



HAL
open science

Sérologie discordante du VIH/sida et vie des couples en République du Congo : profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge

Jean Martin Gokaba

► To cite this version:

Jean Martin Gokaba. Sérologie discordante du VIH/sida et vie des couples en République du Congo : profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2020. Français. NNT : 2020UBFCH023 . tel-03160588

HAL Id: tel-03160588

<https://theses.hal.science/tel-03160588>

Submitted on 5 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ
École doctorale SEPT : Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR

DE L'UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Spécialité : Sociologie-démographie

Présentée et soutenue le 11 décembre 2020 par :

Jean-Martin GOKABA

Sérologie discordante du VIH/sida et vie des couples en République du Congo
Profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge

Directrice de thèse : **Maryse GAIMARD**

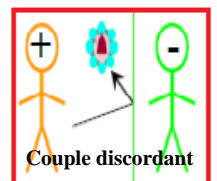
Jury :

Gilles FERRÉOL, Professeur, Université de Bourgogne Franche-Comté (Président)

Christophe BERGOUIGNAN, Professeur, Université de Bordeaux (Rapporteur)

Frédéric SANDRON, Directeur de recherche, IRD (Rapporteur)

Maryse GAIMARD, Professeure, Université de Bourgogne Franche-Comté (Directrice)



L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions contenues dans cette thèse, qui doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Je dédie ce travail à :

Mon défunt père Émile GOKABA principal artisan de ce travail, rappelé tôt au seigneur

Mon grand-père Paul Michel OBAMBI, qui est parmi ceux qui ont contribué à cette réussite

Ma mère Julienne MABOUROU

Ma défunte belle-mère Julienne NANITELAMIO

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous ne pouvons manquer d'exprimer notre reconnaissance aux collègues qui croient à l'avenir de la sociologie, la démographie et consacrent leur vie à ces disciplines.

J'exprime ici toute ma gratitude à Madame Maryse Gaimard, Professeure des universités qui a dirigé ce travail de thèse notamment, pour son attention, la rigueur scientifique, le sens de l'écoute, sa patience et sa disponibilité tout au long de cette grande aventure. Nous lui sommes reconnaissant pour ses enseignements riches et précieux également pour avoir guidé nos intuitions en sociologie et démographie.

Mes remerciements s'adressent également aux professeurs Gilles FERRÉOL, Christophe BERGOUIGNAN et à M. Frédéric SANDRON qui me font l'honneur d'évaluer le résultat de cette recherche et de m'accompagner dans mes derniers moments de doctorant.

Ma reconnaissance va aussi à l'endroit de certaines personnes sans lesquelles ce travail ne pouvait aboutir. Il s'agit de : M Joseph Mbandza, directeur du laboratoire de population et développement (LAPODEV) de l'université Marien Ngouabi du Congo-Brazzaville et M Daniel Lomouamoua, pour les sages conseils et les encouragements ; M. Michel Bitémo, conseiller stratégique ONU/SIDA-Congo, pour avoir mis à notre disposition des données qui ont été d'un apport considérable ; M. Issa Zongo, agent de l'INS du Burkina Faso ; Mlle Lucile Lillot du service géomatique de l'UB, Frédérique Poirot, Cyrinus Elegbede, David Valageas, Virginie Miangounina, Lucie et Anne-Marie Sopoude, Timothée Coulibaly dont les contributions ne sont pas des moindres.

À ÉTA Firmine, ADA ZOA Pangrace Chimène, aux enfants GOKABA, Linarese, Demillet Martins, Jem Jiraud Vilier, Ketsia Jaël, Christ Marten's et Faith Joyce pour des sacrifices endurées pendant cette longue période d'absence.

Je ne saurais terminer sans remercier mes amis et collègues, doctorants pour les moments passés ensemble. Je pense notamment à Marcel, Thomas, Germaine, Aboubacar, Ouarma, Fernand, Asma, Victorie, Mendy, etc.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation de la situation du sida dans le monde de 2000 à 2019.....	36
Tableau 2 : Présentation de la situation du VIH/SIDA par zones géographiques 2019 ...	40
Tableau 3 : Statistiques mondiales du VIH/SIDA, 2016	41
Tableau 4 : Prévalence du VIH chez les jeunes par département et par sexe	50
Tableau 5 : Évolution de l'utilisation du préservatif par les jeunes.....	51
Tableau 6 : Taux de scolarisation des enfants orphelins de 2005 à 2012 selon le sexe....	53
Tableau 7 : Taux de couverture en traitement ARV	54
Tableau 8 : Estimations des indicateurs démographiques avec ou sans SIDA	55
Tableau 9 : Impact du sida sur la mortalité infantile (2002-2005).....	56
Tableau 10 : Pays aux taux de mortalité les plus élevés parmi les les jeunes (2000-2005)	57
Tableau 11 : Récapitulatif des indicateurs démographiques et du SIDA au Congo	58
Tableau 12 : Taux de prévalence, croissance économique et espérance de vie	65
Tableau 13 : Réduction du PNB imputable au VIH/SIDA	66
Tableau 14 : Structure matrimoniale des personnes âgées de 15 ans et plus	90
Tableau 15 : Présentation des différents évènements en rapport avec le VIH/SIDA	96
Tableau 16 : Présentation de quelques études avec des cas de séroconversions.....	106
Tableau 17 : Variations de la population résidente par département de 1984 à 2007.....	133
Tableau 18 : Densités de population par communes.....	137
Tableau 19 : Variation de la population des communes de 1974 à 2007	137
Tableau 20 : Population par sexe et rapport de masculinité (RM) par commune.....	137
Tableau 21 : Fécondité actuelle selon les trois sources.....	140
Tableau 22 : Évolution de quelques indicateurs de développement	148
Tableau 23 : Ratio personnel de santé/population (normes OMS)	157
Tableau 24 : Budget du Ministère de la santé et de la population du Congo (2011-2013)	159
Tableau 25 : Présentation des variables de l'étude et des taux de non-réponse	171
Tableau 26 : Présentation des modalités de la variable dépendante (couple discordant)	179
Tableau 27 : Présentation des variables et indicateurs de l'étude.....	181
Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée	190
Tableau 29 : Caractéristiques sociodémographique du personnel de santé enquêté.....	190
Tableau 30 : Distribution des couples enquêtés par rapport aux variables sélectionnées	197
Tableau 31 : Proportion des couples discordants suivant les variables explicatives	199
Tableau 32 : Valeurs propres avec les corrections de Benzécri (Fichier Homme)	223
Tableau 33 : Valeurs propres avec les corrections de Benzécri (Fichier Femme).....	224
Tableau 34 : Contributions des modalités actives	226
Tableau 35 : Cosinus carrés des modalités actives	227
Tableau 36 : Contributions des modalités actives (Fichier Femme).....	232
Tableau 37 : Cosinus carrés des modalités actives	233
Tableau 38 : Risques relatifs à la sérodifférence au Congo (Fichier Homme)	252
Tableau 39 : Risques relatifs à la sérodifférence au Congo (Fichier Femme)	255
Tableau 40 : Contribution des variables indépendantes (Fichier Femme).....	257
Tableau 41: Caractéristiques sociodémographiques	261
Tableau 42 : Motivations des personnes vivant en couple discordant	267

Tableau 43 : Désir de maternité	279
Tableau 44 : Sérodiscordance du VIH/SIDA dans 6 pays africains en %	319
Tableau 45 : Situation des couples en rapport avec le VIH/SIDA dans certains pays africains en %	319
Tableau 46 : Évolution des indicateurs du VIH/SIDA.....	320
Tableau 47 : Ratio personnel de santé/population (niveau national)	321
Tableau 48 : Ratio personnel de santé/population par département.....	321
Tableau 49 : Indicateurs de fécondité par milieu de résidence	321
Tableau 50 : Taux de fécondité selon le milieu de résidence par âge	322
Tableau 51 : Naissances vivantes selon le milieu de résidence par âge.....	322
Tableau 52 : Indicateurs de fécondité	322
Tableau 53 : Performance du système éducatif congolais	323
Tableau 54 : Calcul des indices de Whipple, Myers et Bachi.....	323
Tableau 55 : Valeurs propres	326
Tableau 56 : Tris à plat des variables actives	327
Tableau 57 : Résultats de la caractérisation des axes factoriels 1 et 2 Homme	329
Tableau 58 : Résultats de la caractérisation des axes factoriels 1 et 2 Femme	330
Tableau 59 : Caractérisation par les modalités des classes de la partition Homme	331
Tableau 60 : Caractérisation par les modalités des classes de la partition Femme	332
Tableau 61 : Modèle saturé ou final Homme	334
Tableau 62 : Modèle saturé ou final Femme.....	335

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Transmission inter-espèce du SIVcpz du Chimpanzé à l'Homme.....	34
Figure 2 : VIH aujourd'hui dans le monde : une distribution inégale	37
Figure 3 : Prévalence du VIH par département.....	44
Figure 4 : Variation par an du nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau national (1984-2014).....	46
Figure 5 : Évolution annuelle des nouvelles infections à l'échelle nationale (1984-2014).....	47
Figure 6 : Évolution des décès annuels liés au SIDA à l'échelle nationale (1984-2014)..	48
Figure 7 : Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15-24 ans en %	49
Figure 8 : Proportion des jeunes ayant utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel en %	51
Figure 9 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une bonne connaissance du VIH/SIDA	52
Figure 10 : Proportion de la population à un stade avancé de l'infection à VIH ayant accès au ARV en %.....	54
Figure 11 : Espérance de vie à la naissance (en années) avec et sans VIH dans 10 pays à plus forte prévalence en 2010.....	57
Figure 12 : Variation de la part du célibat définitif lors des trois derniers recensements en %.....	91
Figure 13 : Variations de l'intensité de nuptialité en %.....	92
Figure 14 : Variations de l'âge moyen au premier mariage au Congo	93
Figure 15 : Risque annuel moyen de transmission du VIH d'un partenaire infecté vers un partenaire non infecté dans un couple discordant par pays en %	101
Figure 16 : Risque moyen annuel de transmission du VIH d'un partenaire infecté vers un partenaire non infecté dans un couple discordant en %	102
Figure 17 : Risque de contamination par contact sexuel.....	102
Figure 18 : Risque de transmission du VIH en rapport avec la charge virale.....	104
Figure 19 : Schéma conceptuel de la sérodiscordance au Congo	123
Figure 20 : Cadre d'analyse de la sérodiscordance au Congo	125
Figure 21 : Carte administrative de la république du Congo	131
Figure 22 : Pyramide des âges de la population congolaise.....	134
Figure 23 : Taux de fécondité par âge et par période de 5 ans selon les différentes sources (RGPH07, EDSC05, EDSC11)	140
Figure 24: Géographie des ethnies du Congo	142
Figure 25 : Ratio personnel de santé/population (niveau national).....	158
Figure 26 : Ratio personnel de santé/population par département	158
Figure 27 : Distribution des personnes enquêtées selon l'âge et le sexe	172
Figure 28 : Rapport de masculinité	173
Figure 29 : Évaluation de la qualité de l'âge (Méthode de Meyer)	176
Figure 30 : Évaluation de la qualité de l'âge (Méthode de Bachi)	177
Figure 31 : Répartition des ménages enquêtés selon.....	180
Figure 32 : Proportion des couples discordants parmi les couples infectés	201
Figure 33: carte de sérodiscordance au Congo.....	202
Figure 34 : Proportion des couples discordants selon le milieu de résidence en %	205
Figure 35 : Proportion des couples discordants selon la région de résidence en %	206
Figure 36 : Proportion des couples discordants selon l'ethnie en %	207

Figure 37 : Proportion des couples discordants selon la religion en %	209
Figure 38 : Proportion des couples discordants selon le niveau de vie en %	210
Figure 39 : Proportion des couples discordants selon le niveau d'instruction en %	211
Figure 40 : Proportion des couples discordants selon le nombre	212
Figure 41 : Proportion des couples discordants selon l'âge en %	213
Figure 42 : Proportion des couples discordants selon	215
Figure 43 : Proportion des couples discordants selon le nombre de partenaires en % ...	217
Figure 44 : Proportion des couples discordants selon les mécanismes	218
Figure 45 : Proportion des couples discordants selon l'utilisation	219
Figure 46 : Proportion des couples discordants selon la connaissance	220
Figure 47: Impact du traitement précoce sur les réservoirs à VIH.....	220
Figure 48: Examen du plan factoriel (Fichier Homme)	229
Figure 49: Analyse du plan factoriel (Fichier Femme)	235
Figure 50: Fécondité selon le milieu de résidence	336
Figure 51: Indice Synthétique de fécondité à 40-49 ans	336
Figure 52 : Dendrogramme 1 Homme	337
Figure 53 : Dendrogramme 2 homme	338
Figure 54 : Dendrogramme 1 Femme	339
Figure 55 : Dendrogramme 2 Femme	340
Figure 56 : Cartographie des couples discordants au Congo	395

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Début de la construction du Chemin de Fer Congo-Océan, 1921	33
Photo 2 : Enfant de la Rue à Pointe-Noire (Samu-Pointe-Noire)	61
Photo 3 : Précarité des conditions de vie des enfants de la rue	62
Photo 4 : Initiation au Tchicoumbi chez les Vili.....	84
Photo 5 : Caravane d'esclaves au Congo-Brazzaville	144
Photo 6 : Les jeunes filles sont les plus exposées au VIH/sida.....	247
Photo 7 : Façade latérale du centre de prise en charge évangélique de M'paka	260
Photo 8 : Entretien avec une séropositive vivant en couple discordant	261
Photo 9 : Groupe de Parole Burkina Faso	275
Photo 10 : Contrôle hebdomadaire une femme séropositive en couple discordant	277
Photo 11 : Transmission mère-enfant (Congo-Brazzaville).....	279
Photo 12 : Entretien avec Femme séropositive en couple discordant	283
Photo 13 : État du bâtiment du Centre de prise en charge des PVVIH Mpaka.....	284
Photo 14 : Pharmacie du Centre de prise charge évangélique	285
Photo 15 : Gestionnaire de la pharmacie du centre	286
Photo 16 : Dépôt pharmaceutique du centre	287
Photo 17 : Archivage des dossiers des PVVIH	288

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADT : Arrêts de Travail
ADN : Acide Désoxyribonucléique
AEF : Afrique Équatorial Française
AMP : Aide Médicale à la Procréation
ARN : Acide Ribonucléique
ARV : Antirétroviraux
ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales
CCC : Communication pour le Changement des Comportements
CDC : Centers for Disease Control
CEDEAO : Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CENAMES : la Centrale nationale d'Achat des Médicaments Essentiels
CEPED : Centre Population et Développement
CERPOD : Centre de Recherche pour la Population et le Développement
CFS : Commission Fédérale Suisse pour les problèmes liés au sida
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIPD : Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CMS : Centre Médico-Social
CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine
CODESRIA : Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique
CONAPO : Commission Nationale pour la Population
COREC-Sida : Coordination des confessions Religieuses contre le sida au Congo
CREDES : Centre de Recherches, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé
CSI : Centre de Santé Infantile
CSS : Centre de Santé Spécialisé
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire
CV : Charge Virale
DDS : Direction Départementale de la Santé
DSRP : Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté

EDSC : Enquête Démographique et de Santé du Congo
ESISC : Enquête de Séroprévalence et des Indicateurs de Sida
FIV : Fécondation In Vitro
FOSIC : Forum des ONG de lutte contre le Sida au Congo
HGRN : Hôpital général de Référence National
HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec un Homme
IAD : Insémination Avec le sperme d'un Donneur Anonyme
IAC : Insémination Artificielle avec le sperme du Conjoint
ICSI : Fécondation In Vitro avec micro-injection
IDH : Demographic and hearth survey
IEC : Information, Éducation et Communication
IFORD : Institut de Formation et de Recherches Démographiques
INS : Institut National de la Statistique
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LNSP : Laboratoire National de Santé Publique
MSP : Ministère de la Santé et de la Population
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
ODD : Objectif de Développements Durables
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OEV : Orphelins et autres Enfants Vulnérables
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le Sida
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PCA : Paquet Complémentaire d'Activité
PIB : Produit Intérieur Brut.
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PNDS : Programme National de Développement de la Santé
PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME : Prévention de la Transmission de la mère à l'enfant
PS : Professionnelles du sexe
PVVIH : Personne Vivant avec VIH

RCA : République Centrafricaine
RDC : République Démocratique du Congo
RENAPC : Réseau National des Associations de Personnes Vivant avec le VIH au Congo
RGPH : Recensement Générale de la Population et de l'Habitation
SMI : Santé Maternelle et Infantile
SMI/BEF : Santé Maternelle et Infantile et Bien-être Familial
SR : Santé de la Reproduction
TAR : Traitement Antirétroviral
UDLS : Unité Départementale de Lutte contre le Sida
UEPA : Union pour l'Etude de la Population Africaine
ULS : Unité de Lutte contre le Sida
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, La Science et la Culture
UNFPA: United Nation Fund of Population Activities
UNICEF: United Nation International Children's Emergency Fund
VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine
WFS : World Fertility Surveys
WHO : World Health Organization?
ZD : Zone de Dénombrement

Mots clés : Discordance, couple, statuts sérologiques infection, déterminants socioculturels, VIH/sida, profil sociodémographique, charge virale indétectable, ARV.

RÉSUMÉ

La santé des populations est au cœur des problématiques de développement et s'inscrit dans le paradigme « santé, population et développement ». C'est dans cet esprit qu'à la conférence du Caire¹ les experts ont montré que le VIH/SIDA affecte aussi bien la croissance démographique que le développement durable. De même, l'infection par le VIH est source de discrimination, d'inégalités sociales, de fragilisation des couples, des familles au point où certains individus sont même ostracisés à cause de leur statut séropositif. Dans ces conditions, comment les personnes de statuts sérologiques différents vivent leur vie conjugale et leur procréation en dépit du risque élevé de contamination ? Quels sont les déterminants socioculturels de la sérodiscordance au Congo ? C'est pour apporter des éléments de réponse à ces interrogations que cette étude qui porte sur les couples discordants au Congo a été menée. Nous nous sommes servis des données de L'ESISC-1 pour constituer notre échantillon composé de 2 265 couples pour l'approche quantitative et 30 entretiens dans le cadre d'une enquête complémentaire (approche qualitative). Les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus sont les suivants : pour le profil des couples discordants au Congo, nous en avons défini trois profils : (i) les couples discordants défavorisés économiquement, qui résident en milieu rural, âgés de 35 ans et plus, non instruits ayant au minimum 6 enfants (ii) les couples favorisés économiquement sont rencontrés dans les deux grandes villes (Brazzaville et Pointe-Noire), instruits, de niveau de vie élevé, entre 3 à 4 enfants (iii) entre les deux catégories, nous avons les couples jeunes discordants, de niveau de vie moyen, qui vivent ensemble depuis moins de 5 ans, et ont entre 0 à 2 enfants. De même, le nombre de partenaires, la région de résidence, le nombre d'enfants, la durée d'union, l'âge, le niveau d'instruction, l'ethnie, les rapports protégés, la religion, le niveau de vie, la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/SIDA et l'amour sont des facteurs explicatifs de la formation des couples discordants au Congo-Brazzaville.

¹ La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a rassemblé 179 pays en 1994 au Caire, adoptant un programme d'action qui reconnaît que l'égalité des sexes et le droit à la santé sexuelle et de la procréation sont essentiels pour réduire la pauvreté, promouvoir le développement. La question du VIH avait également été abordée notamment son impact sur le développement.

Title: Discordant serology of HIV/AIDS and the lives of couples in the Republic of Congo. Socio-demographic profile, behaviors, survival factors and care

Keywords: HIV-positive status, different serological status, socio-cultural determinants, HIV/AIDS, health, infection, Socio-demographic profile, behaviors, survival factors, care, undetectable viral load, ARVs

ABSTRACT

Public health is at the heart of development issues and forms part of the "health, population and development" paradigm. It is in this spirit that experts at the Cairo conference showed that HIV/AIDS affects both population growth and sustainable development. Similarly, HIV infection is a source of discrimination, social inequality, and weakening of bonds in couples and families to the point where some individuals are even ostracized because of their HIV-positive status. Under such conditions, how do people of different serological statuses experience their conjugal and reproductive lives, despite the high risk of contamination? What are the socio-cultural determinants of serodiscordance in Congo? This study on discordant couples in the Congo was conducted to provide answers to these questions. We used ESISC-1 data to constitute our sample of 2,265 couples in the context of a quantitative approach and 30 interviews conducted in the context of a complementary survey (qualitative approach). The main results we obtained are as follows. In terms of the profiles of discordant couples in Congo, we defined three: (i) economically disadvantaged couples who live in rural areas, aged 35 and over, uneducated, with at least 6 children (ii) couples enjoying a favorable economic level are concentrated in the two major cities (Brazzaville and Pointe-Noire), educated, with a high standard of living, and have between 3 and 4 children (iii) between the two above categories, we have young couples, enjoying an average standard of living, who have been living together for fewer than 5 years, and have between 0 and 2 children. Similarly, the number of partners, region of residence, number of children, length of union, age, level of education, ethnicity, the fact of practicing protected sex, religion, standard of living, knowledge about HIV/AIDS transmission mechanisms, and love are explanatory factors in the formation of discordant couples in Congo-Brazzaville.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES.....	7
LISTE DES PHOTOS.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
RÉSUMÉ.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	16
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	28
CHAPITRE I CONTEXTE DU VIH/SIDA DANS LE MONDE ET AU CONGO- BRAZZAVILLE	30
<i>I. 1. ON NE GUÉRIT PAS ENCORE DU VIH, AUCUN VACCIN N'EXISTE POUR LE MOMENT, LA RECHERCHE AVANCE.....</i>	<i>30</i>
<i>I.2. DISTRIBUTION SPATIALE DE L'ÉPIDÉMIE A L'ÉCHELLE MONDIALE.....</i>	<i>35</i>
<i>I.3. L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA, UNE PRÉOCCUPATION POUR LES POPULATIONS DU CONGO</i>	<i>43</i>
<i>I.4. LES CONSEQUENCES DU VIH/SIDA.....</i>	<i>54</i>
<i>I.5. PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DU VIH/SIDA.....</i>	<i>67</i>
CHAPITRE II VIE DES COUPLES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO	75
<i>II. 1. CE QUE REPRÉSENTE VIVRE EN COUPLE POUR LE CONGOLAIS ?.....</i>	<i>76</i>
<i>II. 2. FORMES ET CARACTÉRISTIQUES DES UNIONS.....</i>	<i>80</i>
<i>II. 3 ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE NUPTIALITÉ SELON LES TROIS DERNIERS RECENSEMENTS (1974, 1984, 2007).....</i>	<i>89</i>
CHAPITRE III ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS ET RÉFÉRENCES THÉORIQUES	95
<i>III. 1. ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS.....</i>	<i>97</i>
<i>III.2. QUELQUES RÉFÉRENCES THÉORIQUES.....</i>	<i>112</i>
DEUXIÈME PARTIE CADRE CONTEXTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE.....	128
CHAPITRE IV PRÉSENTATION DU TERRAIN D'ÉTUDE	130
<i>IV.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE ...</i>	<i>130</i>
<i>IV.2. POPULATION ET CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES.....</i>	<i>132</i>
<i>IV.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES, CONTEXTE HISTORIQUE ET POLITIQUE</i>	<i>141</i>
<i>IV.4. CONTEXTE ÉCONOMIQUE, ÉDUCATION ET SYSTÈME DE SANTE</i>	<i>148</i>
CHAPITRE V ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE	165
<i>V. 1. APPROCHE QUANTITATIVE</i>	<i>165</i>
<i>V. 2. APPROCHE QUALITATIVE</i>	<i>185</i>
TROISIÈME PARTIE : TYPOLOGIE ET ESSAI D'EXPLICATION DE LA SÉRODISCORDANCE AU CONGO	193

CHAPITRE VI CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET TYPOLOGIE DES COUPLES DISCORDANTS AU CONGO	195
<i>VI. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES</i>	195
<i>VI. 2. TYPOLOGIE DES COUPLES SÉRODISCORDANTS</i>	221
CHAPITRE VII ESSAI D'EXPLICATION DE LA SERODISCORDANCE DU VIH/SIDA AU CONGO.....	238
<i>VII.1 EFFETS NETS DES VARIABLES EXPLICATIVES</i>	240
CHAPITRE VIII VIE DES COUPLES SERODISCORDANTS. ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES COMPLEMENTAIRES	259
<i>VIII. 1. CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ DU CONJOINT</i>	262
<i>VIII. 2. QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES PERSONNES VIVANT EN COUPLE DISCORDANT ?</i>	267
<i>VIII. 3. LE DÉsir D'ENFANT OU DE MATERNITÉ</i>	277
CONCLUSION GÉNÉRALE	289
BIBLIOGRAPHIE	299
INDEX ALPHABETIQUE.....	315
ANNEXES.....	318
ANNEXE I TABLEAUX ET FIGURES	319
ANNEXE II : GUIDES D'ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES ESISC-2009	341
ANNEXE III : TEXTES REGLEMENTAIRES.....	370
ANNEXE IV : DETAILS SUR CHAQUE ENQUETE.....	381

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Pour l'achèvement de la science, il faut passer en revue une à une toutes les choses qui se rattachent à notre but par un mouvement de pensée continu et sans nulle interruption, et il faut les embrasser dans une énumération suffisante et méthodique. (Descartes, 1628-1629, p. 387)

Parmi les nombreux défis du monde contemporain, il y a la question de la santé des populations qui est très préoccupante surtout dans les pays en développement, dont la plupart se heurtent à de graves difficultés économiques et sociales : chômage des jeunes, pauvreté accrue, famine, mortalité élevée, etc. ; le tout exacerbé par les conflits armés et intercommunautaires un peu partout. C'est ce qu'essaie de décrire Mohammed Mazouz comme bien d'autres auteurs : « la faim, la malnutrition, la morbidité, la pandémie de sida, l'illettrisme, le chômage, la précarité sociale, la pauvreté, l'exclusion, la marginalisation, l'exploitation et l'esclavage moderne, la violence, les guerres civiles, les déplacements forcés de population, le déni de justice, ne constituent pas des référents imaginaires ou décrivant une situation apocalyptique parvenant d'un passé révolu. C'est bien au contraire dans toute sa brutalité la réalité d'aujourd'hui, celle du vécu quotidien pour un milliard et demi d'êtres humains (soit plus d'1 personne sur 4) qui l'éprouvent dans leur chair et leur sensibilité, et qui sont autant de victimes expiatoires et d'offrandes votives à un pseudo-développement et au système mondial qui l'a engendré, un pseudo développement déséquilibré, injuste, liberticide, prédateur, et déprédateur qui se nourrit de la souffrance du plus grand nombre d'êtres humains, victimes sacrificielles d'un développement qui ne profite qu'à une infime minorité » (Mazouz cité par Loriaux, 2006, p. 4-5)

Que représente la santé dans ce monde fait d'inégalités et d'injustices

La terminologie « santé » est complexe et admet une diversité de définitions. Nous allons nous intéresser ici, à celle de l'OMS qui renvoie à un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (World Health Organization, 2001).

La santé au même titre que l'éducation est un pilier du capital humain qui lui-même est un facteur de développement. En d'autres termes, la santé est à la fois un facteur de développement et un objectif à atteindre. De la conférence de Rio (1992) aux Objectifs du millénaire pour le développement² (OMD) (2000) en passant par le sommet du Caire (1994), la santé des populations est au centre des préoccupations de la communauté internationale et intégrée dans le paradigme : « *population, santé, développement* ».

Pour Sen « une population bien nourrie et bien soignée est un facteur déterminant de la croissance économique. L'augmentation de la productivité du travail, induite par l'amélioration des "capabilités" des individus, génère une augmentation du revenu national » (Sen cité par Tizio, 2004).

Par ailleurs, un mauvais état sanitaire peut remettre en cause tout effort de développement économique et social comme le souligne Tizio. « La santé est un input de la croissance économique et du développement humain à long terme. En revanche, la mauvaise santé est un facteur de stagnation économique et sociale. La maladie agit sur le développement humain et sur la croissance, elle engendre une perte de bien-être individuel et ensuite un impact négatif sur la vie de demain. Elle revêt, en effet, une dimension intergénérationnelle sur les conditions d'existence des descendants et ascendants de l'individu malade. Enfin, la mauvaise santé induit des coûts sociaux qui, en étant parfois importants, hypothèquent toute

² Pour la petite histoire sur les OMD, il faut dire que c'est lors du Sommet du Millénaire, qui s'est tenu du 6 au 8 septembre 2000 à New York, que 189 chefs d'État et de gouvernement du monde avaient adopté une Déclaration dans laquelle avaient été énoncés huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dont trois consacrés à la santé (les objectifs, 4, 5 et 6). Les huit OMD sont les suivants : Objectif 1 : éliminer l'extrême pauvreté et la faim ; Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous ; Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants ; Objectif 5 : améliorer la santé maternelle ; Objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; Objectif 7 : assurer un environnement durable ; Objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement. <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

vellité d'amélioration de l'autonomie individuelle et de maintien de la croissance économique » (Tizio, 2004).

Or nous le savons, le développement est au cœur de la lutte contre la pauvreté, et en particulier de la réalisation des objectifs du développement durable. La santé produit donc une amélioration des capacités individuelles de développement personnel, ceci tant sur le plan physique, qu'intellectuel et émotionnel.

C'est dans cette direction que nous essayons d'orienter cette thèse de doctorat qui porte sur le VIH/sida plus précisément les couples sérodiscordants, un aspect à intégrer véritablement dans les stratégies de prévention ; compte tenu de leurs contributions dans la diffusion de l'épidémie dans le monde. Il s'agit d'une question de santé publique qui interpelle les gouvernements, les chercheurs, les ONG et associations et la communauté internationale. Car, depuis la conférence du Caire, les experts avaient tiré la sonnette d'alarme sur les dangers de l'épidémie par le VIH-sida sur la croissance démographique et le développement durable : « dans beaucoup de pays, l'épidémie n'est plus circonscrite dans les villes mais se répand aussi dans les campagnes, où elle perturbe l'activité économique et la production agricole » (UNFPA et PNUD, 1995).

VIH/sida, quarante ans de recherche non aboutie, une histoire à multiples facettes

Il importe de relever qu'en dépit des avancées scientifiques de ces quarante dernières années, la problématique du sida reste préoccupante. Chaque jour dans le monde près de 6 800 personnes sont infectées et 2 500 meurent des maladies liées au sida ; dans un contexte où le traitement curatif n'est pas à l'ordre du jour, ni moins encore le vaccin. (Javaugue et *al.*, 2014a).

Également, nous faisons remarquer que, malgré la reconnaissance de l'épidémie par la communauté scientifique en 1981, elle continue à soulever des controverses avec ses fameuses théories du complot.

La plus redoutable est celle développée par le docteur Willner (1994) : « le sida n'est pas causé par le VIH et il n'est, ni transmis sexuellement ni par tout autre moyen. Les vraies causes du sida sont connues depuis des siècles et ont été énumérées dans les livres médicaux depuis plus de soixante ans. Nous avons tous été trompés et vendus pour une bouchée de

pain par une poignée de scientifiques immoraux et peu scrupuleux qui font plus grand cas de l'argent et du pouvoir que de la vie humaine. La plupart des morts de sida qui ont été suivis médicalement sont morts suite à leur traitement par le médicament mortel AZT » (Willner, 1994).

L'important pour nous n'est pas ici de raviver de vieilles querelles, mais de mettre en évidence les désaccords qui ont permis de faire avancer la recherche. Ne dit-on pas que « Du choc des idées jaillit la lumière ? » (N. Boileau³).

Au-delà des contradictions, le sida est bien réel, les familles sont endeuillées chaque jour par cette maladie, les populations vivent dans la crainte. On ne peut douter que l'infection par le VIH est un problème de santé mondiale d'une portée sans précédent, une véritable catastrophe sanitaire surtout pour les peuples d'Afrique noire (Javaugue et *al.* 2014b).

Dans son rapport de 2015, ONUSIDA indique qu'en 2014, environ 2 millions de personnes ont été nouvellement infectées dans le monde et 1,2 millions de décès enregistrés. L'Afrique noire est la région la plus touchée par l'épidémie et plus particulièrement l'Afrique orientale et australe qui cumule plus de la moitié (52 %) des personnes vivant avec VIH (PVVIH), 43 % des nouvelles infections et 47 % des décès (ONU/SIDA, 2016).

En plus, du fait, que le sida a modifié la structure de la population dans les pays à fort taux de prévalence, il a également influencé la mortalité⁴ adulte, mortalité infanto-juvénile et entraîné la chute de l'espérance de vie⁵ de 20 ans à 15 ans. Elle est passée de 63 ans à 51 ans en Afrique du Sud entre 1990 et 2006 ; au Swaziland de 60 ans à 42 ans ; de 62 ans à 41 ans au Zimbabwe et de 61 ans à 42 ans au Lesotho. Notons que le niveau le plus bas de cet indicateur était enregistré entre 2000 et 2005 au Botswana (35 ans). L'écart s'est donc accru

³ Nicolas Bouleau est un philosophe Français du 17e siècle, né le 1er novembre 1636 à Paris et mort le 13 mars 1711 à Paris, il est également auteur de plusieurs œuvres littéraires.

⁴ La mortalité en démographie renvoie aux décès survenant dans la population. La mort frappera, en temps voulu, tous les membres d'une population mais son taux d'incidence est fonction de nombreux facteurs, tels que l'âge, le sexe, la race, l'occupation et la classe sociale et cette incidence est très révélatrice du niveau de vie et de soins de santé d'une population. Le taux de mortalité (appelé également taux brut de mortalité) est le nombre de décès pour 1.000 habitants durant une année donnée. On estime que le taux de mortalité infantile est une bonne indication de la situation sanitaire d'une population (Haupt, 2004, p. 25-28).

⁵ L'espérance de vie est une estimation du nombre *moyen* d'années qu'une personne pourrait espérer vivre si les taux de mortalité par âge pour une année donnée restaient les mêmes jusqu'à la fin de sa vie. L'espérance de vie est une mesure hypothétique car elle est basée sur l'évolution des taux de mortalité actuels et des taux de mortalité réels tout au long de l'existence d'une personne. L'évolution future de la mortalité fera changer l'espérance de vie de chaque personne au fur et à mesure qu'elle vieillit. (Haupt, 2004, page. 29).

au fil du temps entre les pays d’Afrique du Nord, en progrès économique, et ceux d’Afrique subsaharienne, les en retard de la planète (Gaimard, 2011, pp 101-102).

La quasi-totalité des recherches sur le VIH/sida indiquent une surinfection féminine soit un ratio⁶ de 1,7 ; de même il est avéré que la plupart des femmes d’Afrique sub-saharienne infectées par le VIH l’avaient été par leur mari, dans le cadre des relations sexuelles conjugales. (Cohen et Reid cités par Desgrées du Loû, 2005, pp 221-242). On comprend sans doute, que l’épidémie menace tout le monde pas seulement les personnes qui ont des rapports sexuels dits « à risque », sous-entendu avec des partenaires occasionnels ou avec des prostituées. La cellule conjugale est non seulement un lieu où on peut contracter le virus du VIH, mais aussi un lieu où il faut « vivre avec » (Desgrées du Loû, 2014).

D’après le rapport d’Onu/sida, 60 % des personnes nouvellement infectées lors de rapports hétérosexuels l’ont été dans le cadre du mariage ou d’une cohabitation, contre plus de la moitié (50–65 %) au Swaziland, 35–62 % au Lesotho et 44 % au Kenya.

Le couple, vecteur important de la diffusion du VIH/sida

Dans le contexte de l’épidémie par le VIH-Sida, il existe pour le couple 3 statuts sérologiques possibles :

- ✓ séronégatifs, aucun membre n’est affecté par le VIH/sida ;
- ✓ séropositif, les deux partenaires sont porteurs du virus ;
- ✓ sérodiscordant, un des partenaires est séropositif.

Avec une prédominance de la transmission de l’épidémie lors des rapports hétérosexuels, le nombre de couples sérodiscordants s’accroît et la transmission du VIH augmente au sein de relations à long terme. Les données relevées dans 12 pays d’Afrique orientale et australe indiquent une prévalence élevée chez les couples sérodiscordants, allant de 36 % à 85 %.

La vie de couple considéré comme le noyau de la famille et le cadre idéal d’une vie sexuelle épanouie et sécurisée ne serait-il pas en danger de mort pour reprendre l’expression de Luc Ferry (ferry, 2010).

⁶ Le ratio est ici le rapport entre le nombre de femmes infectés sur le nombre des hommes infectés

Important de souligner que les terminologies telles que : sérodiscordant, discordant, sérodifferent, sérodivergent, divergent abondamment utilisées dans ce texte sont des synonymes.

Également, la plupart des études sur les couples discordants s'inscrivent dans une approche biomédicale, et sont orientées dans trois axes : l'aide médicale à la procréation, l'évaluation des risques de transmission du VIH dans un couple discordant et l'efficacité des antirétroviraux (ARV) dans le cadre de la prévention.

Par ailleurs, le volet socioculturel de la sérodiscordance est peu fécond, pourtant leur rôle dans la propagation du VIH/sida a été prouvé dans plusieurs études. La seule étude rencontrée est celle du CEDES⁷, qui aborde cette question superficiellement dans une approche descriptive.

C'est la raison d'être de cette thèse de doctorat qui consiste à élucider les déterminismes socioculturels de la sérodiscordance au Congo. Car les sciences de l'homme et de la société ont pour mission fondamentale de répondre aux interrogations qui se font jour dans la société.

Position du problème, intérêt de l'étude et question de départ

En dépit des discours de sensibilisation et d'autres mesures visant à réduire la propagation de l'épidémie, la situation du VIH reste préoccupante au Congo.

Les statistiques du Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) de 2014 indiquent, que le nombre de personnes infectées par le VIH est de 77 501, pour une population estimée à 4,7 millions, soit 1,6 % de la population totale ; les décès liés au sida 4 440, soit 0,1 %. La proportion des personnes n'ayant pas accès au traitement est de 27 %, alors que 4 545 nouveaux cas ont été enregistrés. Ce qui représente un ratio de 10,21 pour 10 000 habitants (CNLS et Croix rouge française 2016). Cette statistique se rapproche de celle de la République Centrafricaine (11,6 pour 10 000 habitants), considéré comme le pays le plus

⁷ Cabinet d'expertise en développement économique et social (CEDES), c'est un Cabinet d'étude qui est basé au Togo, intervient dans divers secteurs : Banque, suivi et évaluation, PME, secteur privé etc.

touché de la région Afrique occidentale et du centre⁸. C'est pour montrer combien la situation du VIH/sida au Congo est gravissime.

Il en est de même pour les prévalences qui demeurent élevées dans les groupes les plus exposés, malgré une tendance générale à la baisse. Il s'agit notamment, des professionnelles du sexe (PF) 26 %, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) 7,5 % et les détenus 8,3 %). (CNLS, 2012).

On s'aperçoit également qu'au Congo, la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle, avec une forte diffusion au sein de la population générale.

Faisons remarquer aussi que 25 % des Congolais sexuellement actifs ont déjà contracté plus d'une union, 80 % déclarent les rapports sexuels non protégés et 45 % des rapports extra-conjugaux à risques (INS, 2009).

Deux situations majeures ont favorisé la diffusion du VIH/sida au Congo à savoir :

les conflits armés de ces trente dernières années (1993-1994, 1997 et 1998) ayant pour conséquence les viols de masse, le commerce du sexe et l'effondrement du système sanitaire ont contribué à la recrudescence de certaines pathologies jadis contrôlées telles que : la tuberculose, le choléra, les affections pulmonaires et l'émergence du VIH. (INS-Congo, 2005).

Or, nous savons que les infrastructures sanitaires jouent un rôle de premier plan dans le traitement du VIH/sida et l'information des populations contre les risques d'infection comme le rapporte l'Unicef. « les conflits armés détruisent les infrastructures nécessaires pour traiter les personnes frappées par le VIH/sida et pour informer la population sur les moyens d'éviter de contracter le virus. Ils démunissent les familles et les communautés au point qu'il leur est impossible de s'occuper des malades ou des enfants qui ont perdu leurs parents. Les priorités du conflit rendent également difficile de mobiliser la détermination politique et les ressources nécessaires pour lutter contre la propagation du VIH/sida. En outre, le viol est devenu une arme de guerre. Au Rwanda, 2 000 femmes dont beaucoup avaient survécu à un viol, ont été soumises au test de sida cinq ans après le génocide de 1994. Il s'avère que 80 %

⁸ La région Afrique occidentale et centrale selon ONU/SIDA et l'OMS comprend, 25 pays à savoir : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Ghana, Congo, Côte-d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, république centrafricaine, république démocratique du Congo, Sao-Tomé-Et-Principe, Sénégal, Siéra Leone, Tchad, Togo.

d'entre elles étaient séropositives, alors que beaucoup d'entre elles n'étaient pas actives sexuellement avant le génocide » (Croix rouge et croissant rouge, 2008).

À ces conflits armés, s'ajoute la crise économique des années 1980-1990 avec son cortège de maux. En effet, entre 1980 et 1990 le comme bien d'autres pays africains étaient frappés par une crise économique sans précédent caractérisée par : « la baisse de l'activité économique à partir de 1982 est elle-même la conséquence de la diminution du volume et du taux d'accroissement de l'investissement public. Après avoir enregistré une hausse substantielle (97,2 % en 1982) avec le démarrage du plan quinquennal 1982-1984, le volume de l'investissement a amorcé une chute à partir de 1983, du fait des difficultés financières croissantes de l'État, l'augmentation régulière des recettes pétrolières jusqu'en 1984 a néanmoins limité les effets de la baisse de l'investissement et permis à l'économie de poursuivre sa croissance jusqu'à cette date, bien qu'à un taux de plus en plus faible. À partir de 1985, le ralentissement de la croissance fait place à une récession profonde marquée par un recul du PIB réel de l'ordre de 3 à 10 %. Au plan sectoriel, cette récession est caractérisée par la diminution de la production pétrolière (-3 %), du chiffre d'affaires de ce secteur (-7 %, malgré le cours élevé du dollar dont le niveau annuel moyen était de 450 francs CFA) et surtout du chiffre d'affaires du BTP (-22 %) et des industries mécaniques (-15 %) » (Diata, 1989).

Dans le cadre du programme d'ajustement structurel, les institutions de Bretton Woods (FMI, Banque mondiale) avaient imposé au gouvernement congolais, des mesures drastiques pour rétablir l'équilibre macroéconomique : le rabattement des salaires des agents de l'État à 30 %, le gel de leurs avantages et des recrutements dans la fonction publique, principal pourvoyeur d'emplois. Ces conditions ont contribué assurément à la dégradation de la situation des travailleurs en particulier et des populations en générale (famine, pauvreté, chômage, etc.).

D'un point de vue sociétale, la crise a eu des répercussions sur les comportements individuels notamment : le relâchement de l'autorité parentale, le vol, la corruption, la précocité des rapports sexuels chez les jeunes (les âges au premier rapport sexuel respectivement de 10 ans chez les garçons et 12 ans chez les filles), la prostitution et le changement fréquent de

partenaires sexuels. Dans la littérature sur le VIH-Sida, ces éléments sont considérés comme des facteurs à hauts risques (Levinson, 1997, pp. 276-277).

Au vu de ces informations, avec les rapports hors mariage qui sont estimés à 27 %, il est fort probable qu'au bout de vingt-cinq ans⁹, tout Congolais sexuellement actif d'une génération est susceptible d'infecter ou d'être infecté par le VIH/sida.

Ce travail de thèse de doctorat « *Sérodiscordance du VIH/SIDA et vie des couples en République du Congo. Profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge* » arrive à point nommé.

Il permet dans un premier temps de combler un vide, car contrairement à d'autres pays africains et en fonction des connaissances dont nous disposons, aucune étude sur la question n'existe au Congo. Pourtant, 23 % des nouvelles infections à VIH dans le pays surviennent chez les couples stables (Kouassi et Gokaba, 2013). Aussi, 8 couples sur 10 infectés au Congo sont discordants (INS-Congo, 2009 a).

Dans un second moment, il contribue à la production d'informations susceptibles d'aider les acteurs dans la prise de décision et l'action. Plus précisément, il apporte un éclairage sur les comportements de ces couples en termes de vie conjugale, de motivations, mais aussi sur leurs attitudes dans les relations sexuelles et le comportement reproducteur. Nous sommes persuadés que ces comportements dépendent en partie des représentations et des perceptions que les membres du couple et la famille ont du VIH/sida, des connaissances qu'ils ont de l'épidémie, de sa diffusion et sa prévention.

En s'appuyant donc sur le principe de la rationalité dans les sciences sociales, nous postulons que les actes posés par les individus sont rationnels et par conséquent relèvent d'un choix raisonné. Si certains individus se conforment, « c'est parce qu'ils y voient le résultat des processus rationnels et non l'irrationnel déclenché par des forces obscures » (Boudon, 2003, p. 100).

⁹ En nous servant de l'image du ruban, nous représentons la vie sexuelle des congolais sur un palier ou bande de 4 mois dont 75 % de vie intraconjugale et 25 % de vie extraconjugale, c'est-à-dire 3 mois avec un partenaire stable et 1 mois avec un partenaire occasionnel. En 12 mois il compte 4 partenaires (1 stable et 3 occasionnels) soit un risque d'exposition d'environ 4 %. Ce qui nous conduit au calcul du temps de contamination pour 100 partenaires par un individu. Les calculs se font en rapportant 100 qui est une constance sur le risque d'exposition (4). Le résultat obtenu est de 25 ans qui correspondent au cycle de renouvellement d'une population adulte apte à se reproduire.

La sérodiscordance est tantôt perçue comme un acte irrationnel ou irréfléchi, alors que le phénomène est bien plus complexe et ses fondements sont à rechercher dans les déterminismes socioculturels et psychologiques. Pour reprendre Max Weber cité par Tchetsnia, « il n'y a pas une rationalité, mais des rationalités » (Tchetsnia, 2016, p. 12).

Il importe donc d'interroger « les bonnes raisons » ou les rationalités de la sérodiscordance au Congo. Pour comprendre le comportement des acteurs, deux questionnements s'avèrent indispensables. Comment les personnes de statuts sérologiques différents vivent leur vie conjugale et leur procréation en dépit du risque élevé de contamination ? Quels sont les déterminants socioculturels de la sérodiscordance au Congo ?

L'hypothèse au cœur de ce travail réside dans le rôle joué par les déterminants socioculturels représentés par la religion, l'ethnie et la région de résidence dans la formation des couples sérodiscordants au Congo. À ces caractéristiques, nous y rattachons deux autres dont les effets ne sont pas des moindres. Il s'agit : des facteurs démographiques constitués par l'âge, le nombre d'années de vie commune, le nombre d'enfants et les conditions économiques du ménage mesurées ici par le niveau de vie. Les attitudes des individus à l'égard du VIH/sida ne sont pas non plus négligeables. Car la connaissance des mécanismes de transmission de l'épidémie et des moyens de prévention peut également influencer sur le statut sérodiscordant du couple.

Pour appréhender la sérodiscordance au Congo, nous allons nous appuyer principalement sur les données de l'enquête de séroprévalence et des indicateurs de sida réalisés en 2009, sur l'ensemble du territoire, et qui demeurent d'actualité. Tout cela sera approfondi dans la deuxième partie de cette étude consacrée à la méthodologie.

Des techniques statistiques descriptives multivariées (analyse factorielle en correspondance multiple, analyse des classifications) et explicatives (régression logistique) seront utilisées. Ces résultats seront complétés par l'analyse qualitative des entretiens semi-directifs réalisés à Pointe-Noire (centre de prise en charge évangélique des personnes vivant avec le VIH/sida de Mpaka).

Ceux-ci apporteront des éclairages sur les motivations des personnes vivant en couple discordant, le désir de maternité et l'existence ou non des tensions suite au statut discordant du couple.

Loin de s'opposer, ces deux approches (quantitative et qualitative) sont complémentaires et constituent la réalité d'un même continuum. Nous y reviendrons avec plus de précisions dans la méthodologie.

La présente étude est divisée en trois grandes parties. Dans la première partie intitulée cadre théorique et conceptuel qui comprend trois chapitres, nous allons dans un premier temps explorer la situation du sida dans le monde et au Congo. Il s'agira de décrire l'épidémie, analyser les indicateurs du VIH/sida au Congo, nous allons également évoquer les perceptions et représentations de la maladie. Car, la sérodiscordance dépend en partie des représentations collectives, sociales et individuelles du VIH/sida (Chapitre I).

Nous examinerons ensuite la vie des couples au Congo. Cette analyse portera essentiellement sur les fondements de la vie de couple, les formes d'unions et le suivi de l'évolution des indicateurs de nuptialité. Ces éléments aideront à la compréhension de la dimension socioculturelle de la sérodiscordance (Chapitre II). Nous nous intéresserons aussi à l'état des connaissances sur les couples discordants et quelques théories de références. Il s'agira de passer en revue la littérature sur le sujet ainsi que les théories qui pourront nous éclairer dans notre questionnement (Chapitre III).

Dans la deuxième partie nommée, cadre contextuel et méthodologique seront analysés les éléments de contexte (situations géographique, politique, économique, etc.) (Chapitre IV).

Nous cernerons également la démarche méthodologique qui permettra de vérifier notre hypothèse de recherche (Chapitre V).

Dans la troisième partie consacrée aux résultats de l'étude, nous présenteront les caractéristiques sociodémographiques de la population échantillonnée et le profil des couples discordants au Congo (Chapitre VI). Nous tenterons également d'élucider les déterminants socioculturels de la sérodiscordance et leurs mécanismes d'actions (Chapitre VII). Enfin, le chapitre VIII portera sur l'analyse des données recueillies dans le cadre d'une approche qualitative.

PREMIÈRE PARTIE :
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Nous commençons ce travail par nous interroger sur les fondements d'un travail de recherche. Vouloir répondre à cette question nous conduit à adopter une démarche réflexive à propos d'un sujet, en le développant d'abord dans une approche théorique, puis dans une approche empirique. Nous allons dans une première étape scruter les éléments de contexte pouvant éclairer notre sujet d'étude. À savoir la situation sur l'épidémie du sida dans le monde et au Congo, et éventuellement dégager les particularités de la vie des couples dans ce pays. Ensuite, dans une seconde étape, faire un inventaire des connaissances sur les couples discordants afin de construire progressivement notre objet de recherche.

CHAPITRE I

CONTEXTE DU VIH/SIDA DANS LE MONDE

ET AU CONGO-BRAZZAVILLE

«Le VIH/sida, un problème de santé mondial d'une portée sans précédent » (Javaugue et *al*, 2014b, p.276)

Étudier les couples sérodiscordants nécessite une bonne connaissance de l'épidémie par le VIH-Sida, c'est-à-dire connaître l'origine de la maladie, comprendre les mécanismes de transmissions du virus, présenter la situation du VIH-Sida dans le monde et au Congo. Les incidences de l'épidémie dans de nombreux secteurs de la société sont abordées ainsi que les perceptions et représentations du VIH/sida qui sont fondamentales pour comprendre certains phénomènes tels que : la formation des couples discordants. Voilà ce à quoi nous allons nous atteler dans ce chapitre.

I. 1. ON NE GUÉRIT PAS ENCORE DU VIH, AUCUN VACCIN N'EXISTE POUR LE MOMENT, LA RECHERCHE AVANCE

Malgré les progrès de ces dix dernières années, le VIH/sida continue de constituer une menace pour les populations du monde. Plus particulièrement les pays en développement qui sont confrontés à plusieurs problèmes entre autres : la famine, le chômage, les conflits armés, une mortalité élevée, etc. « L'état sanitaire d'une population est étroitement lié à son avancée dans la transition démographique qui se caractérise, dans sa première phase, par une baisse de la mortalité, conséquence du développement économique et social, de l'élévation du niveau d'instruction, de l'application des mesures d'hygiène alimentaire, des progrès d'assainissement

puis plus tard, de l'utilisation des antibiotiques et de la généralisation de la vaccination » (Gaimard, 2011, p. 8).

Le Congo, à l'instar des autres pays de l'Afrique subsaharienne paye un lourd tribut à l'infection par le VIH, qui représente la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 45 ans. Les couples sérodiscordants constituent un vecteur important de la transmission et de la diffusion de l'épidémie à l'échelle mondiale. Ce qui nous conduit à l'analyse situationnelle du sida dans le monde et au Congo.

Le VIH/sida est l'une des plus importantes maladies à avoir émergé au cours du siècle dernier. Chaque jour à travers le monde, de nombreux décès liés à l'épidémie et de nouvelles infections sont signalés.

Ce qui ne laisse pas indifférent la communauté internationale, les gouvernements, les ONG, les associations, les organisations de la société civile et les chercheurs qui mutualisent leurs efforts en vue de combattre cette pandémie qui assurément est l'une des plus dévastatrices de l'histoire de l'humanité. Ce point de vue rejoint celui de Colin Powell¹⁰ qui estime que : « le sida est une force destructrice des nations ayant le pouvoir de déstabiliser des régions voire même des continents » (Colin Powell cité par Mastny et Cincotta, 2005).

Dans la même logique, Martin pense que : « le sida est une pandémie¹¹ exceptionnelle à un triple titre médicalement, ce virus affecte les barrières immunitaires et contredit le principe même du vaccin » (Martin, 2006).

1.1.1. Une brève histoire de l'épidémie

À titre de rappel, les premiers cas de sida ont été identifiés à Los Angeles et San Francisco en 1981, chez les homosexuels, respectivement par Mickael Gottlieb et Friedman Kien (Javaugue et *al.*, 2014c). Ces deux médecins avaient découvert chez des malades jeunes une fréquence anormale de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et de sarcome de Kaposi. « Ces deux maladies étaient connues ; on savait dès longtemps que la pneumocystose se rencontrait, par exemple, chez les enfants immunodéprimés de naissance ou pour toute autre cause, et que des greffés rénaux, chez qui le traitement anti-rejet entretient un certain niveau d'immunodépression, étaient atteints d'infections opportunistes ou, parfois, de sarcome de Kaposi. Mais le grand

¹⁰ 65^e secrétaire d'État des États-Unis (2001-2005).

