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.⁹ 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.¹⁰ Selon l'enquête réalisée, cette volonté d'implication de tous les secteurs semble avoir favorisé un émettement des programmes et implique à présente des difficultés de coordination, qui sont agravées par le niveau extrême de pauvreté du pays (selon le rapport de l'Indice de Développement Humain 2015, la RDC est classée au 176^{ème} pays sur 188) ainsi que pour le cadre législatif restrictif en matière de santé sexuel et reproductive et VIH.

A. Une multiplicité d'acteurs

Actuellement, 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), 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, le Plan Stratégique National 2010-2014 et dernièrement le 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. Pour définir et mettre en œuvre ces stratégies de lutte contre le sida, les partenaires techniques et financiers sont nombreux et diversifiés. La lutte contre le sida reste en grande partie 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 2014).

⁶ Son pouvoir flétrissant, Mobutu, arrivé au pouvoir en 1965, autorise le multipartisme à partir de 1990. Cette décennie sera marquée par de nombreuses flambées de violences internes, exacerbées par les tensions provenant de la guerre civile rwandaise. Mobutu quitte définitivement le pouvoir en 1997.

⁷ Session Spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH.

⁸ Depuis 2015, la RDC est passée de 11 anciennes à 26 nouvelles régions : Il n'y a pas encore d'antenne dans ces nouvelles régions.

⁹ 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 ».

¹⁰ 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.

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 le terrain (Nsakala et Coppieters, 2014). 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. Parfois constituées en réseau, ces associations constituent souvent le premier niveau de contact entre les jeunes et la prévention du VIH/sida.

B. Les problèmes de coordination multisectorielle dans la lutte contre le VIH/sida en RDC

L'analyse de la coordination multisectorielle des initiatives de lutte contre le VIH/sida réalisée dans le cadre de cette enquête rend compte d'une carence de leadership du gouvernement congolais dans la lutte contre le sida, due à plusieurs phénomènes.¹¹ D'une part, la précarité du système étatique et sa dépendance aux ressources extérieures perturbent la coordination hiérarchique (coordination verticale-interne) (Christensen et Lægreid, 2008) entre l'organisme de tutelle, PNMLS et d'autres acteurs de la lutte contre le Sida (PNSA, PNLS). En effet, le PNLS étant historiquement antérieur au PNMLS, et le VIH toujours pensé comme une question « de santé », certains acteurs continuent à se tourner par habitude directement vers le PNLS, mettant ainsi en péril le leadership et le rôle de coordination du PNMLS.

Concernant la coordination horizontale-interne (coordination entre les ministères) la mise en œuvre des cadres d'actions dépend, selon les personnes interviewées, du leadership et de la volonté politique des points focaux VIH en question : « *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 car on serait obligé de recommencer à chaque changement de Ministre (...). 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* » (entretien au PNMLS). Les points focaux peuvent manquer également de compétences en matière de VIH/sida et ont d'autres missions, ou leur personnel est régulièrement renouvelé, ce qui empêche de renforcer cette position. La formation des effectifs, au niveau national, par les ministères de tutelle, est généralement réalisée lorsqu'il y a un bailleur.¹² 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.

Ces problématiques concernent également la mise en œuvre de une stratégie nationale Genre, encore naissante en RDC, et qui peine à s'imposer : « *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). En effet, le Rapport National Genre 2011, présenté par le gouvernement, souligne une trop faible prise en compte du genre dans les politiques et programme de développement national (Ministère de Genre de la Famille et de l'enfant (2012a). 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. Enfin, l'intégration de ces thématiques doit faire face à une culture institutionnelle de l'Etat, qui est « *en décalage au niveau des thématiques à institutionnaliser* » (entretien UNESCO).

¹¹ Pour identifier ces problèmes de coordination nous utilisons le cadre analytique défini par Christensen et Lægreid (2008) qui distingue quatre formes de coordination dans le secteur public : verticale-externe ; verticale-interne, horizontale-externe, horizontale-interne. La coordination **horizontale-interne** désigne la coordination au sein du gouvernement central, tandis que la coordination **verticale-interne** concerne la coordination entre le « ministère de tutelle et les agences et autres organes du même secteur placés sous son autorité » (*Ibid.*:102). La coordination **verticale-externe** est la coordination entre le gouvernement et « (a) en amont, les organisations internationales ou (b) en aval, le gouvernement local » (Christensen et Lægreid 2008 : 102). La coordination verticale-externe en aval avec le gouvernement local est la coordination qui intervient entre les niveaux de gouvernement décentralisés et/ou administratifs. Enfin, la coordination **horizontale-externe** désigne la coordination entre le gouvernement et les organisations de la société civile ainsi que les organisations du secteur privé. Voir Christensen et Lægreid, 2008.

¹² Bilan des OMD en RDC sur la période 2000 – 2015.

Concernant la coordination verticale-externe (entre le gouvernement central et les organisations internationales ainsi que avec les gouvernements locaux), la plupart des financements suivent une approche programme ou projet, dont les cycles de programmation sont relativement courts au regard des objectifs de changement de comportement ou de renforcement systémique que demande la lutte contre le sida : « *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. Mais nous faisons tout à leur place. Et une fois que nous partons, il n'y a plus rien* » (Entretien UNICEF). Le manque de moyens financiers a aussi un impact sur la pérennité et sur la couverture des actions : « *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. 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). La faiblesse des ressources disponibles a aussi 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).

Un dernier point concerne également la faiblesse des systèmes de gestion de l'information et de communication, car il existe un problème de mémoire institutionnelle et de capitalisation (absence d'un système de gestion d'information centralisé destiné à capitaliser les expériences et projets mis en œuvre par les divers acteurs et actrices).

C. Un cadre légal restrictif

Le cadre légal congolais apparaît comme un facteur qui limite l'accès des jeunes aux moyens de prévention du VIH ainsi que la mise en œuvre de stratégies de prise en charge du VIH et des violences liées au genre. La Constitution de 2005 prend en compte de manière explicite la promotion de l'égalité de genre et stipule de plus que les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois (PNUD, 2013). Ainsi la question de la prévention et de la protection des droits humains dans le domaine du VIH/sida trouve déjà une large réponse dans ces textes internationaux.¹³ 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.

| <i>Thème</i> | <i>Situation juridique</i> | <i>Problème soulevé</i> |
|---|--|---|
| <i>Accès aux services de santé sexuelle et reproductive</i> | La loi de 1920 interdit la vente et l'administration des produits contraceptifs, bien que depuis 1972 les activités de planification familiale soient autorisées. Un projet de loi en SSR/PF a été élaboré en 2012 et analysé par la Cour Constitutionnelle en 2016 | 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). |
| <i>Accès au dépistage des jeunes</i> | L'énoncé du code de la famille en RDC fixe l'âge de consentement au dépistage du VIH à 18 ans : impossibilité pour un jeune mineur de se faire dépister sans le consentement de ses parents ou de son tuteur, sauf pour un mineur dit « émancipé ». | Contradictions entre la loi (qui interdit), les normes (plus souples), et les pratiques de certains acteurs. |

¹³ La RDC est signataire de différents protocoles/conventions qui concernent la population jeune et l'égalité entre les sexes, parmi lesquels on peut citer : Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Charte de l'Union Africaine, Convention relative aux droits de l'enfant, Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), 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 mais ne l'a jamais publié au Journal Officiel, ce qui limite totalement sa portée juridique). Au niveau national, plusieurs lois et textes réglementaires concernant notre population cible : loi N° 87- 010 du 1er août 1987 portant Code de la Famille ; loi sur les violences sexuelles du 20 juillet 2006, loi n° 08/011 du 14 Juillet 2008 portant la protection des droits des personnes vivant avec VIH/sida et des personnes affectées. ; loi n°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant.

| | | |
|--|---|---|
| <i>Divulgation de leur statut sérologique aux mineurs vivant avec le VIH</i> | Inexistance de textes ni même de normes sur ce sujet. | Les recommandations internationales vont dans le sens d'un dévoilement de leur statut sérologique aux jeunes enfants. ¹⁴ |
| <i>Inégalités de genre</i> | La loi de 2008 (de protection des PVVIH) présente des insuffisances telles que la non prise en compte spécifique des aspects de genre. Le code de la famille de 1987 comporte des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes. ¹⁵ | 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. |

II. L'éducation à la santé et l'accès des jeunes aux systèmes de santé

Opérationnellement organisées en dehors du circuit de soins de santé primaire, les actions stratégiques de promotion de la santé des adolescents sont majoritairement orientées vers l'acquisition des connaissances à travers les approches IEC (information, éducation et communication), plus que vers l'acquisition des compétences individuelles et la CCC (communication pour le changement de comportement (Nsakala et Coppieters, 2014). Ces interventions de santé en faveur des adolescents et des jeunes filles et garçons sont soutenues par l'offre de services de prévention.¹⁶ L'offre de services est mise en œuvre avec l'appui de différents bailleurs et la collaboration des partenaires nationaux et internationaux (Nsakala et Coppieters, 2014). Aussi bien dans un cadre formel que non formel, ces activités s'accomplissent de manière plus ou moins complémentaire avec les actions d'autres structures, notamment celles du milieu scolaire, des églises ou des acteurs communautaires.¹⁷

La plupart des interventions, y compris celles promues par le gouvernement (PNLS), 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'utilisation 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.

Cette approche a été fortement remise en cause dans la littérature scientifique. Elle a été critiquée car elle « 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 est

¹⁴ 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 (OMS, 2011).