¹¹ Une épidémie est une maladie infectieuse (contagieuse) d'une extension rapide, mais localisée ; cependant une pandémie désigne une épidémie touchant la quasi-totalité d'une population d'une zone géographique très étendue.

mérite de Mikael Gottlieb et Friedman Kien fut d'attirer l'attention sur le fait que ces deux maladies atteignaient des sujets qui n'avaient apparemment pas de raison d'être immunodéprimés » (Montagnier et Bourget, 1986 ; Montagnier, 1983, p.39).

Le VIH-Sida s'est ensuite répandu en Europe et le reste de la planète. « On commençait à parler d'épidémie ! En même temps, d'autres constatations s'imposaient.

Elles étaient de deux ordres. Sur le plan scientifique, les malades présentaient le même type d'immunodéficience : c'est la population des lymphocytes T4, l'une des clés de voûte des défenses naturelles de l'organisme, qui est préférentiellement frappée et qui disparaît. La chute des T4 "signe" le SIDA. Sur le plan médical, trois faits : la mortalité due à la maladie est lourde : de 40 % à 75 % des cas avec un certain recul ; la majorité des sujets atteints a moins de quarante ans ; le mal frappe sélectivement les homosexuels (75 % des cas) à partenaires multiples, ainsi que des bisexuels ». (Montagnier, 1983, p. 42-43).

Après 3 ans de bataille juridico-scientifique, la primauté de la découverte du virus responsable du sida (VIH-1) a été attribuée à l'équipe du Pr Luc Montagnier en 1983, qui a isolé en 1986, en collaboration avec les médecins portugais, le VIH-2. Ces travaux ont valu à Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi les Prix Nobel de médecine en 2008.

1.1.2. À propos de l'origine africaine du VIH/Sida

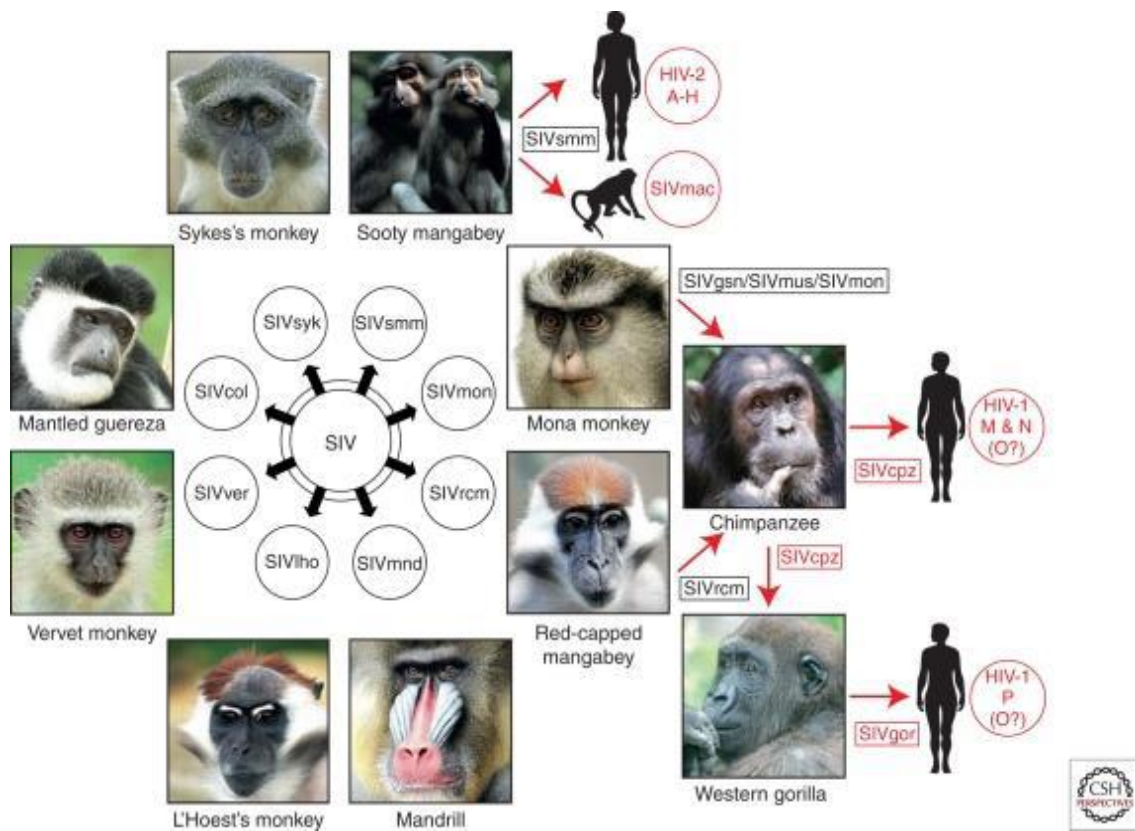
Les écrits indiquent que l'origine du VIH/sida remonte à 1908 à la suite de la transmission inter-espèce du Simian Immunodeficiency Virus (SIV) entre les chimpanzés (*Pan troglodytes*) et l'homme dans le Sud-Est du Cameroun (Keele et *al.*, 2006). Le premier foyer de l'épidémie s'est constitué à Kinshasa à partir des années 1959. IL a été démontré que la colonisation a joué un rôle majeur dans la diffusion de l'épidémie avec notamment, la déportation des populations des territoires de l'Afrique Équatoriale Française pour travailler dans la construction du chemin de fer Congo-océan (CFCO), les mines de Katanga (Congo-belge actuel RDC) etc. Voir la photo ci-après.

Photo 1 : Début de la construction du Chemin de Fer Congo-Océan, 1921
(Coquery-Vidrovitch, Korber et *al.*, 2000)



Ces propos sont confirmés par Delaporte cité par Martine Peeters. « Les chercheurs ont donc pu remonter le temps et suivre à la trace la dissémination du virus grâce à la biologie moléculaire. Deux prélèvements oubliés, l'un fait à Brazzaville en 1959, l'autre à Kinshasa en 1960 (les deux villes ne sont séparées que par le tumultueux fleuve Congo), vont se révéler positifs au VIH-1 groupe M, précisément la souche qui s'est répandue dans le monde entier. Deux échantillons : assez pour déterminer qu'un ancêtre commun à ces deux souches devait exister autour de 1920. C'est à cette époque qu'un virus simien, similaire au VIH, mais baptisé SIVcpz, serait donc passé du chimpanzé à l'homme. Martine Peeters, qui a découvert les descendants de ce SIVcpz à la fin des années 1980 au Gabon, a ensuite réussi à en traquer la source jusqu'à l'extrême sud-est du Cameroun « dans une zone d'environ 200 km² » (Coquery-Vidrovitch et Lassagne, 2005). La figure 1 en est une parfaite illustration.

Figure 1 : Transmission inter-espèce du *SIVcpz* du Chimpanzé à l'Homme
(Origins of human AIDS viruses) Sharp *et al.*, 2011



1.1.3 Structure, réplication virale et modes de transmissions

1.1.3.1. Structure et réplication virale

Par ailleurs, une brève description de la structure du virus nous indique, que le VIH est un lentivirus, de forme sphérique, avec un diamètre d'environ de 90 à 120 nm. Il possède une enveloppe, une nucléocapside dense, excentrée, quelques fois en forme de trapèze ou de barreau.

En dépit des similitudes entre le VIH-1 et 2, les différences entre les deux se situent au niveau du gène accessoire *vpu* du VIH-1 qui est remplacé chez le VIH-2 par un gène *vpx* de même fonction.

L'homologie globale entre les séquences nucléotidiques VIH-1 et VIH-2 est de l'ordre de 42 %. Cette homologie est plus importante au niveau des gènes *gap* et *pol* (> 50 %) qu'au niveau du gène *env* (39 %).

La réplication du VIH dans l'organisme se produit dans de nombreux tissus (ganglions lymphatiques, cerveau, muscles, etc.) et/ou liquides biologiques (sang, liquide broncho-alvéolaire, etc.), dans lesquels nous retrouvons les cellules cibles du VIH. L'infection des cellules cibles explique la baisse élective de l'immunité liée à la disparition des lymphocytes CD4 et des macrophages, ainsi que le tropisme particulier du virus pour les ganglions et le système nerveux central.

Les organes lymphoïdes, qui sont le siège de la production et de la maturation des cellules du système immunitaire, sont atteints dès les stades précoces de l'infection (Barré-Sinoussi, 2007).

I.1.3.2. Modes de transmissions du VIH, il y en a trois principalement :

- La transmission par voie sexuelle qui est le mode dominant à l'échelle mondiale (90 %), survient lors des rapports sexuels non protégés. La contamination se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales et rectales lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions ou du sang contaminé.
- La transmission par voie sanguine concerne des personnes exposées à du sang contaminé de façon accidentelle ou non. Il s'agit des toxicomanes, transfusés et professionnels de santé, qui sont en contact direct avec le sang d'une personne extérieure. Les risques de contamination sont estimés à 0,67 % pour l'usage de drogues injectables, 10 % pour la transmission nosocomiale et 0,3 % pour le personnel soignant.

La transmission mère-enfant, peut avoir lieu pendant la grossesse ou à l'accouchement, avec un risque avoisinant 20 % lorsque les mères ne sont pas sous traitement et 1 % pour celles qui suivent le traitement. Le virus se transmet également pendant l'allaitement avec un risque estimé entre 5 % et 7 %. (Van Griensven et Coutinho, 1989).

I.2. DISTRIBUTION SPATIALE DE L'ÉPIDÉMIE A L'ÉCHELLE MONDIALE

Depuis son apparition, le sida a infecté 77,3 millions de personnes, en a tué 34 millions. La quasi-totalité des personnes atteintes par l'épidémie (95,9 %) sont âgées de 15 ans et plus, alors que les enfants représentent 5 % de cette population.

Notons également que 25 % des personnes vivant avec la maladie ignorent leur séropositivité tandis que, 30 % n'ont pas accès au traitement (ARV).

En outre, 89 % des nouvelles infections sont enregistrées chez les adultes, 47 % chez les populations les plus exposées et leurs partenaires sexuels et 11 % chez les enfants. (ONU/SIDA, 2018).

Le tableau ci-après, est un récapitulatif de la situation du sida dans le monde de 2000 à 2019 présenté dans le rapport Onu/sida de 2020.

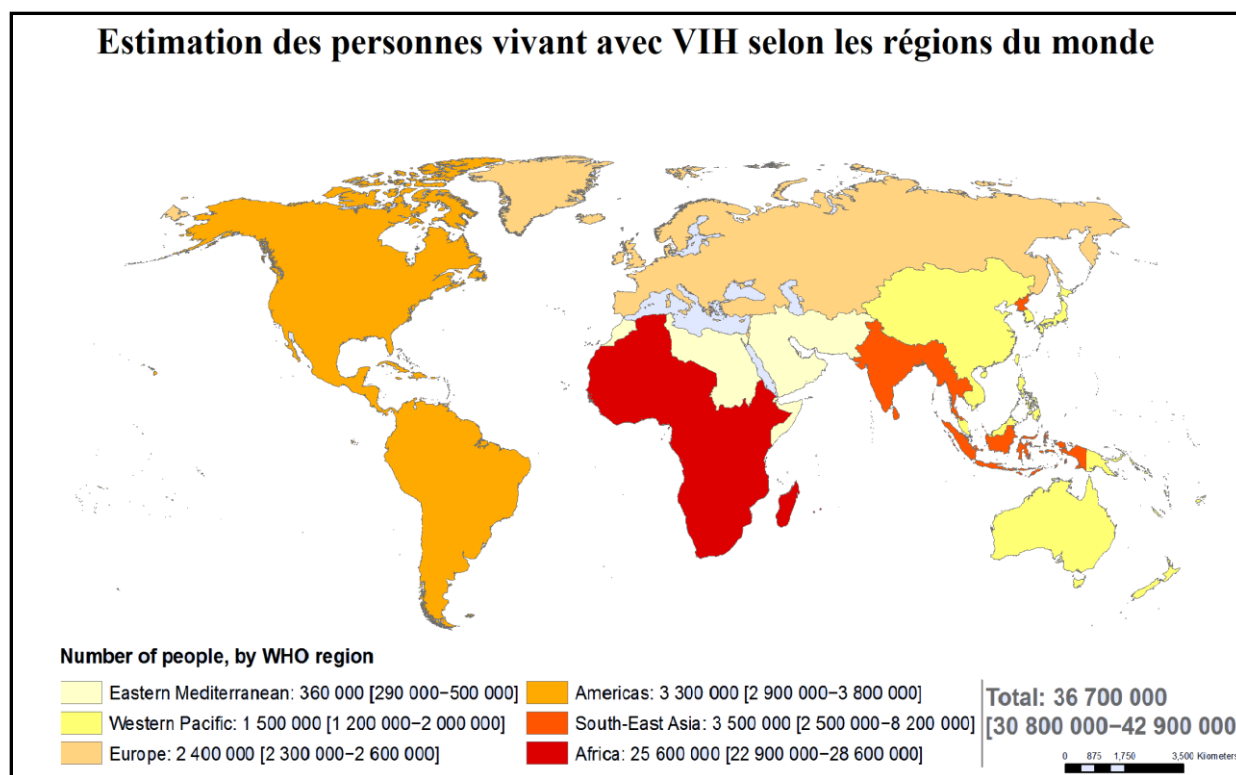
Tableau 1 : Présentation de la situation du sida dans le monde de 2000 à 2019

Indicateurs	2000	2005	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018/ 2019
Personnes vivant avec le VIH	24,9*	28,5*	31,7*	33,2*	34,8*	35,6*	36,4*	37,2*	37,9*
Nouvelles infections total	2,8*	2,4*	2,1*	2,0*	1,9*	1,9*	1,8*	1,8*	1,7*
Nouvelles infections 15 et plus	2,3*	2,0*	1,8*	1,8*	1,7*	1,7*	1,7*	1,6*	1,6*
Nouvelles infections 0-14 ans (en milliers)	450000	410000	280000	230000	200000	190000	180000	170000	160000
Décès liés au sida	1,4*	1,7*	1,2*	1,0*	920000	880000	840000	800000	770000
Personnes ayant accès au traitement	576000	2,0*	7,7*	11,2*	15,1*	17,0*	19,1*	21,3*	24,5*

*Ces statistiques sont en millions.

Ces données masquent des différences selon les zones géographiques comme nous le percevons sur la figure 2. Les régions marquées en rouge sont les plus touchées par l'épidémie.

Figure 2 : VIH aujourd'hui dans le monde : une distribution inégale
(OMS, 2017)



1.2.1. L'Afrique subsaharienne face à l'infection par le VIH

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par l'épidémie. En 2019, sur 37,9 millions de personnes infectées par le VIH/sida, 67,5 % sont enregistrées dans cette partie du monde. De même, dans cette région, les nouvelles infections représentent 54,7 %, les décès, 61 %, malgré une couverture en traitement antirétroviraux de 64,1 % (ONU/SIDA, 2020).

En fonction de l'évolution de l'épidémie sur le continent, nous distinguons trois groupes de pays. (Amat-Roze, 2003) :

le premier groupe est composé des pays de l'Afrique Orientale et Australe (Swaziland, Botswana, Lesotho, Afrique du Sud, Zimbabwe, Namibie, Zambie Mozambique et Malawi...)

dont les taux de prévalence¹² sont les plus élevés à l'échelle mondiale (entre 7 % à 27,2 %). En 2019, 20,6 millions des personnes infectées sont enregistrées dans cette zone (800 000 nouvelles infections dont 84 000 chez les enfants), 310 000 décès, pour une couverture en traitements antirétroviraux de 67 % (ONU/SIDA, 2019).

Le deuxième groupe comprend les pays de l'Afrique occidentale et du centre avec une prévalence moyenne de 2,3 % pour 5 millions de personnes vivant avec VIH soit 13,2 % des PVVIH à l'échelle mondiale. Les nouvelles infections quant à elles sont estimées à 16,5 % chez les adultes et 36,3 % chez les enfants, les décès 20,8 %. Il importe de souligner que 48 % des personnes vivant avec le VIH dans cette sous-région n'ont pas accès aux traitements.

Enfin, le troisième groupe est composé des pays de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient qui ont des taux de prévalences très faibles (moins de 0,1 %). Par ailleurs, le nombre de décès est en progression (8 400). De même 7 personnes vivant avec VIH sur 10 n'ont pas accès au traitement.

Notons que le mode de transmission du VIH est essentiellement hétérosexuel sur l'ensemble du continent africain (Girard, Katlama, et Pialoux, 2007 ; OMS, 2013 ; ONU/SIDA, 2015).

1.2.2. La situation du VIH en Asie et dans le Pacifique

La région Asie, Pacifique constitue la deuxième zone la plus touchée par l'épidémie. La Thaïlande est le premier foyer en 1987 suivi par le Cambodge, Myanmar, la Chine, le Vietnam, l'Inde et les Philippines. La transmission de l'épidémie se fait suivant deux voies : sexuelle et l'usage de drogue injectable (Girard, Katlama, et Pialoux, 2007).

Le nombre de personnes infectées est de 5,9 millions, environ 1 % de la population de la région. Les nouvelles infections sont estimées à 300 000 chez les adultes et 12 000 parmi les enfants. Sur les 200 000 décès enregistrés dans la région, 51 % viennent de l'Inde.

¹² Le taux de prévalence mesure le nombre de personnes qui ont une maladie particulière à un moment donné pour 1.000 personnes. Ce taux englobe tous les cas qui existaient auparavant et n'ont pas entraîné la mort, la guérison ou la rémission, ainsi que les cas nouveaux qui sont apparus durant la période indiquée. Le taux de prévalence est un « instantané » de la situation de la santé telle qu'elle existe ; elle décrit la situation de la population du point de vue de la santé

De même, la couverture en traitement ARV est de 54 %, la moitié des bénéficiaires viendraient de la Thaïlande et du Cambodge (ONU/SIDA, 2018).

1.2.3. Le Sida dans les Caraïbes et en Amérique Latine

Les caraïbes et l'Amérique Latine représentent le troisième foyer de l'épidémie dans le monde, avec des taux de prévalences qui varient entre 1,1 % à 2,2 %. En 2019, le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 2,2 millions soit 5,9 % des personnes infectées dans le monde, le nombre des nouvelles infections 115 000 chez les personnes âgées de 15 à 49 ans et de 4 200 chez les enfants ; les décès estimés à 41 700 dont plus de la moitié (59 %) enregistrés en Haïti et une couverture en traitement ARV de 62 % (Onu/sida, 2019).

La transmission hétérosexuelle est certes le mode dominant cependant, au Brésil, Mexique, Argentine et en Colombie la plupart des personnes infectées sont recensées parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

1.2.4. L'Amérique du Nord et le VIH/sida

Les statistiques de 2013, indiquent qu'1,3 millions de personnes vivent avec le VIH dans la région, 50 000 nouveaux cas enregistrés chez les personnes âgées de 13 ans et plus et moins de 500 chez les enfants. Dans la même période, 17 000 décès liés au sida soit une baisse de 2 % par rapport à l'année 2005 ; et une couverture en traitement qui représente 51 %.

Par ailleurs, les données de 2016 indiquent que 38 % des contaminations dans la région surviennent chez des personnes qui ignorent leur sérologique et 43 % chez ceux qui n'ont pas accès aux ARV.

Par exemple, aux États-Unis plus de la moitié des personnes infectées (51 %) sont afro-américains, alors que 75 % des nouvelles infections sont enregistrées chez les populations homosexuelles.

La transmission homosexuelle représente 44 % des cas d'infections contre 34 % pour les rapports hétérosexuels et 17 % pour les usagers de drogue. (CDC, 2003 ; Girard, 2007 ; ONU/SIDA, 2014, 2016).

1.2.5. Situation de l'épidémie en Europe

C'est vers la fin des années 1980, que l'épidémie a atteint l'Europe. Les premiers cas sont signalés en Europe de l'Ouest chez les homosexuels et les usagers de drogue avec une prévalence de 78 cas par million d'habitants. À partir, des années 1990 jusqu'en 2004, le nombre de séropositifs hétérosexuels a doublé au Royaume Unis, Suisse, Suède et Portugal faisant de la transmission hétérosexuelle le mode prédominant. Les populations d'origine africaine sont les plus exposées à l'épidémie au Portugal et en Belgique avec respectivement 22 % et 70 %. En Europe centrale, le nombre de séropositifs en 2004 est de 1 585 cas, soit 8,5 cas par million d'habitants, la Pologne et la Roumanie représentent 59 % des infections.

Les modes de transmissions les plus fréquents sont : les usagers de drogues pour la Pologne et les rapports hétérosexuels pour la Roumanie. En Europe de l'Est, l'infection commence en Ukraine en 1995 puis s'étend à la Fédération de Russie et au pays Baltes entre 1999 et 2000.

Les jeunes de 15-24 ans représentent 36 % des séropositifs en 2004 et les communautés les plus touchées sont les usagers de drogues. En France, c'est en 1981 que les premiers cas sont diagnostiqués parmi les homosexuels qui représentent jusqu'à une époque récente le principal moyen de contamination. L'introduction des ARV constitue un important moment dans la lutte contre l'épidémie, elle a entraîné en France, une baisse de 5 % du nombre de personnes infectés par le VIH entre 1998 et 2002. En 2013, les tests de dépistage ont permis de découvrir 6 200 nouveaux cas dont 3 400 parmi les hétérosexuels (55 %), 2600 chez les homosexuels (43 %) et 100 chez les usagers de drogues (1 %). (voir tableau 2, en millier)

Tableau 2 : Présentation de la situation du VIH/SIDA par zones géographiques en 2019

Régions	Personnes vivant avec le VIH	Nouvelles infections à VIH			Décès liés au sida	Personnes ayant accès aux ARV
		Total	15 ans et plus	0 à 14 ans		
Afrique de l'Est et du Sud	20,6*	800000	710000	84000	310000	13,8*
Asie et Pacifique	5,9*	310000	300000	12000	200000	3,2*
Afrique de l'Ouest et du Centre	5,0*	280000	220000	58000	160000	2,6*
Amérique latine	1,9*	100000	100000	3100	35000	1,2*
Caraïbes	340000	16000	15000	1100	6700	187000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	240000	20000	18000	1500	8400	78800
Europe de l'Est et Asie centrale	1,7*	150000	150000		3800	648000
Europe occidentale, centrale, Amérique du nord	2,2*	68000	68000		13000	1,7*
Totaux globaux	37,9*	1,7*	1,6*	160000	770000	23,3*

Source : Onusida, 2019

* Ces statistiques sont en millions

Les inégalités du VIH sont également observées par pays. Ainsi, on constate sur le tableau N° 3 que les taux de prévalence chez les adultes dépassent 20 % au Swaziland, au Botswana et au Lesotho et varient entre 5 % à 18 % dans les autres pays de l’Afrique australe et orientale. Hormis les pays de l’Afrique subsaharienne, le taux de prévalence le plus élevé est observé aux Bahamas (3,3 %).

En chiffres absolus, l’Afrique du Sud (7,1 millions), le Nigeria (3,2 millions) et l’Inde (2,1 millions) avaient le nombre le plus élevé de cas de VIH/sida à la fin de 2016. La forte population séropositive de l’Afrique du Sud est due à sa prévalence qui est parmi les plus élevées au monde (18,9 %), alors qu’en Inde elle est de 0,3 % (voir tableau 3)

Notons que, dans certains pays où les taux de prévalence sont supérieurs à 1 %, l’infection par le VIH est de type généralisé¹³.

Tableau 3 : Statistiques mondiales du VIH/SIDA, prévalences supérieures ou égales à 1% en 2016

Pays	Prévalences en %	PVVIH	Décès
Swaziland	27,2	220 000	3 900
Lesotho	25,0	330 000	9 900
Botswana	25,2	300000	3900
Afrique du Sud	18,9	7100000	110000
Zimbabwe	13,5	1300000	30000
Namibie	13,8	230000	4300
Zambie	12,4	1200000	21000
Mozambique	12,3	1800000	62000
Malawi	9,2	1000000	24000
Ouganda	7,3	1400000	28000
Guinée équatoriale	6,2	35000	-
Kenya	5,3	1600000	36000
Tanzanie	5,3	1400000	33000
Centrafrique	4,3	130000	7300
Cameroun	3,8	560000	29000
Gabon	3,9	48000	1500
Bahamas	3,3	8200	-
Guinée-Bissau	3,1	36000	2000
Congo	3,1	91000	3800

¹³ L’infection est de type généralisé lorsque la proportion des personnes infectées par le VIH a dépassé 1 % dans la population adulte.

Tableau 3 : (suite)

Pays	Prévalence	PVVIH	Décès
Nigeria	2,9	3200000	160000
Rwanda	2,8	220000	3300
Côte d'Ivoire	2,7	460000	25000
Soudan du Sud	2,7	200000	13000
Tchad	2,5	110000	2800
Haïti	2,1	150000	4600
Togo	2,1	100000	5100
Angola	1,9	280000	11000
Belize	1,8	4300	-
Jamaïque	1,7	30000	1300
Sierra Leone	1,7	67000	2800
Gambie	1,7	20000	1100
Ghana	1,6	290000	15000
Liberia	1,6	43000	2800
Guyana	1,6	8500	-
Guinée	1,5	120000	5800
Suriname	1,4	4900	-
Djibouti	1,3	8600	-
Barbade	1,3	2600	-
Trinité-et-Tobago	1,2	11000	-
Burundi	1,2	84000	2900
Éthiopie	1,1	710000	20000
Thaïlande	1,1	450000	16000
Mali	1	110000	6100
Bénin	1	67000	2400
Rép Dominicaine	1	67000	2200

Après cette analyse du VIH/sida dans le monde, avec un zoom sur les régions et pays les plus touchés ; nous examinons dans les sections suivantes, l'évolution du VIH-Sida au Congo, son incidence sur les différents compartiments de la société sans oublier, les perceptions et représentations du VIH qui jouent un rôle fondamental dans la compréhension du phénomène étudié.

I.3. L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA, UNE PRÉOCCUPATION POUR LES POPULATIONS DU CONGO

Au Congo, les premiers cas de sida sont signalés en 1983. Trois ans plus tard, c'est-à-dire en 1986, le pays comptait déjà 7 773 personnes infectées par le VIH pour une population de 2,3 millions d'habitants. Avec une prévalence de 7 %, le Congo est présenté à l'époque par les organisations internationales comme le pays qui a le taux d'incidence¹⁴ cumulé le plus élevé de l'Afrique ; et l'un des pays les plus touchés de la sous-région Afrique-centrale. (Gruénais et *al.*, 1997).

Sur le plan institutionnel, il sera créé en 1985 un comité national de diagnostic et de prise en charge de l'infection, remplacé deux ans après par le Programme national de lutte contre le sida (PNLS). Il s'en suit la mise en place du Centre de traitement ambulatoire (CTA) pour des personnes vivant avec le VIH, le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) en 1997 ; et l'installation en 2003 des organes décentralisés : les unités de Lutte contre le sida (ULS) dans les départements ministériels, les Unités départementales de Lutte contre le Sida (UDLS), les réseaux d'organisations de la société civile, le Forum des ONG de lutte contre le sida au Congo (FOSIC), le Réseau national des associations de personnes vivant avec le VIH (RENAPC), la coordination des confessions religieuses contre le sida (COREC-Sida).

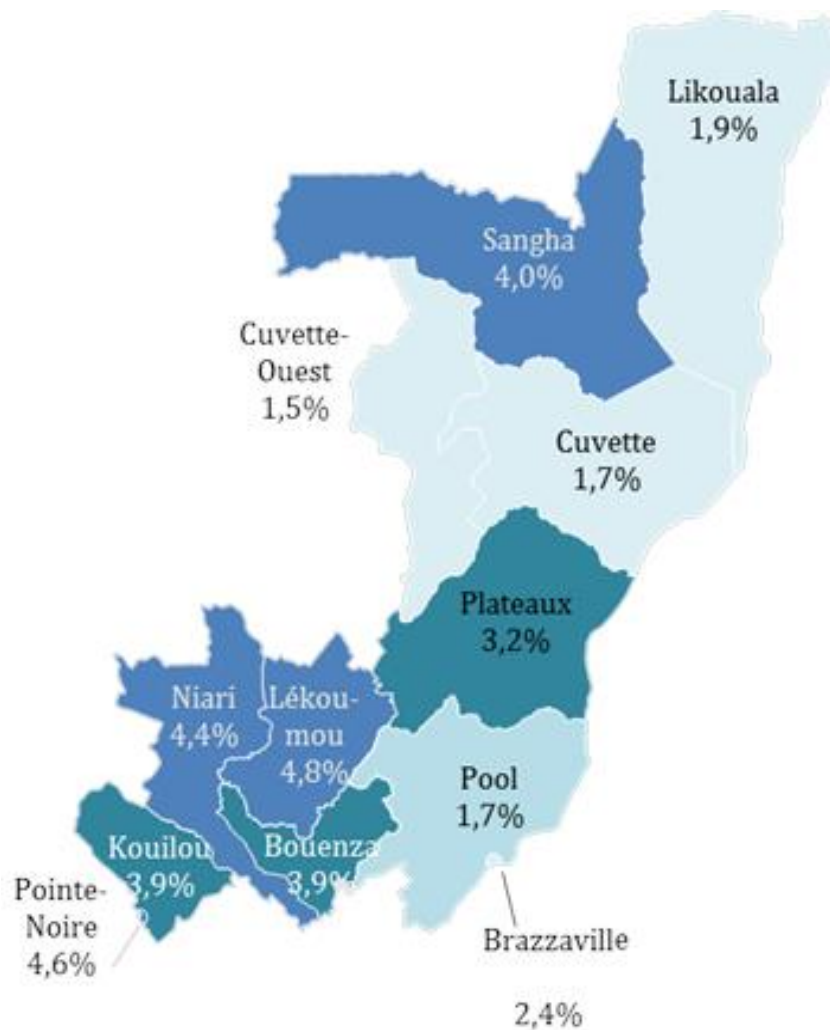
Dans le souci d'apporter une réponse à l'épidémie et doter le pays d'indicateurs fiables, le gouvernement a organisé entre 2003 et 2013 quatre enquêtes : (i) l'enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida de 2009 (de couverture nationale) (ii) l'enquête CREDES/CNLS en 2003 (iii) l'enquête comportementale couplée à la sérologie VIH chez les professionnelles du sexe, les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes et les détenus en 2012. Enfin (iv) l'étude sur les nouvelles infections du VIH selon les groupes d'expositions en 2013.

En 2014, la prévalence du VIH est estimée au niveau national à 2,5 %, l'infection est de type généralisé. Les femmes sont plus exposées que les hommes (respectivement 3,4 % et 2,1 %, soit un ratio de 1,6). On observe des variations par départements dont six sur douze ont des prévalences nettement supérieures à la moyenne nationale (Pointe Noire, Niari, Lékoumou, Sangha, Kouilou et Bouenza) (voir figure 3).

¹⁴ Le taux d'incidence est le nombre de personnes qui, pendant une période donnée, contractent une maladie pour 1.000 personnes exposées au risque. Le taux d'incidence et autres taux de morbidité varient tellement qu'on peut employer n'importe quelle constante qui exprime clairement le taux (depuis « pour 100 personnes » jusqu'à « pour 100.000 personnes »).

Également, le milieu urbain est plus infecté (3,3 %) que le milieu rural (2,8 %) soit un ratio de 1,14 (Spectrum¹⁵ mai, 2015).

Figure 3 : Prévalence du VIH par département
(République du Congo), Sep/CNLS, 2014



Par ailleurs, les prévalences les plus élevées sont enregistrées chez les populations les plus exposées notamment, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) 26,1 %, les professionnelles du sexe (PS) 7,5 % et 8,3 % parmi les détenus (CNLS, 2012).

¹⁵ Modèles et méthodologie permettant à l'ONUSIDA / OMS de procéder à l'estimation et à la projection des épidémies nationales de VIH / SIDA

En ce qui concerne la situation du VIH en rapport avec les couples, l'enquête de 2009 qui demeure d'actualité relève que sur 2 275 couples testés, 1 % sont testés positifs, c'est-à-dire les deux conjoints sont positifs et 5 % sont discordants (3 % infectés par les femmes et 2 % par les hommes) (INS-Congo, 2009 b).

Le décor étant planté, examinons dans la section suivante les principaux indicateurs du VIH/sida au Congo (le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, les nouvelles infections, les décès liés au VIH/sida) en s'appuyant sur une série de données de trente ans (1984 à 2014) fournie par Onu/sida au Congo.

Ensuite, sera analysée l'évolution des indicateurs de progrès relatifs aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD 6¹⁶).

1.3.1. Analyse de l'évolution des principaux indicateurs du VIH/sida de 1984 à 2014

1.3.1.1. Nombre de PVVIH au Congo

Entre 1984 et 2014, le nombre de personnes infectées par le VIH/sida est de 80 700. Les femmes représentent 59,4 % de cette population, soit un ratio femme/homme de 1,5. Cette prédominance féminine est tributaire de plusieurs facteurs : biologiques, économiques et socioculturels. Pour Masquelier et *al.* (2018), « pour bien comprendre la surreprésentation des femmes dans la population séropositive, il faut considérer les différences entre hommes et femmes dans trois domaines : l'exposition au risque d'infection, la susceptibilité à l'infection et la survie après l'infection. L'exposition varie entre hommes et femmes en relation avec les différences de comportements sexuels et les écarts d'âge entre partenaires. Dans les premières phases de l'épidémie en Afrique, les cas d'infection se sont concentrés parmi les prostituées et leurs clients, et le nombre d'infections masculines était de ce fait plus élevé. Ensuite, à mesure que l'infection s'est généralisée, le rapport entre infections féminines et masculines a augmenté. Les femmes ont des partenaires sexuels, plus âgés qu'elles en moyennent, qui ont déjà pu contracter le virus avec des partenaires précédents. La susceptibilité plus grande des femmes à l'infection joue également un rôle. Elle s'explique surtout par des facteurs anatomiques. Lors d'un acte sexuel, le risque d'être infecté est élevé pour un partenaire réceptif de la pénétration. La concentration de virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales et les

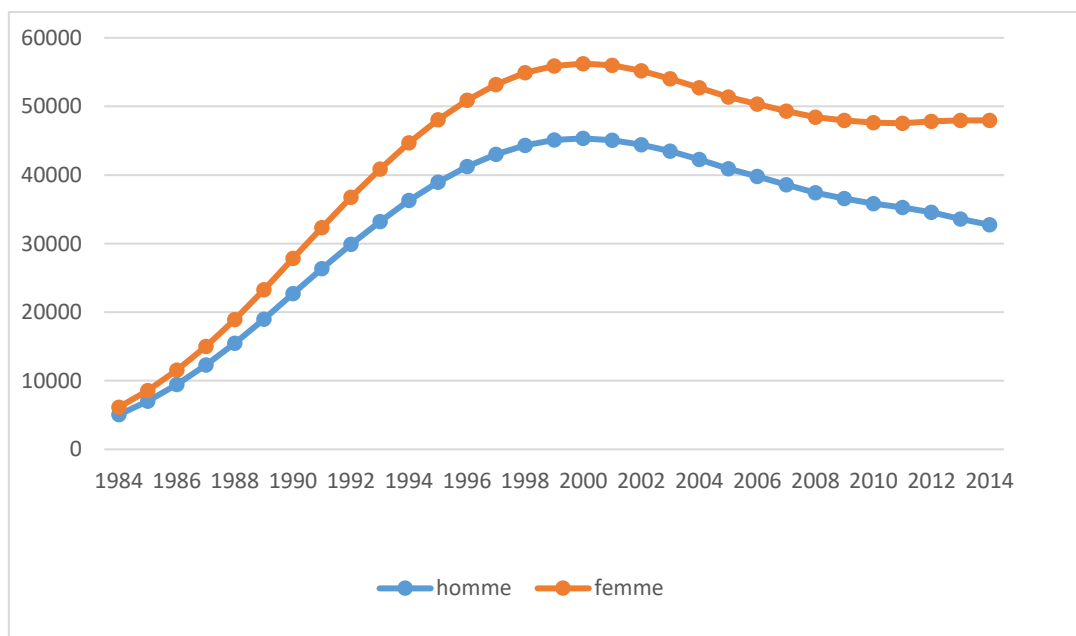
¹⁶ OMD 6, (objectif 6 du millénaire pour le développement) : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

surfaces des muqueuses exposées au virus sont plus importantes chez les femmes. Enfin, le rapport entre la prévalence féminine et la prévalence masculine dépend de la survie après l'infection. En effet, une fois infectées, les femmes font face à des risques de décès moins élevés que les hommes, car elles sont infectées à des âges plus jeunes qu'eux, et en l'absence de traitement, la mortalité après l'infection diminue quand cette dernière a lieu à un âge plus précoce ». (Masquelier et Reniers, 2018, p. 2).

Sur la figure N° 4, on observe une augmentation de la population VIH de 1984 à 1999 avec un pic en 2000, suivie d'une baisse continue chez les hommes, alors qu'elle se stabilise entre 2011 et 2014 chez les femmes.

Cette situation peut s'expliquer par une forte mortalité masculine en rapport avec VIH/sida, les perdus de vue et les bénéfices de l'intégration de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans les services de consultations prénatales. Signalons que pendant les CPN, il est proposé systématiquement aux femmes enceintes le test de dépistage, celles qui sont positives sont mises sous traitement. Ce qui pourrait certainement expliquer cet avantage féminin en termes de survie. (Masquelier et Reniers, 2018).

Figure 4 : Variation par an du nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau national (1984-2014)

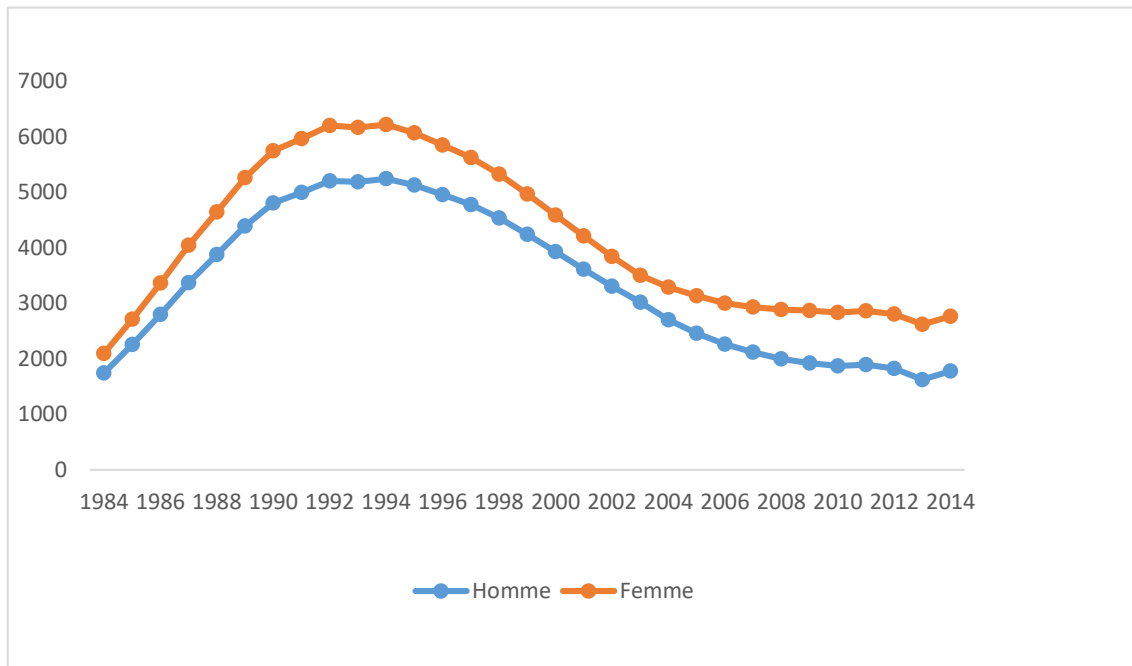


Source : exploitation des données du SEP/CNLS, 2015.

I.3.1.2. À propos des nouvelles infections

Quoiqu'on observe une tendance générale à la baisse, les nouvelles infections demeurent élevées en 2014 (voir Figure 5). Les femmes se démarquent des hommes (avec respectivement 2 764 nouvelles infections contre 1 781) soit un ratio de 1,55. Globalement, il se dégage une augmentation de 7 % entre 2013 et 2014. Ces augmentations varient suivant le sexe, l'âge et le type de populations : hommes (9,6 %), femmes (5,5 %), adolescents (6,9 %), enfants de moins de 5 ans (31,6 %), personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels (52,2 %), couples hétérosexuels stables (23,7 %), partenaires féminins réguliers des HSH (14,6 %) et clients des PS (3,4 %.) (Kouassi et Gokaba, 2013).

Figure 5 : Évolution annuelle des nouvelles infections à l'échelle nationale (1984-2014)



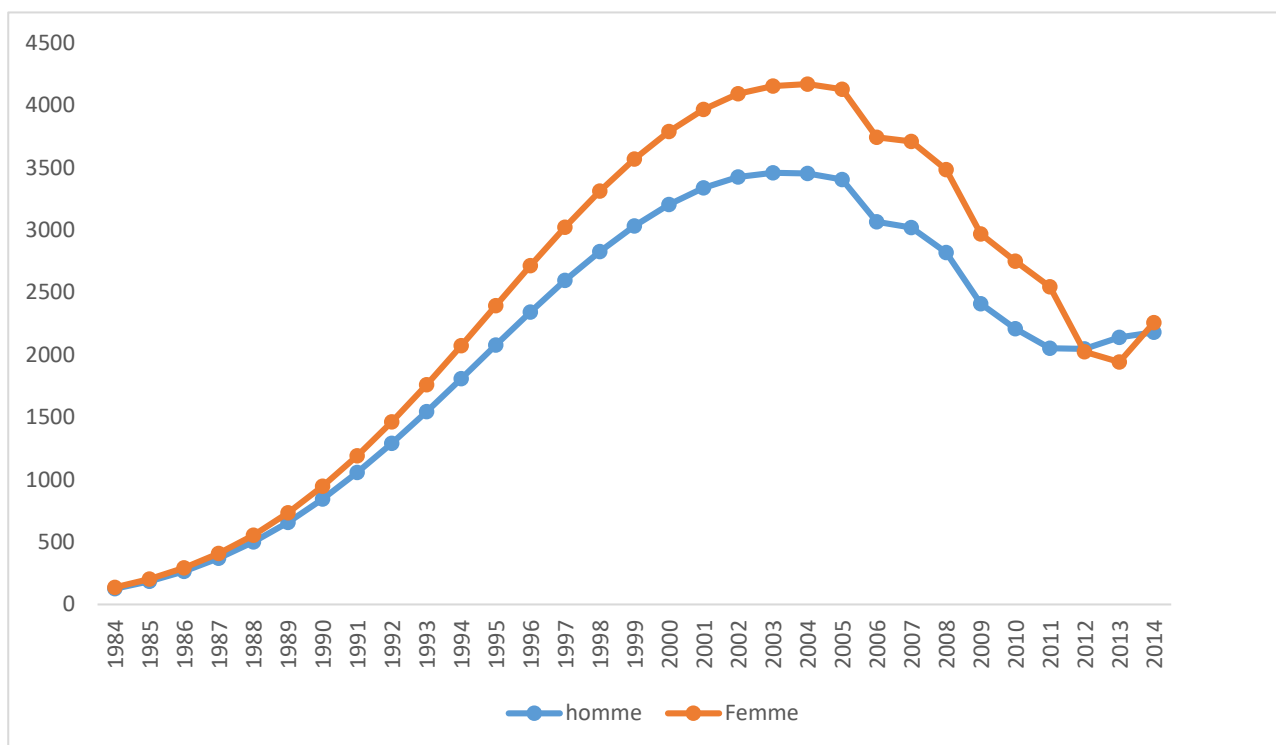
Source : exploitation des données du SEP/CNLS, 2015

I.3.1.3. Situation des décès liés au sida

En rapport avec les décès (figure 6), une augmentation apparaît dans les deux premières décennies de l'épidémie avec un pic en 2004 et une surmortalité féminine. À partir de 2005, on observe une baisse des décès jusqu'en 2011 et 2012 où l'on observe un rebond avec une surmortalité masculine contrairement aux années antérieures.

Cette situation est certainement le fait des ruptures récurrentes des antirétroviraux, la baisse des activités de suivi et de soutien des personnes vivant avec le VIH, le dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement. (CNLS et Croix rouge française, 2016).

Figure 6 : Évolution des décès annuels liés au SIDA à l'échelle nationale (1984-2014)



Source : exploitation des données du SEP/CNLS, 2015

1.3.2. L'examen des progrès accomplis dans la lutte contre le VIH/sida en rapport l'OMD6, combattre le VIH/sida...

Il se résume en 5 indicateurs :

1.3.2.1. Prévalence du VIH parmi la population âgée de 15-24 ans

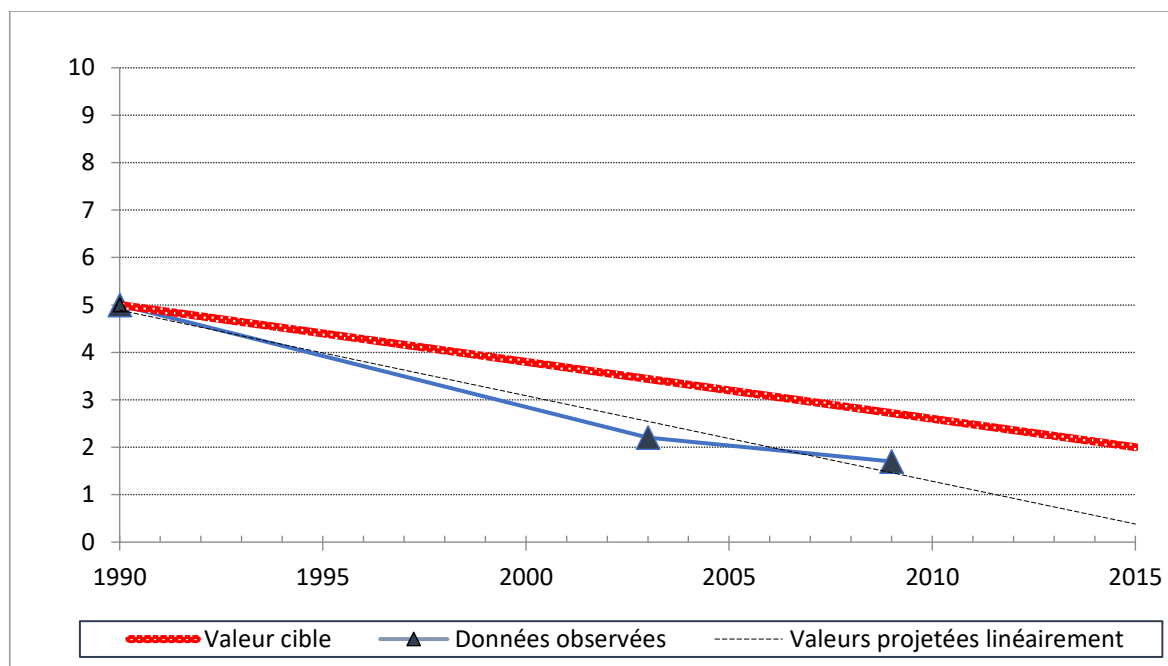
La lecture de la figure 7 indique une baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 2003 et 2009 qui passe respectivement de 2,2 % (enquête CREDES) à 1,7 % (enquête ESISC).

Cette baisse qui se traduit par un gain de 0,5 point, indique une amélioration de la situation du VIH-Sida au Congo, que l'on peut expliquer par :

- ✓ le renforcement des services de prévention de l'infection par le VIH et des IST ;
- ✓ le renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH ;
- ✓ la réduction de l'impact du SIDA et promotion des droits humains ;
- ✓ l'amélioration du système de suivi-évaluation, recherche, surveillance épidémiologique et gestion des informations stratégiques ;
- ✓ le renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance (ministère du plan et PNUD, 2013).

En prenant comme repère la valeur cible¹⁷ de la prévalence (2,1 %), cet objectif a été atteint avant la fin de l'échéance de 2015 (ministère du plan et PNUD, 2013).

Figure 7 : Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15-24 ans en %



Source : Exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

¹⁷ Dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement, certaines valeurs sont considérées comme des cibles à atteindre au terme l'échéance (2015)

On note des différences de prévalences suivant les départements (voir tableau 4). Le Kouilou se distingue des autres 3,7 %, suivi par les Plateaux 2,5 %, Pointe-Noire et le Niari 2,3 %. Ces variations seraient le fait de l'urbanisation, des activités économiques et industrielles et des marchés forains (Bouemba, Mpouya, Makotimpoko et Mongolo) ayant pour corollaire une intense activité sexuelle.

Tableau 4 : Prévalence du VIH chez les jeunes par département et par sexe

Département	Prévalence		
	Ensemble	Homme	Femme
Brazzaville	1,6	0,7	2,3
Pointe-Noire	2,3	0,9	3,3
Niari	2,3	1	3,3
Lékoumou	0,4	0,8	0
Bouenza	0,9	0	1,7
Pool	1,2	0	2,3
Plateaux	2,5	1,1	3,3
Cuvette	0,9	1,4	0,6
Cuvette-Ouest	0,5	0	0,8
Sangha	1,3	2	0,8
Likouala	0,7	0,6	0,9
Kouilou	3,7	2,3	4,7
National	1,7	0,7	2,4

Source : ESISC-09

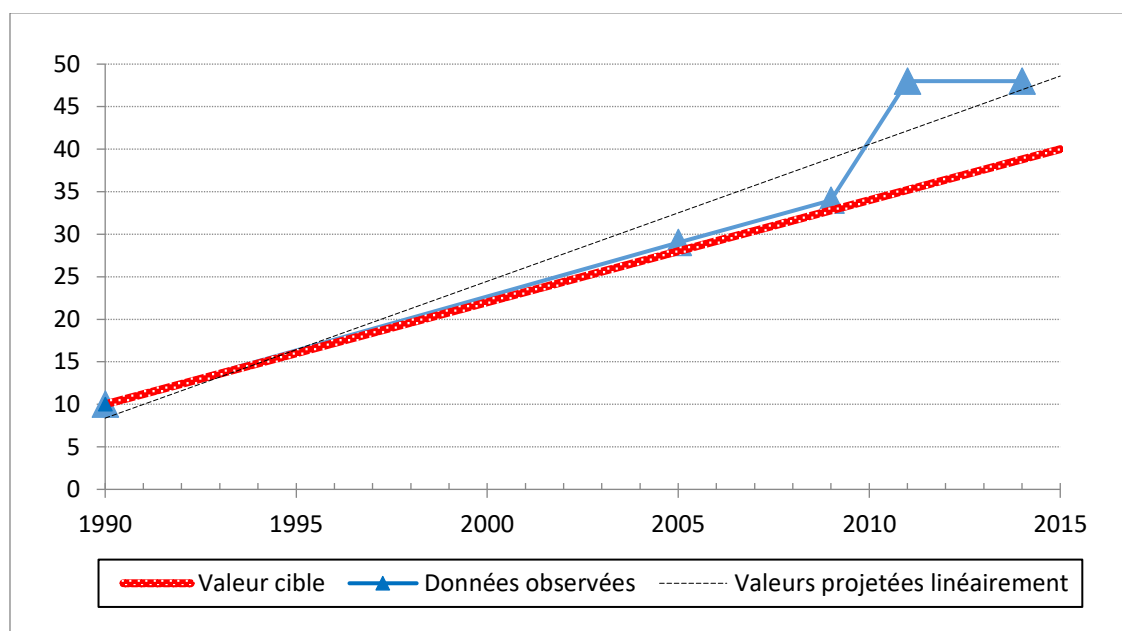
I.3.2.2. Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque

« La fréquence d'une activité pratiquée au cours du dernier rapport sexuel est représentative de la fréquence avec laquelle elle est pratiquée dans cette population ». (Spira, Bajos et *al.*, 1993). L'utilisation du préservatif par les jeunes est en progression ces quinze dernières années (voir figure 8 et tableau 5). En 2005, la proportion des jeunes ayant utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels est estimée à 29 %. Cette proportion est passée à 34 % en 2009, soit un gain de 5 points et 48 % en 2011 (gain de 14 points).

Cependant, l'analyse selon le genre indique qu'en 2005, 42,9 % des hommes ont déclaré avoir utilisé le préservatif contre 21 % pour les femmes. Cette tendance s'est inversée entre 2009 et 2011 avec respectivement 29 % et 38,7 % pour les femmes et 27,9 % et 33,3 % pour les hommes.

Si en 2015, dans l'ensemble, la proportion d'utilisation du préservatif par les jeunes de 15-24 est identique à celle de 2011, des différences sont cependant observées selon le genre (46,7 % pour les femmes et 49,9 % pour les hommes) (MICS 5, 2014-2015).