¹⁵ On peut citer notamment : 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'adultèbre 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) ; 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).

¹⁶ 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.

¹⁷ 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. 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.

même considérée comme infantilisante et sur-simplificatrice par certains auteurs : l'ABC donne l'impression fausse 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 évincé 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 comportements », et ignorent la vulnérabilité de certaines catégories de population (en particulier les femmes) (Murphy and all, 2006).

Sur le terrain nous avons analysé divers domaines d'intervention en matière de prévention : (1) 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 ; (2) 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 ; (3) des activités réalisées par les agents de santé dans le cadre des structures de santé ou lors de stratégies avancées.

A. 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. 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 (UNESCO, 2014, p. 4).

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. 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. En 2012, avec le soutien de l'UNESCO, le gouvernement congolais a présenté officiellement les programmes nationaux (du primaire et secondaire) 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. 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. Suite à la Conférence Internationale de Bali sur la planification familiale (novembre 2015), l'année 2016 a vu la signature d'un protocole d'accord pour que l'UNFPA appuie le développement du « Programme d'Education à vie familiale » au niveau de l'EPS/INC.¹⁸ Le ministère de l'éducation recommande ce cours dans le programme de l'enseignement, de la cinquième primaire (10 ans) jusqu'à la fin des études secondaire. Au niveau universitaire, un cours spécifique obligatoire a été introduit à la rentrée 2015 sur le VIH, sa transmission et d'autres maladies transmissibles. 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.

Une première problématique concerne les conceptions traditionnelles de l'éducation sexuelle dispensée en RDC, essentiellement basées sur la prévention des risques (VIH/IST) et des grossesses non désirées. 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 » (UNESCO, 2014, p. 4). Dans ce cadre, la moralisation des messages par des personnes en situation d'autorité sur les enfants (prêtres, inspecteurs, encadrants,

¹⁸ Ce programme 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 ». 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.

enseignants) est courant : « *Dans certaines écoles où l'on sent qu'il y a des enseignants, qui ont des difficultés à faire passer des messages contraires à leur vocation* » (Inspecteur, Ecoles catholiques, Goma).

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 inciter les enfants à la débauche* ». La société congolaise reste en effet majoritairement défavorable à 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.

Enfin, le manque de formation des enseignants sur la SSR et la prévention du VIH et l'absence des matériaux didactiques est important : « *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* » (Entretien avec un inspecteur à Kisenso). Cette absence d'outils pour appuyer les enseignants est remarquée dans la province du Nord Kivu.

B. La mobilisation communautaire en faveur de la prévention

A côté de l'école, de nombreuses ONG nationales, parfois constituées en réseau, interviennent dans la lutte contre le VIH, en tant qu'interlocuteurs visant à faciliter la mise en œuvre des programmes. 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. Il s'agit des associations de la société civile, nées à partir d'une structuration « exogène » : les associations de jeunesse et le RACOJ,¹⁹ les associations de personnes vivant avec le VIH, tel UCOP+, les associations ciblant les populations clefs, tels les HSH (prévalence nationale estimée à 31%)²⁰ et les PS (prévalence nationale estimée à 23% (PNLS/ProVIC, USAID 2012). 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.²¹

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. 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).

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. Quelques études, qui ont examiné les actions menées par ces programmes spécialisés et ONG locales, renseignent 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 différentes approches. Selon Nsakala (2012) le volet complémentaire de la CCC par rapport à l'IEC, à

¹⁹ Dans le cadre d'une volonté de fédérer et d'organiser les différentes associations de jeunesse travaillant sur la lutte contre le VIH, le RACOJ a été créé en 2005 pour accomplir un rôle de coordination et d'appui au développement des capacités des associations de jeunesse au niveau national, provincial.

²⁰ Enquête sur les facteurs explicatifs de la séroprévalence élevée du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes à Kinshasa, 2011 (Mbwalie, 2011).

²¹ 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.

savoir la prise en compte des déterminants des comportements et de l'environnement, est souvent occultée. 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.

Ces dernières années, le désengagement de certains acteurs (notamment la Banque Mondiale via le projet MAP) et une certaine fatigue de l'aide sur le VIH ont pu mettre certaines structures communautaires dans des situations difficiles et ne leur permettent pas de réaliser totalement les missions qu'elles se sont assignées. En effet, les financements extérieurs fluctuants et le caractère cyclique des interventions ciblant la jeunesse affectent la pérennité de leurs actions. 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 avions plusieurs financements, maintenant nous n'en avons que 2 : le Fonds Mondial et PROVIC » (ENTRETIEN UCOP+, Kinshasa). La plupart de ces associations sont bâties sur le modèle du volontariat et de l'engagement, ce qui pose la question de sa pérennité : « 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 (...) » (Entretien RACOJ, Goma). Ces associations sont toutefois vues par certains jeunes (leaders) comme des tremplins en terme professionnel.