Figure 8 : Proportion des jeunes ayant utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel en %



Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

Tableau 5 : Évolution de l'utilisation du préservatif par les jeunes

Enquête	Utilisation du préservatif		
	Ensemble	Homme	Femme
2005 (EDSC)	29 %	42,9%	21%
2009(ESISC)	34 %	27,9%	29%
2011(EDSC)	48 %	33,3 %	38,7 %
2014-2015 (MICS 5)	48 %	49,9%	46,7%

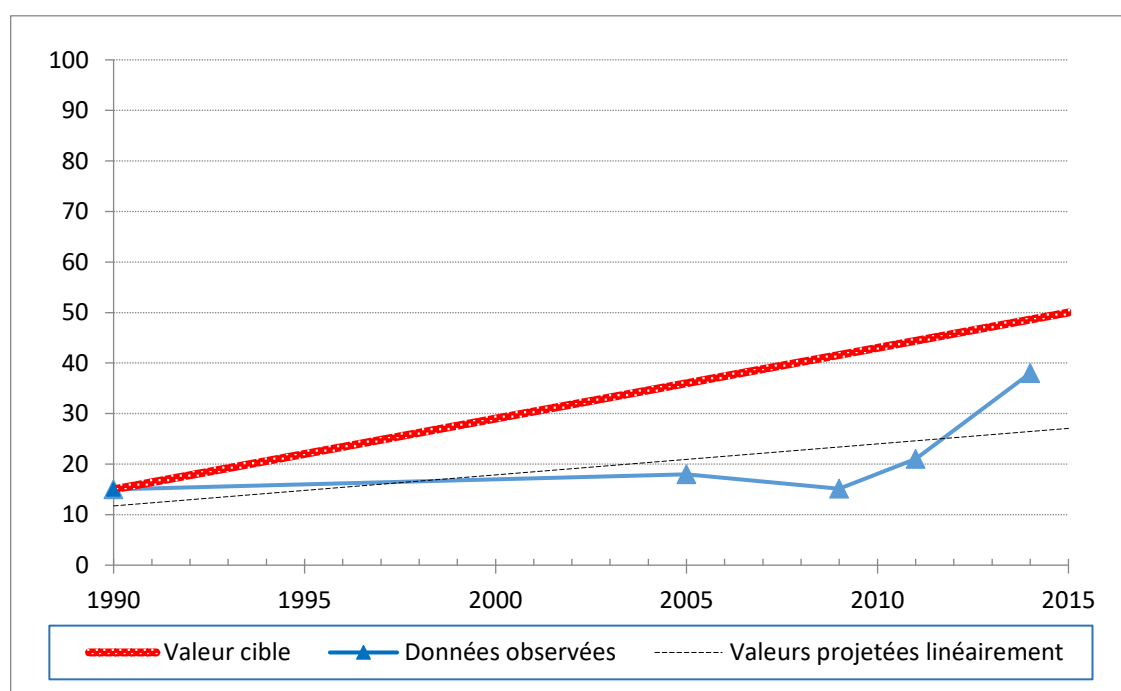
Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

I.3.2.3. Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une connaissance générale correcte du VIH/sida

D'après le rapport de suivi des objectifs du millénaire (2013), la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant une bonne connaissance du VIH/sida était en baisse entre 2005 et 2009 (respectivement 18 % et 15,1 %), soit une perte de 3,1 points, pour ensuite remonter à 21 % en 2011 pour atteindre 32,7 % en 2014-2015 (femme 27 %, homme 45 % (voir figure 9) (MICS 5 2014-2015).

Ces variations s'expliquent par plusieurs éléments, entre autres : le ralentissement de la mise en œuvre des activités de communication pour le changement de comportement (CCC¹⁸), l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux, l'intensification des actions de CCC et la réorientation des stratégies de communication (Ministère du plan et PNUD, 2013, p.73).

Figure 9 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une bonne connaissance du VIH/SIDA



Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

¹⁸ La communication pour le changement de comportement est un processus interactif et participatif, à double voie. Elle permet d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions et de favoriser des changements durables de comportements ou l'adoption de comportements nouveaux en vue d'améliorer une situation donnée. [...] La CCC encourage les comportements bénéfiques et cherche à induire des changements de comportement durables au niveau de l'individu, de la communauté ou de la société.

I.3.2.4. Scolarisation des enfants orphelins

Au Congo, la situation de scolarisation des enfants orphelins par rapport aux non-orphelins s'est améliorée ces dix dernières années. Le tableau 6 indique un ratio global qui varie entre 0,9 et 1. Ce ratio indique un léger désavantage des garçons en 2009 (0,85) par rapport aux filles (0,90) et en 2014-2015 (0,86) par rapport aux filles (0,92).

Ce résultat contredit Mboussou et *al.* (2003) qui pensent que la précarité constitue un obstacle à la scolarisation des enfants orphelins en Afrique et au Congo.

« Les chances de scolarisation des enfants orphelins ayant des tuteurs retraités ou sans emploi sont réduites de 13 % par rapport aux non-orphelins » (Mboussou et *al.*, 2003).

Néanmoins, la thèse de Mboussou et *al.*, n'est pas à écarter du fait des conditions de vie difficiles des enfants orphelins. Ce résultat est la conséquence du programme gouvernemental de prise en charge de 12 193 orphelins et autres enfants vulnérables dans les 12 départements du pays. (CNLS, 2014).

Tableau 6 : Taux de scolarisation des enfants orphelins de 2005 à 2012 selon le sexe

Indicateur	2005	2009	2011-2012	2014-2015
Rapport entre le Taux de scolarisation des enfants orphelins et non orphelins	0,90	Féminin 0,87 à 0,90	Féminin 0,99	Féminin 0,92
		Masculin 0,87 à 0,85	Masculin 1	Masculin 0,86
			Ensemble 1	Ensemble 0,90

Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

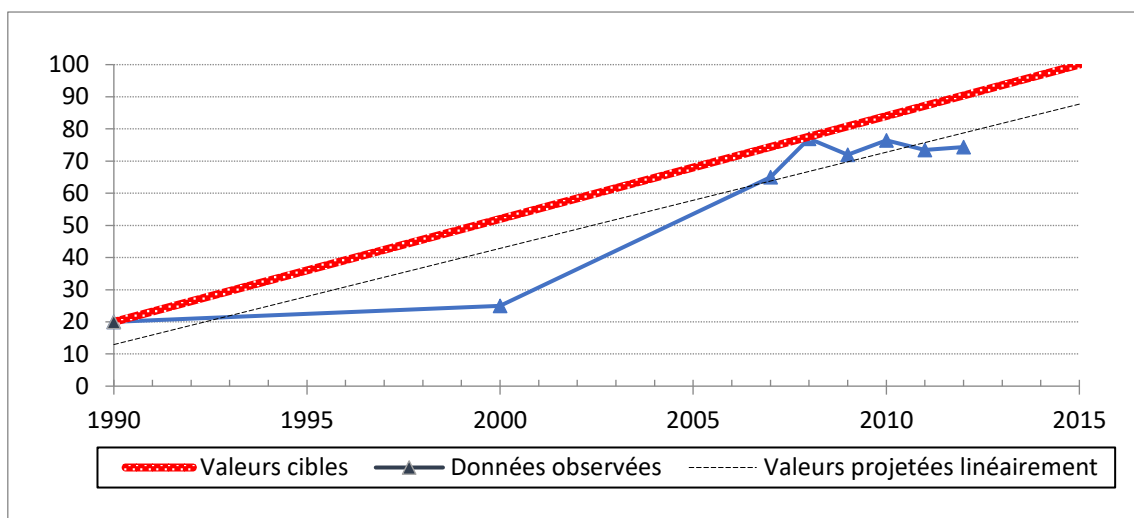
I.3.2.5. Taux de couverture en ARV

Concernant la couverture en traitement, il faut dire que la politique de gratuité des antirétroviraux sur l'ensemble du continent africain a permis aux personnes infectées, mêmes les plus démunies de bénéficier du traitement.

Ce qui a impacté la qualité de vie des malades (espérance de vie) et le taux de couverture en traitement.

Globalement, on observe une amélioration de la couverture en ARV, malgré le fléchissement de ces dernières années occasionnés par les ruptures des antirétroviraux.

Figure 10 : Proportion de la population à un stade avancé de l'infection à VIH ayant accès au ARV en %



Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

Tableau 7 : Taux de couverture en traitement ARV

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de malades	8 843	11 577	16 011	18 545	21 507	21 621
Malades sous ARV	5 765	8 915	11 525	14 180	15 810	16 086
Taux de couverture (%)	65,19	77,01	71,98	76,46	73,51	73,40

Source : exploitation des données relatives aux OMDs, 2013

Examinons les conséquences du VIH sida dans la section suivante.

I.4. LES CONSEQUENCES DU VIH/SIDA

Le VIH/sida a de nombreuses conséquences qui s'étendent dans tous les secteurs de la société et compromettent le développement des pays pauvres. L'importance de ces conséquences varie d'un pays à l'autre selon les taux de séropositivité qui prévalent dans la population adulte et selon le type de virus qui prédomine. La situation ne sera pas la même en Afrique australe et orientale où la prévalence varie entre 12 % et 27 % et les pays de l'Afrique du nord où elle est inférieure à 1 %.

Par ailleurs en Afrique de l’Ouest, même si 10 % de la population adulte est infectée, les répercussions sur la santé publique sont moindres grâce à la moindre pathogénicité de VIH-2, deuxième type de virus originaire de Guinée Bissau.

Nous résumons les conséquences du VIH/sida dans quatre grands domaines :

I.4.1. Impact sur le plan démographique

D’après les prévisions des Nations unies faites dans le milieu des années 1980, en l’absence du VIH/sida, la population africaine aurait été de 553 millions d’habitants en 1985, 1,643 milliards en 2025. Pour Anderson et *al.* (1991), le sida entraîne une croissance démographique négative, un point de vue que ne partagent pas Stanecki et Way (1997), qui eux estiment que, même dans les pays fortement touchés avec une mortalité liée au VIH/sida élevée, la croissance de la population reste positive compte tenu des taux élevés de natalité (Stanecki et Way cités par Loumouamou, 2013, p. 128). Ces tendances se confirment également pour le Congo où en l’absence du VIH/sida, la population congolaise en 2050 serait estimée à environ 13 millions d’habitants au lieu de 11 millions avec le VIH/sida soit un déficit de 2,4 millions

(Cf tableau 8).

Tableau 8 : Estimations et projections des indicateurs démographiques avec ou sans SIDA

Estimation de la population avec ou sans VIH/sida (en milliers d’habitants)					
2000-2005		2010-2015		2045-2050	
avec	sans	avec	sans	avec	Sans
3 447	3 561	5 215	5 751	10 643	12 997
Espérance de vie à la naissance (en années)					
2000-2005		2010-2015		2045-2050	
avec	sans	avec	sans	avec	Sans
48,5	58,1	51,6	62,1	64,1	72,7
Impact sur l’espérance de vie					
2000-2005		2010-2015		2045-2050	
ans	%	ans	%	ans	%
10	17	11	17	9	12
Nombre de décès dus au VIH/sida (en 1000)					
1980-2000		2000-2015		2015-2050	
avec	sans	avec	sans	avec	sans
655	563	890	632	2 492	1 707
Excès de décès dus au VIH/sida (en 1000)					
1980-2000		2000-2015		2015-2050	
nombre	%	nombre	%	nombre	%
92	16	258	41	785	46

Source: United Nations, World Population Prospects: The 2002 Revision, New York, 2004.

D'un point de vue sanitaire, environ 8 % des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne meurent par suite des maladies liées au VIH/sida, cette proportion varie entre 20 % à 60 % dans les pays de l'Afrique australe (cf. tableaux 9, 10). Les données les plus récentes (2018-2019) indiquent que 1,7 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec l'épidémie dans le monde, 86 % résident en Afrique subsaharienne.

Au Congo, 10 698 enfants de moins de 15 ans infectés ont été recensés en 2014, deux tiers de décès enregistrés chez les enfants de 1 à 4 ans (118,1 pour mille en 2014).

Selon l'OMS, en Afrique orientale, la mortalité était 10 à 20 fois plus forte chez les adultes infectés par le VIH que chez ceux qui ne l'étaient pas. La probabilité pour un jeune de 15 ans de décéder avant l'âge de 60 ans s'est accrue brutalement, passant de 10-30 % au milieu des années 1980 à 30-60 % au milieu des années 2000 (l'OMS par Gaimard, 2013, p.196).

Il en est de même pour la mortalité infantile qui a presque doublé en Swaziland, Lesotho, Zimbabwe et en Namibie (voir tableau N° 9).

Tableau 9 : Impact du sida sur la mortalité infantile (2002-2005)

Pays	Taux avec sida	Taux sans sida
Lesotho	123	71
Namibie	78	43
Afrique du sud	74	43
Swaziland	143	73
Zimbabwe	117	78

Sources : Division de la population des nations unies, World Population Prospects : the 2004. Révision (2005) ; et ONUSIDA et UNICEF, (2005)

Le VIH/sida a entraîné la chute de l'espérance de vie dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, le niveau le plus bas a été enregistré au Botswana (35 ans) entre 2000 et 2005 (tableau 10). « Bien qu'un nombre croissant de malades bénéficient de traitement, le nombre d'individus contaminés est en progression. Ainsi, même si l'incidence et la prévalence de la maladie diminuent dans les années à venir, la mortalité liée au sida va continuer à augmenter. Selon les projections de l'ONU, l'Afrique du Sud pourrait perdre 10 ans d'espérance de vie d'ici 2020-2025, le Lesotho presque 6 ans.

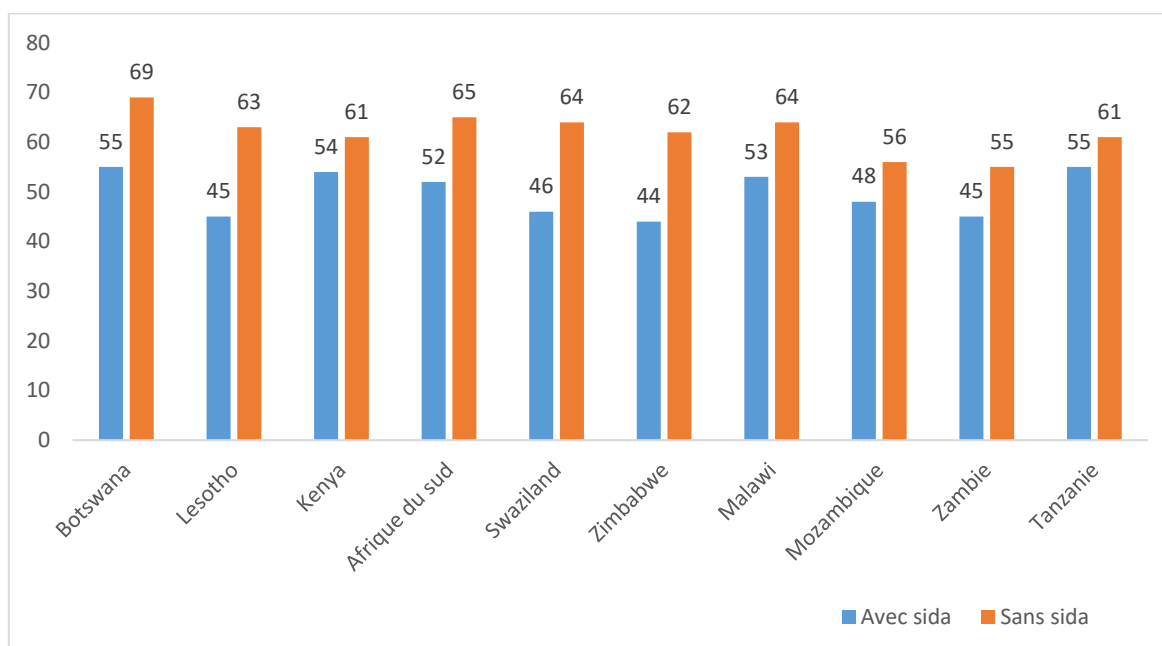
L'OMS prévoit qu'au cours des prochaines années, les décès dus au sida pourraient entraîner une augmentation de moitié de la mortalité infantile dans certains pays » (Gaimard, 2011, p.198-199) (voir Figure 11).

Tableau 10 : Pays aux taux de mortalité les plus élevés parmi les personnes âgées de 15-64 ans (2000-2005)

Pays	Taux de mortalité en proportion (%)	Esperance de vie (1985)	Esperance de vie en (2005)
Zimbabwe	20	56	41
Swaziland	29	47	36
Zambie	23	51	38
Lesotho	26	49	36
Botswana	25	54	35
Malawi	19	45	45
Namibie	27	48	46
Mozambique	20	49	42

Source : Population et sociétés 1985, 2005 (État de planète, redéfinir la sécurité mondiale, 2005 ; la division de la population des Nations Unies, ONUSIDA et UNICEF).

Figure 11 : Espérance de vie à la naissance (en années) avec et sans VIH dans 10 pays à plus forte prévalence en 2010



Source : (l'OMS par Gaimard, 2011)

Au Congo, la situation de l'épidémie par le VIH-sida n'est guère satisfaisante. La prévalence demeure élevée dans les groupes à risque y compris les nouvelles infections et les décès dans l'ensemble. Le tableau N° 11 indique un taux de mortalité lié au sida de 102,26 pour cent mille personnes en 2014 avec un pic en 2002 (229,45 décès pour cent mille personnes). Les femmes

représentent environ 60 % des populations infectées. Quant à la transmission mère-enfant, on observe une amélioration de la situation, elle passe de 62,55 % en 1984 à 41,79 % en 2014. Par ailleurs, l'espérance de vie a reculé de 1,2 points dans la même période, elle est passée de 57,2 ans à 56 ans. Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne le taux brut de mortalité. Les écarts observés sont minimes, 1, 2 voire 3 points (voir tableau N° 11)

Tableau 11 : Récapitulatif des indicateurs démographiques et du SIDA au Congo
(1984-2014)

Année	Prévalence	Mortalité liée au sida pour 100000			Transmission mère enfant	Espérance de vie	Transmission mère enfant moins d'1 an	Transmission mère enfant moins de 5 ans	TBM pour 1000
		Total	Homme	Femme					
1984	1,06	13,03	12,54	13,52	62,55	57,2	76,5	121,1	11,5
1985	1,43	18,77	18,01	19,52	61,00	57,5	75,1	118,6	11,3
1986	1,86	26,2	25,07	27,31	59,37	57,7	73,7	116,1	11,1
1987	2,34	35,51	33,89	37,11	57,89	57,9	72,3	113,7	11
1988	2,85	46,79	44,53	49,04	56,26	57,9	71,9	113	11
1989	3,37	60,05	56,98	63,10	55,00	57,6	72,3	113,9	11,1
1990	3,88	75,18	71,12	79,21	53,70	57,2	72,7	114,7	11,2
1991	4,34	91,8	86,57	97,00	52,20	56,8	73,1	115,5	11,4
1992	4,76	109,48	102,92	116,01	51,21	56,4	73,4	116,3	11,5
1993	5,08	127,76	119,72	135,77	50,04	56,0	73,9	117,2	11,7
1994	5,35	146,02	136,39	155,61	49,36	55,5	74,5	118,4	12,0
1995	5,53	163,68	152,41	174,90	48,63	55,0	75	119,4	12,2
1996	5,64	180,05	167,13	192,93	48,07	54,6	75,4	120,3	12,4
1997	5,67	194,65	180,12	209,14	47,68	54,2	75,9	121,2	12,6
1998	5,63	207,05	191,01	223,06	47,32	53,9	76,1	121,7	12,7
1999	5,53	216,88	199,47	234,26	47,01	53,7	76,2	121,9	12,9
2000	5,37	223,99	205,39	242,57	46,79	53,5	76,3	122,1	13,0
2001	5,16	228,34	208,75	247,91	46,67	53,4	76,3	122,2	13,0
2002	4,93	229,45	209,14	249,75	46,48	53,3	76,3	122,1	13,0
2003	4,67	226,91	206,21	247,61	46,33	53,4	75,9	121,4	13,0
2004	4,40	221,85	201,02	242,69	45,99	53,6	75,1	119,9	12,8
2005	4,14	213,8	193,18	234,45	46,11	53,9	74,4	118,6	12,6
2006	3,90	188,35	169,5	207,22	46,15	54,6	73,8	117,3	12,3
2007	3,68	181,34	162,7	200,00	45,53	54,8	73	115,9	12,1
2008	3,48	165,68	148,14	183,25	44,22	53,1	81,6	131,2	13,1
2009	3,32	137,94	123,5	152,41	44,82	54,0	80,4	128,9	12,7
2010	3,18	124,31	110,66	137,97	42,78	54,5	79,2	126,8	12,4
2011	3,06	112,71	100,53	124,90	44,49	55,0	78,2	124,7	12,1
2012	2,96	97,77	98,28	97,25	41,36	55,6	76,9	122,4	11,8
2013	2,86	96,02	100,61	91,42	30,54	55,9	75,6	120,1	11,6
2014	2,75	102,26	100,51	104,01	41,79	56,0	74,6	118,1	11,5

Source : Exploitation des données du SEP/CNLS, 2015

I.4.2. Impact du sida sur le plan social

I.4.2.1. ‘‘Il existe un sida des riches et un sida des pauvres. C’est d’une grande injustice’’ (Bourget, 2017)

En plus des conséquences démographiques, on observe d’un point de vue social, des inégalités dans la maladie. Plusieurs études en Afrique et au Congo montrent que les personnes ayant un niveau de vie faible sont plus vulnérables au VIH/sida que celles jouissant des conditions économiques favorables (ESISC-2009). Par ailleurs, Baker et *al.* (2008) et Hargreaves et *al.* (2002) cités par Tiehi (2011) ont observé le contraire, les riches sont plus exposés à l’infection que les pauvres. Ces positions, qui en réalité ne s’opposent pas, prouvent que la maladie évolue et personne n’est à l’abri. « En début d’épidémie, il était clair que le SIDA touchait plus les personnes ayant un haut revenu économique que les pauvres. Ainsi les cadres intellectuels, les élites politiques, les cadres intermédiaires du secteur industriel ont payé un lourd tribut au SIDA. Le facteur qui semble en effet jouer le plus grand rôle dans la diffusion des VIH est la disponibilité monétaire. Quand les virus se diffusent plus largement, cette répartition particulière s’estompe et on assiste à une diffusion plus homogène. » (REY, 1994)¹⁹

De même, des inégalités dans la maladie sont signalées selon le genre, avec une surreprésentation féminine.

I.4.2.2. Les orphelins du Sida

Le sida ne fait pas que des morts, il fabrique aussi des orphelins qui sont des victimes collatérales. (Prabonnaud, 2017)

Dans les pays en développement, le VIH/sida a donné naissance à un concept nouveau « les enfants orphelins du sida »²⁰. Ces enfants manquent de repère, de cadre protecteur, de suivi médicaux et exposés à divers maux tels que la malnutrition, la consommation de drogue avec toutes les conséquences que cela peut entraîner (banditisme, actes criminels, viols, etc.). La plupart d’entre eux sont déscolarisés et vivent dans la rue, un phénomène très

¹⁹ <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:39090>, consulté le 52/12/2020

²⁰ Enfant de 0 à 18 ans ayant perdu au moins un parent pour cause de sida (définition des enquêtes sida et enquêtes eds).

récurrent dans de nombreuses villes africaines. Selon un rapport de l'Unicef/Onusida de 2012, le nombre d'enfants orphelins du sida dans le monde est estimé à 26 millions, 80 % résident en Afrique. Au Congo, d'après les données de 1992 à actualiser, les enfants orphelins étaient estimés entre 9 000 à 12 000.

Or, nous savons que la perte d'un parent ou d'un proche n'est pas sans conséquences sur le développement physique et psychique de l'individu particulièrement les enfants. (Bowlby, 1979 ; Bernier et Meins, 2008 ; Charles *et al.*, 2006 ; Cohin et Miljkovitch, 2007 ; Luecken, 2000). Pour Bowlby (1999). « La rupture d'un lien significatif à un jeune âge peut induire des séquelles importantes et briser le sentiment de sécurité nécessaire au développement de relations saines, car le style d'attachement construit pendant l'enfance constitue un élément central de la personnalité pendant toute la vie. Les relations sécurisantes entretenues entre un enfant et sa famille proche sont la base de l'engagement dans des relations positives et du développement d'habiletés permettant l'accès à l'autonomie et à la différenciation. Lorsqu'il y a interruption de ce lien (ex. décès), les capacités relationnelles et les attentes de l'enfant envers le monde sont fondamentalement affectées et peuvent avoir des répercussions sur sa capacité à établir des relations satisfaisantes à long terme. » (Bowlby et Kalmanovitch, 2015).

Les enfants ayant perdu un parent en bas âge courent le risque de développer à l'âge adulte des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des peurs, et auraient des difficultés à nouer des relations amoureuses et parentales satisfaisantes. (Brent *et al.*, 2009) ; (Jacobs et Bovasso, 2009 ; Black et Schutte, 2006).

Ces difficultés se ressentent également dans leur scolarisation, comme l'ont souligné Mboussou *et al.* (2003) : les enfants orphelins ayant des tuteurs retraités ou sans emploi ont moins de (13 %) de chance de scolarisation que les non-orphelins²¹ (voir photos 2 et 3). Dans le même contexte, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère français de la Santé (DREES) rapporte que le décès du père diminue de 6 points les chances d'obtenir le baccalauréat. Ce qui peut influencer le parcours professionnel de l'enfant surtout dans les pays en développement où la fille est parfois obligée d'écourter ses études et entrée précocement en union. Aussi, les personnes ayant perdu un parent pendant l'enfance déclarent un peu plus souvent un mauvais état de santé

²¹ Mboussou *et al.*, *Situation sociale des orphelins du sida à Brazzaville*, in le VIH et les virus des hépatites, Revue critique, de l'actualité scientifique internationale n°111 - octobre 03.

physique qui se traduit par leur niveau d’instruction ou situation professionnelle, souvent bas, etc. (Blanpain, 2008 ; Mboussou et *al*, 2003 ; EDS, 2005 ; 2011, MICS, 2012).

Photo 2 : Enfant de la Rue à Pointe-Noire (Samu-Pointe-Noire)



En Afrique et au Congo, les enfants orphelins du sida sont stigmatisés au même degré que leurs parents, car le sida est rattaché à une vie de débauche d’où des expressions telles que : « adzati mine, aza na nyama, yandi me kuzua yau » pour désigner une personne atteinte par le Sida.

Le plus souvent, la femme et les enfants paient le prix, ils sont abandonnés voir ostraciser. Pourtant, la sexualité n’est pas la seule voie de transmission de l’épidémie.

La plupart des enfants orphelins compte tenu de leur situation de précarité se retrouvent dans la rue et forment avec les autres enfants, ce que Kuyu Mwissa nomme par “famille de la rue²²”. Ces enfants sont le plus souvent présentés comme des délinquants, bandits et

²² Pour Kuyu Mwissa, ces enfants qui vivent dans la rue partagent les mêmes problèmes au quotidien forment une famille.

auteurs d'actes criminels, et par conséquent, constituent des potentielles recrues pour les rébellions (Mastny et Cincotta, 2005).

Selon Kuyu Mwissa, « le phénomène des enfants de la rue évolue en Afrique selon une progression géométrique. Hier encore, il était vécu partout comme une gêne sociale. Mais, à force de croiser des enfants marginalisés tous les jours, on finit par ne plus les voir. La gêne ne persiste réellement que vis-à-vis de l'extérieur notamment l'occident. La référence au passé de l'Afrique, dans les discours des intellectuels africains sur l'enfant, fait partie d'une stratégie de sauvegarde de l'identité des sociétés africaines. Ce qui est valorisé dans le passé, n'est pas nécessairement imposé par la considération de ce passé, mais par un objectif précis : montrer à l'extérieur que le communautarisme africain n'est pas un vague souvenir, mais est encore une réalité ancrée dans les pratiques. Il n'est pas exagéré de parler ici de mauvaise foi. Car, la réalité est que le phénomène des enfants des rues est une preuve de la désagrégation des structures parentales traditionnelles censées les protéger. Cette crise de la famille traditionnelle, et l'absence de pratique étatiques de socialisation de l'enfant marginalisé, pousseront les enfants à développer une vie néo-communautaire dans la rue » (Kuyu Mwissa, 2005, pp 114-115).

Photo 3 : Précarité des conditions de vie des enfants de la rue



I.4.3. Impact du sida sur le fonctionnement des services (force de l'ordre, santé, éducation)

I.4.3.1. Impact sur la force publique

Les études ont montré que la situation du sida sur les forces armées de plusieurs pays, en l'occurrence ceux d'Afrique est inquiétante et menace leur capacité d'intervention.

Les forces de l'ordre sont un important réservoir de propagation de l'épidémie sur le continent noir. Au Congo par exemple, le VIH-Sida est la première cause de mortalité et de morbidité dans les forces armées (FAC) ; environ 35 % des patients admis en service de médecine, des hôpitaux des armées le sont pour des maladies liées au VIH/sida. Ce qui peut être lié au fait que les agents de l'ordre (militaires, policiers, gendarmes) sont souvent impliqués dans des viols de masse dans des conflits armés. Tel est le cas : en RDC, Rwanda, Congo, Soudan, Centrafrique, etc.

Au Congo avant la guerre civile de 1997, la prévalence du VIH dans les FAC était de 9 %, une proportion qui doit être à la hausse avec la banalisation du viol, les rapports sexuels non protégés, etc.

Un autre réservoir non moins négligeable est celui des ex combattants ou milices des différentes guerres du Congo de 1993 à 2016, ils sont plus de 30 000 et représentent un important groupe à risque (Chelipi-den Hamer, 2012 ; Loumouama, 2013).

I.4.3.2. Impact sur la santé

Les secteurs de la santé et de l'éducation ne sont pas à l'abri de l'épidémie.

En plus, du fait que, le sida a entraîné l'augmentation des effectifs des agents de santé, il y a le risque permanent de contamination lié aux accidents d'exposition au sang (AES). Une étude menée à l'hôpital général de Loandjili (Pointe-Noire, Congo) a révélé que les piqûres des aiguilles souillées, ainsi que le contact d'une blessure avec du sang, sont les principales causes de contaminations chez le personnel de santé, avec respectivement 85,8 % et 70,7 %. Les infections les plus redoutées sont le VIH/sida (98,1 %), et l'Hépatite B (73,3 %) (Ebenguela Ebatetou-Ataboho et *al.* ; Health Sci. Dis : Vol 19 (4) Octobre à décembre, 2018). À Bukavu (RDC), 22,6 % des professionnels de santé déclarent lors d'une enquête

avoir été exposé au risque de contamination par le VIH, 17 % au Botswana et 40 % à Lusaka (Zambie) (Kalimira Kachelewa et Kajiramugabe Maneraguha, 2017).

I.4.3.3. Effet du sida sur le système éducatif

L'effet du sida sur le système éducatif se ressent à deux niveaux.

Sur la demande d'éducation. Dans les pays à revenus limités, l'effet du sida a un impact sur la demande globale d'éducation notamment, la diminution des places à l'école, dans les formations professionnelles et, par conséquent, dans l'enseignement supérieur. Plusieurs études ont montré que l'effet du sida a diminué le nombre d'enfants en âge scolaire, une baisse de rendement, une augmentation du taux d'échec et d'abandon scolaire. À cet effet, la scolarisation est limitée pour de multiples raisons : « faire face à la maladie, soigner les membres de la famille [...] les chocs subis du fait de la maladie et des deuils dans la famille, la discrimination et la mise à l'écart, la baisse des revenus, le besoin de s'engager dans une activité lucrative » (Loumouamou, 2013, p. 131-132).

Par exemple au Congo, entre 1980 et 1990, le taux de scolarisation frôle 100 % alors qu'aujourd'hui, à la suite des effets conjugués des guerres civiles et du VIH/sida, cet indicateur est réduit à 80 % (Loumouamou, p. 131).

À propos de l'effet sur l'offre, la littérature mentionne des taux élevés de morbidité et de mortalité chez les enseignants et les agents administratifs. Ce qui affecte sérieusement l'offre éducative des écoles, des centres de formations professionnelles et de l'université. En Zambie par exemple, le taux de mortalité chez enseignants avait atteint 40 ‰ en 1998. Au Congo, le système éducatif devra faire face à l'absentéisme des enseignants ; la qualité et le temps consacré à l'enseignement, la fréquentation des élèves et des enseignants devient irrégulière pour cause de sida. Les données du ministère de l'éducation indiquent que 4,9 % des enseignants sont infectés par le VIH (rapport, ministère de l'éducation, 2016).

I.4.4. Impact sur l'économie

L'impact économique provoqué par une forte morbidité et mortalité du personnel d'entreprise s'est posé vis-à-vis des pays où la prévalence du VIH était inquiétante, en l'occurrence sur le continent africain. La problématique est rapidement élargie à la menace que représente l'épidémie sur le fonctionnement et la production des entreprises. (Irwin et al., 1991).

L'intérêt des recherches en Afrique, outre les aspects médicaux et biologiques, porte sur les conséquences socio-économiques de l'infection à VIH. Dans des pays où le développement économique et social est une priorité, dans une zone du monde où est concentrée l'aide internationale, le VIH/sida semble provoquer des contraintes importantes. « L'impact socio-économique de l'épidémie fait l'objet de deux approches différentes mais complémentaires ; l'une concerne l'étude d'entreprises ou de secteurs économiques (établissements, agriculteurs ménages...) ; l'autre suggère une vision plus globale à partir d'agrégats macroéconomiques. La première approche alimente les réflexions de la seconde » (Aventin et Huard, 2000).

Soulignons qu'il n'y a pas assez d'études sur l'impact économique du sida dans les pays en développement. Par ailleurs, les quelques informations disponibles indiquent une dégradation des économies dans les pays les plus touchés par l'épidémie.

Couderc *et al.* (2006), indique qu'une réduction du taux de croissance du PIB d'environ 1 point de pourcentage est à prévoir pour des pays en développement très touchés par la pandémie en Afrique notamment. Ceci, compte tenu des difficultés que connaissent aujourd'hui ces pays, avec des taux de prévalence parfois supérieurs à 30 % chez les populations adultes, la faiblesse du coût économique estimé du VIH/SIDA peut apparaître étonnante (Couderc, Drouhin et Ventelou, 2006) (voir tableaux 12 et 13).

Dans le même contexte Samba (2014) estime qu'avec la baisse du revenu national brut qui est passé de 724,7 à 640 dollars entre 2000 et 2003 ; l'espérance de vie de 52 ans à 48 ans, la prévalence du VIH/sida de 6,5 % à 11,6 % , il est fort probable que cela soit compromettant pour le développement du Congo (département de l'évaluation des opérations de la Banque mondiale 2004) ; (Samba, 2014).

Tableau 12 : Taux de prévalence, croissance économique et espérance de vie

Taux de Prévalence	Réduction de taux de croissance par tête (1)	Année perdue d'espérance de vie (2)
5	-0,6	4,7
10	-0,8	9,4
15	-1	14,1
20	-1,2	18,8
30	-1,4	28,2

Sources (1) : R Bonnel (2000), (2) Calcul de Touzé et Ventelou (2002), tiré des données des US Bureau, Population Référence Bureau, et OMS. Bonnel fournit une estimation économétrique qui essaie de relier le taux de croissance aux taux de prévalence en isolant les autres facteurs explicatifs (environnement institutionnel, capital physique, capital humain). Ces estimations concernent les économies des pays africains à partir des données observées entre 1990 et 1997.

Tableau 13 : Réduction du PNB imputable au VIH/SIDA

Pays	Baisse moyenne du PNB (en point de croissance annuelle)	Période	Source
30 pays africains SS	[0,8 ; 1,4]	1990-2025	Over (1992)
Cameroun	2	1987-1991	Kambou et al (1992)
Zambie	[1 ; 2]	1993-2000	Forgy (1993)
Tanzanie	[0,8 ; 1,4]	1991-2010	Cuddington (1992)
Kenya	1,5	1996-2005	Hancock et al (1996)
Mozambique	1	1997-2020	Wils et al (2001)
Afrique du Sud	[0,8 ; 1]	1997-2010	Arndt et Lewis (2000)
47 pays	0,7	1990-1997	Bonnel (2000)
Botswana	1 ; 1,5	2001-2015	Banque mondiale (2001)
Lesotho, Namibie			

Sources : tiré de *Sida et croissance économique : le risque d'une trappe épidémiologique*, Nicolas Couderc, Nicolas Droulin et Bruno Ventelou, *Revue d'économie politique*, 2006/5 vol.116/ page 697 à 715. Les intervalles donnent l'amplitude de l'impact selon les scénarios étudiés.

Bell et *al.* (2003 et 2004) et Haacker (2002), ont mis l'accent sur le facteur travail. Pour ces auteurs, l'offre de travail, vue en termes de quantité ou de qualité (capital humain), est susceptible d'être affectée par l'épidémie. « Ces études se sont concentrées sur les conséquences du VIH/SIDA sur le facteur travail (plus précisément sur l'offre de travail, vue comme une « quantité »), alors que l'on estime aujourd'hui que la formation de capital, ou même le capital humain productif (la « qualité » de l'offre de travail), peuvent être affectées par la maladie » (Bell et *al.*, 2003 et 2004, et Haacker, 2002, cités par Couderc et *al.*, 2006, p. 698).

Barnett et Halswimer, cités par Aventin et Huard (2000) pensent que le faible rendement des producteurs agricoles dans certaines régions, est occasionné par une forte mortalité et morbidité de la population active. Aventin et Huard ont également élucidé certains coûts induits par le VIH/sida notamment, l'absentéisme au travail pour cause de maladie, les coûts liés aux soins, décès, organisation des funérailles, les recrutements des nouveaux employés, etc. (Barnett et *al.*, 1995 cités par Aventin, et Huard, 2000, p. 55-82).

Au Congo-Brazzaville, l'étude du PNUD auprès des entreprises de Brazzaville et Pointe-Noire (1999 et 2002), révèle que le budget alloué à la santé des travailleurs est en nette augmentation dont 73 % affectés aux malades du Sida.

À ces dépenses se greffent des coûts de divers ordres : absentéisme pour cause de maladie, obsèques et formation du personnel de remplacement. Samba (2014) constate que les arrêts de travail (ADT) de 1999 à 2000 sont restés constants, tandis que les absences temporaires au travail connaissent une nette progression. Ce qui a des implications sur la production et par voie de conséquence sur la performance des entreprises. La proportion moyenne des personnes ayant bénéficié d'au moins 5 arrêts de travail de 15 jours pour raison de maladie est de 55,3 % par année (Samba, 2014).

Le total des coûts supportés par les entreprises en faveur des personnes infectées par le sida entre 1999 et 2002 est en moyenne de 15 milliards de Francs CFA soit 2 286 725 €. L'augmentation de ces dépenses imputables au VIH est synonyme d'augmentation des coûts liés au personnel des entreprises. L'augmentation des coûts liés au personnel réduit le bénéfice et donc la rentabilité des entreprises : les ressources qu'elles affectent aux membres de leur personnel séropositif auraient pu être utilisées à d'autres fins si l'ensemble de leur personnel était bien portant.

Signalons également que les deux dernières années d'activités professionnelles d'un malade du sida sont perdues.

Aussi, le VIH/sida contraint 20 % des membres d'une famille à réduire leur offre de travail ou arrêter leurs études et 60 % du temps consacré aux activités domestiques pour s'occuper du malade (Steinberg *et al.* 2002 ; Morris *et al.* cité par Couderc *et al.*, 2005).

En plus des dimensions biologiques et médicales, la formation des couples discordants passe aussi par les perceptions et représentations du VIH-Sida que nous présentons dans la section suivante.

I.5. PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DU VIH/SIDA

Les idées que l'on se fait de la maladie en générale et du VIH/sida en particulier dépendent des modèles culturels. Car, chaque peuple, société ou individu est régi par des normes, valeurs, croyances qui déterminent les pensées des individus sur la maladie et l'itinéraire thérapeutique (Boudon et Besnard, 2012).

1.5.1 Représentations du VIH/sida dans le monde occidental

Dans les sociétés occidentales, les représentations de la maladie sont déterminées par le modèle biomédical (conception scientifique).

Pour les scientifiques, la maladie est un désordre biophysique causé par un agent pathogène, une entité interpersonnelle, organique et intérieure à l'homme.

Cette pensée est soutenue par Laplantine (1986) : « La maladie est un corps étranger à expulser, une présence ennemie à juguler, une adjonction de quelque chose de mauvais à extraire » (Laplantine, 1986). Dans la pratique, lorsqu'une personne est malade, il consulte un médecin qui l'examine et pose un diagnostic afin de déterminer les causes du mal, il s'en suit éventuellement la prise en charge médicale. La guérison consiste donc à extraire ou extirper le mal, le corps étranger de l'organisme, afin d'en assurer le rétablissement, l'homéostasie (équilibre du système).

Parlant du sida, Setbon (2000) estime qu'il s'agit à la fois d'une maladie relevant de la médecine curative et un risque déterminé par certains comportements. « Chacune de ces deux dimensions du problème concerne des publics différents, tout comme le sont les réponses et les enjeux que chacune soulève » (Setbon, 2000).

En même temps, les progrès thérapeutiques qui contribuent à faire du sida une maladie chronique ne restent pas sans conséquence sur la perception et la gestion du risque de contamination. Or, c'est à partir du moment où le sida a été perçu comme un risque pour la population générale qu'il a pu relever du traitement exceptionnel élaboré au cours des années 1980, même si la maladie a bénéficié du climat de changement ». (Setbon, 1996, p.72) ; (Fee et Fox, 1992).

Derrière la perception du risque, se cachent les attitudes, croyances, sentiments et des jugements à un risque donné qui sont propres à chaque individu ou société. « Longtemps opposée à l'approche scientifique ou objective, la perception du risque est de plus en plus reconnue comme une forme concurrente d'évaluation des menaces auxquelles sont confrontées nos sociétés (Kahneman et *al*, 1982). Elle se distingue de l'analyse objective en ceci que les individus évaluent les dangers auxquels ils sont, ou croient être, exposés à travers leurs préférences, leurs valeurs, leurs modes de vie et leurs systèmes cognitifs (Short, 1984). Autrement dit, elle relève d'une rationalité individuelle qui mélange subjectivité et objectivité (Abenhaim, 1999).

Pour certains auteurs, l'opposition avec la rationalité scientifique est bien moindre que ne laisserait pas apparaître une telle définition. Pour au moins deux raisons majeures : l'une relève de la place importante que tient l'incertitude dans l'analyse scientifique du risque qui oblige à privilégier certaines hypothèses et ne peut que très rarement se départir de jugement de valeur, de biais » (Jungermann, 1986). Au niveau individuel, les comportements face au risque tels que les pratiques sexuelles et l'usage de drogues, sont des décisions qui découlent d'une évaluation subjective à travers la perception du risque. Celle-ci permet d'attribuer au risque un degré d'acceptabilité. La perception individuelle de risque et l'acceptabilité (ou l'aversion) qui en découle, déterminent l'action face au risque. C'est aussi le cas de l'acceptabilité sociale du risque, que celle-ci soit le fait de groupes sociaux ou d'ensembles socioculturels plus larges (Douglas et Wildavsky, 1982). La première détermine directement les comportements individuels, la seconde indirectement les réactions sociales face au risque » (Setbon, 2000, p. 72-73).

Si à ses débuts, l'épidémie est rattachée à des groupes spécifiques (les homosexuels, les toxicomanes et les Haïtiens), avec l'évolution des connaissances cette conception a changé. On sait désormais que tout le monde est exposé à l'épidémie.

« Aux quatre phases de l'histoire sociale du sida : indifférence, mobilisation, stabilisation et normalisation correspondent successivement trois formes de perception sociale du risque sida par la population générale. La première, conforme aux rares connaissances accessibles au public, se représente le sida comme une maladie limitée aux groupes particuliers.

(1981-1986), maladie limitée aux homosexuels, toxicomanes, Haïtiens. Le sida est socialement perçu en relation à leurs modes de vie et non comme une menace pour soi, dès lors que l'on ne s'identifie pas à l'un de ces groupes.

La seconde phase, qui débute à partir de 1986 par la reconnaissance de la contamination hétérosexuelle, correspond à un changement de la perception sociale du problème du sida : il devient un danger ou un risque généralisé. L'incertitude quant au délai d'incubation, au degré de contagiosité et au caractère asymptomatique de l'infection à VIH explique qu'à l'indifférence succèdent la peur et une demande sociale de protection.

En étant présenté au public comme une menace pour chacun, invisible, contre laquelle on semble démuné, le sida est alors perçu comme un risque socialement inacceptable » (Setbon cité par Philippe Urfalino, 2000, p. 73-74).

1.5.2. Les représentations du VIH/sida dans les sociétés d'Afrique au sud du Sahara : cas du Congo

Il coexiste en Afrique trois modèles de pensées sur la maladie ou le VIH/sida. En plus du modèle pasteurien hérité de la colonisation, on distingue les modèles religieux et traditionnel.

Pour la religion, la maladie est considérée comme une transgression de la loi divine (le résultat du péché). Il s'agit d'une conception surnaturelle, l'âme est affectée et les effets se produisent sur l'organisme (corps). C'est ce que les scientifiques notamment les psychocliniciens désignent par maladies psychosomatiques²³. La guérison dans ce cas s'obtient en soignant l'esprit, c'est-à-dire soigner la relation de l'individu avec Dieu par le biais des prières, délivrances et la confession où la catharsis²⁴, une technique utilisée par les psychocliniciens dans leur pratique quotidienne.

Quant au modèle traditionnel, il intègre aussi bien les dimensions biophysique que psychologique ou socioculturelle. Il est dominant dans les milieux ruraux africains et congolais, où la maladie est vécue comme une agression sorcière, une transgression des interdits, résultant d'une désobéissance envers les aînés, les ancêtres, etc. Par exemple, dans le rite « Dzobi²⁵ », la violation de certaines règles (vol, adultère, etc.) est souvent réprimandée, sanctionnée par une maladie grave, générationnelle ou une malédiction.

²³ Terminologie utilisée par les psychologues cliniciens pour désigner les affections psychiques qui se manifestent sur le corps. Par exemples, par exemples : eczéma, psoriasis, poussées d'aphtes, des troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil.

²⁴ En psychanalyse, la catharsis est un concept apparu pour la première fois en 1893 dans la « Communication préliminaire » qui servira de premier chapitre aux *Études sur l'hystérie* (1895) de Josef Breuer et Sigmund Freud. La catharsis c'est le purgatoire de l'âme, c'est la prise de conscience par laquelle un sujet se remémore un événement traumatique passé¹², le revit puis le dépasse dans le cadre d'une cure psychanalytique. La catharsis repose sur l'abréaction des affects liés au traumatisme, c'est-à-dire la décharge émotionnelle qui accompagne la prise de conscience. La catharsis est ainsi le processus, parfois émotionnellement violent, au travers duquel le sujet se libère du refoulement. La catharsis est le premier pas nécessaire d'une mise à distance, ou d'une objectivation du trauma qui peut aboutir à un véritable processus de perlaboration¹³ de l'évènement, c'est-à-dire son intégration, par les moyens du langage, dans l'histoire du sujet.

²⁵ Un culte traditionnel, initié par les ancêtres afin de faire prévaloir la justice parmi les peuples Téké, Kota, Mbamba, Mbéti, Mboko, Ngaré et Nzabi du Congo.

C'est également ce que Laplanche a observé chez les peuples Baoulé de Côte-d'Ivoire. Le totémisme en est une grande illustration. Par définition, le totem désigne un animal comestible, inoffensif ou dangereux et redouté, plus rarement une plante ou une force naturelle (pluie, eau). Le totem représente en premier lieu l'ancêtre du groupe ; en deuxième lieu, son esprit protecteur et son bienfaiteur qui envoie des oracles et, alors même qu'il est dangereux pour d'autres, connaît et épargne ses enfants. Ceux qui ont le même totem sont soumis à l'obligation sacrée, dont la violation entraîne un châtement automatique, de ne pas tuer (détruire) leur totem, de s'abstenir de manger de sa chair ou d'en jouir autrement (Freud et Jankélévitch, 2009, p. 13).

Pour Landundu (2013) « Les génies, les divinités, les esprits, les morts, la sorcellerie peuvent rendre malade. La sorcellerie peut provoquer la mort d'un parent, la mort du bétail, la stérilité d'un couple, les échecs dans divers domaines de la vie. Ainsi, seules les maladies fréquentes et sans gravité, liée à des agents pathogènes bien connus (diarrhées banales des enfants, parasitoses intestinales, rougeole, paludisme) sont considérées comme des affections naturelles relevant des simples traitements médicaux dans les structures médicales ou chez l'infirmier. Mais des pathologies graves comme le sida, le cancer et autres maladies rares et celles réfractaires aux traitements modernes, sont considérées comme étant d'origine surnaturelle, et relevant d'une thérapie, capable de traiter non seulement les symptômes, mais aussi la cause profonde du mal. Ainsi, l'interprétation des causes est placée au centre même du processus de guérison : le mal ne frappe pas au hasard, il est déclenché selon un mode surnaturel. Cette action ne peut s'exercer que selon les lois et la hiérarchie de l'ordre lignager. C'est la force détenue par les ancêtres et transmise à leurs descendants : chef de famille qui apporte santé et prospérité au clan et à tous ses membres. La croyance à la sorcellerie est au centre de l'origine du VIH/sida en RDC, la prise des antirétroviraux est considérée comme un palliatif, les patients du sida pensant que la cause de leur maladie se trouve ailleurs, suivent divers itinéraires thérapeutiques pour la guérison » (Kwilu Landundu, 2015).

Pour sa part Tchegnina (2016), évoque la sorcellerie ou dimension mystique du sida. L'auteur estime que la victime est généralement infectée pendant son sommeil. Le sorcier séropositif communément appelé « Vampire » vient dans la nuit lorsque sa victime est endormie et fait l'amour avec elle sans préservatif. Cela s'appelle « les couches de nuit ». Tout cela ne se passe pas physiquement, mais spirituellement. La victime rêve qu'elle est en train de faire l'amour avec le « vampire ».

Au réveil, elle commence à avoir mal au ventre et à se sentir mal, premiers signes de la contamination. Pour ne pas se faire démasquer, le « vampire » qui viendrait infecter se mettrait dans le corps de quelqu'un d'autre. Il prendrait une apparence physique qui n'est pas la sienne.

Ce faisant, il brouille les cartes. Pour l'identifier, il faut consulter un devin ou un voyant. Tchegnina note que le sida est précédé des « couches de nuit » phénomène bien connu des populations. Elles causent alors « le mal du bas-ventre » >> et la stérilité lorsqu'il n'est pas traité à temps. Lorsqu'on se voit en train de faire l'amour dans le sommeil, cela suscite une grande peur chez la personne concernée si elle n'a pas la foi en Dieu. Elle consulte généralement un voyant pour savoir qui est la personne qui lui veut du mal et se fait en même temps débarrasser de la pollution auprès d'un guérisseur ou d'un herboriste. Le parallèle avec le VIH a été très vite fait sans que l'on puisse en comprendre les mécanismes. Selon un raisonnement que les enquêtés très souvent tenus, si « les couches de nuit » causent le mal de ventre et la stérilité, il est vraisemblable qu'elles soient un moyen de victime sans protection est séropositive » (Tchegnina, 2016).

Nous reprenons dans le paragraphe suivant, le témoignage d'une adolescente au Cameroun, rendu par Tchegnina sur la nature mystique du sida. « Armelle est l'une des figures qui défend cette position. Élevée en classe de seconde, elle est âgée de 15 ans et réside à Douala depuis sa naissance. Armelle est issue d'une famille monoparentale, elle vit avec sa mère, son père ne l'ayant pas reconnue à sa naissance. Elle se dit catholique moyennement pratiquante. Bien qu'elle affirme n'avoir jamais consulté un guérisseur, elle pense que si un sorcier séropositif a des relations mystérieuses avec une personne séronégative, il y aura contaminations. La place des rêves dans la sorcellerie est centrale. Les "mauvais rêves" ou cauchemars sont toujours perçus comme inquiétants et révélateurs d'une agression du sujet dans le monde invisible. C'est aussi le monde de la nuit par opposition au monde du jour. La nuit est le moment de prédilection des pratiques occultes. Des anthropologues ont consacré plusieurs travaux à l'analyse de ce phénomène dans le contexte africain » (Tchegnina, 2016, p. 162).

Les travaux de Koumba à Divenié et Ngoua (département du Niari, République du Congo) confirment la thèse d'un sida mystique. Pour ce dernier, on peut attraper le sida par la sorcellerie. Par sa malveillance, le sorcier peut provoquer chez un individu les mêmes symptômes que ceux du VIH/sida. « Un document diffusé sur une chaîne de télévision occidentale a montré le cas d'un Européen qui était séropositif, mais dont le second test effectué quelques mois après, a montré que cet homme était maintenant séronégatif alors qu'il n'avait pas pris les médicaments, peut nourrir ce qui s'abrite derrière la sorcellerie » (Koumba, 2013, p. 176).

La thèse d'un sida mystique a été également prouvée par l'INS-Congo. Lors de l'enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida de 2009, à la question de savoir si le sida pouvait se

transmettre par des voies surnaturelles, la moitié des personnes interrogées ont répondu par l'affirmatif (INS-Congo, 2009 a).

Autre élément qui peut nous étayer, c'est la banalisation du VIH/sida.

En paraphrasant Elo-Dacy, on pourrait croire que le sida n'est ni une maladie nouvelle ni une maladie fatale comme on le donne à entendre. Selon ces milieux, le sida existe au Congo depuis les temps anciens sous le nom du « Mouandza », c'est-à-dire du zona. Pour les partisans de cette thèse, nos ancêtres guérissaient le « Mouandza » et nos féticheurs d'aujourd'hui continuent de le guérir. La localité de Bokouélé dans la cuvette est citée en exemple comme un haut lieu de traitement et de guérison du « Mouandza ». Il convient de rappeler que le « Mouandza » n'est pas le sida, même s'il peut en constituer souvent un signe précurseur. Par ailleurs, en dépit du travail important d'information et d'éducation entrepris par diverses institutions, des adolescents interviewés dans les sept arrondissements de Brazzaville continuent de nier la réalité de l'existence du sida qu'ils définissent comme étant un syndrome imaginaire, inventé pour décourager les amoureux (Elo Dacy, 2013).

1.5.3. Ce que les jeunes pensent du sida. Cas de Brazzaville (République du Congo)

Pour les jeunes Congolais en général et Brazzavillois en particulier, le sida ne serait qu'une astuce mise en œuvre par des moralistes, impénitents et attardés, opposés à l'amour libre et au droit à la libre disposition de son corps. Ces deux types d'attitudes qui, l'une minimise le sida en faisant de cette maladie mondialement réputée comme grave et fatale, une maladie bénigne et banale et l'autre nie la réalité de son existence, nuisent à la prévention en constituant des obstacles sérieux à la lutte contre le Sida aussi, elles sont des facteurs d'exposition à la sérodiscordance qui elle-même est un facteur de propagation de l'épidémie.