C. Le rôle du système de santé : accès aux services de prévention et de prise en charge

La lutte contre le VIH/sida en RDC a connu des évolutions récentes marquées par une volonté d'intégration de l'offre du conseil, dépistage et prise en charge dans les centres de santé primaires « ordinaires », afin de s'approcher des populations.²² La lutte contre le sida a longtemps été dédiée à des centres spécialisés, les centres de conseils et dépistages volontaires (CDV), où le processus du conseil englobe l'évaluation du risque personnel de transmission du VIH, la discussion sur les modes de prévention, les problèmes d'ordre affectif et social liés à une infection à VIH (Tulizana Namegabe, 2012). Relativement peu nombreux (il n'y en a qu'un dans le Nord Kivu), ils ont été complétés par les centres DCIP (dépistage et counseling initié par le prestataire), basés sur une présence des patients au centre de santé. Ces évolutions suivent les orientations de l'OMS (2007)²³ qui recommandent d'élargir les portes d'entrées pour le dépistage et de promouvoir le counseling-dépistage en tant qu'activités de routine. Cependant, pour les jeunes, le risque d'une stratégie basée sur la fréquentation des centres de santé est qu'ils ne fassent le dépistage qu'en cas de maladie, donc parfois de déclaration du stade sida. Plusieurs prestataires interviewés ont indiqué qu'il n'y a pas encore clairement de stratégie qui vise à attirer les jeunes vers les centres de santé dans le cadre du DCIP : « parfois il y a des jeunes mais ils ne sont pas nombreux. (...) Parce que nous ne sommes pas un CDV, nous sommes un DCIP. 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).

La fragilisation du système de santé congolais par des années de sous-financement et de conflits a également un fort impact sur l'accessibilité des jeunes aux centres de santé, y compris les services spécialisés. Les centres sont dépendants des financements extérieurs et des contributions des patients, pour leurs activités, mais aussi pour le « paiement », via des primes, du personnel. En effet, le faible financement par l'Etat du secteur de la santé a des conséquences sur la motivation des prestataires et va les amener à privilégier des activités qui « rapportent » (les consultations payantes) au détriment des services gratuits comme le dépistage : « Nous, prestataires, (...) 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 (...). 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. Le CDV ne produit rien, c'est pourquoi nous faisons toujours la rotation » (Infirmier, centre CDV Goma). Les contraintes économiques peuvent aussi provoquer des ruptures en tests de dépistage, y compris pour les structures CDV dont il s'agit pourtant de l'activité principale. Lors des visites dans les centres de santé,

²² Il est à noter l'importance du secteur privé non lucratif non lucratif en RDC, tenu par des ONG et les confessions religieuses. Ces dernières, présentes depuis l'ère coloniale ont bien souvent conclu un accord contractuel avec l'État, mais elles conservent une grande autonomie en termes de gestion.

²³ Depuis 2004, les orientations de l'ONUSIDA et l'OMS stipulent que la gamme de portes d'entrées pour le dépistage du VIH devrait être étendue, en proposant que le counseling et le dépistage du VIH soient promus en tant qu'activités de routine. 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) qui prend en compte toutes les approches de counseling, qu'elles soient initiées par les prestataires de services ou par les clients.

les prestataires nous ont signalé: « Nous avons dernièrement connu une rupture qui a duré un mois, heureusement on a été encore ravitaillé après cela. » (Infirmier, CDV Goma).

Le système souffre également d'une trop faible articulation 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, le bénévolut 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 : « *La politique du pays dit que les relais communautaires doivent travailler bénévolement. Alors que les gens vivent « au taux du jour »* » (Infirmier, Goma). Les liens entre centres spécialisés et communautés sont aussi fragilisés par une intense confrontation entre messages et normes de prévention provenant des différents acteurs. Prônant l'abstinence et en tendant à dissuader d'utiliser le préservatif masculin, les églises réduisent la sécurité sanitaire à une question morale. Selon une conseillère d'un CDV : « *Nous choisissons les écoles-cibles 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* » (Conseillère CDV, Kinshasa). Un déficit de communication entre les associations de la société civile et les structures de santé a été fréquemment évoqué au cours de l'enquête : trop souvent les personnels ne sont pas associés aux séances qui ont lieu dans leur zone, ce qui peut conduire à des occasions manquées voire à transmettre une image négative de ces associations, si par exemple le CS est fermé ou en rupture de tests de dépistage après une campagne de sensibilisation.

Du point de vue de l'accès aux traitements, au cours des dernières années la RDC a vu une évolution de ses politiques et capacités à fournir des traitements ARV à un plus grand nombre de personne. D'après les données du Fonds Mondial, le pays est passé, entre 2006 et 2016, de 5000 à 100.000 personnes bénéficiant d'ARV. Le programme du Fonds Mondial s'est donné comme objectif de mettre d'ici fin 2017 164.000 personnes sous 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.²⁴ Actuellement en RDC, dans les centres de santé la prise en charge du VIH est déléguée aux 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.²⁵ Malgré ces avancés récentes les services spécialisés pour le suivi du VIH restent limités. 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 « *Lorsqu'une 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).²⁶ Ce changement de paradigme suppose aussi un focus sur l'adhérence aux traitements, qui nécessite (1) une meilleure formation et un outillage des personnels pour effectuer le suivi régulier des patients ; (2) l'implication des acteurs religieux, car les églises et tradi-praticiens peuvent encore, en effet, jouer un rôle dans l'arrêt du traitement par certains patients : « *il y a des leaders religieux qui empêchaient leurs fidèles de prendre les médicaments* (entretien CONERELA), et (3) un renforcement des liens entre les structures de santé les associations de PVV pour la prise en charge psychosociale : « *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).

Les besoins spécifiques des jeunes ont aussi conduit la RDC à développer via le PNSA, depuis 2009, une politique de services adaptés aux jeunes, intégrée dans les zones de santé et basée sur les lignes directrices de l'OMS pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013).²⁷ 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

²⁴ L'augmentation de la disponibilité des ARV reste cependant encore insuffisante pour traiter l'ensemble des PVVIH. En 2013, on estimait à 481.122 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.

²⁵ En effet, 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* ».

²⁶ Cette carence est encore plus forte pour les laboratoires capables de doser la charge virale, présents uniquement à Kinshasa, alors qu'il s'agit du 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.

²⁷ 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* » (OMS, 2011).

une grande disparité selon les régions (Plan Stratégique, PNSA, 2016).²⁸ Malgré tout, les expériences montrent que ces services ont eu des effets positifs sur la fréquentation des centres de santé par les jeunes, mais aussi sur les capacités des prestataires à recevoir les jeunes et à adapter leurs pratiques à ce public. Dans le centre Murara à Goma les prestataires formés ont été capables d'adapter leurs stratégies aux moyens disponibles et évoquent 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 ! Et aujourd'hui c'est les retombées de ce qu'on avait semé* » (Infirmier 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 aussi de penser des mécanismes pour réduire les obstacles financiers. Pour les jeunes, l'aspect financier est un obstacle à la prise en charge : « *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'adaptation des services doit aussi permettre la prise en compte des populations clefs : les jeunes MSM sont souvent encore plus vulnérables que les autres aux effets de l'homophobie (OMS, MSM Technical Brief, 2015) : « *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.* » (Entretien avec une association de MSM, Goma).

III. Comportements des jeunes et risques sexuels : Lempreinte du genre dans la sexualité des jeunes

En RDC, les proportions de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans sont assez significatives. 20% des femmes et 19% des hommes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 14 ans (EDS RDC 2014).²⁹ Les informations recueillies sur le terrain constatent que l'entrée dans la sexualité des jeunes est marquée par les inégalités entre les femmes et les hommes et par les stéréotypes qui entourent la sexualité. 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.

A. L'entrée dans la sexualité des adolescents et jeunes filles et garçons : discours, lieux et pratiques

Lors de l'enquête réalisée, les liens entre rapports sexuels précoces et comportements à risques ont souvent été évoqués pour justifier la définition de la sexualité précoce comme un comportement socialement réprimé et stigmatisé. La construction sociale sur l'entrée dans la sexualité en RDC semble être imprégnée par des représentations sur les jeunes comme étant 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. Les discours sur les conséquences sanitaires auxquelles s'exposent les jeunes lors du premier rapport sexuel sont visibles dans le Plan Stratégique National 2014-2017, qui 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 prénuptiale, 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.³⁰ Suivant cette

²⁸ 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. 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).

²⁹ 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.

³⁰ 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). 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

perspective, certains programmes et interventions en santé reproductive, comme le Cadre Stratégique de la Riposte Nationale, encouragent les adolescents et les jeunes à s'abstenir de relations sexuelles en dehors du mariage.³¹

Pour les filles, les stéréotypes de genre existants dans la société congolaise imposent plusieurs obstacles à la négociation de la sexualité, notamment lorsqu'elle débute à jeune âge. En effet, bien que jeunes congolais reconnaissent une transformation des rôles masculins et féminins dans la sexualité, dans l'espace domestique et public, leurs discours présentent des ambivalences, pouvant en même temps justifier la soumission de la femme vis-à-vis de l'homme : « *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. 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* ». De manière générale, chez les jeunes filles et jeunes garçons interviewés, 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* ». Le statut social des femmes est associé 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).