L'analyse des perceptions et représentations nous a montré que les comportements et conduites des individus vis-à-vis de l'épidémie par le VIH-Sida dépendent des croyances et valeurs culturelles propres à chaque peuple ou société. L'appartenance à un groupe confère à ses membres une identité qui les distinguent des autres. La sociologie fonctionnaliste décrit « l'identité comme le reflet, au niveau individuel, des valeurs communément admises dans une société. En toute société, il existerait ainsi des identités-types qui sont en quelques sortes des modèles pour la conduite sociale, et qui représentent la réalité objective qu'engendre une société et à laquelle les individus s'identifient » (Fischer, 1987, p166). Ainsi, pour certains africains et Congolais, le VIH-Sida est tantôt associé à une transgression de la loi divine ou un mauvais sort. La guérison ne pouvant s'obtenir que par la prière ou le traitement traditionnel. Vu de cette

façon, le VIH-Sida n'est pas transmissible, et ne représente pas un danger pour les populations moins encore les couples. Pour ceux qui soutiennent cette thèse, les coutumes, les valeurs traditionnelles, les croyances sur le VIH/sida influencent la formation des couples discordants en Afrique et au Congo.

Conclusion

Le VIH-Sida est l'une des pandémies qui a marqué la fin du 20^e et début 21^e siècle. Le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) comprend deux variétés, le VIH-1 plus répandu dans le monde et le VIH-2 qui sévit en Afrique de l'Ouest. Si le premier foyer de l'épidémie s'est constitué à Kinshasa en 1959, les premiers malades sont identifiés aux États-Unis en 1981. Aussi, nous avons rappelé dans ce chapitre que la diffusion de l'épidémie se fait suivant trois voies, sanguine, mère-enfant et le moyen sexuel qui est le plus dominant. Ensuite, il a été question de la présentation du VIH dans le monde, sa distribution spatiale avec un zoom sur les régions les plus touchées. L'analyse des principaux indicateurs du VIH/Sida au Congo révèle une situation préoccupante (vu les niveaux élevés de prévalence dans les populations à risque, les nouvelles infections et les décès). Enfin, l'étude des perceptions et représentations du VIH/sida a permis de mettre en évidence trois modèles de pensée sur le VIH/sida (pasteurien, religieux, traditionnel) et a montré que la formation des couples discordants est influencée par les croyances et les perceptions des risques sur le VIH/sida.

Le chapitre prochain s'inscrit dans l'analyse de la vie des couples dans le contexte du Congo.

CHAPITRE II

VIE DES COUPLES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

Puisqu'il est question de sérodiscordance au sein des couples, ce chapitre s'attache à décrire, « vivre en couple » dans la société congolaise. À cet effet, les différentes fonctions du couple seront passées en revue avant de détailler davantage les formes d'union. Sont également abordés dans ce chapitre, la dot, le rituel « tchikoumbi » complétés par une approche démographique de la nuptialité.

Commençons par clarifier le couple, une terminologie difficile à définir de nos jours compte tenu de l'évolution spatio-temporelle du concept qui donne lieu à des divergences selon le positionnement sur la question de l'homosexualité.

Si dans son acception classique, le couple désigne l'union entre deux personnes de sexe opposé, de nos jours la dimension sexe n'étant plus prise en compte, il renvoie désormais au partage entre deux personnes d'une sexualité reconnue socialement et accompagnée. L'adoption de la loi sur le « mariage pour tous » dans certains pays (en Europe, en Amérique) a contribué à faire évoluer cette terminologie d'un point de vue sémantique, transformant ainsi les rapports qu'entretiennent les sociétés avec la définition traditionnelle du couple. La principale conséquence n'est pas des moindres. Nous assistons depuis à une véritable transformation des représentations adossées à la famille et aux structures de la parenté. Le Congo à l'instar de la plupart des pays africains s'inscrit dans la logique classique et considère le couple comme un cadre de vie matériel et immatériel (social, affectif) au sein duquel deux personnes de sexe opposé, liées par des intérêts, des engagements et des projets communs, ont décidé de vivre ensemble, quel que soit leur statut résidentiel et leur forme d'union (Tijou-Traoré, 2006).

Le couple conserve ainsi son caractère originel malgré quelques cas marginaux de rapports homosexuels signalés dans les grands centres urbains (Brazzaville, Pointe-Noire).

II. 1. CE QUE REPRÉSENTE VIVRE EN COUPLE POUR LE CONGOLAIS ?

En dépit de l'évolution de la société marquée par la révolution industrielle, ayant pour corollaire le travail salarial, l'autonomisation des femmes et l'individualisme, les populations congolaises sont restées attachées aux valeurs traditionnelles qui déterminent l'ensemble des comportements, formant dans l'imaginaire collectif des systèmes de représentations sociales se rapportant aux manières de penser, d'agir et de vivre. Il en est ainsi de la vie de couple comme en témoigne Salles (2009) : « le destin de chaque homme, de chaque femme, est le mariage. Partout, chez les anciens, les non-mariés sont des marginaux, voués à une existence stérile et malheureuse. Parfois, des lois, à Sparte ou Rome par exemple, font du célibat un crime contre la société et prévoient des amendes pour ceux qui voudraient échapper au mariage et refuseraient volontairement d'engendrer pour leur communauté des enfants légitimes » (Melchior-Bonnet et Salles, 2009, p. 9).

D'un point de vue traditionnel, le couple possède deux fonctions essentielles.

II. 1.1. Fonction de reproduction ou biologique

La fonction primaire d'un couple est de procréer, former la famille en vue d'augmenter le nombre des membres du clan et assurer la perpétuation de la lignée. Pour reprendre Bourdieu, « le mariage est une opération destinée à assurer la reproduction biologique du groupe selon les formes approuvées par le groupe » (Bourdieu 1980, p. 163). Dans le même ordre d'idées, pour Locoh (2002) la fécondité est encore la première raison de formation des couples surtout en Afrique. « Ce n'est pas pour soi que l'on se marie et que l'on a des enfants, mais afin que ceux-ci viennent renforcer le lignage par leur vitalité, leur travail, les alliances qu'ils permettent et leur étroite dépendance » (Mbarga, 2013).

En plus d'être une cellule de transmission où s'héritent un patrimoine génétique, un nom, une mémoire ainsi que des traditions et valeurs, le couple dans sa fonction de reproduction répond également à des enjeux économiques.

II. 1.2. Fonction économique

En effet, la famille est aussi à considérer comme une importante structure de production dans une société qui est en marge de l'industrialisation de masse, demeurée fortement rurale et où les enfants représentent une force de travail nécessaire à la subsistance. Ce constat est partagé par Grégory et *al*, cité par Wakam (1985) « La famille représente à la fois une unité de production et de reproduction. L'élément capital dans la survie de l'unité familial, c'est sa force de travail et tout doit être mis en œuvre pour assurer une bonne reproduction démographique suffisante. À ce titre, le mariage *i. e.* l'échange des femmes entre lignages, constitue une des caractéristiques les plus fondamentales du mode de production domestique. Ce type d'organisation est généralement patriarcal et ce sont les hommes (en fait les 'vieux') qui contrôlent le système de relations matrimoniales et l'usage de la main d'œuvre familiale. Bref, le régime démographique est centré sur la mobilité des femmes et une fécondité élevée. Les unités domestiques assurent la reproduction de la force de travail en combattant avec les moyens connus la mortalité des enfants, en favorisant une fécondité élevée rendue possible par des arrangements matrimoniaux dont la mobilité des femmes est la pièce maîtresse. » (Gregory et Piche, cité par Wakam, 2002, p. 7).

À cet égard, la formation du couple puis de la famille s'impose pour les Congolais comme un impératif, et ne peut être pensée indépendamment des configurations matérielles et économiques. « Il n'est de richesse que d'hommes ». Une formule que l'on doit au philosophe Jean Bodin. Il s'interroge, au XVI^e siècle, sur la place de l'homme dans le système économique... Est-ce la population qui fait la richesse des nations ? Et l'économie est-elle encore au service des hommes et des femmes ?

Dans le même contexte, un proverbe Bôtí-fañ également valable pour les Congolais stipule que « les hommes constituent la vraie richesse. Il faut disposer du plus grand nombre possible d'Hommes pour prospérer en termes de renommée, d'alliances, de crainte, mais plus important encore, un nombre élevé de bras est la garantie d'une prospérité économique. C'est ainsi que s'entend la réussite. Plus on aura de bras pour travailler, plus on aura des revenus consistants à la chasse, à la pêche et dans les champs. Le nombre d'un clan servait aussi à dissuader ceux qui avaient des velléités de conquête » (Mbarga, 2013).

De ce fait, l'échec des politiques de population, impulsées par les concepts de planification familiale et de santé de la reproduction depuis les conférences de Bucarest au Caire en passant par Mexico, dans certaines régions, notamment l'Afrique subsaharienne, est à comprendre à travers ce prisme.

Plusieurs auteurs, entre autres Sala-Diakanda (1988), Chesnais (1985), Edem-Kodzo²⁶ (1986) ont montré que par rapport aux terres et aux richesses disponibles, la problématique de la croissance démographique en Afrique est un faux problème (Sala-Diakanda, 1988).

De plus, nous pouvons ici établir un parallèle avec les sociétés européennes préindustrielles qui nous sont particulièrement bien connues grâce aux travaux menés par les historiens médiévistes et modernistes ces dernières années.

Dans ces sociétés, le mariage est avant tout affaire d'alliances conclues par les familles qui bien souvent ne se réfèrent pas au consentement des futurs époux. Cette dimension est très explicite dans les hautes couches de la société où l'enjeu est de nouer des liens stratégiques entre deux familles qui en tirent différents bénéfices, tout en évitant de se compromettre par des mésalliances qui conduisent à l'abaissement dans la hiérarchie sociale.

Elle l'est également, d'une façon différente dans les milieux plus humbles, notamment de la paysannerie et des ouvriers agricoles. Pour ces derniers, l'enjeu peut également être social lorsque les riches fermiers et exploitants s'allient, mais il est plus nettement économique. En d'autres termes, le mariage se veut dans le milieu rural la création d'une cellule d'exploitation qui s'accompagne de l'héritage d'une ou plusieurs parcelles de terre pouvant être mises en commun par l'alliance des deux familles afin d'en augmenter le rendement.

Néanmoins, dans les sociétés traditionnelles, le mariage ne se restreint pas au cercle privé. En effet, il est l'affaire de toute la communauté villageoise qui suit son déroulement attentivement, le discute, participe à sa célébration et le régule. Par ailleurs, lorsque le couple a transgressé les normes intégrées par la communauté, il doit en répondre devant celle-ci, en témoignent les bruyants charivaris²⁷ qui sévissent dans les campagnes, car la loi du mariage est malgré tout la fidélité, lignage oblige (Ferry, 2010).

²⁶ Ancien ministre des Finances puis des Affaires Étrangères du Togo, ancien Secrétaire général de l'OUA (Organisation de l'Unité Africaine) de 1978 à 1983, l'un des cent membres du club de Rome, EDEM KODJO, professeur associé à la Sorbonne est décédé le, 11 Avril 2020

²⁷ Le mot charivari apparaît au xiv siècle, il désigne à l'origine une coutume qui entoure certains mariages, aussi bien dans l'aristocratie que chez les paysans des villages reculés vu de l'extérieur, le charivari se présente comme une espèce de carnaval, une sorte de procession formé de faux musiciens qui jouent avec des faux instruments l'essentiel étant qu'il soit particulièrement sonore. Ils font, à vrai dire, des bruits insensés, un tapage épouvantable qui doit marquer aux yeux de tous, ou plutôt à leurs oreilles, la désapprobation générale qui accompagne un remariage trop rapide ou jugé mal assorti, souvent à cause de la grande différence d'âge qui sépare les deux époux. Le charivari est aussi pratiqué lorsqu'un homme est cocu, on va choper le malheureux dans son champs assis à l'envers sur un âne (azoade) pour montrer qu'il ne va pas droit on lui fait traversée le village sous les collibels, les crachats, les légumes pourrit on le cogne un peu et puis on met les deux époux dans leur maison et la commence le charivari proprement dit qui est censé rappeler la loi du mariage qui malgré tout est la fidélité lignage oblige. (Victor W. Turner, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, PUF, 1990, 208 p. ; ferry, 2010 p122).

Le mariage est à la fois un moment de fête et une occasion pour réconcilier les familles fâchées. Pour reprendre Lévi-Strauss (1983), « le mariage instaure une sorte de solidarité entre clans potentiellement, ennemis et concourt ainsi à pacifier la société »(Lévi-Strauss, 1983).

Notons cependant que si certaines similitudes sont observables entre les sociétés africaines et occidentales préindustrielles, il n'en demeure pas moins que la comparaison est anachronique. Effectivement, la modernité des sociétés occidentales se caractérise, à différents rythmes, par la naissance de l'individualisme. Progressivement, l'individu s'émancipe des structures traditionnelles et s'impose, non plus comme un élément de la communauté, mais comme un être singulier, autonome au sein de la société. Les mutations lentes qui accompagnent l'industrialisation et par conséquent la transformation des structures économiques, concernent tous les champs de la vie sociale et culturelle. Ainsi, le mariage s'individualise également au sens où il devient de plus en plus un choix fait par deux individus consentants. Si liberté il y a de former un couple, on peut tout aussi bien ne pas en former en choisissant le célibat, ou au contraire vivre en concubinage, c'est-à-dire entretenir des relations en dehors des structures encadrantes telles que l'Église ou indépendamment des parents ou de la communauté.

En outre, l'individu qui désormais choisit son ou sa partenaire selon sa propre volonté, peut également choisir de dissoudre le couple pour divers motifs. Néanmoins, ces évolutions du couple qui s'inscrivent dans un temps long, ont mis du temps à être intégrées par la société et se font par étapes, notamment via le développement des mouvements sociaux et féministes et l'assouplissement de la législation sur le divorce.

Au contraire, dans les sociétés congolaises et africaines qui pour l'essentiel ont échappé à l'industrialisation, la vie de couple est encore fortement dépendante des structures traditionnelles. Le choix du conjoint et le devenir du couple sont encore sous le contrôle des parents, de la famille et de la communauté comme le souligne Locoh (2002) « dans les sociétés africaines, c'est le mariage qui fait l'objet de tous les contrôles familiaux et sociaux. On épouse celui que désignent les anciens, pas celui qu'on choisit » (Locoh, 2002).

La formation des couples dépend très peu de décisions individuelles, l'attrait sexuel et affectif qui pousse des jeunes l'un vers l'autre est fortement règlementé, contrôlé par ceux qui, dans une société, détiennent le pouvoir. La formation des couples a toujours été sous haut contrôle social.

Les travaux de Murdock (1969) qui demeurent d'actualité montrent que les alliances répondent à un jeu complexe de dons et de contre-dons et ce sont les anciens des lignages qui savent quelles sont les familles qui sont susceptibles de donner une de leurs filles et à qui on peut adresser une demande en ce sens.

Les mariages préférentiels entre cousins sont encore très courants partout en Afrique et dans les pays arabes. En 1969 un peu plus d'un tiers de sociétés étudiées pratiquent le mariage préférentiel entre cousins, 34 % l'interdisent seulement entre cousins germains et 28 % au contraire l'interdisent strictement entre tous les cousins (Murdock cité par Locoh, 2002).

Le juriste Kouassigan en 1974 abonde dans le même sens, le mariage est avant tout un accord entre deux familles génératrices de droits et d'obligations réciproques, l'échange de consentements des deux familles représentées par leurs chefs est une condition essentielle pour sa validité. (Kouassigan, 1974).

Il est difficile pour le couple de décider de son avenir (le nombre d'enfants, l'éducation des enfants, les rôles des époux, etc. Pour citer Luc Ferry dans *la révolution de l'amour*, « comme le mariage a été conclu pour des motifs intéressés [...] c'est le village tout entier qui est plus ou moins concerné par la vie des jeunes gens qui sont unis sans amour ni libre choix, c'est lui aussi qui se sent investi de la mission qui consiste à remettre de l'ordre dans le couple qui bat de l'aile » (Ferry, 2010, p. 125).

Certes, au Congo le choix du conjoint n'est plus une affaire de la famille cependant, le fonctionnement du couple reste sous l'influence de la famille, la communauté, la société. (Kouvouama et Dacy, 1985). Les couples discordants qui ne sont pas différents des "couples normaux" d'un point de vue fonctionnel n'échappent pas à cette logique.

Dès lors, il nous faut analyser les différentes formes d'union propres à la société congolaise.

II. 2. FORMES ET CARACTÉRISTIQUES DES UNIONS

Deux formes caractérisent les unions au Congo : formelle et non-formelle.

II. 2.1. Unions formelles

On désigne sous ce vocable toutes formes d'unions reconnues socialement et s'opposant à celles qui sont non formelles. Au Congo, nous distinguons trois formes d'unions ou de couples formels : le mariage coutumier ou traditionnel, à l'état-civil et religieux.

II .2.1.1. Le mariage coutumier ou traditionnel

Il représente la principale forme d'union dans les sociétés africaines et est fondé sur les normes et traditions de chaque peuple ou communauté. « Selon les droits traditionnels, négro-africains, le mariage est le contrat par lequel le chef d'une famille agissant au nom et pour le compte de cette dernière, engage une jeune fille avec ou sans consentement et sur laquelle il

exerce la puissance paternelle dans les liens conjugaux avec un homme, membre d'une autre famille représentée par son chef et moyennant une contrepartie telle qu'elle est définie par la coutume de la jeune fille » (Kouassigan, 1974, p. 210).

Dans les sociétés traditionnelles, la plupart des mariages ont un caractère endogamique ou consanguin, c'est-à-dire arrangé ; l'âge d'entrée en union n'étant pas déterminé, les filles sont fiancées dans certaines communautés avant leur naissance. Les rapports sexuels pré-nuptiaux sont interdits dans plusieurs tribus et le mariage est précédé par un rituel.

Nous avons choisi de présenter ici, le rituel Tchicoumbi (Hagenbucher-Sacripanti, 1973).

a) Rituel Tchicoumbi

Le Tchicoumbi est un rituel qui existe chez les Vili²⁸ du Congo et les Luba de la RDC. De moins en moins pratiqué, le Tchicoumbi consacre le passage de la vie de jeune fille nubile à celle de jeune femme capable de vivre avec un homme (Hagenbucher-Sacripanti, 1973), (Cf. photo 4).

Pendant ce rituel, la jeune fille acquiert un nouveau statut ; celui d'épouse et de mère en vue de lui permettre de saisir l'importance de son nouveau statut dans le cadre de la société. Le principe du Tchicoumbi consiste à l'internement de la jeune fiancée pendant 15 à 30 jours, période au cours de laquelle elle est initiée par ses tantes et sages-femmes à l'art sexuel, aux soins intimes, aux rapports sociaux avec les futurs beaux-parents et avec le futur mari. Pendant l'initiation, les hommes sont interdits d'accès à la chambre de la fille, ces mouvements sont non seulement contrôlés, elle est aussi escortée dans ses déplacements, et couverte de la tête aux pieds par un pagne. Après chaque douche matinale, la jeune fille se maquille avec le 'N'goola'²⁹ et avec d'autres onguents, et le soir, les spectacles accompagnés de jeux de devinettes sont organisés, les concerts sont improvisés par des griots devant la case. Avant de commencer la cérémonie, les initiatrices doivent s'assurer de la virginité de la jeune fille. Car, pour les promoteurs de ce culte, « la virginité de la fille est essentielle dans son rôle de reproduction des autres vies humaines. Les rapports sexuels avant le Tchicoumbi rendent la jeune fille souillée ou impure sentiment partagé par des religions importées³⁰ ». Le but du Tchicoumbi est donc d'amener les jeunes filles à garder leur virginité jusqu'au mariage et la transgression de cette règle entraîne

²⁸ Le Vili est une ethnie du Congo qui fait partie du grand groupe Kongo, il peuple les départements du Kouilou et de Pointe-Noire qui bordent l'océan atlantique.

²⁹ C'est une espèce de terre rougeâtre utilisée pour badigeonner le corps lors des rituels, cérémonies etc.

³⁰ Témoignages de madame foutou nsoungou, une initiée du tchikoumbi, première questeur au bureau du sénat du Congo-Brazzaville, les dépêches de Brazzaville, 3170 du 17 au 23 mars 2018.

de nombreuses conséquences, entre autres : les têtes de la fille et du garçon sont rasées en leur versant de l'huile de palme sur la tête et ils sont livrés aux moqueries du public au rythme du tam-tam de sorte que la société entière apprendra leurs fautes. Le garçon qui a transgressé la loi, non seulement paie une amende, mais est contraint d'épouser la jeune fille après le rituel. La sanction la plus sévère reste l'exclusion de la famille et de la société si jamais la jeune fille par mésaventure tombe enceinte avant le mariage, car c'est un déshonneur pour la famille (Kuyu Mwissa, 2005).

Il importe de savoir également que dans la tradition *vili*, le Tchicoumbi, intéresse au premier chef les filles engagées dans le processus du mariage. Cependant, les filles n'ayant aucun engagement, mais dont la scolarisation retarde l'entrée en union sont autorisées à y participer. Il constitue une espèce de protection contre une éventuelle exclusion de la famille voire de la société. Les filles passées par le Tchicoumbi sont autorisées à avoir un copain, un mari et voire à être enceintes et ne sont pas ostracisées.

Nous rapportons ici le témoignage de madame Philomène Fouty Nsougou³¹, initiée du Tchicoumbi : « Mes parents avaient décidé de me faire passer par le rite de Tchicoumbi à l'âge de 15 ans. Normalement, on mettait la fille dans le Tchicoumbi lorsqu'elle avait un fiancé. Souvent, on avait remarqué que, pour des raisons scolaires, les jeunes filles se mariaient un peu tard, et pour protéger leur progéniture les parents de la jeune fille étaient obligés dans ce rituel. Dans notre département, si la dot n'a pas encore été versée, la jeune fille ne peut prétendre avoir des rapports sexuels avant le mariage, au risque de tomber enceinte et de déshonorer la famille. Pour mon cas, puisque j'étais scolarisée, ma mère a décidé de me faire passer dans le Tchicoumbi pour en quelque sorte me protéger d'éventuels cas de grossesse. Ainsi, par le Tchicoumbi, je suis passée d'une situation de jeune fille à celle d'une grande fille capable ou « autorisée » à avoir un ami ou un mari. On m'a fait passer par ce rituel pour qu'après, au cas où j'aurais une mésaventure de grossesse, que je ne sois pas bannie par les membres de ma famille.

³¹ Philomène Fouty Nsougou est première secrétaire de la chambre haute (sénat) au congo-brazzaville.

C'est une façon de protéger la vie et celle de mon bébé, afin que ce dernier soit accepté dans la société. C'est une tradition laissée pas nos ancêtres qui devrait être perpétuée, car il n'y a rien de méchanceté. Ce rituel faisait grandir la fille. C'est une forme d'éducation sexuelle³² ».

Cependant, sous l'influence du christianisme et des sociétés occidentales, le Tchicoumbi se pratique de moins en moins parmi les familles de Pointe-Noire et de Brazzaville. En tradition *vili*, quand s'ouvre le rite Tchicoumbi, il va sans dire qu'un mariage se prépare en secret.

Un conjoint a pu être repéré ou alors la jeune fille a fait l'objet d'une démarche matrimoniale. Par hypothèse, nous considérons que la virginité est de règle dans le système Tchicoumbi. Il est de bon temps que la fille entre vierge au mariage (dans tous les sens du terme). À supposer que la jeune fille ait perdu sa virginité avant le Tchicoumbi, ses chances d'accéder à l'étape suivante (le mariage) sera à la discrétion de son futur conjoint, autant dire de sa future belle famille. Généralement, il y a une fin de non-recevoir. On a vu que les Bembé pallient cette lacune en sacrifiant un coq afin de simuler la rupture saignante de l'hymen de la supposée vierge. Durant le Tchicoumbi, les matrones (ses tantes maternelles et paternelles, ses sœurs) lui délivrent une éducation afin d'acquérir un certificat sur le plan sexuel dans le cadre de sa future matrimonialité.

L'expression consacrée est "*entrée dans le Tchicoumbi*". En clair, on y entre célibataire, on en sort prête pour devenir mariée. « J'ai dit que le Tchicoumbi est un rite de consécration ou d'institution matrimoniale. Autrement dit celles qui ne l'ont pas subi, n'entrent pas dans la classe des filles mariables. Celles qui le subissent ont la garantie d'être mariées. Il est rare que le Tchicoumbi ne débouche pas sur une alliance matrimoniale (à moins qu'il y ait échec. Peut-on échouer le Tchicoumbi ?) Je ne sais pas si la jeune fille peut s'évader. Si elle s'échappe de son couvent, la société arrête les frais et se borne à un constat d'échec. Mais cette terrible perspective est rare.

³² Les dépêches de Brazzaville, Rites et traditions, le tchicoumbi comment ça fonctionne ? n° 3170, édition du 17 au 23 mars 2018.

Photo 4 : Initiation au Tchicoumbi chez les
Vili au Congo-Brazzaville



b) La dot, une réalité ambiguë dans le contexte congolais

La dot représente « un symbole d’alliance entre les familles » (Anani, 2008). Dans la sociologie africaine en générale et congolaise en particulier, la dot est obligatoire malgré le caractère facultatif que lui attribue le code de la famille (République populaire du Congo, 1984).

Dans la pratique, on ne peut pas célébrer un mariage à l’état-civil ou à l’église au Congo sans au préalable versé la dot, qui est une acceptation de l’union par la famille, les ancêtres et les génies. La femme devient épouse lorsque la dot est versée partiellement ou intégralement. Elle est la condition de légitimation de toute union. Le lignage du jeune homme doit s’acquitter de cette obligation coutumière puisque la jeune fille est considérée comme une source de richesses humaines par sa fécondité et par son travail. La dot s’impose comme une obligation sociale et

morale qui consacre le mariage³³. Dans le même cadre Thérèse Locoh écrit « malgré les lois édictées par les États, en Afrique, le mariage coutumier est la forme d'union dominante. On admet, dans certains groupes sociaux, le mariage des fillettes au motif qu'elles vont ainsi s'habituer à leur famille d'alliance dès leur enfance ou qu'elles sont promises en raison de relation de réciprocité matrimoniale entre deux groupes lignagers ou claniques. La consommation du mariage intervient seulement à la puberté » (Locoh, 2002).

Il convient de relever que la dot a existé dans les sociétés occidentales anciennes, mais, à la différence de l'Afrique et du Congo ici, c'est le père de la femme ou son substitut qui apporte la dot au mari. Comme le souligne Salles *et al.* (2009), « à l'origine, la dot devient la propriété du mari, mais elle est recouverte par la femme ou son père à la fin du mariage ». (Melchior-Bonnet et Salles, 2009).

Cependant, le mariage coutumier a subi l'influence du catholicisme, des églises pentecôtistes, de l'urbanisation et de la scolarisation qui ont fortement contribué à l'affaiblissement de cette institution qui pourtant promeut le respect de l'autorité des aînés et la préservation de l'héritage légué par les ancêtres. « Les aînés étaient des garants de la moralité sociale. Modèles et responsables de l'ordre dans tous les secteurs de la vie, ils étaient censés connaître et observer mieux que quiconque les principes sociaux et moraux valorisés par la société. Celle-ci se montrait dès lors très exigeante à leur l'égard. Dans cette vision du monde, les aînés relevaient du sacré. Ainsi, ils maudissaient et bénissaient efficacement comme la présence même du monde de l'invisible dans le monde visible. La faute morale consistait à enfreindre les lois des ancêtres, c'est-à-dire les us et coutumes légués par les aînés. Elles étaient sanctionnées par l'invisible qui déclenchait à brève ou longue échéance des malheurs ou des calamités de tous genres. Ces malheurs frappaient le coupable lui-même, ou par solidarité sociale et cosmique, les membres de sa famille, de sa communauté de vie ou encore ses biens » (Mwissa, 2005, p. 46-47).

Afin de réduire les inégalités sociales occasionnées par la pluralité des coutumes sur le mariage, notamment la question de la dot, le législateur congolais a adopté en 1984 une loi permettant de réglementer les unions, en ce qui concerne les conditions de formation du couple, les régimes matrimoniaux et le droit à la succession.

³³ Loi n°073/84 du 17/10/1984 portant code de la famille à l'article 141

D'après le code de la famille Congolaise, le mariage est défini comme un acte public par lequel un homme et une femme établissent entre eux une union légale et durable dont les conditions de formation, les effets et la dissolution sont déterminés par le présent code.

L'âge légal d'entrée en union est de 21 ans pour l'homme et 18 ans pour la femme, le consentement des époux est indispensable, la dot a un caractère symbolique et facultatif et peut être payée en nature, en argent ou les deux à la fois, son coût est de 50 000 francs CFA soit 76,22 €. Cependant, dans la pratique, on assiste à une spéculation de la dot qui atteint parfois des sommes colossales, variant de 800 000 à 1 000 000 francs CFA, soit 1 524 €, suivant les familles, les clans ou tribus. Dans ces conditions, avec un taux de pauvreté qui atteint 47 % de la population, il est évident que la dot ne constitue pas seulement un obstacle à la formation des unions, mais également un obstacle à leur dissolution.

c) Les différentes étapes de la dot ou mariage coutumier

Le pré-mariage, ou fiançailles, comprend le premier et le deuxième vin. Le premier vin « malafu matete ou ileli » est la présentation du futur époux auprès du tuteur ou tutrice de la fille, elle permet aux familles de faire la connaissance des futurs époux. Le deuxième vin « malafu ma zolé » est l'étape des fiançailles « makangou ».

Il convient de souligner qu'à l'étape des fiançailles le couple n'a pas le droit de cohabiter. Toutefois, si l'homme le souhaite, il verse l'équivalent de 91,5 € à sa belle-famille « mbogolo kento ».

La dot proprement dite, troisième vin, « Makuela ou Obwe », consacre le mariage traditionnel, c'est la cérémonie au cours de laquelle le mari apporte des objets, des cadeaux « Ibenga » et de l'argent à la famille de la femme ; l'alliance étant scellée, les deux deviennent mari et femme. Akouhaba Anani (2008) pense que : « La dot africaine constitue un ensemble d'objets et de cadeaux en espèces ou en nature, compensation matrimoniale en raison d'un service spécial rendu, offerts par la famille du fiancé à celle de la fiancée pour exprimer l'hommage que la famille demanderesse rend à la belle-famille et à la femme, et aussi pour avoir plus tard des enfants légitimes jouissant de tous les droits civils et civiques » (Anani, 2009).

II. 2.1.2. Le mariage à l'état civil

Au Congo, pour que l'officier d'état-civil ou une autorité ecclésiastique autorise la célébration du mariage, il doit s'assurer du versement de la dot par le mari. Le code de la famille à son article 141 stipule :

« La dot est versée aux parents paternels et maternels de la future épouse conformément à la coutume des parties. En cas de dissentiment des père et mère sur le montant ou le principe de la dot, ce partage emporte acceptation. En cas de refus des père et mère de percevoir la dot, le Conseil de famille doit statuer sur le principe et éventuellement sur le montant de la dot ». Pour Thérèse Locoh (2002), « l'enregistrement d'une union à l'état-civil en fait un mariage reconnu par la société et donne accès à des droits éventuels en matière familiale (allocation, dispositions fiscales). Il définit certains droits et devoirs des époux au sein du mariage. Si les normes de vie en couple ne sont pas respectées, cela pourra constituer un motif de rupture d'union qui sera elle aussi enregistrée et permettra le remariage ultérieur de chacun des époux » (Locoh, 2002).

II. 2.1.3. Le mariage religieux

Couramment pratiqué en milieu urbain, le mariage religieux est une des formes d'union reconnue au Congo. Au dernier recensement général de la population et de l'habitation les mariages religieux représentent 7 % de l'ensemble des unions (RGPH-Congo, 2007).

Ce mariage a été institué par l'Église catholique qui en a fait un sacrement en 1215. Le mariage religieux a été introduit au Congo pendant l'évangélisation, à l'époque coloniale (Luc Ferry, 2010).

D'après la doctrine catholique, « le mariage est avant tout une réalité humaine, inscrite par Dieu dans son projet de création de l'homme, et voulue par lui pour le bien des personnes et des communautés humaines. Comme tel, le mariage a une dimension religieuse, puisqu'il est l'accomplissement d'un dessein du créateur destiné à conduire le couple homme-femme à la ressemblance de Dieu ». (Nothomb, 1982). Le mariage religieux se fonde sur les principes de consentement mutuel et d'indissolubilité. Il rejette le divorce en conformité avec la doctrine augustinienne.

Pour ce faire, Pierre Liège reconnaît « le projet conjugal comme tout projet de libre engagement soumis à des agressions multiples qui menacent sa continuité. La longévité accrue du couple étale dans le temps ces menaces, car il s'agit de demeurer ensemble au-delà des tâches de procréation, d'éducation, et de production. » (Liège, 1972).

L'avenir d'un couple passe pour les chrétiens par son caractère indissoluble, qui correspond au vœu secret du cœur humain intimement porté à vouloir le mariage comme union qui dure toujours. Aussi, il convient de rappeler que la religion définit les prescrits sur la résidence, la charge des enfants, les tâches et la vie sexuelle avant et dans le mariage (Thérèse Locoh, 2002).

Ces trois formes d'unions peuvent se dérouler simultanément. Dans tous les cas, la légalisation de l'union par les autorités administratives ou sa reconnaissance par les autorités religieuses est assujettie par le versement de la dot comme le prévoit le code de la famille congolaise susmentionné.

Nos analyses restent incomplètes si nous omettons de parler du lévirat et sororat qui sont eux aussi reconnus socialement. Le lévirat ou mariage par héritage est une pratique reconnue par le droit coutumier congolais. Cette pratique impose à l'épouse d'un homme décédé de prendre pour nouvel époux, un frère ou un parent proche du défunt (Elo Dacy, 2013).

Il en est de même pour le sororat qui reconnaît surtout au veuf le droit de prendre pour épouse la sœur ou les sœurs de sa défunte femme.

II. 2.2. Union non-formelle

II. 2.2.1. Union libre

Néanmoins, une forme de mariage échappe aux structures traditionnelles de la société congolaise. En effet, les unions libres ou consensuelles représentent 47 % de la structure matrimoniale au Congo (RGPH-Congo, 2007) ; (INS-Congo, 2011). Pour Rosero-Bixby cité par Locoh (2002), les unions libres sont un mode de vie temporaire ou mariage à l'essai « yaka to vanda³⁴ » (Locoh, 2002).

Cette montée des unions libres ou consensuelles peut être le fait des bouleversements survenus dans les sociétés occidentales dans les années 1970³⁵ qui ont fortement influencé les anciennes colonies. Auxquelles s'ajoutent la diffusion des méthodes contraceptives, la pauvreté qui a conduit à l'affaiblissement de l'autorité parentale, la précocité des rapports sexuels, le recul de l'âge au premier mariage et le coût de la dot (Kaufmann et Thiriati, 1999). Cette forme d'union considérée par certains comme une dévalorisation des normes traditionnelles, « déni de l'institution matrimoniale comme fondement et régulateur de la solidarité des conjoints », est tolérée par d'autres (Roussel et Thiriati, 1999). Ce qui amène Leridon et *al.* à suggérer qu'il ne s'agit pas d'un mode de vie temporaire, mais d'un changement radical de comportement qui conduit un nombre croissant d'adultes à vivre en couple sans pour autant se marier. (Locoh, 2002, p.111).

³⁴ Expression qui signifie en lingala union illégitime ou illégale.

³⁵ Les bouleversements des années 1960, se caractérise par la chute des mariages, la hausse du taux de divortialité, la baisse de natalité, les naissances hors mariages, familles recomposées.

L'analyse ainsi développée permet de mettre en évidence l'importance de la forme de reconnaissance sociale de l'union qui est fondamentale pour la stabilité des couples y compris les couples discordants. Ce point de vue est partagé par De Singly qui pense qu'« il existe une forte relation entre le statut officiel du couple et la zone réservée à la communication conjugale : 44 % de ceux qui se sont mariés religieusement, 27 % de ceux qui se sont mariés civilement, 32 % de ceux qui ne sont pas mariés mais qui l'envisagent, 18 % de ceux qui ne sont pas mariés et qui ne l'envisagent pas ont un fort moi conjugal [...] Les femmes et les hommes qui ont choisi le mariage, ou qui l'envisagent sérieusement, penchent pour la formation d'un moi conjugal fort » (De Singly, 2016, p. 19). Il en est de même pour les couples discordants.

II. 3 ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE NUPTIALITÉ SELON LES TROIS DERNIERS RECENSEMENTS (1974, 1984, 2007)

À l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne, au Congo les données sur la nuptialité³⁶ sont souvent sous-estimées, puisque seules les unions légales sont déclarées à l'état-civil que. Néanmoins, les données des enquêtes et des recensements, malgré leurs limites, permettent d'estimer le phénomène. Dans cette analyse, nous allons nous appuyer sur les données des trois derniers recensements généraux de population (1974, 1984, 2007) (voir tableau 14).

Au Congo, la situation matrimoniale de ces quarante dernières années présente une structure instable caractérisée par la baisse de la fréquence des mariages, l'augmentation des unions libres et le recul de l'âge au premier mariage.

La lecture du tableau 16 montre qu'en 1974 et 1984, la majorité des Congolais, hommes comme femmes, sont mariés ; contrairement à 2007, où plus de la moitié des hommes (53,2 %) sont célibataires. Cette situation peut s'expliquer aussi bien par des raisons économiques que de grands bouleversements de la conjugalité, qui se caractérisent par une montée significative des unions libres qui représentent 47 % des personnes en âge de se marier.

³⁶ La nuptialité fait référence au mariage considéré comme phénomène de population ; elle englobe le taux de mariage, les caractéristiques des personnes qu'unit le mariage et la dissolution de ces unions (par divorce, séparation, veuvage et annulation). (Haupt, 2004, p. 33).

Tableau 14 : Structure matrimoniale des personnes âgées de 15 ans et plus

Situation matrimoniale	1974					
	Hommes		Femmes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Célibataire	118989	36,0	59185	15,3	178174	24,8
Mariés	193348	58,5	253922	65,7	447270	62,4
Divorcés	8556	2,6	26876	6,9	44033	6,1
Veuf	4698	1,4	39337	10,2	44035	6,1
Unions libres	3056	0,9	6365	1,6	9401	1,3
ND	1968		1720		3688	0,5
Ensemble	330595		386734		717329	100,0
	1984					
Célibataire	219909	46,0	161863	30,6	381772	37,9
Mariés	243496	51,0	290617	55,0	534113	53,1
Divorcés	4528	0,9	43728	8,3	48256	4,8
Veuf	9936	2,1	32425	6,1	42361	4,2
Unions libres	*	*	*	*	*	
Ensemble	477869	100	528633	100	1006502	100,0
	2007					
Célibataire	498938	53,1	415280	38,0	914218	45,0
Mariés	419645	44,7	566121	51,8	985766	48,5
Divorcés	11573	1,2	38275	3,5	23146	1,1
Veuf	8830	0,9	73753	6,7	82583	4,1
Ensemble	938986	100	1093429	100	2032415	100

Sources : exploitation par nous-même des données de recensements de populations et d'habitats (74,84, 07)

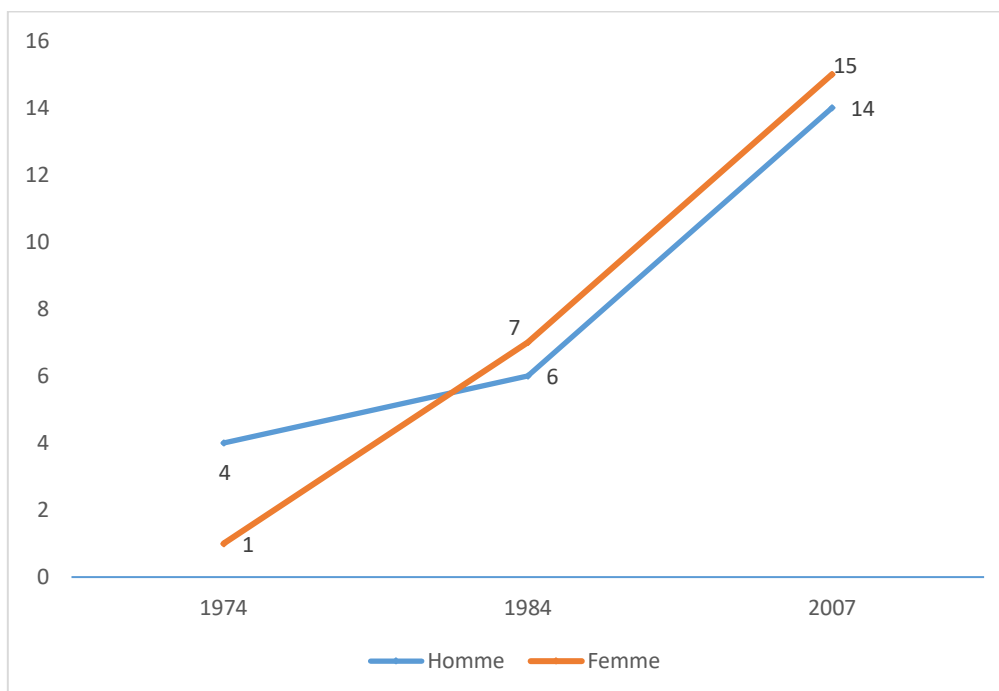
II. 3.1. Le célibat définitif en augmentation depuis quatre décennies

Nous constatons qu'en trois décennies, le célibat définitif³⁷ a augmenté de façon significative, passant de 1 % en 1974 à 15 % en 2007 pour les femmes et 4 % à 14 % pour les hommes (figure 12). Si en 1974 les hommes sont plus exposés au phénomène, à partir des années 1980 les tendances se sont inversées.

Ce qui serait certainement le fait de la crise économique et la baisse de plus de la moitié de la polygamie (qui est passée de 21,1 % à 10 % dans la même période) (RGPH, 84, EDS, 2011).

³⁷ La proportion de célibataires à l'âge de 50 ans.

Figure 12 : Variation de la part du célibat définitif lors des trois derniers recensements en %



Source : exploitation par l'auteur des données des recensements (1974,1984, 2007)

II. 3.2. Intensité de nuptialité

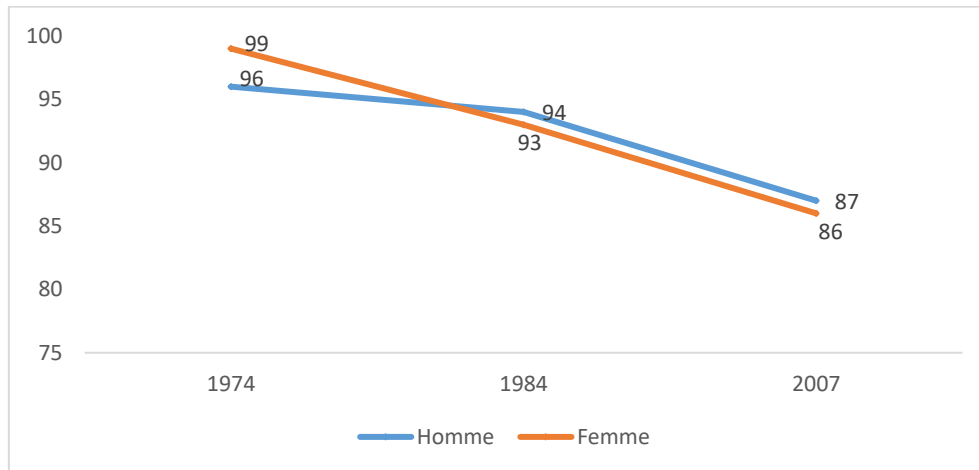
L'intensité de la nuptialité accuse cependant, une baisse régulière pour les deux sexes (figure 13). Néanmoins, plus de huit hommes et femmes sur dix sont en couple. Ce qui confirme la thèse que, la vie à deux serait quasi-universelle au Congo.

La proportion relativement élevée des mariages des hommes par rapport aux femmes entre 1984 et 2007, ne reflète pas la réalité de la sociologie africaine en générale et congolaise et pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité de données, la mortalité maternelle (estimée à 781 pour 100 000 naissances vivantes) ou l'effet de la polygamie³⁸.

³⁸ Selon Gilles Pison (1988), « Le mot polygamie (du grec “poly”, plusieurs et “gamos”, mariage) désigne en fait une forme de mariage où un individu est marié à plusieurs individus en même temps. L'atlas ethnographique dressé par G.P. Murdock (1957) recense 418 sociétés polygames où ce type d'union est reconnu socialement, parmi 557 sociétés dont on connaît la forme du mariage. Celles où ce sont les femmes qui peuvent avoir plusieurs époux, on parle de “polyandrie”, sont extrêmement rares (il y en a 4 dans l'ensemble étudié, soit moins de 1 %) et la situation inverse, où ce sont les hommes qui peuvent avoir plusieurs épouses, la “polygynie”, est de loin la plus fréquente : on la rencontre dans 74 % des sociétés étudiées ».

Car, en Afrique et au Congo, le décès d'un homme en union polygame conduit toutes ses épouses à l'état de veuvage, tandis que si l'une des épouses décède, l'époux demeure marié.(INS-Congo, 2005).

Figure 13 : Variations de l'intensité de nuptialité en %



Source : exploitation par l'auteur des données des recensements (1974,1984, 2007)

II. 3.3. L'âge moyen au premier mariage

L'évolution de l'âge moyen au premier mariage, montre une entrée précoce des femmes en union contrairement aux hommes. De même, nous remarquons une légère augmentation de l'indicateur dans cette période, pour les deux sexes, avec des écarts qui varient entre 1 et 1,2 points (figure 14).

Ces variations peuvent être liées à la conjugaison de plusieurs facteurs entre autres l'urbanisation accélérée et non maîtrisée ayant pour conséquence : le chômage des jeunes, la pauvreté, la précarité des ménages.

C'est ainsi que pour Tati (1994), « la croissance démographique urbaine est essentiellement induite par des flux migratoires constitués de jeunes ruraux qui amène les autorités politiques à redouter, entre autres conséquences, une diminution et un vieillissement de la population rurale. Cette perspective est d'autant plus grave que le développement urbain s'accompagne d'une baisse constante des disponibilités alimentaires produites localement, en plus de la détérioration continue des conditions de vie dans les villes. Les autorités congolaises considèrent également que la forme de l'urbanisation crée un déséquilibre démographique profond dans l'occupation

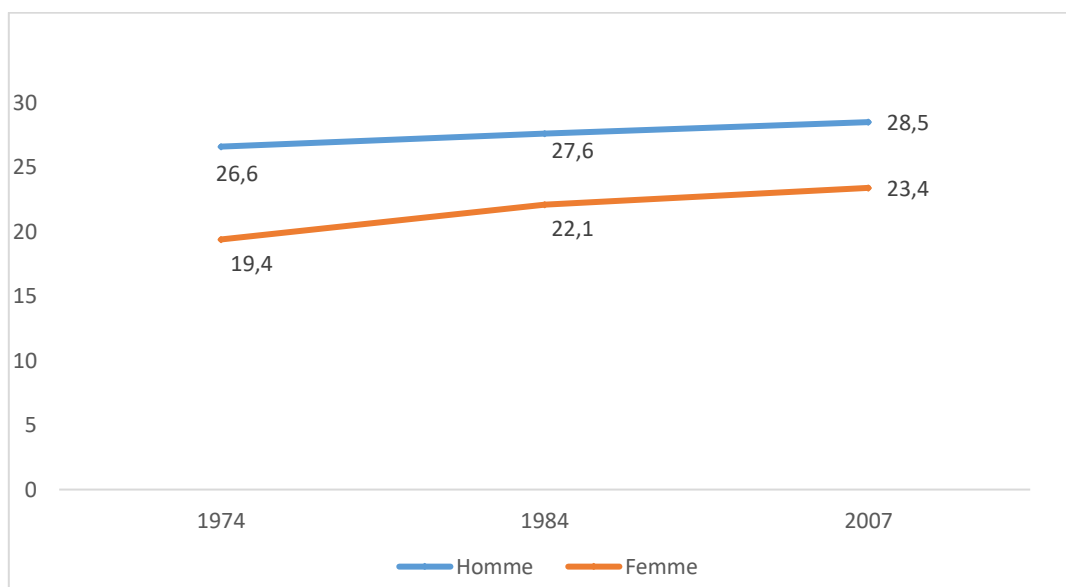
du territoire national. Le Sud du pays dans lequel on trouve quatre des six villes (dont les deux plus grandes) est largement plus peuplé que le nord dont la superficie est beaucoup plus grande. Cette considération suscite des déclarations officielles répétées en vue de réduire ce déséquilibre, la polarisation observée dans l'espace habité étant considérée comme l'un des obstacles majeurs à l'aménagement du territoire » (Tati, 1994).

Pour Véron (2006), les notions de progrès et d'urbanisation ont longtemps été associées, les conditions de vie n'ont cependant pas toujours été favorables en ville. À cet effet, il compare la plupart des villes africaines et d'autres villes d'Asie et d'Amérique latine à Londres entre le XVIIe et le XVIIIe siècle, caractérisée par une population majoritairement pauvre vivant dans les taudis, dans une atmosphère nauséabonde, rues dangereuses, etc. (Véron, 2006, p. 63).

Fargues (1988), note un effet ambivalent de la ville sur l'âge au premier mariage. En effet, si dans certains pays de l'Afrique noire notamment, le Cameroun, la Côte Ivoire, le Nigeria et la RDC, le mariage féminin est précoce en milieu urbain, on observe cependant l'inverse au Benin, Ghana, et au Sénégal (Fargues, 1988). Ce constat, nous le partageons également pour le Congo où l'âge moyen au premier mariage chez les femmes est respectivement de 18,7 ans en milieu rural contre 20,2 ans en milieu urbain (INS-Congo, 2011).

Par ailleurs, au Rwanda, aucune différence n'est enregistrée entre les deux milieux à propos de l'âge moyen au premier mariage chez les femmes. En Afrique du Nord, excepter la Tunisie où le mariage est tardif dans les milieux urbain et rural, dans d'autres pays l'âge à la première union est plus élevé en ville qu'en campagne.

Figure 14 : Variations de l'âge moyen au premier mariage au Congo



Source : exploitation par l'auteur des données des recensements (1974,1984, 2007)

Conclusion

La vie à deux, reste le mode de vie le plus largement répandu à l'âge adulte. En Afrique et Congo, elle répond essentiellement à la fonction de reproduction, une position défendue par Locoh (2002) qui pense que l'infécondité est la principale cause des divorces ou remariage dans la plupart des sociétés africaines (Locoh, 2002).

Ainsi, certains individus qui demeurent célibataires sans enfants jusqu'à dans un âge avancé sont stigmatisés, ostracisés, traités « d'Ekomba », c'est-à-dire stérile, impuissante. Le destin de tout êtres humains étant se marier, fonder une famille en vue de pérenniser le lignage (Salles et al., 2009, p.9). Nous avons également montré dans ce texte que la dot ou le mariage coutumier (traditionnel) est un préalable à la reconnaissance sociale de l'union. Il en est de même pour les rites d'initiation (cas du tchicoumbi). Car, la coutume consiste à faire comme les ancêtres ont fait. Il est intéressant de noter qu'en langue Lingala, les deux concepts, ancêtres et coutume ont une même racine. Le premier se traduit par « bakoko », le second par « bokoko ».

En d'autres termes, dans les sociétés traditionnelles, l'homme obéit aux normes coutumières parce qu'elles ont été posées par l'ancêtre, les génies et bénéficie de leurs soutiens. Mais, en réalité, les différentes pratiques des acteurs sociaux sont une reproduction des actes originels accomplis par des personnages de récits mythiques. Nous avons terminé cet exposé par l'analyse des indicateurs de nuptialité qui met en exergue le caractère quasi-universel de la vie de couple au Congo malgré la présence du VIH/sida. Il faut également souligner que contrairement au Cameroun où le test de dépistage du VIH est exigé pour la légalisation de l'union, il n'en est pas le cas au Congo. Pourtant, le dépistage permet non seulement de contrôler l'épidémie, mais aussi de réduire la sérodiscordance.

CHAPITRE III

ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS ET RÉFÉRENCES THÉORIQUES

Le VIH/sida a modifié la structure de la population sexuellement active, et en lui donnant une nouvelle configuration :

- ✓ les personnes infectées qui vivent seules ;
- ✓ les personnes non-infectées seules ;
- ✓ les couples positifs ;
- ✓ les couples négatifs ;
- ✓ les couples discordants.














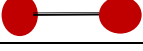








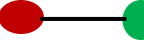
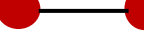
Ce dernier groupe comme mentionné plus haut nous intéresse du fait de sa contribution à la propagation de l'épidémie par le VIH-Sida dans le monde et au Congo. (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann, 2008 ; De Walque, 2006 ; Guthrie, de Bruyn, et Farquhar, 2007).

Le tableau N° 15, illustre la situation d'une population sexuellement active en rapport avec le VIH et les événements observés lors d'une enquête (contamination lors d'un rapport sexuel occasionnel ou dans le couple, mort naturelle, décès liés au sida, séparation/divorce pour les personnes vivant en couple).

Les marqueurs en rouge dans le tableau indiquent les personnes infectées et le vert les personnes non-infectées.

Le présent chapitre se charge de passer en revue les connaissances sur les couples discordants dans le monde, en Afrique et au Congo, décliner les différentes théories qui peuvent nous éclairer dans notre démarche.