Sur le plan de la sexualité, ces stéréotypes de genre veulent que les jeunes filles soient moins informées et passives sur la sexualité (elles doivent arriver vierges au mariage) tandis que chez les hommes plusieurs stéréotypes sont liés à la puissance sexuelle , le « 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 où 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 lalela'* » (« *Là où le sommeil t'attrape* », c'est là où tu vas dormir). Pour les filles en revanche, la sexualité précoce est strictement imposée comme un comportement socialement réprimé. 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)* ». Le discours dominant sur la sexualité des femmes 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).

L'entrée en sexualité des jeunes est également marquée par un manque de dialogue intergénérationnel autour de la sexualité au sein des familles, qui amène les jeunes à chercher des connaissances en matière de sexualité à partir des 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 tantine, 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 ceci peut 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 fille ou garçon 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).

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).

³¹ 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 1.1.4.2 de l'AXE 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST du Plan Stratégique National 2014-2017.

B. 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).

En RDC les perceptions autour du VIH/sida semblent ne pas avoir changé par rapport à la construction d'une représentation originale 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 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 RACOJ 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.).

Quant à l'accès aux moyens de prévention, les messages véhiculés par l'approche ABC ne semblent pas avoir de résonance pour les jeunes, notamment ceux qui sont axés sur l'abstinence: « *Parce 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* » (Conseillère CDV PASCO). La fidelité, quant à elle, est un comportement associé au mariage.

Selon plusieurs personnes interviewées 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. Interiorisant les discours précédemment évoqués, 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* ». La réticence à l'utilisation des préservatifs renvoie à des craintes relatives à leur non fiabilité pour prévenir la transmission du VIH (méfiance sur la qualité) et à des fausses croyances (Il réduit le plaisir sexuel, l'huile est toxique, il entraîne des maladies ou de l'infertilité). L'accessibilité aux préservatifs peut être entravée par des critères religieux, lorsque elle est limitée dans les centres de santé associés à une structure confessionnelle : « *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). Un autre obstacle à l'usage de préservatifs est relatif au fonctionnement des zones de santé, qui 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).

Concernant l'accès aux services de dépistage du VIH et des IST, la plupart des jeunes interrogés connaissent les lieux de dépistage et certains évoquent aussi l'existence de stratégies mobiles (par exemple des dépistages organisés au sein des universités). 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). Il faut noter que, malgré l'intériorisation des risques chez

certains jeunes, il existent encore quelques personnes qui 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* » » (Jeune fille, école catholique, Goma). L'image extrêmement négative de la maladie et la peur des résultats du dépistage, à cause de la discrimination que la maladie engendre, retardent 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* » (Jeune Homme 16 ans, Université, Goma). 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 : « *Actuellement grâce à la prise en charge médicale, les gens sont rassurés et viennent massivement se faire dépister* » (Infirmier, centre CDV Goma).

C. Quand les inégalités entre les sexes déterminent la négociation de la sexualité

Les rapports sexuels au quotidien entre filles et garçons congolais couvrent un spectre large de motivations, bien souvent ancrées dans les inégalités de genre. Inscrits dans un « continuum » d'échanges économico-sexuels (Tabet, 2005, Trachman, 2009) (impliquant une transaction économique) ces rapports sexuels 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.³² 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 (Bajos et al 2008). 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, quelques unes ayant pour but principale la survie.

Les inégalités de genre qui sous-tendent ces types d'échange participent de la féminisation du VIH, notamment chez les jeunes. En effet, 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 à la prostitution et aux violences sexuelles.³³

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. La compensation liée à une offre sexuelle est associée, selon les jeunes interviewés, à la pratique « chic, chèque, choc », caractéristique de la sexualité entre pairs, mais également à des pratiques considérées comme « sexe de survie », dans le cadre des relations intergénérationnelles. Le « chic, chèque, choc » renvoie aux compensations différemment interprétées par les jeunes : elle peut être motivée 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).³⁴ Le « sexe de survie » est motivé par des logiques de compensation qui structurent l'économie de survie de plusieurs jeunes filles enquêtées, ou prédominent des ressorts de dépendance financière et une exposition importante aux violences sexuelles : « *Les filles 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). Les rapports intergénérationnels constituent une vulnérabilité pouvant conduire à la prostitution : « *Parfois il y a des difficultés à la maison, les filles vont se donner aux garçons pour avoir de l'argent et 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 à la*

³² La notion du continuum d'échanges économico-sexuels permet de saisir l'ensemble des transactions dans lesquelles 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.

³³ 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.

³⁴ « 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 vive 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 « choque » 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 RACOJ).

sexualité » (Conseillère CDV de PASCO).

Dans le cadre d'une rhétorique assez répandue sur la pauvreté comme facteur déterminant des comportements à risque des jeunes, ces pratiques ont souvent servi de base à une fausse idée sur la sexualité des jeunes filles, comme étant toujours économiquement motivée. Aux yeux des hommes, le « chic, chèque, choc » ou les rapports intergénérationnels permettent d'expliquer le multi-partenariat des femmes, donnant l'image d'une femme calculatrice et dépensiére. Or, en réalité ces comportements traduisent une hiérarchisation des priorités, dans un contexte dans lequel les familles manquent des moyens pour assurer les besoins des enfants. 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 : « *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 trop 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. 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* » (infirmière CDV ONG PASCO).

Les jeunes congolais font également recours à la prostitution, en tant que consommateurs, étant exposés aux mêmes risques que les adultes. 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 (PNMLS, 2013). 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).³⁵ 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.

Dans la plupart des témoignages que nous avons recueillis, la violence est évoquée comme faisant partie des risques de ces divers types de relations, notamment chez les populations clefs (MSM, PS, enfants de rue, etc.) et chez les jeunes filles.³⁶ La vulnérabilité de filles face aux risques dépend de divers éléments : a) Les

³⁵ 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).

³⁶ L'ensemble de ces facteurs de risque (pauvreté, violence, inégalités entre les sexes) 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

contraintes économiques de son environnement; b) les discours dominants sur l'abstinence pré-maritale et les stéréotypes de genres, qui promouvent la passivité des femmes en matière de sexualité ; c) La stigmatisation des rapports sexuels précoces, qui incite les jeunes à avoir des rapports sexuels « clandestins » (recours à la prostitution) ; d) le degré de sensibilisation et des connaissances liées aux VIH, souvent entravé par le manque de communication social autour de la sexualité (école, famille, églises), e) l'exposition des femmes aux violences sexuelles selon le type d'échange économico-sexuel ; f) La faible fréquentation des jeunes dans les services de santé censés donner l'information et les conseils sur la prévention, le dépistage et la prise en charge.

Conclusions

L'enquête constate que malgré les avancées politiques pour reconnaître l'urgence de travailler *pour et avec* les jeunes il demeure une faible institutionnalisation de ces thématiques 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 suivi 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.

Ces problèmes 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 aux jeunes. En effet, qu'ils soient publics ou privés, l'action de ces acteurs est tributaire du cadre normatif (lois, stratégies, normes) et organisationnel. Une des faiblesses principales concerne les politiques d'éducation à la santé, notamment celles basées sur l'approche « ABCD », qui véhicule une image pathogène de la jeunesse et qui privilégie le risque (association de la sexualité précoce et/ou prénuptiale à une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non désirées). Les limites de cette approche ont été évoquées par les prestataires impliqués dans l'éducation à la santé des jeunes en milieu scolaire (la moralisation des messages, la stigmatisation des rapports sexuels précoces). Les barrières à l'institutionnalisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire sont liées au manque d'implication des familles dans les actions de prévention, au manque de formation des enseignants, et l'absence de matériel didactique.

La mobilisation communautaire en faveur de la prévention VIH présente également plusieurs problèmes : limitations organisationnelles, manque de ressources des réseaux inter-associatifs de prévention et lutte VIH, dépendance aux financements extérieurs, 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 changement des comportements des jeunes (approche interpersonnelle, pair éducation). 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.

Du point de vue des jeunes filles et garçons interviewés, les messages sur le VIH sont inadaptés et ils ne permettent pas aux jeunes de prévenir les infections sexuellement transmissibles et le VIH. Ils 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. Concernant l'accès aux moyens permettant les jeunes de se protéger (préservatifs et dépistage) 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 (possibilité sociale de mettre en œuvre l'action de prévention et pouvoir décisionnel de le faire). Au niveau sanitaire, la stratégie du gouvernement de passage à l'échelle du dépistage par le DCIP (dépistage et counseling initié par le prestataire), basée sur une présence des patients aux centres de santé, n'a pas augmenté la fréquentation des jeunes dans les centres de santé, (ils n'y

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.

vont pas, sauf en cas de maladie). Une meilleure articulation entre les associations de la société civile qui mettent en œuvre des programmes de prévention et les structures de santé, 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.

Les inégalités de genre, dans le contexte de 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 pour les filles. En effet, les comportements sexuels de jeunes s'inscrivent dans un « continuum » d'échanges économico-sexuels (Tabet, 2005) dans lesquels les filles se voient empêchées 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. 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.).

Enfin, bien que la RDC a ratifié de nombreux traités internationaux allant dans le sens du droit à la santé des jeunes et de l'égalité entre les sexes, certains éléments législatifs entrent en contradiction avec les objectifs de santé publique énoncés dans les plans stratégiques nationaux. 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 demande un urgent travail de plaidoyer pour faire évoluer le cadre législatif existant. 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) sont également importants. Seule la construction d'une vision commune, par les divers acteurs impliqués dans la prévention, de la notion des droits sexuels et reproductifs, permettra aux jeunes de développer les habiletés nécessaires pour se protéger contre la maladie, s'ils sont déjà actifs sexuellement, ou de disposer des moyens efficaces de prévention au moment où ils (elles) décideront de commencer leur vie sexuelle. La priorisation d'intervention visant l'égalité entre les femmes et hommes doit constituer un pilier de la stratégie de prévention à adopter.