Tableau 15 : Présentation des différents événements en rapport avec le VIH/SIDA dans une population donnée

Population sexuellement active	Les différents événements possibles	Observation de la survenance des événements au cours de l'enquête
Les couples concordants négatifs du VIH/sida 	Mortalité naturelle de l'un des partenaires	
	Mortalité naturelle des deux partenaires	
	Infection par le VIH de l'un des partenaires à partir d'une source extérieure au couple	
	Infection par le VIH des deux partenaires par une source externe	
	Rupture de l'union	
Couples discordants du VIH 	Mort naturelle du partenaire non infecté	
	Mort naturelle du partenaire infecté	
	Décès lié au VIH du partenaire infecté	
	Infection par le VIH du partenaire non infecté par une source externe	
	Transmission du VIH du partenaire infecté au partenaire non infecté	
	Rupture d'union	
Couples concordants positifs 	Mort naturelle de l'un des partenaires	
	Décès lié au VIH de l'un des partenaires	
	Rupture d'union	
Personne séronégative ne vivant pas en couple 	Mort naturelle	
	Infection par le VIH	
	Formation d'un couple avec un partenaire non infecté	
Formation d'un couple avec un partenaire infecté		
Personne séropositive ne vivant pas en couple 	Mort naturelle ou liée au sida	
	Formation d'un couple avec un partenaire non infecté	
	Formation d'un couple avec un partenaire infecté	

Source : H. Chemaitelly et al. (2014).

III. 1. ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS

Cette section est consacrée à l'inventaire des connaissances et porte sur quatre axes : l'assistance médicale à la procréation pour les couples dont l'un des partenaires est séropositif (AMP) ; les risques de transmission du VIH/sida dans un couple sérodifférent et facteurs associés, l'impact des antirétroviraux (ARV) dans la prévention de la transmission du VIH d'un/d'une partenaire positif (ve) à un/une partenaire négatif (ve) et les déterminants socioculturels de la sérodiscordance.

III. 1.1. Les couples sérodiscordants et l'Assistance médicale à la procréation (AMP)

Les premières études sur la sérodifférence remontent en 1987, avec l'équipe du Dr Semprini, dans le cadre de l'accompagnement en AMP des couples dont l'homme est séropositif. Pour commencer, il convient de noter que la question du désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH s'est posée dès l'apparition de l'épidémie et a suscité une polémique entre d'un côté, les praticiens qui soutiennent la maternité chez les femmes séropositives et de l'autre, ceux qui sont majoritaires et s'opposent. Pour ces derniers, la grossesse chez une femme séropositive ne peut être encouragée, et ce, pour des raisons éthiques et morales. « Sida et conception et grossesse posent un problème éthique et moral eu égard aux taux de contaminations périnatales et néonatales tardives. Il n'est pas possible d'affirmer à une mère que son enfant ne sera pas contaminé même si elle a une charge virale faible ou indétectable. » (Hamamar et Entezami, 2001).

Ces spécialistes proposent à ces couples qui désirent des enfants, l'adoption ou l'insémination avec le sperme d'un donneur anonyme (IAD) après vérification de la séropositivité. Pour eux, ce sont les seuls moyens qui sécurisent à la fois la mère et l'enfant (Fridmann, 2004).

Cet imbroglio a conduit le Dr Semprini et son équipe, avec l'appui du comité éthique italien, d'accompagner en AMP, en 1987, les couples dont l'homme est positif.

III. 1.1.1. Les travaux précurseurs de l'équipe Italienne

Pour l'équipe du Dr Semprini, ne pas assister ces couples qui souffrent serait un silence coupable qui pourrait avoir des conséquences lourdes, car ils peuvent adopter des comportements sexuels à risque. (DeVincensi, 1994 ; Mandebrot et *al.*, 1997 ; Semprini et *al.*, 1997 ; Pena et Thorton, 2003a ; Klein et *al.*, 2003). Ainsi, en s'appuyant sur le fait que les cellules germinales testiculaires ou spermatozoïdes ne présentent pas à leur surface de récepteurs CD4, le Dr Semprini et son équipe ont procédé à l'isolement des spermatozoïdes en utilisant des techniques de préparation du sperme : le « lavage » associé au « swim-up », la séparation des spermatozoïdes du liquide séminal et des différentes cellules non-mobiles du sperme (lymphocytes CD4+, notamment) puis la réalisation de l'insémination (Pudney et *al.*, 1998 ; Quayle et *al.*, 1997, 1998 ; Sifer et *al.*, 2000). Ces chercheurs ne signalent aucune contamination de la mère ni de l'enfant.

Dans une étude similaire Cherman et *al.*, ne retrouvent ni virus ni trace du génome viral dans la fraction des spermatozoïdes lavés (Semprini et *al.*, 1992 ; Lenzi et *al.*, 2001 ; Thornton et *al.*, 2004 ; Kambin & Batzer, 2004 ; Politch et *al.*, 2004).

III. 1.1.2. L'AMP chez les couples discordants dans d'autres pays d'Europe (Angleterre, Espagne, France) et aux États-Unis

Les progrès dans le domaine du VIH/sida et la mise en évidence des techniques de mesures de la charge virale dans le sperme ont amené d'autres praticiens européens, notamment en Espagne, Grande-Bretagne et Belgique, à emboîter le pas à l'équipe italienne (Fridmann, 2004). Par ailleurs, la France et les USA n'ont rejoint le processus que tardivement, respectivement fin 1999 et 2001 (Marina et *al.*, 1998 ; Sauer et Chang, 2002).

Cette réticence s'explique côté Français certainement à cause de l'affaire du sang contaminé qui a secoué l'hexagone dans le milieu des années 1980, et en raison d'une certaine opinion autour de la maladie, comme le souligne Fridmann. « Le sujet n'a rencontré, pendant des années, que le silence des pouvoirs publics, obnubilés par l'affaire du sang contaminé. Les couples sérodifférents sont souvent confrontés à l'hostilité des professionnels de santé et des spécialistes de l'AMP, qui associent l'infection à VIH à la toxicomanie, à l'homosexualité-bisexualité et à une mort annoncée, et refusent de participer à une entreprise qui fabriquerait des orphelin » (Fridmann, 2004, p. 85).

Côté américain, la procédure n'est pas rassurante surtout que la transmission mère-enfant pendant la grossesse représente 25 %, pouvant atteindre 45 % en l'absence de traitement ARV (St louis *et al.*, 1993 ; Connor *et al.*, 1994 ; Minkoff *et al.*, 2003).

Néanmoins, les travaux de l'équipe de Semprini ne sont pas exempts de critiques. Fridmann relève quelques faiblesses reprises dans cet extrait. « Avant 1996, aucune mesure de la charge virale au niveau de l'aliquot final n'était pratiquée, et l'équipe italienne n'a jamais édicté de critères d'exclusion clinique ou biologique de l'homme séropositif. Cette dernière revendiquait plus de 5 000 cycles de traitement en juin 2002 et ne signalait aucune contamination de la femme inséminée, mais ces résultats, toujours présentés par oral, n'ont jamais été publiés. »(Fridmann, 2004) . À en croire la majorité des praticiens, l'insémination avec le sperme du conjoint comporte des risques élevés de contamination à la fois pour la mère et l'enfant, car la présence de l'ARN du virus HIV-1 a été signalée dans des échantillons de sperme lavé et dans le spermatozoïde : « le matériel viral visualisé en microscopie électronique correspondrait à des virions venant juste de pénétrer dans le spermatozoïde par endocytose ou par fusion membranaire entre l'enveloppe virale et la membrane plasmique [...] le VIH associé aux spermatozoïdes pourrait être transmis au cours de la fécondation à l'ovocyte et à l'embryon comme l'indique la possibilité d'infecter *in vitro* des embryons par des spermatozoïdes provenant d'hommes infectés».(Bacceti *et al.* cités par Belèc *et al.*, 2007, p. 96 ; Guerin et Bujan, 1997).

Ce qui nous conduit à l'examen des risques et facteurs associés à la transmission du VIH dans un couple discordant.

III. 1.2. Risque de transmission sexuelle du VIH dans un couple discordant

Plusieurs études en Afrique indiquent entre un à deux tiers de couples discordants parmi les couples infectés. Elles mettent également en évidence une infection assez conséquente chez les femmes (30 % à 40 %). Cette surinfection féminine peut être liée à la surface anatomique du vagin, le nombre important de types de cellules vulnérables, les rapports sexuels hors mariage non protégés ou lors d'un mariage précédent. « En effet, les femmes courent plus de risque de contacter le VIH en raison des interactions entre les facteurs biologiques, économiques et culturels. Certaines différences physiques font que les femmes sont plus susceptibles de contracter le virus d'un homme que le contraire. L'impuissance, la dépendance et la pauvreté sont des facteurs peut-être plus importants qui réduisent la

capacité des femmes à se protéger contre les rapports sexuels à risque. Les choix offerts aux femmes sont souvent limités par leur incapacité à négocier quand et avec qui elles ont des rapports sexuels ou quand employer un préservatif, par le fait que la société accepte que les hommes aient des rapports sexuels avant le mariage ou en dehors des liens du mariage et par le fait qu'elles ont besoin du soutien économique des hommes » (ONU/SIDA, 2006).

Nous distinguons deux types de risques de transmissions du VIH :

III.1.2.1. Les risques de transmissions par partenaires

Les écrits montrent que le risque de transmission du VIH est plus élevé lors des relations sexuelles réceptives³⁹, et varie entre 10 % à 30 % avec une moyenne de 23,4 % (Bélec, 2007).

Dans le cas des couples discordants, ce risque est 17,5 fois supérieur dans une relation réceptive qu'insertive en Europe et 1,9 fois aux États-Unis. Feldblum dans ses recherches a enregistré en 1991 entre 3,1 à 8,3 cas de contaminations dans une relation réceptive pour 100 couples (Feldblum, 1991).

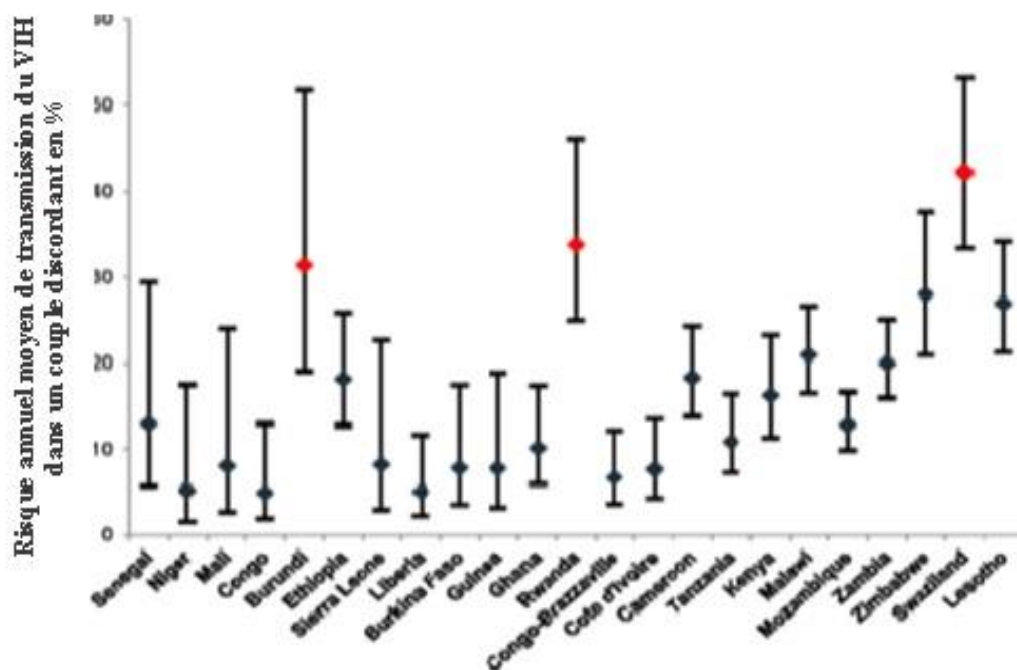
Chemaitelly et Abu-Raddad ont eu recours à un modèle mathématique pour estimer le risque moyen de transmission du VIH dans un couple discordant. À cet effet, dans leur démarche, ils ont supposé que le risque pour un couple de contracter le VIH à partir des sources extérieures peut être approché par le taux d'incidence du VIH dans la population générale (Chemaitelly, Awad, et Abu-Raddad, 2014).

Les données utilisées proviennent des enquêtes EDS de chaque pays, traitées à partir de Spectrum et présentées dans la figure 15.

Les pays sont placés dans un ordre croissant selon le niveau de prévalence et sont classés en deux groupes. Les pays qui ont des taux inférieurs à 5 % et ceux dont les taux sont supérieurs à 5 %.

³⁹ On parle de relations sexuelles réceptives lorsqu'il s'agit de la transmission du VIH de l'homme à la femme et de relations sexuelles insertives quand c'est de la femme à l'homme.

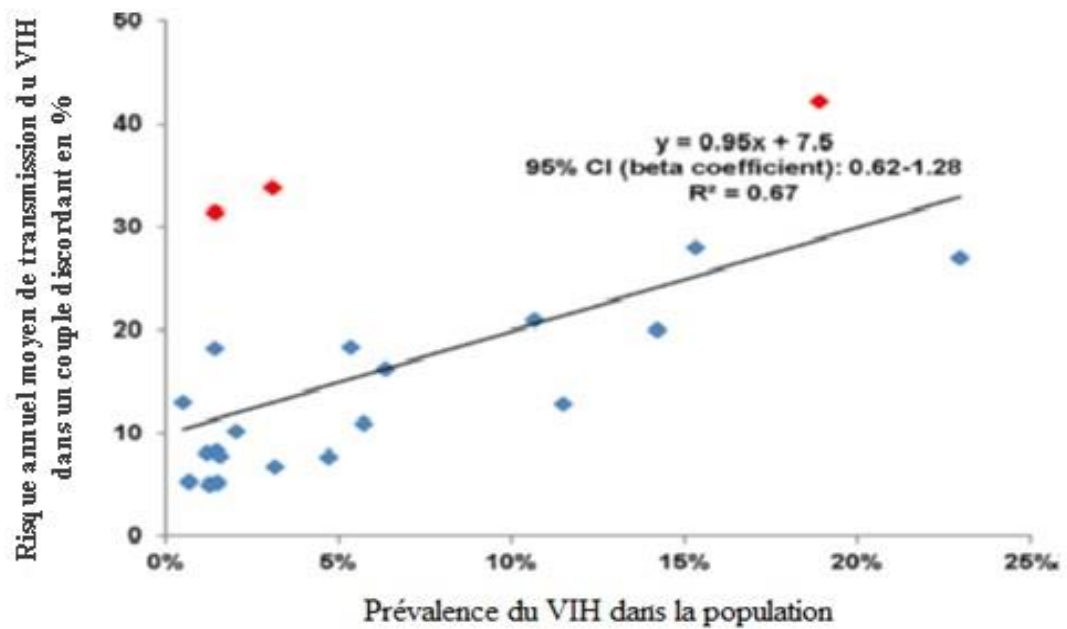
Figure 15 : Risque annuel moyen de transmission du VIH d'un partenaire infecté vers un partenaire non infecté dans un couple discordant par pays en %



Source : H. Chemaitelly et al. (2014)

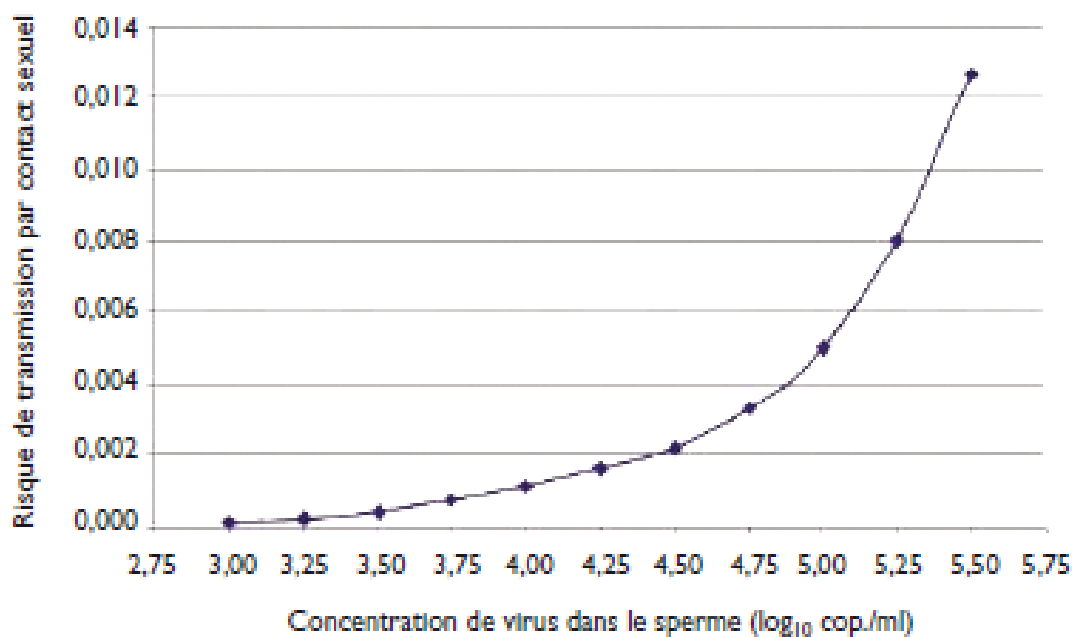
L'analyse des figures 15, 16 et 17 révèle que le risque moyen annuel de transmission du VIH dans un couple discordant varie entre 4 et 20 pour 100 personnes-année. Avec une valeur médiane estimée à 11,1 pour 100 personnes-années. Autrement dit, pour une population à risque de 100 personnes, suivie pendant une année, 11,1 personnes ont été infecté par le VIH. Les pays dont les prévalences du VIH sont inférieures à 5 % ont une médiane de 7,5 pour 100 personnes-années alors que ceux ayant des taux de prévalences supérieurs à 5 % ont une valeur médiane de 19,5 pour 100 personnes-années. Les marqueurs rouges indiquent les valeurs aberrantes.

Figure 16 : Risque moyen annuel de transmission du VIH d'un partenaire infecté vers un partenaire non infecté dans un couple discordant en %



Source : H. Chemaitelly *et al.* (2014)

Figure 17 : Risque de contamination par contact sexuel



Plusieurs études longitudinales dont celle de Quinn et coll., montrent que le risque de transmission du VIH dans les couples hétérosexuels sérodiscordants dépend de la charge virale de la personne séropositive. Si la personne infectée est sous traitement ARV ce risque est réduit ou nul. Il en est de même pour le risque de transmission mère-enfant, qui peut être totalement supprimée par une bonne observance du traitement ARV par la femme enceinte. Outre la charge virale plasmatique, le risque de transmission du VIH est également influencé par la concentration du virus dans les sécrétions génitales. Lorsque le virus n'est pas détectable dans le sperme, le risque de transmission d'homme à femme est quasiment nul ; un traitement antirétroviral régulier permet de diminuer cette concentration virale dans les sécrétions génitales jusqu'à des valeurs non mesurables (voir figure N° 17). (Kuzoe-Liengme, Hirschel et *al.*, 2010)

III.1.2.2. Les risques par actes coïtaux

Ils varient entre 0,1 % à 0,08 % soit 8 cas de transmissions pour 10 000 actes hétérosexuels non protégés (Bélec, 2007 ; Boily et *al.*, 2010).

Cependant, il y a une catégorie de personnes, environ 0,3 % de la population mondiale⁴⁰, malgré leur exposition ne sont pas contaminées ou développent la maladie lentement. Cette thèse est soutenue par Katlama qui a constaté dans ses travaux que, chez 5 % des malades du sida, la maladie se développe lentement « on les qualifie d'asymptomatiques long terme. Certains mêmes ont des charges virales non-détectables en l'absence de traitement (« elite controllers »).

L'auteur estime que ces patients sont importants pour comprendre les mécanismes potentiels de contrôle de l'infection VIH. Ils se caractérisent par une réponse immunitaire CD4 et CD8 spécifique très forte qui est dirigé contre le virus. Dans beaucoup de cas, le corécepteur CCR5 est génétiquement défectueux et un profil génétique HLA particulier » (Katlama et Ghosn, 2008, p. 3).

Dans un raisonnement analogue, Fowke et *al* ont relevé chez certaines prostituées africaines une résistance naturelle face à l'épidémie (Fowke et *al* cités par Bélec, 2007).

Le Dre Bernard et son équipe soupçonnent deux gènes responsables cette résistance innée : « le gène KIR3DL1 code pour un récepteur à la surface des cellules NK du système

⁴⁰ Un article de santé paru dans le site monde http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/07/26le-patient-de-berlin-seul-homme-a-avoir-gueri-du-sida_1738151_1651302.html, indique que 0,3 % de la population mondiale présente un risque d'infection du VIH/sida nul. Consulté le 12 avril 2016.

immunitaire qui, une fois activées, détruisent les cellules infectées du corps. Le gène HLA-B*57 code pour une protéine qui se trouve normalement à la surface de toutes les cellules du corps se lie à la KIR3DL1 et empêche l'action des NK. L'hypothèse la plus probable postule que la présence du VIH empêcherait la protéine issue de HLA-B*57 d'être exprimée à la surface des cellules » (Bernard et *al.*, 2008).

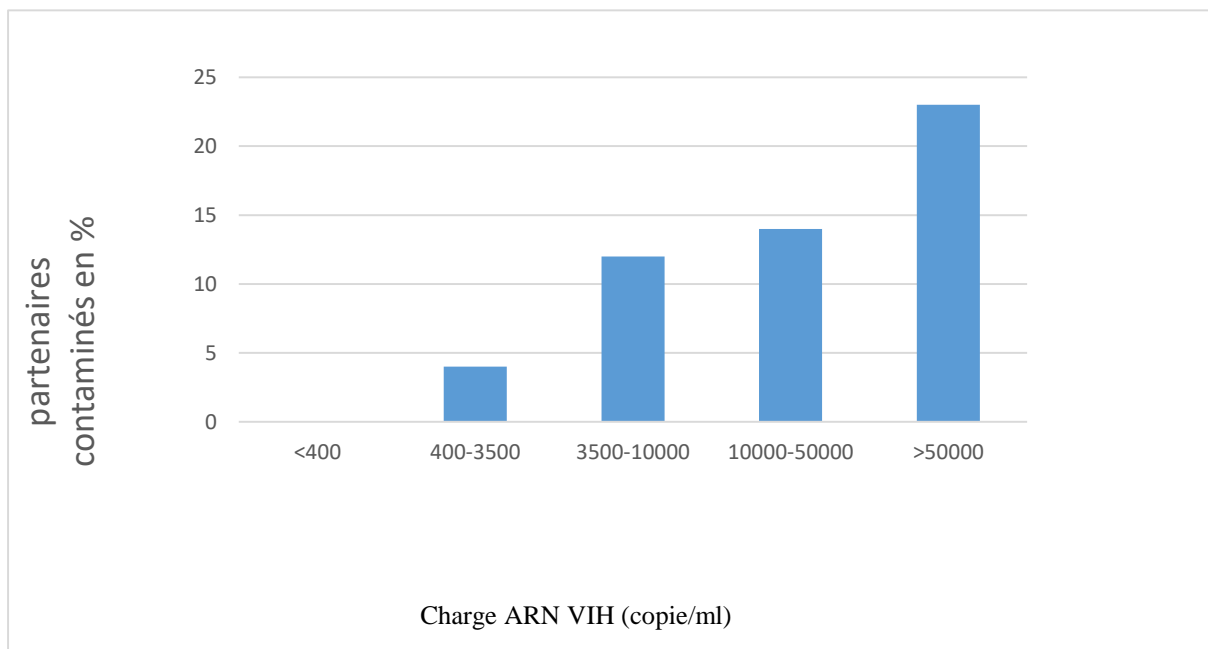
III.1.3. Les facteurs associés à la transmission du VIH dans un couple discordant

Nous distinguons trois groupes de facteurs associés à la transmission du VIH/sida dans un couple discordant :

III.1.3.1. Les facteurs biomédicaux

En plus de la résistance naturelle, il y a la charge virale. La lecture de la figure 18 montre que pour une charge ARN-VIH inférieure à 400 copie/ml, le risque de transmission du VIH est nul alors qu'il varie entre 20 % à 30 % pour une charge supérieure à 50 000 copie/ml (Allen et *al.*, 1992).

Figure 18 : Risque de transmission du VIH en rapport avec la charge virale



Source : Allen et *al.* (1992)

III.1.3.2. Les facteurs socioculturels, économiques et psychologiques

Pour les caractéristiques socioculturelles et économiques, il s'agit de : l'ethnie, la religion, l'âge, le nombre de partenaires, le niveau de vie qui seront développés dans la troisième partie de ce travail.

III.1.4. L'efficacité des antirétroviraux dans la prévention de la transmission du VIH chez les couples sérodifférents.

La découverte des antirétroviraux constitue une véritable révolution dans le domaine de la prévention contre le VIH/sida. Les débats sur l'efficacité des ARV dans la prévention du VIH débutent en 2008, à partir d'une publication des experts Suisse du VIH.

III.1.4.1. Déclaration des chercheurs Suisse du VIH en 2008

Sur la demande de la commission fédérale Suisse (CFS) pour les problèmes liés au sida, les experts ont publié un article qui stipule que : « une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral (TAR) avec une virémie entièrement supprimée (condition désignée par « TAR efficace » ci-après) ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de *contacts sexuels*. Cette affirmation reste valable à condition que : (i) la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ; (ii) la charge virale (CV) se situe en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois (Autrement dit : la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois) ; (iii) la personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (IST). Lorsque le TAR est efficace, aucun virus libre n'est détectable ni dans le sang ni dans les sécrétions génitales. Toutes les données épidémiologiques et biologiques indiquent que l'application conséquente d'un TAR permet d'exclure tout risque important de transmission. En cas de suppression totale de la charge virale, le risque résiduel de transmettre le VIH lors de rapports sexuels sans préservatif est nettement inférieur à 1 /100 000. Si le risque résiduel ne peut être exclu du point de vue scientifique, la CFS et les organisations concernées estiment néanmoins qu'il est négligeable » (P. Vernazza et *al.*, 2008).

Les experts suisses du VIH/sida se sont appuyés sur un certain nombre de travaux entre autres :

Les études de Castilla *et al.*, menées à Madrid en 2005 sur 393 couples hétérosexuels ayant vécu au moins six mois ensemble ; il ressort que les partenaires des personnes séropositives sous TAR ne courent pas de risque de contamination alors que, chez les partenaires de ceux qui ne suivent pas de traitement, il y a eu 8,6 % de séroconversions (Castilla *et al.*, 2005).

Des travaux de Melo et son équipe, on retient que : sur 93 couples sérodifférents dont 41 partenaires sont séropositifs, six cas de contaminations sont observés, liés tous aux personnes ne suivant pas de traitement et ayant une charge virale dans le sang avoisinant 1 000 copies/ml. (Melo *et al.* cités par Loutfy , 2013) (voir tableau 16).

Les études sur les homosexuels ont révélé que la prise de traitement antirétroviral a fait baisser l'incidence du VIH dans les couples homosexuels (HSH) de 0,12 % à 0,048 % entre 1996 et 1999 (Porco T. C., Martin J. N., Page-Shafer K. A. *et al.*, 2004).

Il en est de même pour Connor *et al.* (1994), qui ont observé une réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 0,30 % à 1 %, lorsque le traitement est régulier (Connor *et al.*, 1994).

Certains auteurs proposent une prophylaxie pré-exposition pour des personnes ayant des relations sexuelles occasionnelles non protégées. C'est le cas par exemple de Vernazza, qui recommande 1 comprimé de ténofovir avant un rapport sexuel non protégé en période pré-ovulatoire (Marc, 2014).

Le tableau N° 16 est une compilation de quelques études qui mettent en évidence le risque de contamination dans les couples où le partenaire séropositif est sous traitement.

Tableau 16 : Présentation de quelques études avec des cas de séroconversions

Auteurs (Années)	Emplacement de l'Étude	Participants	Transmission s/s TAR
Melo (2008)	Brésil	93	0
Reynolds (2011)	Ouganda	250	0
Donnell (2010)	Botswana, Kenya, Rwanda, Afrique du sud, Tanzanie, Ouganda, Zambie	3381 analysées sur 3408	1
Apondi (2010)	Ouganda	62	1
Cohen (2011)	Botswana, Kenya, Malawi, Afrique du Sud Zimbabwe, Bésil, Inde, Thaïlande, É-U	1763 analysées sur 1775	2

Source : Loutfy, 2013

Le Dr Thomas propose l'abandon du préservatif dans les couples discordants monogames sous deux conditions : bonne observance du traitement par le/la partenaire infecté (e), éviter de contracter une autre IST (Réjean, 2014).

Certes le risque zéro n'existe pas, mais une bonne observance⁴¹ du traitement réduit la transmission du VIH d'un/d'une partenaire infecté (e) au non infecté (e). Ce point de vue est partagé par Perez. « les patients recevant les médicaments ont dans l'immense majorité des cas une quantité de virus dans l'organisme très faible (charge virale indétectable), ce qui réduit le risque de transmission, notamment lors des rapports sexuels⁴² » (Chakraborty et al., 2002).

III.1.4.2. La controverse autour de la déclaration des chercheurs Suisses

L'avis des experts suisses du VIH/SIDA a suscité des réactions au sein de la communauté scientifique. Bien que ne remettant pas en cause l'efficacité des antirétroviraux, nombre de spécialistes du VIH/Sida s'étaient opposés à ces résultats.

Pour ces praticiens, le fait que le virus soit indétectable dans le sang ne signifie pas qu'il est totalement éliminé dans l'organisme. Il peut s'intégrer dans des lymphocytes T CD4 qui vont devenir dominant, ainsi caché, le VIH est protégé des traitements puisqu'il ne se réplique plus, mais pourra se disséminer en cas de réactivation de la cellule (Rouers, 2017, p. 19).

Allant dans la même direction, Bélec (2007) estime que, « malgré un traitement antirétroviral puissant et efficace, le VIH reste détectable chez certains hommes dans la fraction cellulaire du sperme sous forme d'ADN proviral rendant possible une transmission sexuelle. Par ailleurs, des charges virales génitales de VIH-1 ont été retrouvées de façon significative chez les femmes traitées, dont la concentration plasmatique du VIH a cependant été rendue indétectable par antirétroviraux. Il est ainsi probable que les thérapies antirétrovirales actuelles diminuent la transmission sexuelle du VIH en diminuant l'infectivité des individus contaminés, mais ne la supprime pas totalement » (Bélec, 2007).

⁴¹ Une bonne observance signifie un suivi régulier du traitement ARV

⁴² Renaud Persiaux, revue transversal B. Hirschel (Paris), numéro spéciale ANRS-transcriptase/ automne 2010 N° 144.

Sturmer pour sa part, a enregistré un cas de contamination homosexuelle, quoique le patient soit sous trithérapie, et une charge virale sanguine indétectable (< 50 copie /ml) (Sturmer cité par Caroline Marc, 2008).

En France, Lambert-Nicot (2012) retrouve 6,6 % de charge virale séminales positives après préparation du sperme (seuil de détection 100-200 copies /ml) chez 304 patients suivis entre 2002 et 2011, ayant une charge virale plasmique indétectable (seuil de détection 20-40 copies /ml) sous HARRT.

Aux États-Unis, dans le cadre de la prophylaxie pré-exposition chez les homosexuelles, Grant a enregistré 100 contaminations dont 36 dans le groupe emtracitabine-ténofovir et 64 dans le groupe placebo (l'intervalle de confiance étant de 95 %, les bornes inférieure et supérieure respectivement de 15 et 63 et une p-value de 0,5 % 15-63 p=0.005).

En Angleterre, sur 439 recueils spermatiques en vue d'une insémination intra utérine chez les patients sous traitement et ayant une charge virale sanguine indétectable, 9,7 % étaient positifs à la fois en pré- et post-lavage (limite de détection ARN de 25 copies pour 10⁶ spermatozoïdes) (Vernazza et al., 2000).

Dans l'étude de Wang et al cité par Pialoux (2010), sur 1 927 femmes VIH négatives, mariées et vivant avec un partenaire séropositif, 84 cas de séroconversions ont été observé soit (4,3 %), ce qui représente un taux de séroconversion annuel de 1,71 pour 100 personnes/années. Aucune différence significative enregistrée entre les femmes et les hommes (respectivement 1,66 pour 100 personnes/années et 1,75 pour 100 personnes/années) (Pialoux, 2010).

III.1.4.3. Les résultats prometteurs de l'essai HPTN052

En dépit, des critiques à l'encontre des chercheurs Suisses, les résultats de l'essai HPTN052 attendus en 2011 ont confirmé les travaux de ces derniers. Rappelons ici que l'essai initié par Myron Cohen en 2005, avait pour but d'évaluer l'impact du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants. Cet essai a débouché sur les résultats suivants : « Au total, 39 personnes initialement séronégatives ont été contaminées par le VIH durant l'essai, ce qui représente une incidence de 1,2 personnes pour 100 par année, l'intervalle de confiance (IC) à 95 % calculé sur cette valeur étant de 0,9 à 1,7

pers/100 année⁴³. Dans le groupe « traitement immédiat » il y en a eu 4 soit 1,3 pers/100 année (IC : 0,1 à 0,6) et dans le groupe « traitement différé », 35 soit 2,2 pers/100 année (IC : 1,6 à 3,1). Des analyses génétiques ont été effectuées afin de vérifier si les virus acquis par ces personnes provenaient de leur partenaire, afin de réduire l'analyse finale aux seuls cas de transmission ayant eu lieu au sein des couples de l'étude, dans la mesure où ces contaminations dues à des partenaires dont le statut est inconnu dans l'étude ne peuvent pas être qualifiées selon les critères d'évaluation du protocole. Cette analyse a mis en évidence 11 transmissions de virus hors partenaires ou incertaines, 3 dans le groupe "traitement immédiat", 8 dans l'autre groupe. Ainsi, 28 personnes ont été contaminées par leur partenaire dans l'étude. Elles représentent donc une incidence de 0,9 pers/100 année (IC : 0,6 à 1,3) et sont réparties en 1 transmission dans le groupe "traitement immédiat" soit une incidence de 0,1 pers/100 année (IC : 0,0 à 0,4) et 27 transmissions dans le groupe "traitement différé", donc une incidence de 1,7 pers/100 année (IC : 1,1 à 2,5).

Ce sont ces valeurs qui ont été traduites dans l'annonce de mai 2011 comme une réduction de la transmission de 96 % dans le groupe "traitement immédiat ». De ces 28 cas de transmission, la plupart (82 %) ont eu lieu dans les couples des sites africains et les deux tiers (67 %) sont des contaminations de la femme à l'homme tandis que le cas unique de transmission dans le groupe "traitement immédiat" est dû à un homme. Les contaminations dans le groupe "traitement différé" étaient régulièrement réparties dans la durée et le premier facteur qui y est associé est la charge virale élevée à l'entrée de l'essai tandis que la déclaration d'une utilisation à 100 % du préservatif à l'entrée apparaît comme un facteur de risque réduit de transmission ».(Cohen et *al.*, 2011) .

Au regard de ces résultats, Michel Sidibé⁴⁴ déclare : « cette percée scientifique change considérablement la donne et assurera l'avancement de la révolution de la prévention. Elle place le traitement anti-VIH au rang des nouvelles options de prévention prioritaire. Nous

⁴³ En épidémiologie, l'incidence est exprimée en nombre de nouveaux cas par personne-temps. La population à l'étude doit être « à risque », c'est-à-dire que ses membres doivent pouvoir contracter la maladie à l'étude. La notion de personne-temps représente la durée totale de suivi des individus à risque dans la population à l'étude : par exemple, si 100 personnes à risque ont été étudiées pendant 2 ans, la durée totale du suivi est de $100 \times 2 = 200$ personnes-années. Dans ce même exemple, s'il y a eu 5 nouveaux cas de la maladie à l'étude, le taux d'incidence sera de 5 cas pour 200 personnes-années, ou, plus simplement, de 2,5 cas pour 100 personnes-années (ou encore 0,025 cas par personne-année). **Dans le cas d'espèce $39 \times 2 = 78$ environ 100 personnes-années. Le taux d'incident est de 1 à 2 cas pour 100 personnes-années**

⁴⁴ Directeur exécutif du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

devons maintenant nous assurer que les couples ont la possibilité de choisir le traitement de prévention et qu'ils y ont accès ».(Sidibé, 2011)

Cependant, Jean-François Delfraissy⁴⁵ s'est montré réservé. « Nous avons la preuve du concept. Mais il faut vérifier que hors des conditions d'un essai clinique, c'est-à-dire dans la vraie vie, nous obtiendrons les mêmes résultats. C'est ce que l'ANRS va faire dans une autre étude. Par ailleurs, ces travaux, qui ont été menés uniquement dans le cadre de la transmission hétérosexuelle, ne doivent pas occulter les autres stratégies de prévention, qui sont l'usage du préservatif et la réduction du nombre de partenaires ».(Delfraissy, 2011).

III.1.4. 4. Des critiques à la consécration

La conférence de Paris sur le sida est venue mettre un terme à ce débat confirmant ainsi la thèse des chercheurs Suisses avec l'adoption de la résolution U=U, c'est-à-dire (Undetectable=Untransmittable). Autrement dit, les personnes séropositives sous traitements antirétroviraux ayant une charge virale indétectable ne transmettent pas le VIH aux partenaires négatifs (ves) (IAS, 2017).

III.1.5. Dimension socioculturelle de la sérodiscordance

Contrairement à l'approche biomédicale, très féconde, la dimension socioculturelle n'a pas suscité autant d'intérêt parmi les chercheurs. Les quelques réflexions qui s'y rattachent portent sur les tensions générées par le statut discordant, la gestion de la sexualité et la maternité et l'étude des déterminants socioculturels et anthropologiques de la sérodiscordance dans les districts sanitaires des Lacs, du Bas Mono et du Golf du Togo.

III.1.5.1. À propos des tensions occasionnées par le statut discordant

Plusieurs études en Afrique subsaharienne évoquent des tensions (disputes) qui affectent la stabilité du couple. En Afrique du Sud et en Tanzanie, respectivement, 14 personnes sur 48 et 10 sur 20 déclarent avoir expérimenté des tensions du fait, du statut discordant. Pour 26 sur 47 et 14 sur 19, l'intimité du couple a été affectée (Rispel, Cloete, et Metcalf 2011).

⁴⁵ Directeur exécutif de l'ANRS.

Par ailleurs, pour Tijou Traoré, le statut discordant peut avoir des effets positifs allant dans le sens du renforcement de la conjugalité. « L'information divulguée peut donner lieu à des réactions positives, voire des conduites de réconfort de la part du conjoint. Les couples rencontrés illustrent des possibilités variées, s'ils se sont tous maintenus, suite à cette annonce, son impact ne débouche pas pour autant sur des situations uniformes et linéaires. Chaque couple réagit selon des modalités différentes, en fonction, en particulier, de son histoire de vie, de la façon dont chacun des membres perçoit la vie en couple, des ressources morales dont chacun dispose et de leurs représentations du risque lié au VIH. Les relations qui en découlent montrent bien ici en quoi l'annonce, une fois faite, amorce un processus dynamique relationnel qui ne trouve pas uniquement sa spécificité dans la continuité ou la rupture immédiate : des situations intermédiaires fluctuantes apparaissent également » (Tijou-Traoré, 2006).

Dans le même esprit, Desgrées-du loû pense que les femmes enceintes qui étaient infectées par le VIH souhaitaient le plus souvent informer leur conjoint. Celles qui n'osaient pas le faire souffraient de la situation (« c'est trop dur à porter toute seule. »), et parfois demandaient l'aide de l'équipe soignante pour parler au mari. Surprise encore plus grande : lorsqu'ils étaient informés, les conjoints étaient la plupart du temps un soutien précieux pour ces femmes, ils les aidaient dans leur lutte contre l'infection, pour elles et plus encore pour l'enfant : ils trouvaient les arguments ou les stratégies pour justifier auprès de l'entourage les biberons ou le sevrage précoce, sans révéler la maladie de leur femme. (Desgrées-du-Loû, 2005). En Tanzanie, 17 % des femmes n'ayant pas informé les conjoints de leur séropositivité subissaient des violences, contre 10 % pour celles ayant informé leur mari (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann, 2008).

III.1.5.2. Changements de comportements sexuels et désir de maternité chez les couples discordants

En rapport avec le statut discordant, on observe un changement de comportement sexuel se traduisant par une baisse des fréquences des rapports sexuels et l'utilisation systématique du préservatif au sein des couples.

Au Burkina Faso par exemple, les rapports sexuels sont passés d'1 rapport par semaine à 1 rapport par mois, alors que 40,5 % des couples utilisent régulièrement le préservatif (Guira et al, 2010).

C'est la même chose en Afrique du Sud et en Tanzanie où respectivement, 37 couples sur 48 et 12 sur 20 ont déclaré utilisés systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels.

À propos du désir d'enfants, il est plus fort chez les couples sans enfants que chez les couples parents. (Rispel *et al.*, 2011).

III.1.5.3. La recherche sur les déterminants socioculturels de la sérodiscordance

L'étude du cabinet d'expertise en développement économique et social (CEDES) menée dans les régions des Lacs, du Bas Mono et du Golfe au Togo est la seule référence en notre possession. Bien que descriptive (analyse bivariée) et portant sur un effectif très faible (18 couples), elle donne une idée sur les facteurs socioculturels supposés influencés la sérodiscordance à savoir : les unions antérieures, les rapports sexuels extraconjugaux, les scarifications dans le cadre des pratiques d'initiations, le lévirat, etc. Auxquelles s'ajoutent, l'anatomie de la femme, le faible pouvoir de décision et d'achats, les mariages précoces, les viols, l'absence ou la présence des corécepteurs dans le sang, les antirétroviraux. Le rapport mentionne également la stigmatisation des personnes vivant avec un/une partenaire séropositif (ve).

« Nos pratiques culturelles comme la scarification, le lévirat, les rites initiatiques dans les couvents vaudou exposent les femmes à l'infection. » (Agbovi *et al.*, 2016). Or, nous savons que la corrélation entre deux variables ne signifie pas l'effet de causalité.

La littérature sur les couples discordants est certes abondante, mais insuffisante pour répondre à nos questionnements, car elle s'inscrit en grande partie dans une approche biomédicale. Ce qui nous conduit à scruter dans d'autres approches (sociologie, psychologie sociale, démographie, psychanalyse, etc.), qui constituent des références notables.

III.2. QUELQUES RÉFÉRENCES THÉORIQUES

Les questions se rapportant à la famille, le mariage et la vie en couple ont fait l'objet de plusieurs écrits dans le champ de la « sociologie de la famille ». Elles ont été étudiées par des auteurs classiques et contemporains tels que : Émile Dürkheim (1888), Claude Lévi-Strauss (1949), Alain Girard (1974) et Jean Claude Kaufmann, Martine Segalen, François

de Singly, François Lebrun, Michel Bozon dont les travaux portent sur diverses thématiques : inceste, mariage consanguin, mariage arrangé, mariage d'amour, etc.

Cependant, la sérodiscordance est un concept nouveau, né avec l'épidémie de sida, et n'a pas été d'un grand intérêt pour les sociologues, psychologues, anthropologues et autres spécialistes des sciences humaines et sociales. Comme mentionné plus haut, le volet socioculturel de la sérodiscordance est pauvre, la seule étude disponible menée au Togo, n'aborde cette question que superficiellement⁴⁶. C'est dire que le champ est encore vierge. Nous allons nous appuyer sur les écrits et théories développés dans divers domaines des sciences humaines et sociales qui pourraient nous étayer. Il s'agit notamment, de l'homogamie, la théorie de la complémentarité et la similitude, l'attachement, la théorie objectale et les théories de la croyance sociale.

Ces théories sont aussi valables pour les couples discordants d'autant puisqu'ils ne diffèrent pas des couples dits « normaux⁴⁷ », en ce qui concerne les critères de sélection matrimoniale.

III.2.1. Les théories de l'homogamie

Les questionnements sur l'homogamie ont débuté avec Bossard (1932), Katz et Hill qui sont les premiers à mettre en évidence l'influence de l'environnement géographique, culturel et social dans la formation des unions. Pour ces auteurs, « Les mariages entre personnes de race, de nationalité ou de religions différentes sont plus vulnérables que les mariages homogames » (Bossard, Katz et Hill cités par Girard, 1964).

L'homogamie s'impose véritablement comme théorie sociologique, avec les travaux de Girard sur *Le choix du conjoint*.

Qu'est-ce qu'on entend par théories de l'homogamie ? En quoi influencent-elles la sérodiscordance ?

Dans la littérature, le terme homogamie désigne le fait pour un individu de choisir un conjoint dans son groupe d'appartenance (Amador, Charles, et Helm, 2005). Il existe deux formes d'homogamies : géographique, celle faisant référence à l'environnement

⁴⁶ Cette étude du cabinet d'expertise en développement économique et social s'inscrit dans le cadre du projet « Protection et promotion des droits des femmes enceintes liées à la pratique de la PTME dans les districts sanitaires des lacs et du Bas-Mono au Togo ».

⁴⁷ Les couples normaux sont des couples dont aucun des partenaires n'est infecté par le virus du sida.

géographique, sociale et culturelle, celle rattachée à l'environnement socioculturel (études, profession, ethnie, religion, etc.).

Dans son célèbre ouvrage intitulé *le choix du conjoint*, Girard montre que le choix d'un partenaire ne se fait pas de façon hasardeuse, il est conditionné par : la proximité géographique, les pesanteurs socio-culturels, la profession, l'âge, etc. « L'individu n'arrive pas à l'âge adulte, époque des choix significatifs et difficilement réversibles, sans être nettement différencié par son éducation, par le contexte socio-culturel, dans lequel il a passé son enfance, par les conditions économiques et géographiques. Tous ces déterminismes enchevêtrés introduisent beaucoup d'éléments dans ce qui va orienter ses choix essentiels, notamment celui du partenaire principal. » (Lemaire, 1979).

Pour Kurt Lewin, les comportements humains sont la résultante des facteurs psychologiques et sociaux. « Les comportements humains ne sont pas seulement le résultat des forces psychologiques individuelles, mais aussi celui des forces des divers groupes dont fait partie l'individu » (Lewin, 1968).

L'individu reste enserré de toute part, aujourd'hui comme hier, dans un réseau étroit de probabilités et de déterminismes qui poussent moins encore à choisir qu'à trouver un conjoint qui lui est aussi proche que possible. N'importe qui n'épouse pas n'importe qui ; on préfère épouser son proche, dans tous les sens du terme. « La foudre, quand elle tombe, ne tombe pas, n'importe où : elle frappe avec prédilection la diagonale » (Bozon et Héran Haen, 2006, p. 11).

En d'autres termes, l'homogamie socio-culturelle désigne un rapprochement entre des individus qui partagent une même culture (religion, ethnie, habitudes alimentaires, etc.).

Nous tenons à préciser ici, que dans les sociétés occidentales, malgré les niveaux atteints par l'industrialisation, l'homogamie culturelle, mesurée par le niveau d'instruction tend à y prévaloir.

Par exemple en France, le choix du conjoint se fait davantage en fonction du diplôme que de l'origine sociale. (Forster et Chauvel, cité par Caselli et *al.*, 2002). Cependant, en Afrique et particulièrement au Congo la plupart des unions sont conclues sur des bases ethniques, ce qui explique l'interdiction des mariages mixtes dans certains milieux urbains (Kouvouama et Dacy, 1985). En régulant les tensions dans les couples en particulier et la société en générale, l'homogamie apparaît comme une médiation sociale. Le fait de partager les mêmes valeurs culturelles avec son conjoint (même origine ethnique, coutumes, normes, modes de vie) facilite l'adaptation du sujet et met le/la partenaire en

confiance. Pour reprendre de Singly « si les deux conjoints ont une socialisation antérieure assez proche, avec un stock d'expériences de façon semblable, il leur est plus aisé de valider le monde de l'autre » (De Singly, 2016, p.19).

Dans le même contexte Locoh (2002) estime que « de nombreuses sociétés favorisent une endogamie qui peut être familiale (mariage entre cousins croisés ou parallèles selon les cas), lignagère, ethnique. Celle-ci est justifiée par l'idée qu'une certaine proximité entre époux favorise l'adaptation de la jeune épousée dans son nouveau milieu et le maintien au sein d'un groupe familial de terres et autres possessions » (Locoh, 2002).

De ce point de vue, nous osons croire que l'homogamie permet d'apaiser les tensions dans le couple y compris celles liées au statut discordant. Le fait pour les conjoints d'appartenir à une même ethnie, partager les mêmes valeurs culturelles (modes de vie, manières de penser et d'agir...), permet non seulement l'atténuation des conflits, mais engendre également les conditions d'une vie de couple stable et harmonieuse.

Tout compte fait, en Afrique et au Congo, l'homogamie ethnique ou socioculturelle peut être considérée comme un facteur explicatif de la sérodiscordance.

III.2.2. Théories de la complémentarité et similitude

Pour Robert Winch, la complémentarité des besoins est essentielle dans la détermination des relations interpersonnelles (Winch, 1950). En effet, les compléments que les traits personnels de l'autre apportent aux siens sont déterminants dans une relation. Pour les tenants de ce courant, les différences constituent la base de toutes relations interindividuelles (Winch cité par Maisonneuve, 1966). Chacun recherchant chez autrui ce qui lui manque ou attend de l'autre de quoi combler son vide. Le VIH/sida ne peut donc être un obstacle à la formation des unions.

Ce qui contredit Schutz, qui pense que les individus recherchent dans une relation ce qui leur ressemble, chacun cherche à tirer satisfaction de l'autre (théorie de la compatibilité). Dans le même esprit, Festinger (1954) estime qu'il existe chez tout individu une tendance à évaluer ses opinions et attitudes, c'est-à-dire à jauger leur bien-fondé et leur « vertu » afin de se rapprocher des personnes dont les opinions sont plus proches des siennes. Cette recherche de points de repères pour situer ses propres évaluations apparaît comme une recherche de similitude. (Festinger cité par Fischer, 1987). Theodor New Comb (1961) pour sa part observe une réciprocité sur le plan de l'expression des sentiments, des attitudes et

des systèmes de valeurs orientés vers l'action. Il en est de même, pour Nuttin (1968) qui estime que dans toute relation interpersonnelle se trouve un jaillissement d'énergie tout naturellement tourné vers l'extérieur (Castellan et *al.*, 1977). On comprend aisément que ces théories mettent l'accent sur l'expression des sentiments, attitudes qui sont déterminantes dans la formation du couple que sur la dimension pathologique.

III.2.3. Théorie de l'attachement

Ce concept est développé par les psychologues pour désigner une relation affective qui unit deux individus, à travers la valorisation et l'importance qu'ils ont l'un pour l'autre (Maccoby et Masters cité par Fischer, 1987).

Pour Bowlby, « l'attachement est une relation sociale instinctuelle qui se réfère, chez l'enfant, à des dispositions innées, lesquelles se mettent en action en réponse à des sollicitudes de la mère à son égard[...]. Ce sont les soins physiques et la sécurité affective qui forment le sous-bassement de la vie sociale. De la qualité des attachements pendant la prime enfance dépendra l'avenir des relations à l'âge adulte, qui pourront être soit introverties soit extraverties[...]. Les relations qui se construisent, se développent et se défont au cours de l'expérience humaine sont fortement marquées par la période de l'enfance ». On ne peut douter qu'un individu qui a connu une enfance difficile ou conflictuelle ait une vie relationnelle instable. Pour Fischer, l'attachement est le noyau des relations ultérieures que les individus pourront nouer (Fischer, 1987, p. 28).

En évoquant ici l'attachement, nous voulons mettre en lumière le fait que toute relation intime soit-elle à un sous-bassement psychique. Par conséquent, l'attitude des individus face au VIH et à la sérodiscordance est liée au vécu du sujet, son histoire et ses motivations.

Ce dernier aspect sera développé dans le chapitre VIII consacré à l'analyse des données qualitatives.

III.2.4. Théorie objectale

Elle s'inscrit dans une approche psychanalytique et s'appuie sur les travaux de Freud et de Mélanie Klein. À partir de la théorie de l'objet, Freud crée une liaison entre la vie amoureuse de l'être adulte et son histoire. À ce concept, Freud ajoute celui de l'étayage et affirme que les pulsions sexuelles sont étayées par les pulsions d'autoconservation. Cette

construction théorique explique le fait que les hommes recherchent la femme qui nourrit, et les femmes, le mari qui protège.

Un autre aspect évoqué est celui lié à l'objet narcissique. En effet, dans une relation amoureuse, l'énergie pulsionnelle sort du besoin de s'aimer soi-même (narcissisme) pour être transférée sur autrui.

En réalité, on aime ce que l'on est soi-même, soit ce que l'on a été ou ce que l'on voudrait être. Cette dimension fantasmatique est très importante dans l'organisation du choix amoureux. Toutefois, Freud pense que pour qu'il ait relation entre deux individus, il faut que chacun trouve sur le plan psychologique quelques avantages « Il ne suffit donc pas que l'un d'eux trouve chez l'autre la représentation de son idéal du moi, il faut encore que cet autre trouve ou bien lui-même chez le premier la représentation de son idéal du moi ou bien alors quelques satisfactions à se faire aimer par un partenaire dont il rechercherait la faiblesse ou la défaillance. » (Freud, 1915).

Mélanie Klein pour sa part soutient que les relations amoureuses ont leurs fondements dans les situations affectives anciennes. Elle estime que le couple est un lieu favori d'introjection et projection mutuelle par lequel chacun, confronté à ses pulsions de mort, utilise l'autre comme support externe à la fois du bon et du mauvais objet.

Bien d'autres choses peuvent être avancées sur la vie psychique du couple, à travers les concepts de fusion et de symbiose, mais pour cette étude nous préférons nous arrêter là.

Néanmoins, pour terminer sur ce volet psychanalytique, rappelons que plusieurs auteurs reconnaissent la vie conjugale comme une forme de défense contre la dépression, la peur de l'anéantissement, la source d'intense plaisir pour certains, nécessaire à la survie pour d'autres.

Cette théorie nous amène à comprendre que le choix du conjoint ou l'avenir du couple intègre des dimensions plus complexes qui vont au-delà de la maladie.

Il s'agit notamment, de l'autoconservation, du narcissisme et des mécanismes de défenses.

III.2.5. Théories de la croyance sociale

Elles s'inscrivent dans l'analyse des représentations sociales et répondent aux préoccupations suivantes : « Comment construisons-nous le réel ? Quelle image nous faisons-nous d'autrui ? Comment pensons-nous les situations dans lesquelles nous sommes impliquées ou que nous observons de l'extérieur ? La psychologie sociale s'est intéressée

aux mécanismes cognitifs par lesquels nous pensons et percevons le social » (Fischer, 1987, p.95).

Trois théories seront examinées ici.

III.2.5.1. Les théories implicites de la personnalité

Nous organisons notre perception d'autrui en simplifiant les informations qui sont à notre disposition. Nous connaissons la réalité sociale par schématisation, c'est-à-dire par processus d'évaluation grâce auquel, au moindre prix, nous savons ce que sont autrui et son mode de fonctionnement. Nous cherchons à placer les autres dans des catégories sommaires pour nous en faire une idée cohérente : c'est ce que traduit le concept de théorie implicite de personnalité (Fischer, 1987).

Ce concept décrit une représentation mentale sommaire dont la fonction est de maîtriser la réalité par une réduction de sa complexité et des différences qui la composent. Ce mécanisme fournit des repères capables d'organiser et d'orienter notre action dans un sens qui rende possible la prévision de certaines réactions et, donc, leur contrôle.

Notre perception ou représentation d'autrui est influencée par notre vécu, notamment les échanges avec l'environnement social et physique (expériences), les intérêts personnels (motivations) et le contexte. « Les théories implicites de personnalité représentent donc un processus cognitif complexe par lequel, en nous forgeant certaines catégories, nous cherchons à rendre accessibles et compréhensibles les événements et autrui. Elles constituent un type de croyance, qui se veut en même temps un système explicatif, à partir des liens que nous établissons entre certains traits de personnalité par exemple.

Ces croyances, appelées encore "théories naïves", des explications auxquelles nous nous référons pour évaluer autrui ou nous-mêmes, et ainsi prédire ses conduites et les nôtres. Sur la base de ce processus général de catégorisation, nous pouvons examiner les mécanismes de formation des impressions » (Fischer, 1987, p. 97).

À propos des mécanismes de formation des impressions, ils se rapportent aux processus consistant à percevoir un individu dans son ensemble à partir de traits particuliers. Ainsi, Asch (1946) distingue les traits stimuli et les traits insérés : « les premiers traits déterminent une impression globale et produiraient des inférences relatives à d'autres traits [...]. Certains traits sont donc considérés comme des organisateurs dans la mesure où ils induisent d'autres traits auxquels on les rattache, soit positivement, soit négativement ».

Des études sur la formation des impressions se dégagent trois caractéristiques : le principe de cohérence qui peut être d'ordre logique ou émotionnel (Gollin, 1954 ; Abderson, 1978), la persistance des premières impressions (Asch, 1946 ; Greenwald, 1980) et le souvenir d'une information récente (Snyder et Uranowitz, 1978).

III.2.5.2. Les déterminismes des comportements humains ou théorie de la psychologie naïve.

Pour Heider (1944) précurseur de cette théorie, tout acte a pour origine l'acteur. L'auteur estime que les comportements humains sont régis par les caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau d'instruction, etc.). Par ailleurs, il commet une erreur fondamentale, en omettant les éléments contextuels.

Par-là nous, voulons montrer que la sérodiscordance ne dépend pas seulement des facteurs endogènes, mais aussi des facteurs exogènes.

III.2.5.3. La théorie de la covariance de H. Kelley

La covariance ou Co-variation désigne une apparition simultanée de deux faits ou événements. La théorie de la covariance de Kelley permet de déterminer les causes des événements.

Pour citer Ahogni N'Gbala, « C'est au philosophe J. S. Mill que Kelley emprunte l'idée que la covariation est une méthode qui permet de connaître la cause des événements. En effet, d'après les observations du philosophe, l'effet ou l'événement observé est attribué à la cause qui est présente quand l'effet est présent, et absente quand l'effet est absent ».

Si Heider explique un fait par les caractéristiques individuelles, H. Kelley lui, met en exergue deux types de causes : endogènes et exogènes. Pour l'auteur, les individus disposent de trois types d'informations : le consensus qui renseigne sur les autres individus exposés au même phénomène ou stimulus, la différenciation ou la réaction de l'individu face au stimulus, la consistance ou la réaction de l'individu face au stimulus en d'autres circonstances.

Ainsi, pour Kelley, l'attribution dépend de la conjugaison de ces informations selon leur niveau fort ou faible. Par analogie, nous réitérons que la sérodiscordance est influencé à la fois par les facteurs endogènes et exogènes.

III.2.5.4. Théorie de l'action raisonnée

Cette théorie est fondamentale dans le domaine de la promotion de la santé. Elle a été développée par Fishbein et Ajzen qui se sont inspirés des travaux de Dulany sur le contrôle social (1967).

Pour ces auteurs, la mesure de l'intension comportementale et la dimension conative, c'est-à-dire les motivations, sont les meilleurs prédicteurs des comportements humains.

La dimension conative fait partie de la théorie tri-componentielle de l'attitude. Elle renvoie à la tendance qu'a un individu à éviter ou au contraire à approcher un objet. En terme général, lorsqu'on parle de la composante conative, on se situe au niveau de l'intention du sujet. La théorie de l'action raisonnée postule que l'intention qu'a une personne d'effectuer une action donnée dépend à la fois de son attitude vis-à-vis de cette action et de la perception de la norme sociale, c'est-à-dire de ce que selon lui les autres attendent de lui dans cette situation.

La norme sociale varie en fonction des autres (groupe d'individus, famille, église, groupe d'appartenance, parti politique, clubs, groupe de musique, etc.). Les autres, ce sont également les individus particuliers qui servent de référence au jugement du sujet. On peut donc parler de personnes de références et de groupes de références. La norme sociale varie également, selon les situations, d'où la norme personnelle qui est une fonction de la norme sociale pondérée par la motivation du sujet à suivre la norme sociale.

Soit le modèle : Comportement=Intention d'agir= (Attitude vis-à-vis de l'Acte) *les pondérations (W0) + les normes sociales*les motivations du sujet*les pondérations (W1).

Dans ce modèle, c'est l'intention d'agir qui est l'agent déclencheur du comportement.

Tout ce corpus théorique porte à croire que, la formation des couples sérodiscordants est tributaire aussi bien des caractéristiques socioculturelles que psychologiques.

Dans le cadre de cette étude, nous n'allons pas approfondir le volet psychologique, qui ne constitue pas notre champ de recherche.

Ces différentes théories peuvent être regroupées dans deux grandes approches : individuelle et relationnelle.

L'approche individuelle prend en compte les théories implicites de la personnalité, les théories de la psychologie naïve, la théorie de la covariance de H. Kelley, théorie de l'action raisonnée. Pour ces théories, la décision de se protéger dépend de la perception du risque par l'individu qui, à son tour, dépend de la manière dont il assimile l'information sur le

risque de transmission et de son comportement face au risque. Cette approche est centrée sur l'individu. Nous allons nous baser ici sur la dissonance cognitive pour expliquer les comportements de certains individus face à la sérodiscordance.

D'après Léon Festinger, il y a un rapport très fort entre nos actes et nos cognitions (croyances, savoirs, opinions, valeurs). « Cette théorie touche à la représentation d'un risque par rapport à un système de valeur. Elle part du principe que l'individu a besoin de cohérence cognitive, c'est-à-dire d'avoir une conduite en accord avec les valeurs auxquelles il adhère chacun de nous tend à se comporter de façon à ne pas être en contradiction avec lui-même, autrement dit nous veillons à ce que nos actes restent cohérents entre eux [...] Il s'agit d'envisager des situations dans lesquelles les circonstances (par exemple la soumission aux normes de son groupe d'appartenance) amènent un individu à produire une conduite qui l'expose à un danger ; l'individu rationalisant ensuite cette exposition en modifiant ou en développant une idéologie, qui ne nie le danger couru, relativise ou au contraire le valorise » (Perreti-watel cité par Tchegnina, 2016, p.55-56).

La théorie de la dissonance cognitive nous permet donc de comprendre que dans les couples discordants, les individus sous-estiment le risque ou ont un déni de la maladie (Tchegnina, 2016).

L'approche relationnelle fait référence à plusieurs théories comme l'homogamie, la complémentarité et les similitudes. Nous abordons cette approche sous la forme des interactions sociales.

L'idée sous-jacente dans une interaction sociale, c'est de montrer que le comportement d'un individu est influencé par autrui dans une relation sociale et vice-versa. L'approche centrée sur la relation prend en compte les comportements des partenaires dans l'interaction et leurs significations plutôt que des caractéristiques individuelles. Le sens est coproduit ici par les participants à l'interaction sexuelle.

Quelles sont les significations investies dans l'échange ? Les attentes peuvent varier en fonction des individus et des types de partenaires. Les significations peuvent aller dans le sens de l'intimité, d'une relation non brève mais non construite sur le long terme, de la confiance ou de la consolidation d'un projet de vie commun. Elles peuvent aussi être construites en termes de simples contacts physiques sans lendemain.

Alors que les études interactionnistes ont le défaut de se focaliser sur l'interaction elle-même, négligeant parfois le contexte de celui-ci, l'approche relationnelle a le mérite de

concevoir l'interaction comme une réalité qui subit l'influence du contexte social dans lequel elle a lieu. Van Campenhout propose quatre niveaux de la relation : le contexte-social, le contexte social de la relation intime, l'interaction entre les partenaires et le niveau intrapersonnel (Bajos et Marquet, 2000).

Il est donc important de « prendre en compte les interactions entre les individus et pas seulement au sein du couple, le tout étant replacé dans son contexte macrosocial qui inclut des dimensions économiques, sociales, démographiques, institutionnelles et culturelles » (Cozio-Zavala, 2007, p.109).

La formation des couples discordants est conditionnée à la fois par les intérêts poursuivis par chacun dans la relation, économique, social, culturel, mais aussi, la famille, les amis, etc. Ces fondements théoriques nous conduisent à l'élaboration d'un cadre conceptuel.

III.2.6. Schéma conceptuel et formulation de l'Hypothèse

Rappelons ici, qu'à travers cette étude nous voulons approfondir les connaissances sur les comportements des couples sérodiscordants, en matière de vie conjugale, de motivations, d'attitudes dans les relations sexuelles, de désirs et de comportements de reproduction. Notons que ces comportements dépendent en partie des représentations et des perceptions que les membres du couple et de la famille se font du VIH/sida, des connaissances qu'ils ont de l'épidémie, de sa diffusion et de sa prévention. Cette réflexion permettra de cerner au mieux les mécanismes actionnant les comportements des couples. Nous nous sommes posé deux questions.

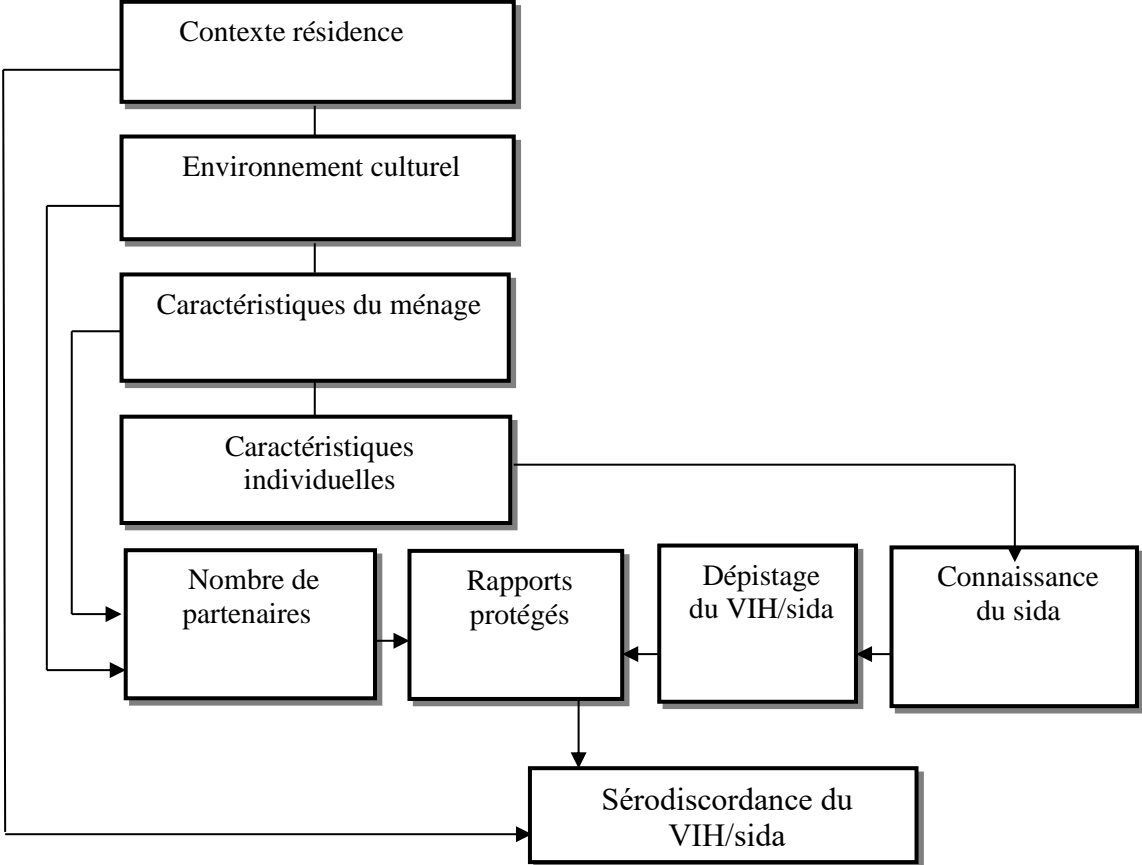
Comment les personnes de statut sérologique différent vivent-ils maritalement, en dépit du risque élevé de contamination ? Quels sont les facteurs susceptibles d'expliquer la sérodiscordance au Congo ?

L'hypothèse fondamentale qui sous-tend cette étude est la suivante : la formation et l'évolution des couples discordants en République du Congo sont tributaires des causes biologiques, des caractéristiques socio-culturelles, individuelles, des conditions économiques et de la bonne observance du traitement antirétroviral par les partenaires infectés.

Cependant, dans le cadre de cette étude, nous allons nous appuyer sur les caractéristiques socio-culturelles, individuelles et l'environnement économique.

À partir des travaux d'Alan Whiteside/LindaTawfik (2003), de Desgrées du Loû (2005) et de Chemaitelly et *al.* (2013), nous avons élaboré le schéma qui met en exergue les facteurs supposés influencer la sérodifférence au Congo.

Figure 19 : Schéma conceptuel de la sérodiscordance au Congo



Explication du schéma conceptuel

L'environnement socioculturel, représenté par la religion, l'ethnie, le milieu de résidence, la région de résidence, influence les normes, les manières de penser et de vivre des membres d'une communauté et par conséquent leur confère une identité ou une conscience collective qui oriente leurs actions et attitudes à l'égard du sida et par conséquent de la sérodiscordance. (Dürkheim, 1894).

Cet effet semble prépondérant dans le contexte congolais où la majorité des individus aussi bien en milieu urbain que rural sont attachés à la tradition.

Dans presque toutes les sociétés africaines et congolaises en particulier, les questions de sexualité, de vie féconde et de couple sont sous le contrôle de la culture, c'est-à-dire des traditions, de la morale, de la religion. L'ethnie étant un déterminant des comportements sexuels et de vie conjugale.

Si autrefois, la sexualité préconjugale était prohibée dans plusieurs cultures, de nos jours, près de deux-tiers des jeunes ont eu une expérience sexuelle avant le mariage (Gokaba, 2011).

À cela s'ajoutent, la polygamie officielle ou informelle, le mariage par héritage (lévirat, sororat), la banalisation du VIH/sida, la peur du test de dépistage qui sont aussi des pratiques d'expositions au VIH et à la sérodiscordance du VIH.

À côté des causes culturelles, il y a le niveau de vie dont l'action est médiatisée par les caractéristiques individuelles (âge, nombre de partenaires, utilisation du condom) et qui a un effet bidirectionnel. La plupart des études en Afrique et au Congo ont montré que la majorité des femmes mariées ou non qui résident dans les villes, par un souci de rationalité économique, changent fréquemment de partenaires sexuels et sont exposées au phénomène étudié. Il en est de même pour certains hommes qui profitent de leur situation économique favorable pour augmenter le nombre de partenaires.

Or, la littérature enseigne que plus un individu a de partenaires, plus est élevé le risque de rencontrer des personnes séropositives et par conséquent de former un couple sérodiscordant (Levinson, 1997).

Nos analyses restent incomplètes si nous oublions de parler du « moi conjugal », concept cher à De Singly.

Pour l'auteur, certains hommes et femmes sont plus conjoints que d'autres, dans le sens où la dimension de « conjoint » est placée plus haut dans la hiérarchie de leur identité multiple. Inversement d'autres personnes qui vivent en couple, elles aussi, atténuent davantage cet engagement pour, sans doute, rester plus elles-mêmes, ou parce que leur partenaire ne veut pas d'un investissement conjugal trop fort (De Singly, 2016).

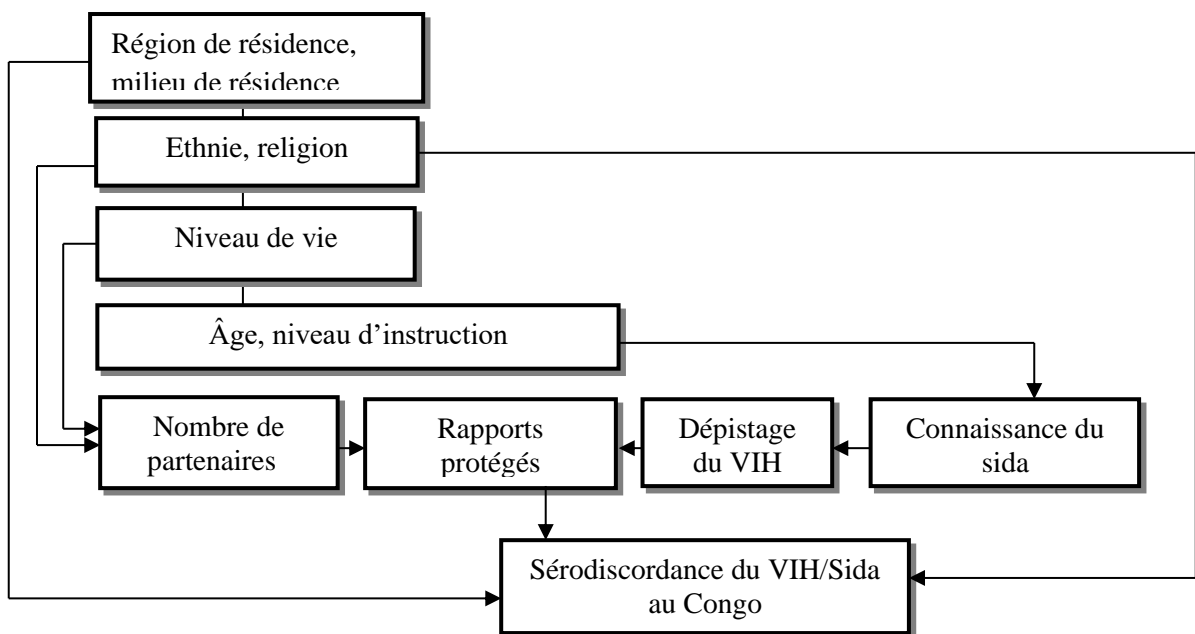
Enfin, les effets liés à la connaissance par les individus de leur statut sérologique, la durée d'union, le nombre d'enfants agissent moins par rapport à l'environnement socioculturel, le niveau de vie et le comportement sexuel.

III. 2.7. Hypothèse de recherche

Pour ce travail, les déterminants socio-culturels supposés avoir un rôle dans la formation des couples sérodiscordants au Congo sont : la religion, l'ethnie et la région de résidence. À ces caractéristiques, nous rattachons les facteurs démographiques notamment, l'âge, le nombre d'années de vie commune, le nombre d'enfants et les conditions économiques du ménage mesurées ici par le niveau de vie.

Dans le schéma ci-dessous, sont illustrées *a priori* les relations entre les déterminants supposés avoir une action importante, car il est impossible d'intégrer dans ce cadre toutes les variables susceptibles d'expliquer le phénomène étudié.

Figure 20 : Cadre d'analyse de la sérodiscordance au Congo



L'objectif de ce travail est de rechercher les déterminants socioculturels de la sérodiscordance. L'idée principale ici est donc de montrer que les actes qui paraissent les plus éminemment inspirés par la personnalité des individus sont en réalité influencés par la société comme l'a démontré Durkheim dans *le suicide* (1897).

‘‘Il faut couper le mal dans sa racine’’. Pour comprendre la sérodiscordance, il faut interroger nos coutumes, et valeurs traditionnelles.

Conclusion

La sérodiscordance qui est une conséquence de l'infection par le VIH plonge ses racines dans l'environnement culturel. Ce tour d'horizon de la littérature a permis d'identifier un certain nombre de facteurs qui pourraient expliquer la sérodiscordance au Congo. Il s'agit entre autres des conditions biomédicales (la résistance innée, une bonne observance du traitement par les personnes infectées.) ; les caractéristiques individuelles (le sexe, l'âge, le niveau d'instruction) ; les facteurs psychologiques (les motivations, les rapports protégés, etc.) ; les caractéristiques socioculturelles et économiques (l'ethnie, la religion, la région de résidence, le milieu de résidence, le niveau de vie, le nombre de partenaires sexuels, le nombre d'enfants). Nous essayerons de démontrer la pertinence de ces variables dans la troisième partie de ce travail.

Le terrain d'étude et la méthodologie feront l'objet de la partie suivante (partie II).

DEUXIÈME PARTIE

CADRE CONTEXTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie, le contexte de l'étude sont des étapes importantes dans la recherche en sciences humaines et sociales. La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire, que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique. Dans cette partie, nous allons mettre en relief les éléments de contexte notamment, la situation géographique, le contexte politique, économique, etc. Ensuite, il sera déroulé la démarche méthodologique qui permettra de comprendre les résultats.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DU TERRAIN D'ÉTUDE

Ce chapitre est consacré à la présentation de la République du Congo notamment, les éléments de contexte susceptibles d'influencer la sérodiscordance.

IV.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Ancienne colonie française située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur, la République du Congo s'étend sur une superficie de 342 000 km². Le pays est limité au nord par le Cameroun et la République Centrafricaine, au sud par l'Angola, à l'est par la RDC, le fleuve Congo et son affluent l'Oubangui, à l'ouest par le Gabon, et bordé par l'océan Atlantique sur une longueur de 170 km.

IV.1.1 Organisation administrative, relief et climat

Le Congo est divisé en douze départements⁴⁸, subdivisés à leur tour en arrondissements (cas de Brazzaville et Pointe-Noire) ou en districts (pour les autres départements). Depuis 2003, l'organisation administrative territoriale divise le territoire national en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages.

Les deux tiers du pays sont recouverts d'immenses zones forestières correspondant à 22 410 682 hectares (65,52 % du territoire national). Le Congo regorge de nombreuses

⁴⁸ La loi n°8-2005 du 23 mai 2005 complète les dispositions antérieures de l'organisation territoriale du Congo, aux 9 régions naturelles héritées de la colonisation (Likouala, Sangha, Cuvette, Plateaux, Pool, Lékoumou, Bouenza, Niari, Kouilou) s'ajoutent, la Cuvette-Ouest, Brazzaville et Pointe-Noire (figure 21).

essences forestières : Limba, Okoumé, Sapelli, Sipo destinées en grande partie à l'exportation. Les savanes occupent 11 793 318 hectares (34,48 %) (Le Ray, 1962).

Le relief est caractérisé par les plateaux Batéké sablonneux et la cuvette congolaise comblée par les alluvions fluviales et partiellement inondée.

Le Sud-Est comprend les plaines du Niari et du Kouilou, intercalées par les massifs du Challu et du Mayombe.

Le climat est de type équatorial avec deux grandes saisons inversées de part et d'autre de l'Équateur : une saison sèche de juin à septembre avec des températures qui varient entre 18 °C et 22 °C, et la saison des pluies, d'octobre à mai, dont les températures oscillent entre 28 °C et 32 °C. Le degré hygrométrique moyen par saison est compris entre 60 % en saison sèche et 96 % en saison humide.

Figure 21 : Carte administrative de la république du Congo



Source : Division géographique du ministère des Affaires étrangères.

IV.2. POPULATION ET CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES

IV.2.1. Volume, structure de la population et urbanisation

Au dernier recensement général de la population et de l'habitation de 2007, la population congolaise est de 3 697 490 habitants pour une superficie de 342 000 km², soit une densité de 10,8 habitants au km². Ce ratio, comparé à celui de certains pays africains, montre un faible peuplement du territoire national. Ainsi, avec un taux d'accroissement⁴⁹ de 3 % par an, la population du Congo est estimée en 2019 à 5 336 074⁵⁰. En 2007, les femmes représentaient 51 % de la population contre 49 % pour les hommes. Aussi, cette population est plus concentrée dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire (57 %), qui connaissent un accroissement démographique nettement supérieur à la moyenne nationale, respectivement 4,0 % et 3,8 % par an. Il existe de vastes étendues démesurément vides dans les zones centrales et septentrionales (les Plateaux, la Sangha, la Likouala et la Cuvette-ouest) qui couvrent plus des deux tiers du territoire pour à peine 17,4 % de la population, soit une densité moyenne de 2,8/habitants au km². La partie sud rassemble 26 % de la population pour 31,2 % des terres, soit une densité de 9 habitants au km² (cf. tableau 17).

Ce déséquilibre de peuplement résulte certainement de l'exode rural, les déplacements forcés des populations à la suite des conflits armés (1993-1994, 1997, 1998). Aussi, faudra-t-il remonter dans l'histoire, notamment à l'époque coloniale où la construction du chemin de fer Congo-océan (CFCO) et l'implantation des sociétés concessionnaires avaient entraîné une immigration massive dans la partie Sud. C'est également ce que soutient Tati (1994) qui

⁴⁹ Le taux de croissance est le taux auquel une population augmente (ou diminue) durant une année donnée en raison de l'augmentation naturelle et de la migration nette, exprimé en pourcentage de la population de base. Le taux de croissance tient compte de tous les éléments de la croissance de la population : naissances, décès et migration. Il ne faut pas le confondre avec le taux de natalité ; cependant, on fait parfois cette confusion. (p44) La croissance exprimée sous forme de pourcentage n'est pas toujours très révélatrice ; un taux de croissance de 3 % est-il rapide ou lent ? Parfois, une façon plus appropriée d'exprimer la croissance de la population consiste à calculer combien de temps il faudrait, au rythme actuel, pour qu'une population double ses effectifs. Un pays ayant un taux de croissance constant de 1 % doublerait sa population en 70 ans ; avec une croissance de 2 %, il faudrait 35 ans ; et avec une croissance de 3 %, 23 ans. Une méthode rapide pour estimer le temps de doublement consiste à diviser 70 ans par le taux de croissance exprimé en pourcentage. (Haupt, 2004, p 45)

⁵⁰ INS, Projections et perspectives démographiques du Congo 2007-2025.

évoque une répartition inégale de la population entre le Sud et le Nord. En se référant aux diverses sources, il estime que depuis l'indépendance, la distribution de la population congolaise a toujours constitué un véritable problème. En plus du taux d'urbanisation élevé, 52 %⁵¹, l'auteur constate que la plupart des activités économiques se concentrent entre Brazzaville et Pointe-Noire, alors que les villages sont en voie de disparition (Tati, 1994).(voir tableau ci-après). Ce qui pose un véritable problème pour un pays à revenus limités dont l'agriculture doit constituer la base du développement.

Tableau 17 : Variations de la population résidante par département de 1984 à 2007

Départements	Effectifs 1984	Effectifs 2007	Taux de variation	Accroissement absolu	Taux d'accroissement annuel	Rapport de masculinité en 2007
Kouilou	74 870	91 955	22,80 %	17 085	0,9 %	104,40%
Niari	173 606	231 271	33,20 %	57 665	1,3 %	95,40%
Lékoumou	68 287	96 393	41,20 %	28 106	1,5 %	90,80%
Bouenza	187 143	309 073	65,20 %	121 930	2,2 %	92,50%
Pool	184 263	236 595	29,50 %	52 332	1,2 %	94,60%
Plateaux	109 663	174 591	59,20 %	64 928	2,1 %	93,70%
Cuvette	135 744	156 044	15,00 %	20 300	0,6 %	95,90%
Cuvette-Ouest*	42 681	72 999	71,00 %	30 318	2,4 %	94,90%
Sangha	46 152	85 738	85,80 %	39 586	2,8 %	100,60%
Likouala	49 505	154 115	211,30 %	104 610	5,1 %	99,50%
Brazzaville*	585 812	1 373 382	134,40 %	787 570	3,8 %	97,40%
Pointe-Noire*	294 203	715 334	143,10 %	421 131	4,0 %	100,30%
Ensemble	1 909 248	3 69 7490		1 788 242	3,0 %	97,10%

Sources : Exploitation des données des recensements de 1984, 2007

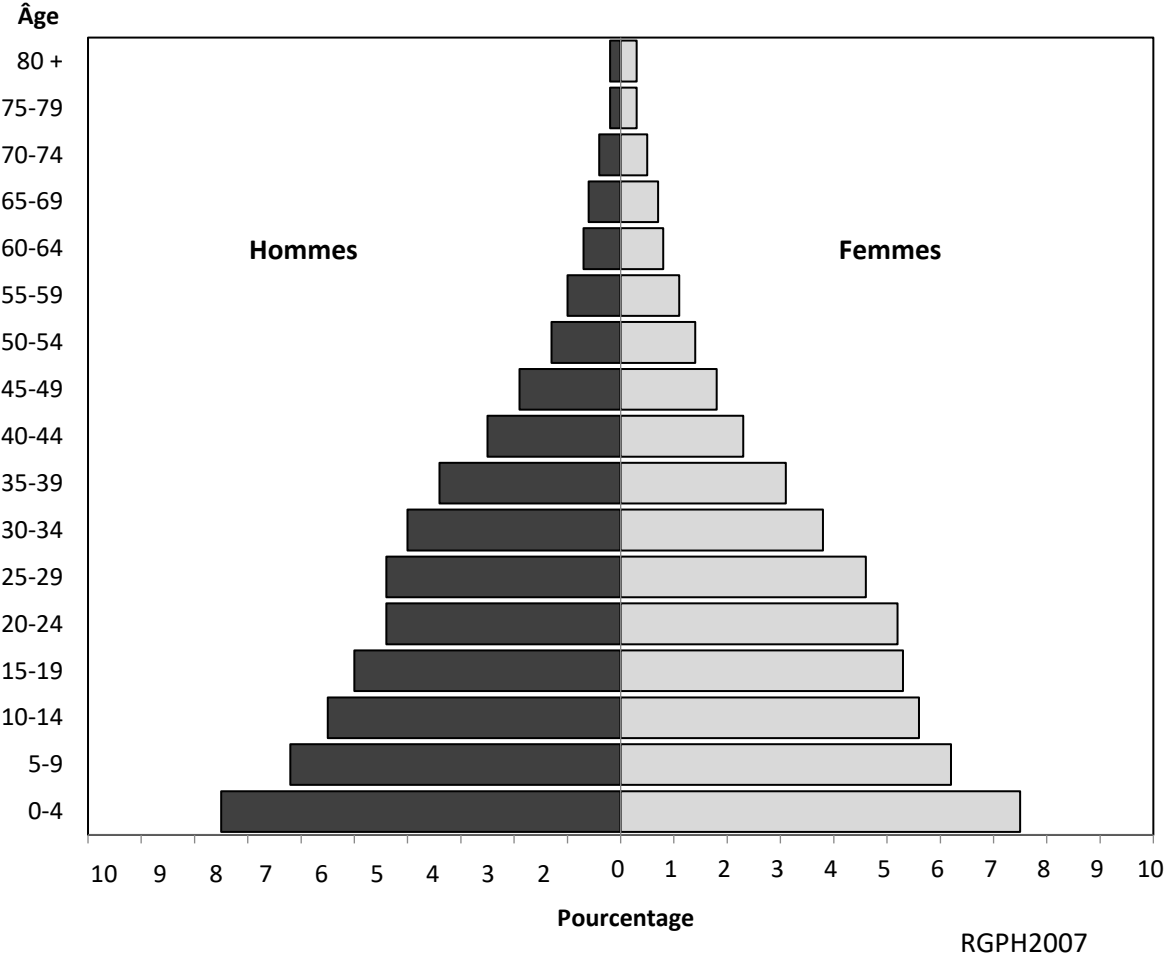
* : les départements issus du nouveau découpage administratif de 2005.

Par ailleurs, la structure par âge indique que près de 40 % des individus ont moins de 15 ans, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus, représentent 3,2 % de la population totale, l'âge médian étant de 20,5 ans. La pyramide des âges présente une allure irrégulière caractérisée par une base assez large attestant de la jeunesse de la population et du niveau élevé de la fécondité (voir figure 22).

⁵¹ RGPH, 1984

Le rapport de masculinité⁵² est de 97,1 hommes pour 100 femmes dans l'ensemble avec des disparités par départements. Dans la Lékoumou par exemple, ce rapport est de 90 hommes pour 100 femmes. Ce déficit d'hommes s'explique à la fois par la surmortalité masculine et les migrations, qui risque de constituer un frein pour le développement de ce département qui a une vocation agricole. À contrario, le rapport masculinité est élevé dans le département du Kouilou (104,4 hommes pour 100 femmes).

Figure 22 : Pyramide des âges de la population congolaise



⁵² Le rapport de masculinité désigne le rapport, dans une population ou un groupe d'âge, de l'effectif masculin à l'effectif féminin, exprimé en nombre d'hommes pour 100 femmes. La mortalité des garçons étant globalement plus élevée que celle des filles, le sex ratio diminue avec l'âge et les femmes deviennent majoritaires(Haupt, 2004).

Évolution de la population urbaine

L'intérêt d'aborder la question de l'urbanisation dans cette étude réside dans le fait que, dans la plupart des écrits sur le VIH/sida, les taux d'infection les plus élevés sont rencontrés dans les villes, compte tenu de la pression démographique.

La croissance urbaine constitue un phénomène majeur à l'échelle planétaire. Dans les pays en développement, l'urbanisation des populations s'effectue aujourd'hui encore à un rythme très soutenu. De plus en plus de mégapoles y apparaissent. En effet, la concentration des populations dans les villes fait de l'environnement urbain un enjeu de plus en plus sensible. Les ressources (comme l'eau) sont limitées et coûteuses à acheminer.

Les risques naturels (inondations, instabilité des substrats) et technologiques sont démultipliés par le nombre des habitants, les problèmes de pollution, le développement des activités et les transports.

Le terme urbain est variable suivant les pays et le contenu qu'on en donne. De manière classique, la population urbaine renvoie à la population qui réside dans les villes de 2 000 habitants ou plus, en particulier si la population est principalement non agricole.

Au Congo, la notion d'urbain désigne le milieu urbain au sens strict du terme, c'est-à-dire les 15 communes (Dolisie, Mossendjo, Nkayi, Ouesso, Brazzaville, Pointe-Noire, Madingou, Owando, Ewo, Sibiti, Impfondo, Djambala, Kinkala, Oyo, Pokola)⁵³, et le semi-urbain notamment, les communautés urbaines comprenant les chefs-lieux de départements et de districts qui ne sont pas des communes à l'exception du district d'Alembé, et auxquels s'ajoute la localité de Kibouendé.

Cependant, les données ayant fait l'objet de cette analyse ne concernent que les 6 communes qui existaient avant la promulgation de la loi 13-2017 du 16 mars 2017.

Les données du RGPH-07, indiquent une forte concentration des populations en zone urbaine avec des variations suivant les communes.

Pointe-Noire et Brazzaville présentent les densités de population les plus élevées respectivement (16 369, 1991 habitants au km² pour une superficie de 43,7 km² et 13 733,82 habitants au km² pour 100 km²) (voir tableau 18 et 19).

⁵³ Selon la loi 13-2017 du 16 mars 2017, promulguée par le président de la république, certaines communautés urbaines du Congo sont érigées en communes et complètent les six autres existants. Il s'agit de : Madingou, Owando, Ewo, Sibiti, Impfondo, Djambala, Kinkala, Oyo, Pokola

Cette forte concentration humaine serait liée à l'intensité des activités économiques et commerciales dans ces deux principales villes qui du reste sont respectivement la capitale économique et la capitale politique sans oublier les troubles sociopolitiques qui ont occasionné le déplacement massif des populations des départements touchés vers ces métropoles.

À titre de rappel, au recensement de la population de 1974, la population urbaine au Congo était de 535 042 habitants, répartis entre les communes de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie et N'kayi, le taux d'accroissement annuel moyen de la population urbaine entre 1974 et 1984 était de 6,2 %, les taux les plus élevés étaient enregistrés à Brazzaville, Pointe-Noire et Dolisie, respectivement, 6,0 %, 6,3 % et 5,4 %, alors qu'il était relativement bas à N'Kayi (voir tableau 19). L'accroissement de la population à Dolisie s'explique par les activités autour du chemin de fer (CFCO⁵⁴), la COMILOG⁵⁵ et SOCOBOIS⁵⁶.

Notons que la population urbaine a triplé de 1984 à 2007, elle est passée de 992 097 à 2 285 551 habitants, soit une augmentation de 130,4 %.

Ces indications rendent compte d'une urbanisation accélérée. Contrairement, à la période intercensitaire précédente, celle de 1984-2007 relève une baisse du taux d'accroissement moyen qui passe de 6,2 % à 3,7 % ; sensiblement identique que celui enregistré à Brazzaville pour la même période (3,8 %). Le taux d'accroissement de la population urbaine entre 1984 et 2007 a bénéficié de deux facteurs : l'accroissement naturel (fécondité, mortalité, migration) et la création des communautés urbaines.

Cependant, le déficit de population observé dans la commune de Mossendjo (taux d'accroissement négatif), peut s'expliquer par la baisse de l'activité économique provoquée par la fermeture de la COMILOG, Caire-Congo, sans oublier les guerres civiles à répétitions (voir tableau 18).

⁵⁴ Le CFCO, signifie chemin de fer Congo océan construits entre 1921 et 1934 ; socoboïs (société congolaise du Bois).

⁵⁵ COMILOG, Compagnie minière de l'Ogooué, filiale du groupe métallurgique Français Eramet, créer en 1953 basée au Gabon.

⁵⁶ Société congolaise des Bois, situé à Dolisie et dont les actifs ont été reprises en 2016 par le groupe forestier malaisien Asia-Congo industrie.

Tableau 18 : Densités de population par communes

Communes	Ensemble	Hommes	Femmes	Superficies	Densités
Dolisie	83798	41303	42495	18,3	4579,13
Mossendjo	13238	6291	6947	5,2	2545,77
Nkayi	71620	35062	36558	7,6	9423,68421
Ouessou	28179	14040	14139	4,5	6262
Brazzaville	1373382	677599	695783	100	13733,82
Pointe-Noire	715334	358215	357119	43,7	16369,1991

Source : RGPH, 2007

Tableau 19 : Variation de la population des communes de 1974 à 2007

Communes	1974	1984	Accr 74-84	Tx accr 74-84	2007	Accr 84-07	Tx Acr 84-07
Dolisie	28577	49134	+20557	5,40%	83798	+34664	2,40%
Mossendjo		14469			13238	-1231	-0,40%
Nkayi	28957	36540	+7583	2,3	71620	+35080	3
Ouessou		11939			28179	+16240	3,80%
Brazzaville	321403	585812	+264409	6	1373382	+787570	3,8
Pointe-Noire	156105	294203	+138098	6,3	715334	+421131	4
Ensemble	535042	992097	+457055	6,2	2285551	+1293454	3,7

Source : RGPH, 2007

La structure par sexe de la population urbaine dénote un rapport de masculinité dans l'ensemble qui tend vers l'équilibre. Cependant, on peut observer des disparités dans les communes comme il est indiqué dans le tableau N° 20.

Tableau 20 Population par sexe et rapport de masculinité (RM) par commune

Communes	Population			RM
	Ensemble	Masculin	Féminin	
Dolisie	83 798	41 303	42 495	97,2
Mossendjo	13 238	6 291	6 947	90,6
N'kayi	71 620	35 062	36 558	95,9
Ouessou	28 179	14 040	14 139	99,3
Brazzaville	1 373 382	677 599	695 783	97,4
Pointe-Noire	715 334	358 215	357 119	100,3
Ensemble	2 285 551	1 132 510	1 153 041	98,2

Source : RGPH, 2007

Le Congo est parmi les pays africains qui ont un taux d'accroissement annuel de la population le plus élevé soit 3 %. D'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS), la population congolaise serait de 6 128 894 d'habitants en 2025 et un doublement entre 2007 et 2031.

Or, il est fort probable qu'avec le doublement de la population, le nombre de personnes infectées par le VIH/sida, soit également en augmentation malgré, la baisse de la prévalence. Cette thèse est soutenue par Gaimard. « L'évolution des épidémies dans les pays les plus peuplés de la planète, la Chine et l'Inde, va avoir une influence déterminante sur la pandémie mondiale, bien que la prévalence y soit aujourd'hui encore faible (0,1 % à 0,2 %) » (Gaimard, 2011, p.194).

On ne saurait parler d'accroissement de la population sans évoquer la fécondité ou le nombre de naissances, qui en est l'un des piliers.

IV.2.2. À propos de la fécondité

Elle fait référence au nombre de naissances vivantes des femmes en âge de procréer. Elle diffère du terme « fertilité » qui désigne la capacité reproductive des femmes.

La fécondité est fonction d'un certain nombre de facteurs qui sont eux-mêmes liés à de nombreux facteurs sociaux, culturels, économiques, sanitaires et autres causes exogènes.(Haupt, 2004).

Trois indicateurs nous intéressent : le Taux de fécondité par âge, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), le Taux Brut de Natalité (TBN) et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années qui précède l'enquête.

Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Pour le groupe d'âges, 45-49 ans, ils peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période de 1 à 36 mois avant l'interview. Le TGFG est exprimé pour 1000 femmes de 15 à 44 ans, le TBN pour 1000 individus, l'ISF pour une femme.

Parlant de l'ISF, il représente le nombre moyen d'enfants qui seraient nés vivants d'une femme (ou d'un groupe de femmes) pendant sa vie, si elle vivait ses années de procréation en se conformant aux taux de fécondité par âge d'une année donnée. C'est une mesure *synthétique* ; il est fort peu probable que pendant trente ans, une femme suive précisément les taux de fécondité par âge d'une année unique quelconque. En réalité, les taux par âge varient au cours des ans, ne serait-ce que graduellement. Par exemple, il se peut que les

femmes ayant appartenu à la tranche d'âge de 15 à 19 ans en 2003 reculent le moment d'avoir des enfants davantage que les femmes qui avaient le même âge par exemple en 1990.

Ce faisant, les premières abaisseraient légèrement l'ISF en 2003, mais le feraient remonter quelques années plus tard, lorsqu'elles commenceraient à avoir des enfants. Ainsi, les variations de l'ISF d'une année à l'autre peuvent refléter un changement dans la chronologie des naissances plutôt qu'un changement dans le nombre moyen d'enfants auxquels les femmes donnent le jour. Cependant, l'ISF est l'une des mesures les plus importantes de la fécondité, car il permet de répondre aussi exactement que possible à la question suivante : combien d'enfants les femmes ont-elles de nos jours ? (Haupt, 2004, p. 16)

En rapport à ces éclairages, globalement la fécondité des femmes congolaises présente un profil proche de ce que l'on observe dans les pays à forte fécondité. Les données fournies par les deux dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS, 2005 et 2012) et le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH, 2007) indiquent une fécondité précoce et relativement élevée (respectivement 129 ‰, 120 ‰, 147 ‰ à 15-19 ans).

Les taux de fécondité par âge augmentent assez rapidement pour atteindre un maximum à 25-29 ans (200 ‰, 220 ‰, 232 ‰). À 30-34 ans, ils se maintiennent à un niveau élevé (185 ‰, 204 ‰, 205 ‰) avant de décroître très rapidement à 35-39 ans (134 ‰, 144 ‰, 145 ‰), alors qu'à partir de 40-44 ans, ils sont de l'ordre de (69 ‰, 62 ‰, 61 ‰) et à 45-49 ans (21 ‰, 10 ‰, 9 ‰).

Le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), qui est le nombre moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer, est estimé à 168 ‰ en 2005, 159,1 ‰ en 2007 et 182 ‰ en 2011. Au terme de sa vie génésique, une femme congolaise donnerait naissance, en moyenne : 4,8 (EDS 05) ; 4,9 (RGPH 07) ; 5,1 (EDS 11).

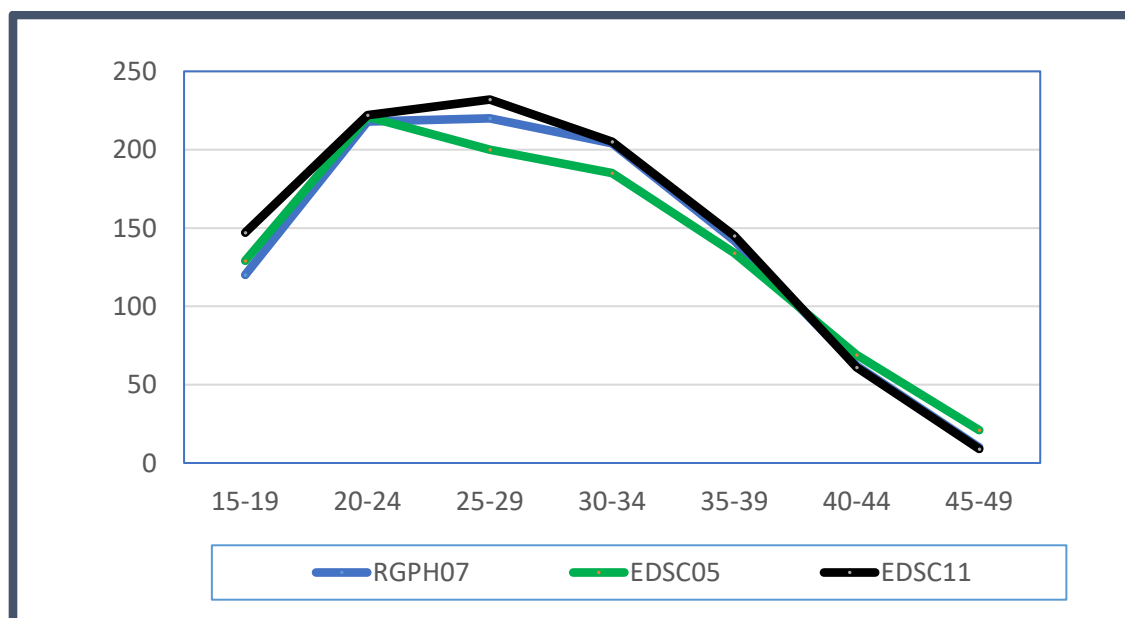
Le Taux Brut de Natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissances dans la population totale est respectivement de 40 ‰ (2005), 41,7 ‰ (2007) et 41,4 ‰ (2011).

Tableau 21 : Fécondité actuelle selon les trois sources
(EDSC05, 11 ; RGPH07)

Âges	EDSC 05	RGPH07	EDSC11
15-19	129	120	147
20-24	221	218	222
25-29	200	220	232
30-34	185	204	205
35-39	134	142	145
40-44	69	62	61
45-49	21	10	9
TGFG	168	159,1	182
ISF	4,8	4,9	5,1
TBN	40,0	41,7	41,4

Sources : Exploitation des données du RGPH 07, EDSC-05, EDSC-11.

Figure 23 : Taux de fécondité par âge et par période de 5 ans selon les différentes sources
(RGPH07, EDSC05, EDSC11)



Sources : Exploitation des données du RGPH 07, EDSC-05, EDSC-11

Examinons à présent, les caractéristiques socioculturelles, historiques et politique.

IV.3. CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES, CONTEXTE HISTORIQUE ET POLITIQUE

IV.2.1. Composition ethnolinguistique

Les Congolais sont en majorité des Bantous (87 %) et des Pygmées (3 %). Le Français est la langue officielle tandis que le Kituba et le Lingala sont parlés respectivement au sud et au nord du pays. Le système de lignage présente deux types de filiation, matrilineaire pour les Tékés et Kongo et patrilinéaire dans la cuvette congolaise jusqu'à l'extrême Nord. La population congolaise est répartie dans 74 ethnies représentées par trois grands groupes, ethnolinguistiques (Ndinga-Mbo, 1984, p.48) (figure 24).

- Le Kongo est le groupe majoritaire, il représente près de la moitié de la population (48 %) et comprend plusieurs sous-groupes : les Vili installés dans les départements du Kouilou et Pointe-Noire, les Dondo, Yombé, Kamba, Hangala Bembé, Nsundi, Nyanga, Kengué, peuplent les départements de la Bouenza et de la Lékoumou et les Kongo, Lari le département du Pool.
- Le groupe Téké, composé des Boma, Fununga, Gangoulou, Kukuya, Ndzindziu, Tegué, etc., représente environ 22 % de la population et peuple les départements des Plateaux et la Lékoumou.
- Le groupe N'gala (environ 17 % de la population) est subdivisé en deux sous-groupes.

Le N'gala de l'eau, installé dans les départements de la Sangha et de la Likouala, le long des fleuves Oubangui, la Sangha et le fleuve Congo. Il comprend : les Bobangui, Sangha-Sangha, Monzombo, Bomitaba, Likwala, Likuba, Moye.

Le N'gala terrien ou M'bochi, occupe le département de la Cuvette congolaise, est composé des : Mbosi, Koyo, Akwa, Ngaré, Mboko.

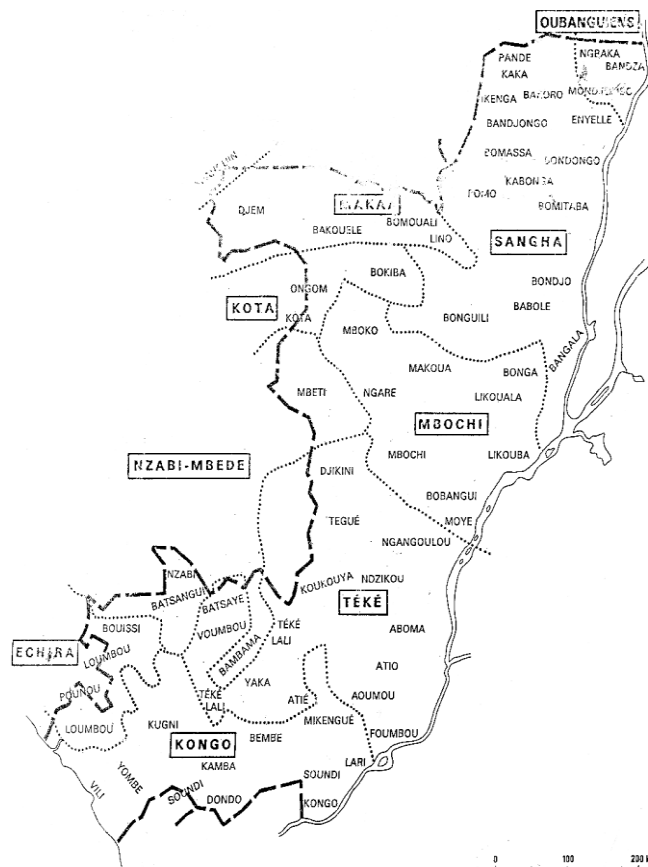
Cette diversité culturelle constitue vraisemblablement une richesse, un véritable atout pour le développement du pays comme le souligne J. P. de Cuellar⁵⁷

⁵⁷ Ancien secrétaire général des Nations Unies de 1982-1991.

« tout effort de développement qui ne s'appuierait pas sur le riche potentiel créateur qu'offre la culture risque non seulement d'être voué à l'échec, mais aussi de porter atteinte à la diversité des cultures et leur dynamisme qui se nourrit de l'échange et du dialogue » (De Cuellar, 1993, p.10).

Par ailleurs, dans le contexte du VIH/sida certaines pratiques en l'occurrence, la polygamie, le veuvage, le lévirat, le sororat⁵⁸, les scarifications avec des objets souillés ont été identifiées comme des vecteurs de la propagation de l'épidémie et par conséquent favorisent la formation des couples discordants en Afrique et au Congo (Elo-Dacy, 2013 ; Agbov et *al.*, 2016)

Figure 24: Géographie des ethnies du Congo
(Source : INRAP, Brazzaville 1976)



⁵⁸ Contrairement au lévirat qui est un mariage où le frère d'un défunt épouse la veuve de son frère, afin de poursuivre la lignée de son frère, le sororat est une pratique en Afrique et au Congo qui reconnaît à un homme le droit de se marier avec la sœur ou les sœurs de sa femme encyclopédie universalis.

IV.2.2. Contexte historique et politique

À l'instar des autres peuples d'Afrique noire ayant connu la colonisation, l'histoire du Congo peut être résumée dans trois grandes périodes : précoloniale, coloniale et post-coloniale. Les deux dernières sont plus importantes dans la mesure où elles aident à comprendre l'histoire du VIH-Sida notamment, l'origine de la maladie et sa dissémination à travers le monde. (Javaugue et *al.*, 2014 b, p. 332-333).