Bibliographie

- 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.
- Amsellem-Mainguy Y. (ccord.), Cheynel C., Fouet A. (2005) « Entrée dans la sexualité des adolescent·e·s : la question du consentement. Enquête auprès des jeunes et des intervenant·e·s en éducation à la sexualité », Rapport d'étude, INJEP, octobre 2015.
- Atwood JD. (1993) AIDS in African American and Hispanic adolescents: a multisystemic approach. *Am J Family Ther* 1993, 21 : 333-351 p.
- Bajos N., Ferrand M., Andro A. (2008) « 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.
- Christensen, T. et Lægreid, P. (2008) The Challenge of Coordination in Central Government Organizations : The Norwegian Case. *Public Organization Review* 8 : 97-116.
- Coleman L., Ingham R. (1999) Exploring young people's difficulties in talking about contraception : how can we encourage more discussion between partners ? *Health Edue Res* 1999,14: 741-750 p.
- Collins C, Thomas J. Coates, James Curran (2008) Moving Beyond of The Alphabet Soup of HIV Prevention AIDS. 2008 August ; 22(Suppl 2): S5-S8. doi:10.1097/01.aids.0000327431.82795.49.
- Gianni 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.
- INSERM (2001), Éducation pour la santé des jeunes Démarches et méthodes, Paris : éditions Inserm.
- IOM (Institute of Medicine) (2007) PEPFAR Implementatio n: Progress and Promise. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kalambayi (2009), « Etat des lieux des violences sexuelles et violences liées au genre dans la Province du Nord-Kivu (RD Congo) » in Cahiers Economiques et Sociaux, Vol XXIX, n° 1, mars 2012, Editions Universitaires Africaines, Kinshasa, pp. 41-70.
- 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.
- Mandercheid C., Galichet F. Aventurin E. (1996) La réflexion sur le sida comme question phylosophique : une expérience d'enseignement. *Revue Française de Pédagogie*, 114: 45-52.
- 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.
- Mbwolie et all. (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.
- 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 INITIAIVE 5%, Fonds Mondial.
- 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.
- MINISTÈRE 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.
- MINISTÈRE 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.
- MINISTÈRE 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.

- OMS (2015), Hiv And Young Men Who Have Sex With Men, a technical brief, OMS : Geneva.
- OMS, (2013) Lignes directrices Unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, résumé des principales caractéristiques et recommandations, Juin 2013.
- OMS (2007) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. ISBN: 978 92 4 159556 8. Geneva, OMS.
- 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.
- PETOSA R, WESSINGER J.(1990) The AIOS education needs of adolescents: a theory-based approach. AIOS Educ Prev 1990, 2: 127-136
- PETOSA R, JACKSON K. (1991) Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents. Health Educ Q 1991, 18 : 463-476
- Peterman A. et les autres, Si les chiffres pouvaient crier : estimations et facteurs des violences sexuelles dans la RDC dans cahier de recherche, 2011
- PNMLS (2015), Historique du VIH/SIDA en République Démocratique du Congo. URL : http://www.pnmls.cd/index.php?vart_site_mat=1022&vart_rubtype=mrub2&vart_rubname=%20VIH/SIDA%20EN%20RDC&idart=281
- PNMLS (2014), Rapport sur l'estimation des flux de dépense de lutte contre le Sida, 2011-2012.
- PNMLS (2009) Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010 – 2014, République Démocratique du Congo.
- PNMLS (2014) Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2014 – 2017, République Démocratique du Congo.
- 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.
- PMNLS, ONUSIDA (2012) Cartographie des professionnels (les) du sexe dans quatre provinces de la RDC : Kinshasa, Bas-Congo, Katanga, Orientale, mai 2012.
- PNSA (2016), Plan Stratégique « Santé de l'Adolescent » 2016-2020, Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo.
- PNUD RDC (Programme des Nations Unies pour le Développement) (2013), Revue du cadre juridique de la riposte au VIH/SIDA PNUD RDC, Kinshasa.
- 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-porte-ans-pour-filles-dans-nouveau-renadhoc-invite-parlement.html>, consulté le 13/07/2016
- République Démocratique du Congo Enquête Démographique et de Santé (2007).
- Tabet, P. (2005), La grande arnaque : sexualité des femmes et échange économico-sexuel, Paris : L'Harmattan.
- 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
- Tulizana Namegabe (2012) Les facteurs favorisants l'utilisation des activités d'un centre de conseil et dépistage volontaire dans la ville de Bukavu. Cas spécifique du centre de conseil et 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.
- UNESCO (2014), 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.
- 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.
- 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.