IV.2.2.1. Période précoloniale et coloniale

Disons-le, avant l'arrivée de « l'homme blanc⁵⁹», l'actuelle République du Congo est occupée par les peuples autochtones (Pygmées) et les Bantous venus du Nigeria et ayant migré entre 2000 avant et 500 ans après Jésus-Christ. Ces peuples sont organisés en royaumes (Téké, Loango, Kongo) et en chefferies (Mbosi), la vie au sein de ces organisations est sous-tendue par « l'autorégulation sociale, dont dépendait la stabilité du système face aux chocs éventuels, en l'occurrence ceux provoqués par la guerre, le surpeuplement et les catastrophes naturelles. Cette vie essentiellement paysanne, était alors organisée dans des villages, moins « pour produire que pour survivre » (Boungou et *al.*, 1989) ; (Coquery-Vidrovitch, 2011).

Ces peuples exercent diverses activités entre autres, la fonderie, le commerce du cuivre et de l'or, la fabrication des vêtements en raffia, la poterie. Pour vivre, ils pratiquent également l'agriculture sur brûlis, la cueillette et la chasse. En ce qui concerne les systèmes de croyances, ils se caractérisent par le culte des ancêtres, des morts, le totémisme/animisme, le fétichisme (N'kissi), la sorcellerie (N'kindoki) auxquels s'ajoute le christianisme introduit par les Portugais au XV^e siècle.

Cette période est marquée par la traite des noirs africains par les arabo-Musulmans au XV^e siècle, qui s'est intensifiée avec la traite négrière du XVI^e jusqu'à la fin du XVIII^e siècle (voir Photo 5).

Coquery-Vidrovitch estime que : « le commerce atlantique se greffa et se déploya sur l'héritage de nombreux réseaux de traite antérieurs qui traversaient le Sahara et se

⁵⁹ Expression utilisée par les africains en générale et les congolais pour désigner les européens, le colon.

poursuivaient du centre du continent jusqu'aux côtes asiatiques ». (Coquery-Vidrovitch cité par Charon et *al.*, 2018).

Photo 5 : Caravane d'esclaves au Congo-Brazzaville



Ce qui est intéressant à comprendre, c'est le rôle de la colonisation dans la propagation du VIH-Sida. En effet, la construction du chemin de fer Congo-océan (CFCO) nécessitait une importante main d'œuvre. Pour ce faire, les colons avaient déporté des populations (127 000 personnes) du Gabon, de l'Oubangui-Chari, du Tchad, etc., dans le cadre de ce chantier.

Il s'est avéré qu'entre 18 000 à 23 000 d'entre eux sont morts dans des conditions non-élucidées.

André Gide, qui avait visité ce chantier en 1926, estimait qu'ils étaient morts de famine et misère. « Les mandjia⁶⁰ épuisés préfèrent tous actuellement même la mort au portage. Les villages se désagrègent, les familles s'égaillent, chacun va vivre dans la brousse comme un fauve traqué. C'est par centaines que les mandjia sont morts de faim et misère ». (André Gide cité par Coquery-Vidrovich, 2001).

Plus d'un demi-siècle après, les analyses phylogénétiques attribuent ces morts au VIH/sida, comme indiqué plus haut.

Enfin, la colonisation, ce sont aussi les sociétés concessionnaires, ces compagnies avalisées par le gouvernement de la métropole pour pratiquer le commerce et l'agriculture sur le sol congolais. Un décret et le cahier des charges types préparés par la commission furent approuvés [...] et complétés par une circulaire ministérielle accordait à ces sociétés tout droit de jouissance et d'exploitation du territoire concédé pour une période de trente ans, excepté le secteur des mines » (Coquery-Vidrovich, 2001).

Nous citons comme sociétés concessionnaires : la compagnie française du Haut-Congo, la société de la Sangha équatoriale, la compagnie forestière Sangha-Oubangui, etc.

Après 75 ans de colonisation, le Congo a acquis son indépendance en août 1960. Le pays a connu plusieurs dénominations au cours de son histoire : Congo-Français, Territoire du Moyen-Congo, République du Congo, République populaire du Congo et République du Congo de 1992 à nos jours.

Comme événements marquants de l'histoire du pays, nous avons : en 1910, Brazzaville est la capitale de l'Afrique équatoriale française (AEF) qui comprend entre autres territoires : le Gabon, le Moyen-Congo (Congo-Brazzaville), l'Oubangui-Chari (Centrafrique) et le Tchad ; en 1940, c'est à Brazzaville que le général de Gaulle avait lancé l'appel à la résistance contre l'occupation de la France par l'Allemagne nazie ; en 1944, sous la direction du général de Gaulle, il s'est tenu à Brazzaville la conférence qui avait posé les bases de l'administration coloniale française (conférence de Brazzaville).

⁶⁰Les Mandjia sont une population d'Afrique centrale, surtout présente au centre de la République centrafricaine où ils représentent le troisième groupe du pays. Quelques communautés vivent également au Cameroun et au Tchad

IV.2.2.2. Accession à la souveraineté nationale et plus d'un demi-siècle d'instabilité politique

La situation du Congo en tant qu'État indépendant commence avec l'adoption le 23 juillet 1956, de la loi-cadre qui accorde d'importants pouvoirs aux territoires.

« Cette loi octroyait de larges responsabilités à un gouvernement dirigé par le chef du parti dominant à l'assemblée, exerçant la fonction de vice-président du territoire, tandis que la présidence était encore, à l'époque, assurée par le gouverneur-général » (Bazenguissa-Ganga, 1997).

Ce processus s'est accéléré, avec la création de la Communauté franco-africaine des États autonomes associés à la République française, et aboutit au référendum du 26 septembre 1958, qui ouvre la voie aux indépendances des colonies. Ainsi, en 1959, l'abbé Fulbert Youlou est élu premier président de la République du Congo, le 15 août 1960 le pays accède à la souveraineté nationale. L'histoire du Congo, c'est aussi l'instabilité politique de ces soixante dernières années, marquée par les mouvements insurrectionnels et coups d'État qui ont porté successivement au pouvoir, Alphonse Massamba-Débat (1963), Marien Ngouabi (1968), Jacques Joachim Yhombi Opango (1977), Denis Sassou Nguesso (1979).

La conférence de Lbaule (1989), la chute de l'empire soviétique, éléments déclencheurs de la démocratie et du multipartisme dans les pays subsahariens et le Congo

Les bouleversements politiques survenus au niveau international dans les années 1990 ayant entraîné l'écroulement de l'empire soviétique, la chute du mur de Berlin, et le sommet France-Afrique de la baule en 1989, constituent des éléments déclencheurs des changements politiques dans la plupart des pays subsahariens.

Au niveau national, la situation est marquée par la tenue en 1991 de la conférence nationale souveraine, la restauration du multipartisme et de la démocratie, après 27 ans de parti unique. Ainsi, en 1992, des élections sont organisées et Pascal Lissouba est élu président. Malheureusement, une année après, le pays a sombré dans un cycle de violences interminable, instrumentalisé par l'élite politique et intellectuelle en mal de positionnement

L’Ethnocentrisme au cœur des guerres civiles au Congo

L’Histoire du Congo, c’est le cycle des violences qui ont marqué ces soixante dernières années. En 1959, éclate la première guerre civile entre les partisans de Jacques Opangault et Fulbert Youlou ; en 1993 et 1994, les affrontements interethniques entre le Nibolek⁶¹ de Pascal Lissouba et les Tchèques⁶² de Bernard Kolela ; en 1997, le conflit armé entre les Cobras de Sassou et les ‘‘Kokoye’’ et ‘‘Aubevillois’’ de Pascal Lissouba. Ajoutons à ces guerres, les troubles sociopolitiques dans le département du Pool en 1998 et 2016.

De tous ces conflits, c’est la guerre de 1997 qui est la plus meurtrière et dévastatrice de l’histoire du Congo. En 5 mois, cette guerre a occasionné d’importantes pertes en vies humaines (3 000 morts) et dégâts matériels entre autres : la destruction des infrastructures socio-économiques, sanitaires et autres ayant pour corollaire, la famine, la malnutrition, la résurgence des pathologies jadis contrôlées (tuberculose, choléra) et l’émergence du VIH/sida, première cause de mortalité chez les adultes.

Plusieurs études parmi lesquelles celle de l’Unicef, a montré que la guerre est un terrain favorable à la propagation de l’infection par le VIH/sida. En plus de détruire les infrastructures sanitaires qui permettent de traiter les malades du sida et informer la population sur les moyens de prévention, les conflits armés créent une situation de paupérisation poussant ainsi certaines jeunes filles et femmes à la prostitution. Nous n’oublions pas d’évoquer ici les viols de masse utilisés dans certains conflits comme arme de guerre. Au Rwanda par exemple, beaucoup de femmes contaminées par le VIH, l’ont été à la suite des viols brutaux et répétés pendant le génocide de 1994.

« Le Rwanda n’est qu’un pays parmi d’autres où les viols en masse, les conflits et les déplacements forcés ont des conséquences multiples et complexes sur la pandémie du VIH. Parmi les nations affichant des taux élevés de prévalence, la moitié environ a été affectée, entre 2002 et 2005, par un conflit majeur. C’est le cas de 8 des 15 pays recensant les plus grands nombres d’habitants séropositifs, de 7 des 15 pays où l’on dénombre les populations les plus importantes d’enfants de moins de 15 ans qui vivent avec le VIH/sida, et de six des

⁶¹ Les habitants des départements du Niari, Bouenza, Lékoumou, partisans de Pascal Lissouba et membres de l’Upads.

⁶² Habitants du département du Pool, partisans de Bernard KOLELA.

quinze pays comptant le plus d'orphelins du sida de moins de 17 ans » (Croix rouge et croissant rouge, 2008).

Corroborant ces propos, une femme rwandaise qui participait à une réunion d'un groupe de soutien, a partagé son expérience de vie avec le VIH/sida en déclarant, je cite : « L'infection par le VIH que nous subissons aujourd'hui est une conséquence du génocide de 1994 ».

Dans la section suivante, nous allons examiner le contexte économique, la situation de l'éducation et le système de santé.

IV.4. CONTEXTE ÉCONOMIQUE, ÉDUCATION ET SYSTÈME DE SANTE

IV.4.1. Économie peu structurée en quête de diversification

L'économie congolaise est essentiellement basée sur l'exploitation des ressources naturelles (notamment le pétrole et le bois, exportés principalement à l'état brut), celle-ci contribuant à 65 % du PIB et 98 % des exportations.

Depuis 2015, le pays enregistre une baisse continue des indicateurs macroéconomiques due à la baisse de la production et du prix du pétrole (110,7 à 38.52 \$ US), entraînant ainsi une baisse de la croissance (de 6 % en 2013 à 3 % en 2016).

Cette économie est également faiblement diversifiée et peu structurée. L'agriculture, bien qu'occupant, 37,3 % de la population active, ne contribue qu'à hauteur de 3,3 % du PIB (Ministère de l'Agriculture de l'élevage et de la pêche, 2014). Le tableau 22 présente les principaux indicateurs de développement.

Tableau 22 : Évolution de quelques indicateurs de développement

Indicateurs	RGPH 1974	RGPH 1984	RGPH 1996	RGPH 2007	ECOM EDS	Projection 2015
Population totale en millions	1,3	1,9	2,6	3,7		4,8
Part des moins de 15 ans (%)	45,9	44,9		38,8		*
Part des 60 ans et plus (%)	4,9	5,3		4,8		*
Part de la population rurale (%)	57,6	48,4	43,2	38,1	36,9	34,5
Rapport de masculinité (%)	92,4	94,8		97,1		*
Taux brut de natalité (‰)	41	45,2	*	41,7		35,85
Indice synthétique de fécondité	7	6,3	*	4,6		4,6
Indice de développement humain			0,5	0,51	0,56	0,61
Produit intérieur brut	585,4	2,2	2,5	8,4	14,4	8,6

Tableau N°22 suite, Évolution de quelques indicateurs de développement

Indicateurs	RGPH 1974	RGPH 1984	RGPH 1996	RGPH 2007	ECOM EDS	Projection 2015
Taux de pauvreté (%)					46,5	
Taux de chômage (%)					6,7	
Taux d'alphabétisation (%)					92,1	
Taux brut de scolarisation %					115,3	
Taux brut de mortalité (‰)	17,9	11,7	*	13		10
Taux brut de mortalité Infantile (‰)	100,6	71,5	*	76,4		57,92
Taux de mortalité maternelle						
Espérance de vie (eo en année)	46,7	50,9	*	51,1		58,79
Part des 15-49 ans infectés par le VIH (%)						2,8

Source : exploitation des données des RGPH, 74, 84, 2007 ; Population et société N°414, juillet 2005.

*Données non disponibles

(a) résultat des travaux cartographiques

IV.4.1.1. Les effets de la crise économique de 1980 à 1990

On ne peut pas parler de l'économie congolaise sans évoquer, la crise économique des années 1980 à 1990, qui avait frappé la quasi-totalité des pays africains. Cette crise était caractérisée par un ralentissement brutal de l'activité économique, le fardeau de la dette, le déficit alimentaire endémique, le chômage des jeunes et la dévaluation du Franc CFA (1995). À l'instar des autres pays africains, la République du Congo avait conclu en 1985, un programme d'ajustement structurel (PAS) avec le FMI et la Banque mondiale (Lautier et Salama, 1989). Des mesures draconiennes furent prises en vue de rétablir les équilibres macroéconomiques. On peut citer, le rabattement des salaires des agents de l'État, le gel des recrutements dans la fonction publique, des promotions et avancements des agents de l'État sans avantages financiers, etc. Malheureusement, ces mesures n'ont fait qu'appauvrir les populations et favoriser l'émergence du VIH/sida et de la sérodiscordance. Selon un rapport de la Banque mondiale (2010), en 1990, 70 % des Congolais vivaient en dessous du seuil de pauvreté (soit 1 \$ US par jour), le taux de chômage était estimé en 2004 à 33,5 %, alors que 15,6 % des enfants souffraient d'une insuffisance pondérale et 47 % de personnes étaient sous-alimentées. (Nations unies, 2010)

IV.4.1.2. De la crise économique à la crise morale

La crise économique des années 1980-1990 a également généré une crise morale de la société congolaise. En effet, la baisse du pouvoir d'achat des familles a entraîné l'affaiblissement de l'autorité des parents et des aînés qui n'arrivent plus à assurer l'encadrement des enfants. « Les châtiments corporels qui étaient jadis utilisés comme moyens de dissuasion sont de plus en plus abandonnés pour diverses raisons : le dehors est mauvais, avant on frappait les enfants. Aujourd'hui, un méchant peut en profiter pour tuer ton enfant par voie mystique prétextant que c'est parce que tu l'as frappé⁶³ ».

Les parents et les aînés assistent passivement au développement de certains comportements rétrogrades tels que : la désobéissance envers les aînés censés incarner le pouvoir ancestral (Mbassa Souta, 2011), la déscolarisation, la consommation de la drogue, la prostitution, les enfants de rue, les rapports sexuels précoces (âge médian de 13 ans pour les garçons et 14 ans pour les filles), les grossesses non désirées en milieu scolaire (20 %), la montée des unions illégitimes, l'instabilité des couples. « Avec la crise des économies africaines, les unions consensuelles, de statut précaire, sont plus nombreuses qu'auparavant, soit parce qu'elles engagent moins les partenaires, décidés chacun à garder leur autonomie, soit parce que les étapes des processus matrimoniaux classiques et spécialement la compensation matrimoniale, sont trop coûteuses. De leur côté, les ruptures par séparation ou divorce sont en augmentation, à la fois en raison de la crise économique et de l'augmentation de l'autonomie des femmes, car ce sont elles en général qui prennent l'initiative des ruptures. Les séparations induites par les migrations et la plus grande fragilité des unions "informelles" sont aussi des causes d'accroissement des ruptures.

Il n'y a pas jusqu'aux veuves qui sont moins souvent qu'auparavant prises en charge par la famille du mari. La contrainte du lévirat ne s'applique que dans les sociétés rurales restées traditionnelles. Les périodes où les femmes sont sans partenaires ont donc tendance à s'allonger, ce qui à terme ne sera pas sans effet sur la fécondité. L'épidémie de sida joue également son rôle dans les séparations. Les veuvages sont plus fréquents, les séparations aussi au cas où un partenaire apprend la séropositivité de l'autre » (Locoh, 1994, p.172-173). Toutes ces situations ont favorisé l'émergence du VIH/sida au Congo et par conséquent la sérodiscordance.

⁶³ Témoignage d'un parent camerounais rendu par Tchegnina, 2016 p22.

IV.4.2. Éducation, facteur de développement et instrument de lutte contre la pauvreté et le VIH/sida

Au même titre que la santé, l'éducation est l'un des piliers du capital humain, une composante essentielle du développement durable. Dans les pays en développement, l'éducation permet non seulement d'accéder à des emplois décents, mais aussi d'atteindre d'autres objectifs, comme l'amélioration des conditions sanitaires.

C'est pour cette raison que son rôle s'est avéré indispensable dans les programmes de lutte contre le VIH/sida, notamment dans le cadre de la Communication pour le Changement des Comportements (CCC) et l'information pour l'éducation et la communication (IEC).

IV.4.3. Un système de santé en pleine reconstruction après les destructions des conflits armés

“Quelques signes encourageants “

L'OMS a utilisé en 2013, 5 indicateurs pour évaluer les systèmes sanitaires dans le monde : le niveau de santé général de la population, les inégalités (ou disparités) de santé dans la population, le degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système), la distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé) et la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population (qui assume les coûts) (OMS, 2013).

Le système sanitaire congolais malgré ses faiblesses, connaît quelques améliorations au regard de l'évolution des principaux indicateurs. De 2005 à 2011, les indicateurs de mortalité ont baissé de façon significative, la mortalité infantile est passée de 117 ‰ à 39 ‰ et la mortalité maternelle presque de moitié de 781 à 426 pour 100 000 naissances vivantes durant la même période.

Parmi les pathologies les plus récurrentes, on distingue, les maladies transmissibles entre autres : les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme, première cause de mortalité au Congo (EDSC-2). Les enfants de moins de 5 ans sont les plus exposés au paludisme, avec un taux de létalité de 74,3 %, la recrudescence de la tuberculose et le VIH/sida. On note également, l'émergence des maladies non-transmissibles, favorisées par la situation alimentaire des populations. Les données disponibles indiquent que dans

l'ensemble de la population, 7,8 % des ménages sont considérés comme étant en insécurité alimentaire, alors que 26 % des enfants de moins de 5 ans sont touchés par la malnutrition chronique (INS-Congo, 2011).

À ces pathologies s'ajoutent : l'hypertension artérielle (HTA) et ses complications, l'accident vasculaire cérébral (AVC) qui constitue la sixième cause de décès dans les trois grands hôpitaux généraux du pays (CHUB, HGAS et HGL), le diabète qui est la première cause d'insuffisance rénale, la drépanocytose, les cancers, la trypanosomiase, etc.

Nous ne pouvons ne pas évoquer, les maladies dues aux carences nutritionnelles, la santé mentale, le handicap, les problèmes de réadaptations et de santé sexuelle et reproductive.

IV.4.3.1. L'organisation du système sanitaire congolais

Depuis l'année 2002, le gouvernement de la République du Congo s'est engagé dans un processus de reconstruction des infrastructures sanitaires détruites par les différents conflits armés. Le pays s'est doté d'une nouvelle politique sanitaire avec l'adoption du Plan national de développement sanitaire qui couvre la période de 2007-2011.

D'un point de vue fonctionnel, le ministère de la santé et de la population s'est vu confié de nouvelles attributions portant sur le renforcement des soins de santé primaires dans les districts, les communautés urbaines et rurales.

En rapport avec l'initiative de Bamako⁶⁴, une nouvelle organisation comprenant trois niveaux est mise en place :

- Le niveau central : il est représenté par le cabinet du ministère en charge de la Santé, la Direction générale de la Santé, les directions centrales et autres structures rattachées au Cabinet du ministère. Il joue un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.

- Le niveau intermédiaire : ce niveau est représenté par les douze Directions départementales de la Santé (DDS), il joue un rôle d'appui technique aux

⁶⁴ « L'Initiative de Bamako » constitue une stratégie visant à améliorer durablement la situation sanitaire des pays en voie de développement, notamment par une meilleure diffusion, auprès des groupes sociaux les moins favorisés, des médicaments dits essentiels. Elle repose sur l'idée qu'il convient de mettre en place des circuits de distribution viables, impliquant les populations concernées tant sur le plan de la gestion que sur celui du financement, Afrique contemporaine n° 162, 2^e trimestre 1992.

circonscriptions socio-sanitaires (CSS) dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, le contrôle de leur application et la supervision des équipes cadre des CSS. Malheureusement, force est de constater que les directions départementales sont peu structurées, sous-équipées et dépourvues des ressources humaines et financières adéquates.

Par ailleurs, les cadres nommés à la tête des DDS, n'ayant pas toujours la formation requise, ne sont pas en mesure de remplir efficacement leur tâche.

- Le niveau périphérique et opérationnel qui comprend 28 circonscriptions socio-sanitaires subdivisées en aires de santé. Selon les normes, chaque CSS doit couvrir entre 50 000 et 100 000 habitants en milieu rural et 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Le Plan national de développement sanitaire prévoit que chaque circonscription socio-sanitaire (CSS) soit dirigée par une équipe cadre chargée de planifier, mettre en œuvre les activités et gérer les ressources de la CSS. Sur les 28 CSS, seules 5 ont une équipe cadre fonctionnelle et 13 ont engagé un processus de rationalisation des centres de santé fondé sur le recouvrement des coûts, l'utilisation des ordinogrammes et l'intégration des soins. (Plan national de développement sanitaire, 2014-2018).

Pour revenir sur l'initiative de Bamako, rappelons ici, un extrait du texte de Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori. « En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de « la santé pour tous » qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. De plus, un grand nombre de pays avaient choisi la voie du socialisme : ils ont ainsi érigé en dogme la gratuité d'accès aux services publics dont le service de santé. Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins. C'est par la déclaration d'Alma Ata, en 1978 et par le lancement de l'Initiative de Bamako en 1988, que les gouvernements d'Afrique subsaharienne, sous l'égide des organismes satellites de l'ONU, se sont proposés de faire payer les usagers des structures publiques, alors en pleine déconfiture, et de décentraliser la gestion du système au niveau

des districts. L'Initiative de Bamako est le nom de la réforme qui vise à tarifier les soins de santé dans le secteur public. En première analyse, il semble bien que la tarification procède de la remise en cause du principe de « santé pour tous ». L'Initiative de Bamako, peut-elle être alors considérée comme un mal nécessaire, utilisé pour réhabiliter un système de santé public en faillite ? » (Tizio et Flori 1997, p 837-858).

Comme mentionné plus haut, l'analyse de la situation sanitaire du Congo connaît une nette amélioration. La mortalité générale est passée de 13/1000 en 2007 à 10/1000 en 2015, la mortalité maternelle de 781 pour cent mille naissances en 2005 à 426/100000 naissances en 2011, la mortalité infantile de 76,4 à 57,92 pour mille, et l'espérance de vie de 51,9 à 58,9 ans.

Le deuxième PNDS 2007-2011 a permis la consolidation du premier plan, tout en orientant les principales actions sur l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD, santé). Malgré ces progrès, de nombreuses faiblesses sont à signaler : les textes réglementaires devenus obsolètes ne répondant pas aux normes actuelles, la mauvaise utilisation des ordinogrammes, la méconnaissance des normes et procédures des consultations prénatales, de surveillance et de promotion de la croissance des enfants de moins de 5 ans, ainsi que le non-respect des principes de co-gestion des centres de santé intégrés (CSI)⁶⁵.

Organisation opérationnelle

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et privées. On distingue trois types de structures opérationnelles : les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées, sans oublier la médecine traditionnelle qui vient en appui dans les centres hospitaliers.

Les formations sanitaires ambulatoires

Elles représentent le premier maillon du système de santé, point d'intersection entre le service de santé et la communauté auquel elles fournissent des soins de santé primaires, et comptaient, en 2000, 668 structures publiques et 186 privées.

⁶⁵ https://pcpacongo.files.wordpress.com/2016/04/030215_rapport_socio_demo_sante_samusocial_fr.pdf, consulté le 21 mars 2016.

Ce sont les centres et postes de santé, les cabinets médicaux et les cabinets de soins paramédicaux.

On note aussi de nombreux cabinets médicaux et centres de soins infirmiers installés essentiellement dans les grandes villes, sans agrément officiel préalable. L'évaluation de 2002 a montré que sur l'ensemble du territoire, seuls 91 CSI, soit 34,2 %, ont été rationalisés et dont les prestations de services sont payantes.

En dépit d'un souci de rationalisation, la plupart de ces centres de santé délivrent un paquet d'activités incomplet et limité aux consultations curatives et prénatales.

En outre, faute de disposer d'un système d'approvisionnement performant, ces CSI connaissent de fréquentes ruptures de stocks de médicaments qui grèvent considérablement la qualité des soins.

Les formations sanitaires d'hospitalisation

Le Congo comprend 22 hôpitaux de base (hôpitaux de référence des CSS) et 12 cliniques.

L'hôpital de base est le premier niveau de référence du système de santé. Les quatre services d'hospitalisation standards retenus pour les hôpitaux de base sont la chirurgie, la maternité, la pédiatrie et la médecine. La plupart de ces hôpitaux sont confrontés à une insuffisance de fonds, à des pénuries en médicaments, à un sous-équipement, à un manque de source d'énergie et d'approvisionnement en eau ainsi qu'à l'absence de directives techniques/procédures et de dispositifs de gestion des déchets biomédicaux.

De façon générale, les hôpitaux de base sont dans un état de dénuement tel que toute perspective d'offre de services de qualité est conditionnée par une remise à niveau de leurs plateaux techniques et de leurs infrastructures (programme biennal de développement sanitaire, 2015-2016, ministère de la santé). Il faut rappeler ici, la construction/réhabilitation de trois hôpitaux, celui de l'amitié sino-congolaise de Mfilou, l'hôpital de Talangaï et l'hôpital Mère-enfants Blanche Gomez.

Le deuxième niveau de référence du système de santé congolais est représenté par l'Hôpital général et comprend six centres : l'Hôpital Général Adolphe Sicé et l'Hôpital Général de Loandjili à Pointe-Noire, le Centre hospitalier universitaire et l'Hôpital Central des armées Pierre Mobengo à Brazzaville, l'Hôpital Général de Dolisie dans le département du Niari, l'hôpital 31 juillet à Owando dans le département de la Cuvette. Après évaluation du niveau

des plateaux techniques de ces hôpitaux, seul le CHU dispose d'un équipement fonctionnel suffisant. Les problèmes rencontrés dans ces hôpitaux sont les mêmes : obsolescence des équipements, insuffisance de personnels qualifiés, pénurie de médicaments et de consommables médicaux et maintenance insuffisante des équipements disponibles. Les services fournis par ces hôpitaux généraux ne diffèrent pratiquement pas de ceux des hôpitaux de base. Pour rendre performant le système sanitaire, depuis 2013, les autorités ont lancé la construction d'hôpitaux généraux dans les douze départements du pays.

Également à partir de 2013, chaque année les étudiants sont orientés en formation de médecine à Cuba pour combler le déficit en personnel qualifié.

Le troisième niveau de référence est représenté par le Centre hospitalier universitaire (CHU) qui a en outre une vocation d'enseignement et de recherche.

Quant aux formations sanitaires spécialisées, ce sont des établissements publics et privés qui viennent en appui au diagnostic et au traitement.

Elles comprennent les laboratoires d'analyses et d'explorations biomédicales dont le Laboratoire national de santé publique (LNSP), le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), la Centrale nationale d'achat des médicaments essentiels (CENAMES), les officines pharmaceutiques, la congolaise des médicaments génériques (COMEG) et les centres de traitements ambulatoires spécialisés (deux centres de traitement ambulatoire du sida, deux centres antituberculeux et deux centres de traitement des lépreux).

Du fait des insuffisances de leur plateau technique et de multiples problèmes, les performances de ces structures sont faibles.

Pour les structures de médecine traditionnelle, elles concernent des unités implantées dans certaines formations sanitaires et des centres thérapeutiques animés soit par des confessions religieuses, soit par des tradipraticiens individuellement ou collectivement. La stratégie de promotion de la médecine traditionnelle dont la mise en œuvre a débuté en 1986 repose essentiellement sur le recensement des plantes et des recettes médicinales.

Les faiblesses majeures résident dans l'absence d'une politique nationale, la non-adoption de la loi cadre et la faible organisation des tradipraticiens.

Ressources humaines et financières

Il est intéressant de rappeler que dans les pays en développement, on se base sur le ratio personnel de santé–population, qui est une estimation de la densité ou l'offre de main-

d'œuvre pour évaluer les performances des ressources humaines en santé. Il est déterminé par le nombre de médecins pour 1 000 habitants ou le nombre de professionnels de la santé pour 1 000 habitants (cf. tableau 23)

Le ratio peut ensuite être comparé à un seuil considéré comme correspondant à la capacité du système de santé de fournir des services essentiels⁶⁶.

Tableau 23 : Ratio personnel de santé/population (normes OMS)

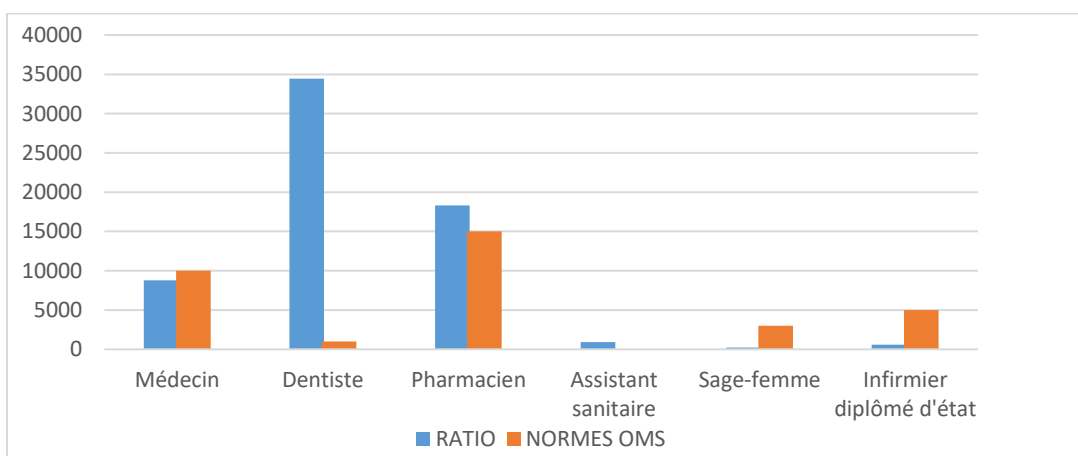
INDICATEURS	DEFINITIONS	NORMES
Ratio Médecin population (1 médecin pour XX population)	C'est le rapport entre le nombre d'infirmiers (toutes spécialités comprises) sur la population totale pour une année	OMS : 10000
Ratio Infirmier population (1 infirmier pour XX population)	C'est le rapport entre le nombre d'infirmiers (toutes spécialités comprises) sur la population totale pour une année	OMS : 5000
Ratio Sages-Femmes population (SF)/Femme en âges de procréer (FAP) (1 SF pour XX FAP)	C'est le rapport entre le nombre de sages-Femmes (toutes spécialités comprises) sur la population totale pour une année	OMS : 3000

D'après le recensement des agents du ministère de la santé effectué en 2012, le Congo compte 14 965 agents de santé dont 14 227 relèvent du secteur public et 738 du secteur privé, soit 15 % des effectifs des agents de l'État.

Parmi ce personnel, nous distinguons 523 médecins, 133 dentistes, 7 866 infirmiers, 250 pharmaciens et 999 techniciens de santé. En 2015, les ratios en personnel qualifié par habitant indiquaient les moyennes inscrites sur la Figure N° 25.

⁶⁶ https://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_FR.pdf?ua=1, consulté le 26 septembre 2020

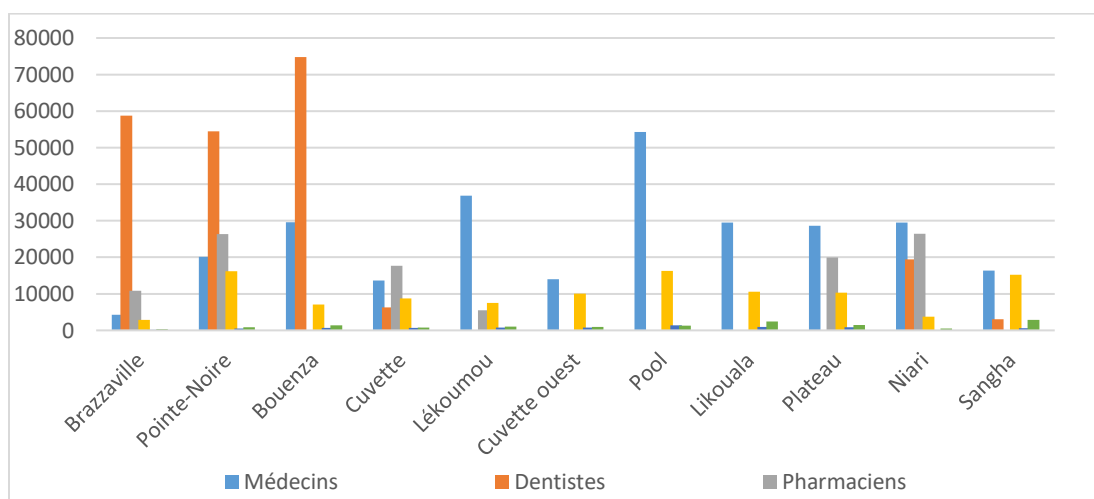
Figure 25 : Ratio personnel de santé/population (niveau national)



Sources : Nos propres calculs

Aussi, il importe de souligner que ces ratios cachent d'importantes différences en personnel de santé entre les départements. Ainsi, plus des deux tiers (65,9 %) des professionnels de santé sont concentrés dans les deux grandes villes (Brazzaville et Pointe-Noire). Par ailleurs, on note une insuffisance en agents de santé dans les départements de la Bouenza, du Pool, de la Likouala et des Plateaux. Les vides sur la figure 26 indiquent le manque de spécialistes dans les départements concernés. Les données du département du Kouilou et de Pointe-Noire sont agrégées.

Figure 26 : Ratio personnel de santé/population par département



Source : INS, annuaire Statistique, 2009

Aussi, il importe de souligner que la grande partie des dépenses de santé entre 2004 et 2009 est assurée par l'État. Le budget du ministère de la Santé et de la population (MSP) a connu dans cette période, une augmentation de 4 % à 11 % du budget de l'État, soit 7 %. Toutefois, il reste insuffisant par rapport aux engagements des chefs d'États et de gouvernements africains pris à Abuja en 2001, consignés dans la déclaration dite d'Abuja⁶⁷.

Entre 2009 et 2011, le ministère de la santé et de la population (MSP) a décaissé près de 105 milliards de Francs CFA soit 160 millions d'euros⁶⁸. Alors qu'en 2012, les prévisions budgétaires s'élevaient à près de 50 milliards, dont 80 % affectés à la réhabilitation et l'équipement des hôpitaux et dispensaires.

Globalement, entre 2009 et 2012, les dépenses publiques en santé ont plus que doublé passant de 30 milliards 260 millions de Francs CFA à 66 milliards 25 millions de Franc CFA (voir les détails dans le tableau 24).

Tableau 24 : Budget du Ministère de la santé et de la population du Congo en milliard de Franc CFA (2011-2013)

Budgets du ministère de la Santé et de la population	2011	2012	2013
Dépenses de fonctionnements	67,272	97,737	101,731
Investissement	47,957	94,134	80,386
Budget total	115,23	191,871	182,117

Source : rapport de suivi des investissements publics dans le secteur de santé, décembre 2014, page 5 ; banque mondiale, juin 2014

Le secteur privé

Les faiblesses du secteur public et la présence de nombreux « diplômés sans emploi⁶⁹ » ont contribué à l'émergence d'un secteur privé, qui s'est implanté sans respecter la réglementation en vigueur, notamment dans les quartiers périurbains. Ce réseau privé de soins, en pleine expansion, comprend des cliniques, des cabinets médicaux, des cabinets de

⁶⁷ La Déclaration d'Abuja figure parmi les engagements politiques les plus importants dans le domaine de la santé en Afrique. En avril 2001, les pays de l'Union africaine réunis à Abuja ont promis d'augmenter le financement public de la santé pour représenter au moins 15 % de leur budget annuel.

⁶⁸ La parité entre l'Euro et le Franc CFA en 2011 étant de : 1 euro pour 655,957 pour les zones monétaires CEMAC, UEMOA.

⁶⁹ Concept utilisé pour désigner des personnes ayant terminé une formation dans une école mais se retrouve malheureusement dans une situation de sans emploi et dépendant des parents.

soins infirmiers, des dépôts pharmaceutiques, des grossistes répartiteurs, des centres médico-sociaux et des officines pharmaceutiques. La contribution du secteur privé au financement de la santé n'est pas documentée.

À la lumière des informations ci-dessus mentionnées, le risque de sérodiscordance au Congo n'est pas écarté dans la mesure où, 3 des 5 pays limitrophes du Congo (la Centrafrique, le Cameroun et la RDC) ont non seulement les taux de prévalence les plus élevés de la sous-région Afrique centrale, mais également les proportions élevées de sérodiscordance.

Or, avec les mobilités transfrontalières entre populations, caractérisées par les échanges commerciaux, les migrations, les mariages mixtes, sans oublier les crises politiques, économiques, etc., il est à craindre que la situation du Congo ne soit pas différente des autres pays de la sous-région.

Examinons à présent la question de la prise en charge des couples discordants au Congo.

IV.4.3.2. Prise en charge des couples sérodiscordants

La découverte des antirétroviraux constitue une étape importante dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida, notamment celles qui désirent procréer. En effet, l'essai ACTG 076/ANRS 024, mené en France (1994), a montré que l'AZT diminue de deux tiers le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il a été également rapporté que les trithérapies rendent la charge virale de la femme quasi-indétectable et réduisent le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant à 2 %. À ces travaux s'ajoutent ceux de l'équipe de Jouannet (1999) et de Rouzioux et *al.* (2000), qui ont démontré qu'en l'absence de traitement, les proportions de virus présents dans le sperme varient entre 85 % à 90 %. Alors qu'avec un traitement efficace, il est réduit à 10 %. Au regard de ces avancées scientifiques, les chercheurs européens et américains ont mis en place des protocoles ayant permis de prendre en charge en assistance médicale à la procréation (AMP) des couples dont l'un des partenaires est infecté par le VIH/sida désireux de procréer. Plusieurs méthodes sont proposées : l'insémination avec le sperme d'un donneur anonyme (IAD), l'insémination artificielle avec spermatozoïdes du conjoint (IAC), la fécondation in vitro (FIV) et la Fécondation in vitro avec micro-injection (ICSI). (Hamamar et Entezami, 2001).

Ces procédures sont détaillées dans le chapitre VIII, la section sur le désir de maternité chez les couples dont l'un des partenaires est infecté par le VIH.

Néanmoins, il importe de rappeler qu'en Afrique et particulièrement au Congo, il n'existe pas de structures de prise en charge en AMP des couples discordants. La seule méthode proposée à ces couples qui ne comporte pas de risque, est l'adoption qui n'est malheureusement pas acceptée. Pour remédier à cette difficulté, la fécondation naturelle est conseillée. Cette méthode consiste en un rapport sexuel non protégé au moment de l'ovulation avec un risque de contamination estimé à 0,3 %. (Henrion, 1999).

« Certaines femmes en couple viennent nous consulter lorsqu'elles ont un désir de maternité ; nous les conduisant chez le médecin prescripteur des ARV ; d'autres cependant se débrouillent seules et arrivent au centre avec une grossesse et sont orientées chez la sage-femme » (témoignage de Madame Virginie, infirmière, gestionnaires de la pharmacie du centre de prise en charge des PVVIH de Mpaka).

Malgré le manque de structures pour l'accompagnement en AMP des couples discordants, il importe de présenter les différents domaines de prise en charge des PVVIH au Congo.

La prise en charge médicale inclut les domaines de la prévention, le traitement et le suivi des patients. Le Congo compte en 2012, 70 sites de prise en charge (centres de transfusions ambulatoires de Brazzaville et Pointe-Noire, les hôpitaux généraux, etc.) et une file active de 21 621 malades dont 19 500 sont sous antirétroviraux. (CNLS, 2014).

À partir de 2008, le gouvernement a institué un régime de gratuité des antirétroviraux et des examens du bilan d'inclusion et de suivi des malades⁷⁰.

La prise en charge pédiatrique est assurée par le CHU, les hôpitaux A. Scicé et Tié-Tié à Pointe-Noire et à un plus faible degré dans les autres sites.

La prise en charge psychosociale est assurée dans 50 sites, il s'agit : des centres de traitements ambulatoires (CTA) de Brazzaville, Pointe-Noire, les hôpitaux de Makélékélé, Talangai, le Centre médico-social (CMS) de la Congolaise industrielle du bois (CIB) à Pokola, en milieu extrahospitalier par les ONG et associations par les psychologues, les assistantes sociales ou les accompagnateurs psychosociaux. Ces derniers ont pour missions d'organiser : les consultations psychosociales, les séances d'éducatives thérapeutiques et les visites. Le nombre de PVVIH bénéficiant d'appui psychosocial et nutritionnel est de 24 107 au 1^{er} semestre de l'année 2012.

⁷⁰ Le décret n° 128 du 23 juin 2008, relatif à la gratuité du traitement des antirétroviraux, du paludisme et de la césarienne en République du Congo.

Pour la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, un programme a été mis en place dont les actions suivantes ont été réalisées à savoir : 12 193 orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) sur 21 000 prévus ont bénéficié du paquet de services de prise en charge dans 12 départements du pays soit un taux de réalisation de 57,05 % avec une proportion de 115 enfants infectés par le VIH et 300 enfants affectés ; actualisation du manuel de procédures des interventions de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables ; existence d'une base de données des OEV et des EVVIH ; formation de 96 prestataires des agences d'exécution dans la prise en charge des OEV ; mise en place d'un programme d'appui aux filles mères avec l'appui de l'ambassade de France.

La prise en charge socioéconomique dont le but est de réduire la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH comprend certaines actions entre autres : « (i) créer les opportunités d'accès aux crédits de formation/insertion pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables (ii) promouvoir le recrutement et l'utilisation des personnes vivant avec le VIH dans les structures de coordination et de soins (iii) mettre en place un dispositif de sensibilisation, de formation et de facilitation de l'accès aux micro-crédits en vue du développement d'AGR pour les PVVIH et les aux groupes vulnérables (iv) assurer la formation des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables aux métiers d'auxiliaires de vie (homme/femme de ménage, baby-sitter) et mettre en place un dispositif de recherche/protection de l'emploi pour les personnes formées » (CNLS, 2014-2018).

La prise en charge juridique se réfère aux dispositions réglementaires notamment : l'adoption par le parlement de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles ; la promulgation par le chef de l'État de la loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH ; l'organisation d'un atelier parlementaires sur l'importance et le contenu de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles a été organisé en 2012 ; l'élaboration des textes d'un dispositif de sensibilisation et de protection des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/sida ; le plaidoyer auprès des chefs des entreprises privées pour l'élaboration des plans de travail de lutte contre le VIH/Sida ; le plaidoyer auprès du Fonds mondial pour la mise en place du projet de lutte contre le Sida chez les jeunes déscolarisés et non scolarisés ; l'existence d'un partenariat avec le BIT pour un appui au patronat congolais pour l'élaboration d'une politique de lutte contre le Sida en milieu de travail du secteur privé.

Les pouvoirs publics, les associations et les familles ne devraient pas limiter leurs actions uniquement à la protection des personnes vivant avec le VIH, mais aussi à les assister. Il en est de même pour les groupes vulnérables et à risque qui ont, eux aussi, droit à la santé, au travail et à la protection de l'État et des pouvoirs publics.

La loi n° 30-2011 exhorte également l'État et les pouvoirs publics à mettre en place tous les mécanismes appropriés et d'édicter toute disposition législative et réglementaire nécessaire pour lutter contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et d'assurer leur prise en charge globale ; d'apporter un soutien aux institutions et associations œuvrant à la prévention de l'infection à VIH et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

S'agissant de la prise en charge nutritionnelle, rappelons ici, le programme conclu en 2001 entre le gouvernement et le Programme Alimentaire Mondial (PAM) dans le but d'améliorer la situation nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA, en vue de favoriser leur adhésion au traitement antirétroviral. Ce programme qui consistait à apporter de l'aide alimentaire, s'est poursuivi jusqu'en 2009-2014, en y associant les familles des PVVIH, les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV). Cette assistance s'est faite sous la forme de distribution, sur une base mensuelle, des rations alimentaires (composées de riz, farine de soja, huile, sel et sucre) aux PVVIH au niveau des CTA et des hôpitaux en collaboration avec des partenaires de distribution (Caritas à Brazzaville et AFTC à Pointe-Noire).

Dans le même cadre en 2004, l'ONG Médecins d'Afrique avait mis en œuvre un projet pilote d'appui aux OEV et aux familles des personnes vivant avec VIH (PVVIH).

Ainsi, 2 843 familles des PVVIH parmi les plus vulnérables, soit 14 215 personnes avaient bénéficié de l'assistance alimentaire ; 1 036 OEV impliqués dans l'apprentissage des petits métiers et les activités génératrices de revenus ont reçu des vivres contre la formation ou contre travail. À partir de 2005, l'appui du PAM a été réorienté vers l'assistance aux PVVIH qui sont sous traitement ARV, aux femmes enceintes enrôlées dans le programme PTME, aux malades coinfectés VIH/tuberculose et les OEV bénéficiant d'un paquet de services.

Le point d'entrée pour l'identification des bénéficiaires est l'insécurité alimentaire. De 2005 en 2007, au total, 3 240 patients ont été atteints (1 320 PVVIH sous ARV, 500 Femmes sous PTME et 800 patients coinfectés VIH/Tuberculose), soit 13 100 bénéficiaires, et 614 OEV en apprentissage des petits métiers ou issus de ménages impliqués dans les AGR. (CNLS, 2014).

Conclusion

La situation du Congo en rapport avec le VIH a été influencée par plusieurs éléments. En ce qui concerne l'environnement géographique, retenons, que 3 des 5 pays voisins du Congo en l'occurrence la RDC, le Cameroun et la République Centrafricaine sont considérés comme les plus touchés par le VIH/SIDA de la sous-région Afrique centrale. Il n'est pas étonnant que cela ait des répercussions sur le Congo surtout avec les mouvements de populations, occasionnés par les échanges commerciaux, les migrations, les mariages, etc. Autre élément à signaler, c'est la pauvreté qui a entraîné la démission des parents, cédant la place à l'immoralité, la culture du laisser-faire, la désobéissance, le non-respect des adultes, la précocité des rapports sexuels. Enfin, la guerre avec son cortège de maux : la destruction des infrastructures socioéconomiques, l'effondrement du système sanitaire, les viols de masse, le commerce de sexe. Tous ces éléments ont contribué à la propagation du sida au Congo et à la formation des couples discordants.

Dans le prochain chapitre, nous abordons les éléments de méthodologie.

CHAPITRE V

ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

Dans la recherche en sciences humaines et sociales, la méthodologie constitue une étape importante. Par définition, la méthode désigne la manière d'organiser une réponse autour d'une question donnée. Notre démarche repose sur deux approches : « quantitative » et « qualitative ».

V. I. APPROCHE QUANTITATIVE

Cette technique consiste à la collecte de données qui permettent au chercheur d'analyser des comportements, des opinions, ou même des attentes en quantité. L'objectif est souvent d'en déduire des conclusions mesurables statistiquement, contrairement à une étude qualitative. Dans un travail de recherche, l'étude quantitative permet de prouver ou démontrer des faits en quantifiant un phénomène. Cette technique d'étude utilise le questionnaire ou le sondage auprès d'un panel pour récolter des données à analyser. Les résultats, exprimés en chiffres, prennent la forme de données statistiques que l'on peut représenter dans des graphiques ou tableaux. La recherche quantitative permet de mieux tester des théories ou des hypothèses. La recherche quantitative est appropriée lorsqu'il existe un cadre théorique déjà bien reconnu. L'étude quantitative ne converge que très rarement sur un seul cadre, elle en propose souvent plusieurs. Il faut alors les comparer et les combiner. (Giordano et Jolibert, 2016).

V.1.1. Sources de données

L'enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida (ESISC) de 2009, qui est la principale source de données de cette étude, demeure d'actualité par faute de nouvelles études d'envergure nationale.

Cette enquête, réalisée par l'Institut national de la statistique avec l'assistance technique d'ICF Macro et de l'Institut Pasteur, avait porté sur un échantillon de 12 413 hommes et femmes, âgés de 15 à 49 ans.

L'objectif principal de l'ESISC était d'estimer la prévalence du VIH et de calculer certains indicateurs nécessaires à la mise en place des politiques et programmes de lutte contre le sida, la stratégie de réduction de la pauvreté deuxième génération (DSRP2) et le suivi des Objectifs du développement durable (ODD) (Plan national de développement).

Plus spécifiquement, il était question de collecter les informations permettant d'étudier plusieurs thématiques entre autres la prévalence du VIH parmi les couples qui nous intéresse. Comme toutes les enquêtes de type DHS, l'ESISC est stratifiée de façon à fournir une représentativité adéquate des milieux urbains comprenant : les six principales villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi, Ouesso et Mossendjo), les communautés urbaines et le milieu rural composé des autres localités qui ne sont pas des communes ainsi que les douze départements du pays.

Le tirage de l'échantillon était effectué à deux degrés : au premier degré, 241 grappes tirées à partir de la liste des Zones de dénombrement (ZD) du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2007 ; au second degré, 7 159 ménages sélectionnés et 12 413 personnes déclarées éligibles. (Ruilin Ren, 2009). De là, nous avons constitué notre population d'étude composée uniquement des couples hétérosexuels, c'est-à-dire homme et femme, sans distinction de statut social du couple (mariage officiel, coutumier, religieux, union consensuelle, etc.) ayant participé à l'enquête et accepté le prélèvement sanguin. Notre échantillon comprend 2 265 couples.

Pour en savoir sur l'historique et la technique d'échantillonnage des enquêtes démographiques et de santé (EDS), se référer aux encadrés 1 et 2.

V. 1.2. Outils de collecte de données

Deux questionnaires sont utilisés : ménage et individuel (Cf, annexe II.2).

Le questionnaire ménage a permis de collecter des informations sur les caractéristiques des membres du ménage et des visiteurs (nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, etc.) et des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.).

Ces informations permettent d'évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les personnes enquêtées et de calculer les indicateurs démographiques.

V. 1.2.1. Questionnaire individuel (femme et homme)

Le questionnaire individuel (commun aux femmes et aux hommes avec quelques spécificités) permet de recueillir des informations démographiques concernant les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans. Il comprend 7 modules :

Module 1 : porte sur les caractéristiques sociodémographiques, le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation, la nationalité, la religion et l'ethnie ;

Modules 2 et 3 : s'intéressent aux informations relatives à la reproduction, l'état matrimonial et l'activité sexuelle ;

Modules 4 et 5 : se préoccupent du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles. Cette section nous fournit les informations nécessaires pour traiter de la question des couples discordants.

V. 1.2.2. Test de dépistage du VIH

Les prélèvements sanguins sont effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes reconnus comme éligibles par l'enquête et qui acceptent volontairement de se faire prélever le sang. Les analyses de laboratoire sont réalisées par l'Institut Pasteur après brouillage de tous les identifiants et destruction des questionnaires, en vue de garantir la confidentialité et l'anonymat (INS-Congo, 2009 b).

Encadré 1.

Historique des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS).

Le projet DHS (Démographic and Health Survey soit Enquête démographique de santé en Français) est né en 1984 et constitue le troisième grand projet de recherche mondial initié par l'USAID. Les DHS succèdent ainsi aux World Fertility Surveys (WFS ou enquêtes mondiales de Fécondité) conduites dans plus de 60 pays dans le monde de 1972 à 1984 et aux contraceptive Prévalence Surveys (CPS ou Enquêtes sur la Prévalence de la contraception) réalisées entre 1977 et 1985.

De 1984 à 1989, le projet DHS a été coordonné par l'Institute For Resource Development Inc, une filiale de la Westinghouse Electric Company, puis fut repris par Macro International Inc, qui cordonne toujours ce projet actuellement

En 1997, le projet DHS, devenu l'un des quatre composants du programme MEASURE (Monitoring and Evaluation to Assess and Use Result) de l'USAID, est rebaptisé MEASURE DHS+.

Depuis 1984, plus de 200 enquêtes ont été réalisées dans plus de 75 pays. Aux questions relatives à la fécondité, au planning familial et la mortalité infanto-juvénile, ont été progressivement ajoutés selon les pays et les enquêtes, des modules sur la santé de la mère et de l'enfant, les connaissances et comportements vis-à-vis du VIH/sida et des IST, les violences domestiques, les mutilations génitales féminines, le géoréférencement des zones d'enquêtes (latitude et longitude), des mesures de poids et de taille des enfants, des tests d'anémie, etc. depuis 2004, certaines enquête incorporent des test de dépistage de VIH en population adulte.

Il s'agit d'enquête auprès des ménages en population générale représentative usuellement au niveau national, régional, le nombre de ménages par enquête se situe entre 5000 à 30000. Les enquêtes EDS comportent un questionnaire ménage, un questionnaire femme, un questionnaire homme ainsi qu'une enquête couple. Les questionnaires sont standardisés afin de faciliter les comparaisons dans le temps et entre pays.

Elles sont conduites le plus souvent tous les cinq ans par les instituts nationaux de la statistique, avec l'appui technique de Macro international Inc. Des enquêtes intermédiaires peuvent être réalisées avec un questionnaire allégé sur une thématique donnée. C'est notamment le cas des enquêtes AIDS Impact Surveys (AIS) et des interim DHS.

Source : <http://www.measuredhs.com> consulté le 26 juillet 2018

Encadré 2

Échantillonnage des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)

Les EDS sont conçues pour fournir une image de la population générale nationale. Nous présentons ici le plan d'échantillonnage usuel des EDS et des enquêtes de même types (comme les AIS), ce dernier pouvant différencier légèrement d'une enquête à une autre.

Enquête auprès des ménages

Il s'agit d'enquête auprès des ménages, représentatives au niveau national, par milieu de résidence et par région. Le nombre de ménages enquêtés se situe le plus souvent entre 5000 et 30000. Les EDS présentent un plan de sondage comparable dans chaque pays. Il s'agit d'enquêtes stratifiées avec un tirage à deux degrés.

Stratification du pays

Le pays est divisé en plusieurs strates, une par région administrative et par milieu de résidence. Le plus souvent la capitale du pays et, éventuellement, les grandes villes de la même taille sont considérées comme une seule strate. Usuellement, en compte entre 5 et 20 régions par pays. Le tirage au premier degré est réalisé séparément pour chaque strate. Selon les enquêtes, certaines strates, faiblement peuplées, peuvent être surreprésentées

Tirage au premier degré

La base de sondage des unités primaires est typiquement composée des zones de dénombrement au dernier recensement effectué dans les pays. Au premier degré les unités primaires ou grappes sont tirés au sort, séparément dans chaque strate, avec une probabilité proportionnelle au nombre de ménages de la grappe lors du dernier recensement de population. La répartition spatiale de ces grappes peut être considérée comme une approximation (grossière) de la densité de la population. Dans certaines études les coordonnées latitude /longitude du centre de chaque grappe sont collectés par GPS. Depuis l'arrivée des tests de dépistages de VIH, les coordonnées des grappes sont décalées aléatoirement dans un rayon de 2 kilomètres en milieu urbain et de 5 kilomètres en milieu rural.

Tirage au second degré

Après un recensement exhaustif des ménages de chaque grappes, un nombre prédéterminé de ménages est sélectionnés au second degré, par tirage au sort simple pour l'enquête ménage et le questionnaire individuel femme (15-49 ans). Suivant les pays, seule une partie des ménages enquêtés est retenue pour le questionnaire homme (15-49 ans). Si l'enquête comporte un test de dépistage, le test est alors proposé à l'ensemble des femmes et des hommes éligibles appartenant aux ménages sélectionnés pour l'enquête homme.

Pondération des résultats

Afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe des EDS, chaque base de données contient une variable de pondération statistique à appliquer aux individus afin de rendre l'échantillon représentatif au niveau national et régional cette variable de pondération est proportionnelle à l'inverse de la probabilité de sondage chaque ménage, c'est-à-dire à la probabilité que le ménage en question soit enquêté.

Source : <http://www.mesureadhs.com> consulté le 26 juillet 2019

Les concepts, les indicateurs et les méthodes statistiques choisis, ne pouvant garantir à eux seuls les meilleurs résultats de la présente étude, nous procédons dans le paragraphe suivant à une évaluation de la qualité des données.

V. 1.3. Évaluation de la qualité des données

Nous tenons à préciser que le choix des variables fait suite à la recension des écrits existants et aux objectifs de l'étude.

L'utilisation des bases de données nécessite la vérification de la fiabilité de celles-ci, quand bien même elles sont produites par des organismes habilités. Ainsi, les données de l'ESISC-1, comme celles issues de toutes autres opérations de collectes, ne sont pas exemptes d'erreurs. Il est important dès lors de procéder à une analyse permettant de fournir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sur la confiance que l'on peut accorder aux résultats. Ceci peut déboucher sur la correction des données. Cette évaluation portera d'abord sur la qualité des réponses pour chacune des variables puis sur la qualité des données sur l'âge.

V. 1.3.1. Détermination des taux de non-réponse

En général, l'indicateur couramment calculé pour apprécier la qualité des données avant de tester toute autre méthode (graphique ou statistique) est le taux de non-réponse. Les non-réponses peuvent entraîner des biais dans l'analyse des données. En général, le taux de non-réponse est jugé acceptable quand il est inférieur à 10 % (voir tableau 25).

Tableau 25 : Présentation des variables de l'étude et des taux de non-réponse

Libellé de la variable	Variabes	Réponses valides (a)	Valeurs manquantes (b)	Taux de non-réponse (c)
Sexe	AIDEX	12 413	0	0
Niveau d'instruction	v106	12 413	0	0
Religion	v130	12 413	114	0,9
Âge	v013	12 413	0	0
Niveau de vie	v190	12 413	0	0
Milieu de résidence	v102	12 413	0	0
Ethnie	v131	12 413	0	0
Département	v101	12 413	0	0
Région	SREG	12 413	0	0
Nombre d'enfants	v201	12 413	0	0,0
État matrimonial	v501	12 413	0	0,0
années de cohabitation	v513	12 413	0	0,0
Test de dépistage	V781	12 406	7	0,1
Résultats du dernier test	V828	2 410	64	2,6
Rapport sexuel protégé	v761	8 765	24	0,3
Occupation	v731	12 326	87	0,7
Partenaires sexuels	V503	6 961	55	0,8
Abstinence	v754BP	12 018	395	3,2
Utilisation du condom	v754 CP	12 026	387	3,1
Un seul partenaire sain	v754 DP	12 036	377	3
Piqure de moustique	v754 JP	12 029	384	3,1
Partage de nourriture	v754 WP	12 023	390	3,1
Nombre d'union contractée	V505	8 137	77	0,9
Résultat du test sanguin	HIV03	12 383	0	0

NB : nous calculons le taux de non-réponse par : $c = [b / (a + b)] * 100$

La lecture du tableau 25, montre que les personnes interrogées ont répondu quasiment à toutes les questions, le taux de non-réponse étant inférieur à 10 %, nous pensons que les variables retenues répondent à ce premier critère de sélection.

V. 1.3.2. Évaluation de la qualité des données sur l'âge

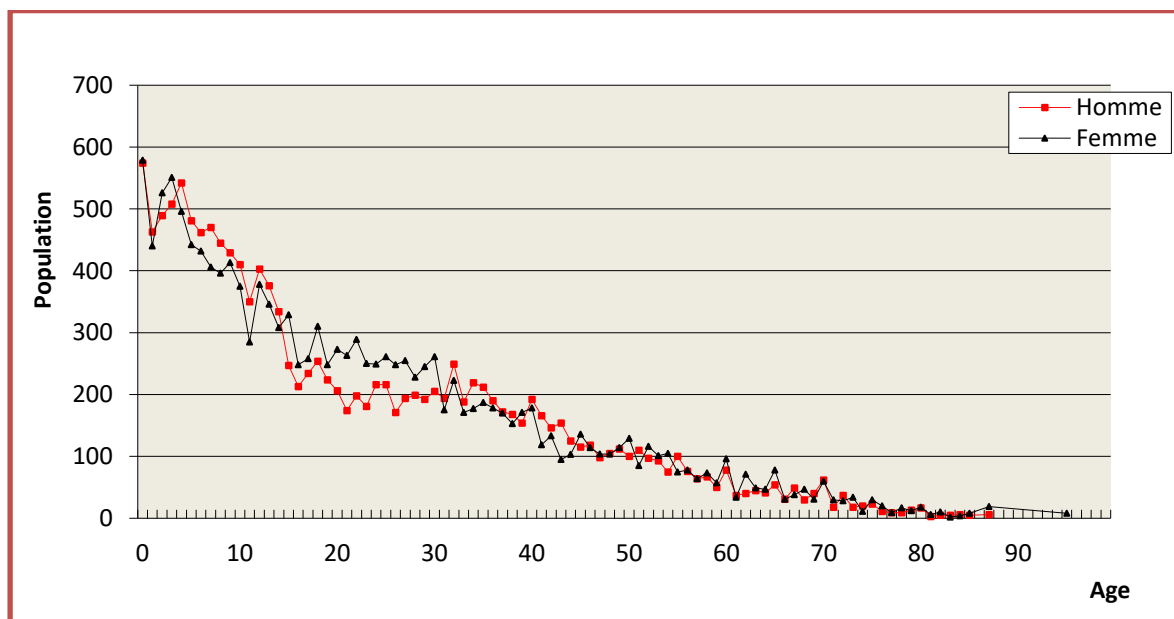
Soulignons ici que cet indice est d'un grand intérêt, car plusieurs études montrent que la qualité des données sur l'âge est souvent le reflet de la qualité de l'ensemble des données. De la qualité des données sur l'âge dépend la qualité de l'ensemble des données. Plusieurs méthodes permettent de rendre compte de la qualité des données sur l'âge. Parmi lesquelles, les méthodes graphiques et statistiques.

Méthodes d'évaluation graphique

Cette méthode consiste à disposer sur l'axe des abscisses les âges des personnes enquêtées et sur l'axe des ordonnées les effectifs correspondants. La distribution des individus par années donne une première idée de la qualité des données recueillies. On observe sur la figure ci-dessus (figure 27) une diminution des effectifs en « dents de scie ». Les saillies et les creux dénotent une sur-déclaration des âges se terminant par 0 et 5. Les âges ronds et semi-ronds sont plus attractifs parmi les femmes que parmi les hommes.

Pour minimiser les biais que peut entraîner l'imprécision de la déclaration des âges dans l'interprétation des résultats, nous avons procédé à un regroupement des effectifs par groupes d'âge quinquennaux.

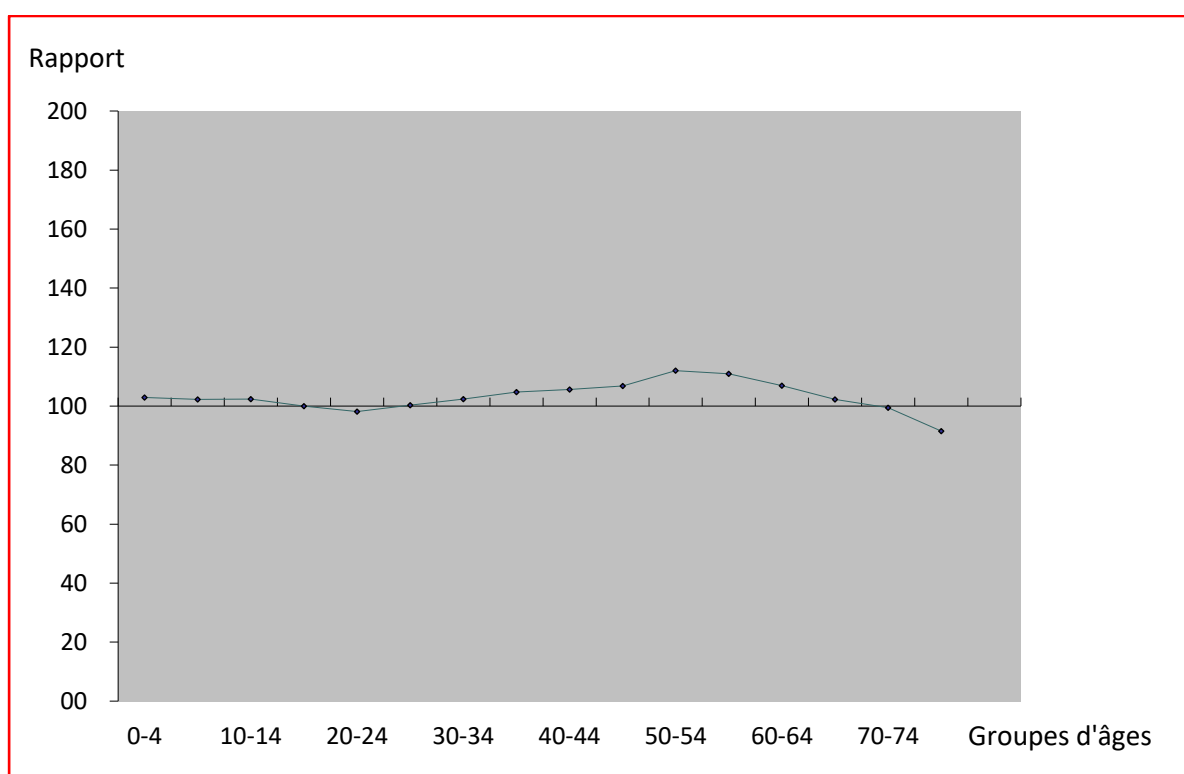
Figure 27 : Distribution des personnes enquêtées selon l'âge et le sexe



Rapport de masculinité

Le rapport de masculinité⁷¹(figure 28) s'établit à 102,6 hommes pour 100 femmes, un déséquilibre entre les hommes et les femmes que l'on peut certainement expliquer par : la mortalité maternelle qui demeure élevée, les migrations féminines liées aux mariages et la qualité des données. La distribution de la population par groupes d'âges quinquennaux se caractérise par une proportion importante de jeunes de moins de 15 ans représentant plus d'un tiers de la population totale (44 %). La proportion des personnes âgées (60 ans et plus) est de 5,2 % (5,6 % parmi les femmes et 4,8 % parmi les hommes). Ce qui rend compte de la bonne représentativité de l'échantillon de l'enquête de séroprévalence et des indicateurs de sida (ESISC).

Figure 28 : Rapport de masculinité



⁷¹ Le rapport de masculinité est le rapport entre le nombre d'hommes et le nombre de femmes dans une population donnée ; on l'exprime en général par le nombre d'hommes pour 100 femmes. Dans la plupart des pays, le rapport de masculinité à la naissance est d'environ 105 ou 106 pour 100 femmes. Après la naissance, les rapports de masculinité varient, en raison des schémas différents de mortalité et de migration des hommes et des femmes qui forment la population. Page 6

Plusieurs indices permettent de déceler l'attraction ou la répulsion de certains âges, ou mesurent la régularité de répartition par sexe et par âge. Les indices les plus couramment calculés sont : l'indice de Whipple, l'indice de Myers, l'indice de Bachi et l'indice combiné des Nations Unies.

Nous n'avons calculé que les trois premiers indices en recourant à la procédure SINGAGE du logiciel PAS.

Indice de Whipple

Cet indice mesure l'attraction ou la répulsion des âges ronds et semi-ronds en compensant l'effet dû à la décroissance normale des effectifs dans les groupes d'âges successifs. Il est calculé en rapportant à l'effectif des 23-62 ans, l'effectif des personnes d'âge se terminant par 0 ou 5 entre ces limites, et en multipliant le résultat par 5.

Si tous les âges enregistrés se terminent par 0 ou par 5, l'indice vaut 5 ; s'il n'y a aucune attraction ou répulsion pour ces âges, il vaut 1 ; s'il y a au contraire répulsion pour ces âges, il est inférieur à 1 et vaut 0 et si aucun âge ne se termine par 5 (Gendreau, 1993). L'avantage de cet indice est sa simplicité. Son inconvénient est de ne mesurer que la préférence pour les chiffres 0 et 5.

On trouvera en annexe 1, le tableau 56 et le mode de calcul des différents indices, Whipple (I_w), Bachi, rapport de masculinité, Myers. D'une manière générale, on note une bonne déclaration de la qualité des âges pour l'ensemble de la population enquêtée ($I_w = 1,10$). La population enquêtée n'a pas trop de préférences pour les âges se terminant par 0 et 5. On constate cependant que la déclaration des âges est relativement meilleure pour le sexe masculin.

Indice de Myers

L'indice de Myers traduit les préférences (ou aversions) pour les âges se terminant par chacun des chiffres de 0 à 9. Pour son mode de calcul, il s'agit de faire la somme du nombre de personnes dont les âges se terminent par chaque nombre entier : d'une part pour les individus âgés de 10 ans ou plus ; d'autre part pour les gens âgés de 20 ou plus. Ensuite, on pondère ces sommes par des coefficients entiers 10 dans le premier cas et de 0 à 9 dans le second.

Puis on additionne les sommes pondérées pour aboutir à une population fictive de la façon suivante :

$$\begin{aligned}F_0 &= 1.S_0 + 9.S'_0 & F_1 &= 2.S_1 + 8.S'_1 & F_2 &= 3.S_2 + 7.S'_2 \\F_3 &= 4.S_3 + 6.S'_3 & F_4 &= 5.S_4 + 5.S'_4 & F_5 &= 6.S_5 + 4.S'_5 \\F_6 &= 7.S_6 + 3.S'_6 & F_7 &= 8.S_7 + 2.S'_7 & F_8 &= 9.S_8 + 1.S'_8 \\F_9 &= 10.S_9 + 0.S'_9\end{aligned}$$

N. B : la somme des coefficients dans chaque cas est égale à 10.

1. Calcul du pourcentage de chaque F_i par rapport au total des F_i .
2. Calcul des différences (écarts) entre ces pourcentages et 10 % ; ceci détermine le coefficient de Myers ainsi que l'attraction (+) ou la répulsion (-) pour chaque chiffre.
3. Somme des valeurs absolues des écarts qui est l'indice de Myers.

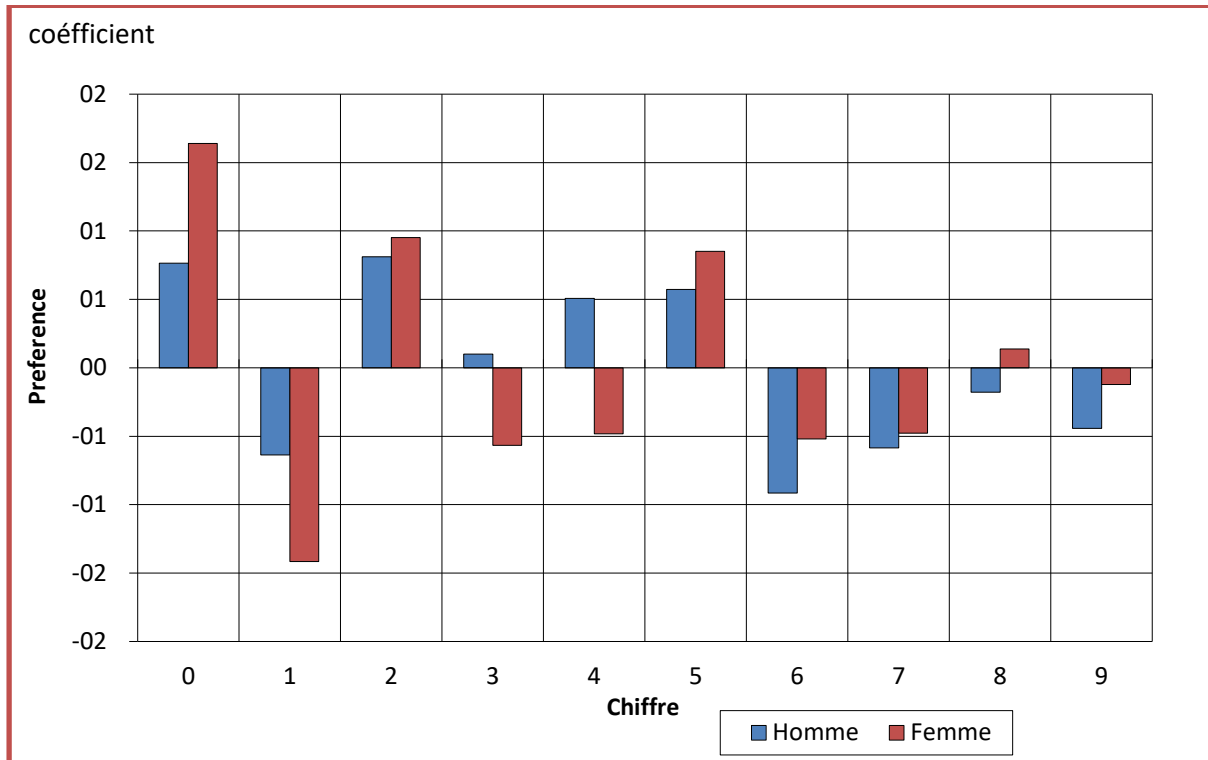
Cet indice varie entre 0 (aucune distorsion sur les âges) et 180 (tous les individus recensés ont un âge terminé par le même chiffre.)

Calcul du pourcentage de chaque F_i par rapport au total des F_i .

1. Calcul des différences (écarts) entre ces pourcentages et 10 % ; ceci détermine le coefficient de Myers ainsi que l'attraction (+) ou la répulsion (-) pour chaque chiffre.
2. Somme des valeurs absolues des écarts qui est l'indice de Myers.

Il est compris entre 0 et 180. L'indice de Myers est nul si les déclarations d'âges sont exactes. Sa valeur est d'autant plus élevée que les préférences ou aversions pour les âges se terminant par certains chiffres sont plus grandes. Sa valeur maximale est atteinte lorsqu'il y a préférence pour tous les âges se terminant par un même chiffre et vaut 180.

Figure 29 : Évaluation de la qualité de l'âge (Méthode de Meyer)



L'indice de Myers est de 5,6 pour l'ensemble des deux sexes, 5,5 pour le sexe masculin et 7,2 pour le sexe féminin. Cette situation illustre bien les préférences ou aversions pour certains âges. Bien que la qualité de la déclaration des âges soit imparfaite, le rapprochement de différents indices de Myers 0 par rapport à 180 permet de considérer les données sur l'âge comme acceptables. Comme l'indice de Whipple, l'indice de Myers confirme la légère attraction qu'il y a pour les âges ronds et semi-ronds pour l'ensemble de la population enquêtée quel que soit le sexe. D'un autre côté, on constate une répulsion pour les âges se terminant par les chiffres 1, 6, 7, 9 pour les deux sexes.

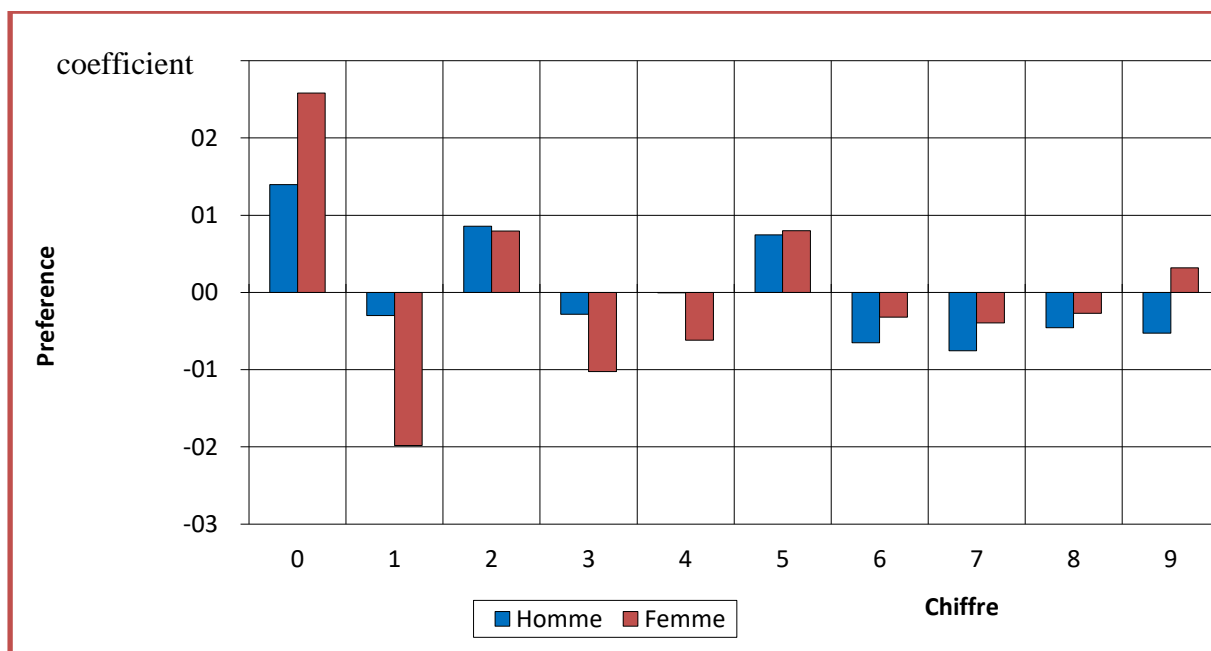
Indice de Bâchi

L'Indice de Bachi (IB) varie entre 0 et 90. L'indice vaut 0 lorsqu'il y n'a aucune préférence ou aversion, et 90 lorsque tous les âges déclarés se terminent par le même chiffre. D'une manière générale, les résultats, illustrés par la figure 30 ci-dessous sont peu différents de ceux fournis par l'indice de Myers.

On remarque que les personnes enquêtées ont une préférence pour les âges ronds et semi-ronds.

Cependant, on note une répulsion pour les âges se terminant par 1, 3, 4, 6, 7, 8.

Figure 30 : Évaluation de la qualité de l'âge (Méthode de Bachi)



À l'issue de cette évaluation de données à partir du calcul de certains indicateurs : taux de non-réponse, qualité des données sur l'âge, rapport de masculinité, indices de Whipple, de Myers et Bâchi, nous pouvons conclure qu'elles sont de bonne qualité pour répondre à cette étude.

V. 1.4. Limite des données de l'ESISC-09

La recherche sur la sérodifférence au Congo, se heurte au manque de données adéquates. L'enquête de séroprévalence et des indicateurs de sida (ESISC-09) qui constitue la principale source d'information aborde la question de manière imparfaite.

En effet, l'approche transversale de ces données autorise certes le calcul d'indicateurs en vue des programmes et politiques de lutte contre le sida, mais n'aborde pas directement

la question de la sérodiscordance. Par conséquent, elle ne nous permet pas de bien appréhender notre sujet de recherche.

Les données recueillies dans le cadre d'une enquête spécifique ou une approche biographique seraient mieux indiquées, puisqu'elles permettraient de reconstituer l'histoire de vie des individus et d'obtenir des renseignements sur leur parcours (Lapierre-Adamcyk et Le Bourdais, 2004). C'est dans ce contexte que s'inscrivent les entretiens réalisés à Pointe-Noire ayant pour but de combler ces lacunes (voir ci-dessous). En effet, « les études quantitatives ont une limite : elles constatent une fréquentation, des pratiques, des satisfactions, des attentes, mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi cette situation existe. Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pourquoi ils s'autorisent ou non-telle ou telle pratique, comment ils comprennent leur environnement. Ces études qualitatives nous apportent ainsi des informations qui vont offrir une réelle capacité de prospective, que les études quantitatives ne produisent pas vraiment » (Wahnich, 2006).

V. 1.5. Construction des indicateurs

Dans cette étude qui porte sur les couples discordants, les données des hommes et femmes sont analysées séparément pour des raisons méthodologiques. Les interprétations des résultats se feront également par fichier.

V. 1.5.1. Variable expliquée ou variable dépendante

La variable dépendante dans ce travail, c'est la sérodiscordance du VIH/sida, qui a été créée à partir du statut sérologique des conjoints tiré du fichier test du sang et d'autres variables se trouvant dans le fichier individuel, notamment le sexe, la situation matrimoniale, l'âge, le numéro de ligne de l'individu dans le ménage.

Le processus de création s'est fait en deux étapes : dans un premier moment, nous avons sélectionné toutes les femmes mariées de 15 à 49 ans vivant avec leurs maris âgés de moins de 50 ans.

Ensuite, nous avons importé le résultat du test du VIH de la femme à partir du fichier résultat du test sanguin.

Nous avons également procédé de la même manière pour le fichier homme. Grâce donc à toutes ces informations, il a été pour nous facile d'associer l'homme à sa femme et de reconstituer les 2 265 couples.

L'indicateur créé comprend au départ quatre modalités que nous présentons ensuite dans le tableau 26.

- couple concordant négatifs : aucun membre ne porte le virus (1) ;
- couple concordant positif : les deux partenaires sont séropositifs (2) ;
- couple sérodiscordant dont la femme est séropositive (3) ;
- couple sérodiscordant dont l'homme est séropositif (4).

Tableau 26 Présentation des modalités de la variable dépendante (couple discordant)

Modalités	Effectifs	Pourcentages
Homme et femme négatifs (1)	2 138	94,4
Homme et femme positifs (2)	24	1,1
Femme positive, homme négatif (3)	63	2,8
Homme positif, femme négatif (4)	40	1,8
Total	2 265	100

Pour être cohérent dans notre raisonnement, nous avons recodé cette variable en deux modalités :

- couple non-discordant recodé 0, qui comprend les couples concordants négatifs (1) et concordants positifs (2) ;
- couple discordant recodé 1, il prend en compte, les couples dont les femmes sont positives et hommes négatifs (3) et ceux dont les hommes sont positifs et femmes sont négatifs.

Le niveau de la sérodiscordance au Congo est :

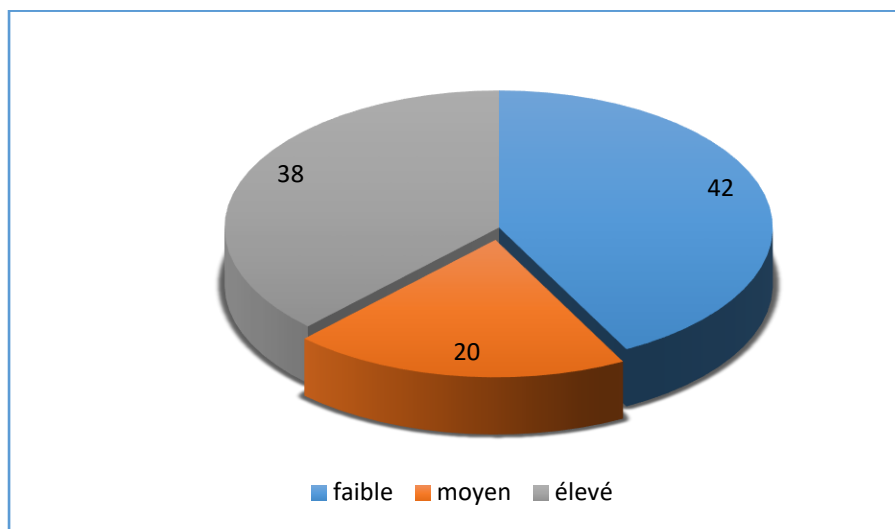
$$\text{couple discordant} = \frac{103}{2265} * 100 = 4,6 \% \text{ environ } 5 \%$$

Où 103 est (n), effectif du phénomène observé et 2 265 (N), le nombre de couples ayant accepté de participer à l'enquête et de faire le prélèvement sanguin.

V. 1.5.2. Indicateur du niveau de vie

Pour évaluer l'effet du niveau de vie sur la sérodifférence, nous avons utilisé la variable « niveau de vie » disponible dans le fichier informatique qui comprend cinq modalités que nous avons recodées en trois modalités : « faible », « moyen » et « élevé ».

Figure 31 : Répartition des ménages enquêtés selon le niveau de vie en %



V. 1.5.3. Indicateur de la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida

Il s'agit d'évaluer le niveau de connaissance des personnes interrogées par rapport au VIH-sida. Pour construire cet indicateur nous nous sommes servis des modalités de réponses erronées sur le VIH, à savoir : la piqûre de moustique, transmet-elle le VIH-sida ? ; le partage de la nourriture avec une personne infectée peut-il donner le sida ?

Après la dichotomisation, nous avons recodé cet indicateur de la manière suivante :

- Bonne connaissance : les individus qui répondent négativement aux deux questions ;
- Connaissance moyenne : ceux qui répondent par l'affirmatif à l'une des deux questions ;
- Mauvaise connaissance : ceux qui répondent par l'affirmatif aux deux questions.

V. 1.6. Méthodes d'analyse

Pour l'exploitation, le traitement et l'analyse des données quantitatives nous avons utilisé successivement deux logiciels : Spss pour les analyses univariées, bivariées et (explicatives multivariées) et Spad pour les analyses factorielles en correspondances multiples et des classifications. Les fichiers d'analyses comprennent respectivement 13 variables opérationnelles présentées dans le tableau suivant.

Tableau 27 : Présentation des variables et indicateurs de l'étude

Variables conceptuelles	Variables opérationnelles	Modalités
Situation du couple dans le VIH	sérodiscordance du VIH	non discordant, discordant
Contexte socioculturel	Milieu de résidence	Urbain, rural
	Région de résidence	Brazzaville, Pointe-Noire, Sud, Nord
	Ethnie	Kongo, Téké, M'bochi, Autres
	Religion	Catholique, Protestant, Réveils, Autres croyances
Caractéristiques individuelles et économiques	Niveau de vie	Faible, moyen, élevé
	Âge	15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49.
	Niveau d'instruction	sans niveau, primaire, secondaire, supérieur
	nombre d'enfants	0 à 2, 3 à 4, 5 et plus
Connaissance du VIH/sida et statut sérologique	mécanismes de transmissions	Bonne, moyenne, mauvaise
	connaissance de son statut	ne connaît pas son statut, connaît son statut
Comportement sexuel et durée de vie commune	rapport sexuels protégés	utilisation du condom, non utilisation
	Nombre de partenaire	1 à 5, 6 à 10, 11 plus
	Nombre d'années	0 à 4, 5 à 9, 10 à 14, 15 à 19, 20 plus

Source : Traitement des données de l'ESISC-1 (2009).

Pour cerner cet environnement, les variables opérationnelles, les plus importantes sur lesquelles nous nous appuyons et prises en compte dans des études antérieures sont le multipartenariat, la religion, le niveau d'instruction et le milieu de résidence.

Nous y avons ajouté, l'ethnie, la région de résidence⁷² et le niveau de vie afin de voir comment ces variables influencent la sérodiscordance.

Nous estimons que le comportement des individus face à la sérodiscordance varie selon le niveau de vie, la religion, l'ethnie et le milieu dans lequel ils vivent. Il importe de signaler que le choix de la région de résidence au lieu de la variable département se justifie par la faiblesse des effectifs dans certaines zones d'une part et éviter les effets de multicollinéarité d'autres parts.

V. 1.6.1 Analyse descriptive

Dans un premier temps, nous allons procéder à une analyse descriptive, à partir de traitements statistiques univariés, puis de tableaux croisés, ou analyse bivariée, entre les variables indépendantes et la variable dépendante en recourant au test d'indépendance de Khi^2 ⁷³.

Ce test s'applique à partir d'un tableau de contingence entre deux variables qualitatives nominales ou catégorielles. La première étape consiste à définir H_0 qui est une hypothèse d'indépendance que nous allons tester que l'on cherche à rejeter au profit de l'hypothèse alternative H_1 , c'est-à-dire les deux variables sont liées ou dépendantes.

À propos du test d'indépendance, c'est le rejet de l'hypothèse nulle qui permet de mettre en évidence une liaison entre les deux variables qualitatives (ordinales ou nominales).

Cette statistique est souvent d'usage dans les études épidémiologiques qu'elles soient de types échantillons représentatifs, cas témoins, ou exposés ou non exposés.

Nous ne devons pas perdre de vue qu'une analyse bivariée permet de rechercher la liaison statistique significative entre deux variables au moyen du Khi^2 . Or, nous savons bien qu'une liaison résulte également de variables cachées (une liaison fallacieuse), ce qui nous conduira à une analyse explicative (multidimensionnelle) pour la détermination des causes ou facteurs associés à la sérodifférence, car la corrélation n'est pas la causalité. Aussi, il convient de

⁷² Selon la nomenclature de l'Institut national de la statistique, la variable région de résidence (SREG) comprend quatre modalités : Brazzaville et Pointe noire les deux principales villes respectivement capitales politique et économique ; le Sud qui comprend les départements du pool, de la Bouenza, la Lékoumou le Niari et le Kouilou ; le Nord avec les plateaux, la cuvette, la cuvette-Ouest, la sangha et la Likouala.

⁷³ Le khi^2 est une statistique qui permet de mesurer le degré d'association entre deux variables qualitatives et le seuil de signification désigne la marge d'erreur. Elle peut être de 0,01 c'est-à-dire 1 %, 0,05, 5 %, ou 0,10 qui est 10 %.

souligner que dans le cadre des analyses descriptives multivariées, nous aurons à réaliser une analyse des correspondances multiples (AFCM), suivie d'une analyse des classifications pour dégager une typologie des couples sérodifférents au Congo.

V. 1.6.2. Analyse explicative

Elle va s'appuyer sur le modèle de régression logistique qui semble approprié à ce genre de recherches. Certes, la sérodiscordance est un phénomène rare statistiquement parlant (4,6 %) ce qui ne devrait pas empêcher d'utiliser ce modèle qui est très courant en épidémiologie même pour les cas rares. Par exemple, elle a été utilisée dans l'étude sur *Baseline risk factors that predict the development of open-angle glaucoma in a population : the los angeles latino eye study* publiée dans le journal américain ophthalmology et cité par El. Sanharawi et al. (2013).

Cette étude consistait à déterminer les facteurs à risque de glaucome à angle ouvert chez 3 772 patients dont 87 avaient développés la pathologie pendant les quatre ans d'étude soit 2,3 % (El Sanharawi et Naudet, 2013) . Une proportion faible comparée à celle des couples discordants au Congo environ 5 %.

La régression logistique est donc appropriée, et permet de décrire les relations entre la variable dépendante qualitative et dichotomique (sérologie discordante) avec les autres variables de l'étude pour tester l'hypothèse de travail.

Elle s'appuie sur la méthode de maximum de vraisemblance pour estimer les paramètres du modèle. Cette méthode est essentiellement probabiliste, elle fournit des coefficients de régression β_i à partir desquels on calcule les rapports de cotes (odds ratio).

$Y_i =$ oui si le couple i est discordant pendant l'enquête, non si i n'est pas discordant au moment de l'enquête. Le niveau de la sérodiscordance est égale à :

$$\text{sérodiscordant} = \Pr (Y=1) = P$$

$Y =$ couple discordant au moment de l'enquête.

$$\ln \frac{p}{1-p} = b_0 + b_1 X_1 + b_2 \text{conlutte} + \dots + b_p X_p$$

$$\frac{p}{1-p} = e^{(b_0 + b_1 X_1 + b_p X_p)}$$

$$\frac{p}{1-p} = e^{bjX_j} = e^b = \text{odds Ratio} = \text{rapport de chances}$$

Ratio = rapport de chances.

Un rapport de cotes plus grand que 1 (le coefficient de la modalité de référence), signifie que la probabilité est grande qu'un couple soit discordant et un rapport de cote inférieur à 1 signifie une probabilité plus faible que le couple soit discordant. La stratégie d'analyse adoptée est une procédure pas à pas. Trois modèles caractérisent les interprétations des résultats multivariés dont les variables indépendantes sont introduites par bloc.

Le modèle de base comporte uniquement les variables relatives aux principales caractéristiques individuelles des partenaires.

À ce modèle de base, sont ajoutées dans la seconde étape les variables socioculturelles, ce qui constitue le modèle 2.

La dernière étape, notée modèle 3, se caractérise par l'ajout au modèle 2 de nouvelles variables relatives aux connaissances des mécanismes de transmissions du SIDA. Cette procédure, pas à pas, a pour objectif de faire ressortir les effets nets sur la variable dépendante des autres variables quand on introduit de nouvelles variables explicatives.

Comment interprète-t-on les résultats ?

L'interprétation porte sur deux séries d'éléments : la validité et la vraisemblance du modèle d'une part, et les influences respectives des variables explicatives sur la variable expliquée d'autre part.

La vraisemblance du modèle s'apprécie à l'aide de la statistique du Khi² rattachée dont la significativité renseigne sur la corrélation entre la ou les variables explicatives et la variable dépendante (à expliquer).

Le seuil de significativité retenu dans ce travail s'étend de 1 % à 10 %, compte tenu de la nature des données disponibles. Le degré d'adéquation du modèle est donné par le coefficient de détermination appelé aussi pseudo R².

Celui-ci permet d'apprécier le pouvoir prédictif du modèle en donnant la contribution de ce dernier dans l'explication du phénomène observé (la part expliquée par le modèle).

L'interprétation de l'inverse de l'exponentiel du coefficient B_j ($1/e^{B_j}$) se fait en le comparant à la valeur attendue de la modalité de référence (1). Lorsque l'inverse de l'exponentiel du coefficients B_j ($1/e^{B_j}$) > 1 , la modalité j a plus de risques ou de chances d'observer le phénomène étudié (sérodiscordance) que la modalité de référence.

À l'opposé, lorsque l'inverse de l'exponentiel des coefficients B_j ($1/e^{B_j}$) < 1 , la modalité j a $1-(1/e^{B_j})$ signifie moins de risques en (pourcentage) d'observer le phénomène que la modalité de référence.

Par exemple, pour le niveau de vie, si la modalité de référence est « élevé » et que les odds ratios sont respectivement 2,5 et 0,3 pour la modalité « faible » et la modalité « moyen ».

On interprétera ces résultats comme suit : comparés, aux couples dont le niveau de vie du ménage est élevé, ceux ayant un niveau de vie faible courent 2,5 fois plus de risques (ou chances) de sérodiscordance.

En revanche, par rapport aux couples ayant un niveau de vie élevé, ceux du niveau moyen ont 70 % $[(1- 0,3) *100]$ moins de chance de sérodiscordance.

Dans le cadre de ce travail, deux fichiers sont utilisés (homme, femme), et les analyses se font simultanément en rapport avec chaque thématique. Une variable est considérée comme facteur explicatif de la sérodiscordance, lorsque dans l'un des cas (homme ou femme), elle est associée au phénomène étudié. Il en est de même pour la vérification de l'hypothèse de recherche.

V. 2. APPROCHE QUALITATIVE

L'exploitation de la base de données de l'ESISC, révèle quelques insuffisances qui ne permettent pas de bien saisir notre problématique. En effet, certaines de nos préoccupations n'ont pas été prises en compte dans ladite enquête à savoir : la connaissance de la sérologie du partenaire infecté (e) par son conjoint, le désir de maternité et les motivations des personnes vivant en couple discordant. D'où l'intérêt d'une enquête complémentaire qui s'inscrit dans une approche qualitative dont l'objectif consisterait à répondre à ces interrogations.

V. 2.1. Distinction entre les approches qualitative et quantitative

Commençons notre propos par une brève description des approches « quantitative » et « qualitative ».

Pour Schumacher (1998), la différence entre le quantitatif et le qualitatif ne signifie pas une opposition des deux approches, voire la valorisation de l'une au détriment de l'autre, il s'agit au contraire de deux méthodes complémentaires (réalités de même continuum).

La collecte et l'analyse d'informations concernant la population et la réalité sociale ont longtemps été synonymes d'enquêtes quantitatives, le terrain était dominé par les statisticiens et, en particulier dans le domaine de la santé, par les épidémiologistes. Les données traduites en chiffres sont habituellement plus crédibles, rendant ainsi la recherche quantitative plus « Scientifique ». Ce n'est qu'au cours des dernières décennies que les sociologues, psychologues et anthropologues ont de plus en plus eu recours aux méthodes qualitatives dans l'étude de thèmes sociaux.

Les méthodes qualitatives se caractérisent donc par une procédure ouverte, visant à déterminer « qu'est-ce qui existe » et « pourquoi il en est ainsi » plutôt que « combien en existe-t-il ».

En permettant aux gens d'exprimer librement leurs opinions, points de vue et expériences, les méthodes qualitatives visent à cerner la réalité telle que la définit le groupe à étudier, sans imposer à la population un questionnaire ou un cadre préstructuré (toujours élaboré par les chercheurs). (Maier et Goergen 1994 :3 ; voir aussi Walker 1985 :5).

Étant moins structurées, les méthodes qualitatives offrent plus de possibilités à répondre aux besoins des informateurs, et ce, en fonction de la nature du sujet à traiter. Les méthodes qualitatives sont certes les mieux adaptées dans les recherches en sciences humaines et sociales du fait de la richesse des données collectées et de la compréhension en profondeur du sujet, mais comportent quelques limites entre autres, la non-généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Également, il se pose un problème de la comparaison internationale.

Or, on connaît la fécondité de l'analyse comparée, expérimentée dès les débuts de la sociologie par Dürkheim et Weber dans leurs travaux précurseurs⁷⁴. Le choix d'une approche

⁷⁴ Dürkheim et Weber ont eu recours à l'analyse comparée respectivement dans *Le suicide* et la sociologie des religions pour fonder leur propos.

« quantitative » ou « qualitative » dépend essentiellement du sujet de recherche et de la stratégie choisie. Il convient de comparer les avantages et les limites de chacune de ces méthodes, autrement dit, de déterminer la méthode la plus appropriée à l'étude envisagée. Il serait donc faux de considérer les méthodes quantitatives et qualitatives comme opposées et s'excluant mutuellement. Les termes « quantitatif » et « qualitatif » désignent plutôt des tendances, étant donné que chacune de ces deux méthodes repose sur les mêmes techniques de base, soit l'entretien et l'observation. C'est le degré de structuration d'une méthode qui prédétermine les résultats à escompter : données analytiques, plutôt quantifiables ou données à caractère plutôt descriptif, exhaustif, pour ainsi dire « en prose ».

Il est donc évident, que l'une et l'autre présentent des avantages et des limites qui leur sont propres et qui demandent à être examinés avant l'élaboration d'une stratégie de recherche ». (PNUD, Banque mondiale et OMS, 1997).

V.2.2. Enquête complémentaire

Du 16 au 28 avril 2018, nous avons réalisé à Pointe-Noire (République du Congo) plus précisément au centre de prise en charge des PVVIH évangélique de Mpaka, 25 entretiens auprès des personnes vivant avec VIH (hommes et femmes) dont le/la conjoint (e) est séronégatif (ve) et 5 interviews avec le personnel de santé évoluant dans ledit centre.

Le choix de Pointe-Noire n'est pas hasardeux, il est l'un des départements qui ont les taux de prévalence du VIH et de sérodiscordance les plus élevés dans le pays. (respectivement 4,6 % et 6,5 %) (INS-Congo, 2009 a).

V.2.2.1. Entretien semi-directif

L'entretien semi-directif a été choisi du fait qu'il combine quelques-uns des avantages de l'entretien structuré, tels que la systématisation plus facile et la possibilité d'une semi-quantification, avec d'autres de l'entretien ouvert, tels qu'une certaine flexibilité. Ainsi, il est utilisé comme « compromis » entre les deux et font souvent partie des évaluations rapides (p. 19).

L'entretien semi-directif comme les deux autres types d'entretiens est basé sur l'utilisation d'un guide d'entretien, qui est une liste écrite de questions ou de sujets (thèmes) qui doivent

être couverts pendant l'entretien. L'ordre exact et le choix des mots peuvent varier d'un/d'une enquêté (e) à l'autre (Hudelson, 1994).

V.2.2.2. Déroulement des entretiens

Ces interviews étaient réalisées lors des consultations médicales, les contrôles mensuels de routine et des espaces de paroles hebdomadaires organisés par le service médical du centre. La sélection des personnes à interroger s'est faite à la suite d'un tirage aléatoire simple des fichiers informatisés des patients inscrits dans la file active du centre.

Les résultats de tests les plus récents (trois mois) étaient utilisés pour confirmer le statut VIH positif et négatif des partenaires.

La durée moyenne d'un entretien était estimée à une heure trente minutes, en dix jours, nous avons réalisé environ 30 entretiens, soit environ trois entretiens par jour, la plupart se déroulaient en l'absence des partenaires négatifs ; le consentement éclairé des individus était obtenu avant de débiter les entretiens ; la confidentialité garantie pour mettre en confiance nos interlocuteurs.

Les interviews avec le personnel de santé avaient porté sur le suivi médical des patients (observance du traitement ARV, évolution des CD4, charge virale), la connaissance de leur sérologie par leur partenaire et les motivations des personnes en couple discordant (voir guide d'entretien annexe N° 2).

V.2.3. Analyse de contenu

Elle est faite manuellement sur la base des thématiques et comprend trois étapes : la préanalyse, qui se focalise sur la lecture des fiches d'entretiens « il s'agit de lire et relire les documents à analyser pour tenter de bien saisir leurs messages apparents ». (Savoie-Zajc, 2000).

L'étape suivante consiste à déterminer des indices contenus dans le corpus, découper le corpus en unités comparables, le catégoriser en vue de l'analyse thématique, bref, il s'agit de la « décontextualisation ».

Enfin, l'exploitation a quant à elle consisté à l'élaboration d'une grille de catégories, c'est-à-dire créer des rubriques d'éléments ayant des caractères communs puis à coder ou compter des unités (Robert & Bouillaguet, 1997, p. 30).

V.2.4. Caractéristiques sociodémographiques de la population interviewée

Notre population d'étude est composée de 25 individus (8 hommes, 17 femmes), avec une moyenne d'âge de 45 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes (tableau 30).

À propos de l'instruction, 2 hommes ont un niveau du primaire, 6 du secondaire et 1 du supérieur ; pour la religion, tous sont chrétiens (2 des Assemblées chrétiennes, 5 catholiques et 1 évangéliste) ; pour le milieu de socialisation, 3 sont socialisés dans les grandes villes (Brazzaville, Pointe-Noire) et 5 en milieu rural ; pour les activités exercées, 1 agent de sécurité, 1 vendeur au marché, 1 vendeur en pharmacie, 1 maçon, 1 mécanicien, 2 policiers et 1 chauffeur ; 2 hommes sur 8 sont mariés à l'état-civil dont 1 en union polygame ; 4 sont en couple depuis moins de 5 ans, 3 entre 5 et 9 ans et 1 entre 10 ans et plus ; 5 hommes sur 8 ont une bonne observance du traitement ARV.

Cependant côté femme, on note que 12 pratiquent les religions chrétiennes, 1 est kimbanguiste et 3 d'autres types de croyances ; au sujet du milieu de socialisation, 9 sur 17 sont socialisés dans les grandes villes, 3 dans les petites villes et 4 en milieu rural ; pour l'instruction, 4 sont sans niveau, 6 ont le niveau du primaire, 5 du secondaire, et 2 du supérieur ; concernant le nombre d'années de vie commune, 4 vivent ensemble depuis moins de cinq ans 11 entre 5 et 9 ans et 2 entre 10 ans et plus. Pour ce qui est de l'activité professionnelle, 6 sont ménagères, 1 comptable, 5 vendeuses au marché, une vendeuse en pharmacie, une sage-femme, une coiffeuse, une institutrice et 1 professionnelle du sexe. Les 17 femmes interrogées ont une bonne observance du traitement ARV.

Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

N°	Sexe	Âge	Activité	Type	Niveau scolaire	Ethnie	Religion	Type d'union	Désir de maternité
1	F	48	comptable	marié	sup	pounou	catholique	polygame	oui
2	F	46	vendeuse	marié	prim	teke	ASS.chre	monogame	non
3	M	39	gardien	union L	prim	lari	catholique	monogame	oui
4	M	23	vendeur	Union L	seco	lari	ASS.chre	monogame	oui
5	M	53	maçon	marié	prim	lari	catholique	polygame	non
6	F	38	vendeuse	marié	seco	bembe	catholique	monogame	non
7	M	55	pharmacie	union L	prim	RDC	catholique	monogame	oui
8	F	41	vendeuse	union L	sans	kamba	ASS.chre	monogame	oui
9	M	46	mécanicien	Union L	sup	lali	ASS.chre	monogame	non
10	F	38	Sag. femme	Union L	prim	teke	Brahnam	monogame	oui
11	F	49	ménagère	Union L	3eme	teke	ASS.chre	polygame	non
12	F	36	coiffeuse	Union L	sans	teke	sans	monogame	non
13	F	41	ménagère	marié	prm	mbamba	ASS.chre	monogame	non
14	F	50	vendeuse	Union L	sup	lari	catholique	monogame	non
15	F	25	ménagère	Union L	prim	loumbou	EEC	monogame	non
16	F	38	pharmacie	Union L	seco	lari	sans	monogame	non
17	F	46	vendeuse	Union L	prim	mbochi	sans	monogame	non
18	F	45	PS	Union L	seco	Kongo	sans	monogame	non
19	F	56	debrouilarde	Union L	sans	teke	EEC	monogame	non
20	M	40	policier	marié	sup	teké	catholique	monogame	non
21	M	45	chauffeur	Union L	seco	kamba	EEC	monogame	non
22	F	39	institutrice	Union L	sup	loumbou	Kimgauiste	monogame	oui
23	M	57	policier	Union L	sup	lari	catholique	monogame	non
24	F	48	ménagère	Union L	prim	bembe	catholique	polygame	non
25	F	46	menagère	marié	sans	moudondo	ASS.chre	monogame	oui

Pour le personnel de santé, nous avons interviewé 3 femmes, 1 homme, l'âge moyen des enquêtés est de 42,5 ans et la durée moyenne dans la profession est de 5,75 ans.

Tableau 29 : Caractéristiques sociodémographique du personnel de santé enquêté

N°	Sexe	Age	Fonction	Structure de rattachement	Expérience professionnelle
1	F	50 ans	Infirmière	Centre de prise en charge EEC	12 ans
2	F	40 ans	Infirmière	Centre de prise en charge EEC	4 ans
3	F	41 ans	Infirmière	Centre de prise en charge EEC	4 ans
4	M	39 ans	Infirmier	Centre de prise en charge EEC	3 ans

Les détails des enquêtés sont présentés en Annexe IV.

Conclusion

La méthodologie est la clé de toutes productions scientifiques, d'elle dépend la qualité de la recherche. Pour cette étude, nous avons eu recours à deux principales sources de données : l'enquête de séroprévalence et des indicateurs de sida (ESISC-09) et l'enquête complémentaire réalisé à Pointe-Noire en 2018. À ces données, on y associe les informations fournies par les trois recensements du Congo, (RGPH, 1974, 1984 et 2007), EDS-2005 et 2011, l'enquête sur la distribution des nouvelles infections selon les groupes d'expositions au Congo 2013, l'enquête comportementale couplée à la sérologie du VIH chez les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus (2013). L'évaluation de la qualité des données de l'ESISC-2009 a permis de conclure à une meilleure qualité des données. Par conséquent, peuvent être utilisées pour cette étude.

Cette deuxième partie, consacrée à la présentation du terrain d'étude et la méthodologie, a permis dans un premier temps de mettre en relief les éléments de contexte susceptibles d'influencer la sérodiscordance au Congo. Il s'agit plus précisément de l'environnement géographique, la situation socio-politique et le contexte économique. Pour la méthodologie, nous avons présenté les principales sources de données ESISC, et l'enquête complémentaire menée à Pointe-Noire dans le cadre d'une approche qualitative. Ces sources sont complétées par des informations provenant des recensements de population de 1974, 1984 et 2007 ; des enquêtes démographiques et de santé de 2005 et 2011-2012. Toutes ces données permettent de bien cerner le sujet de recherche notamment, les mécanismes de formations des couples discordants au Congo.

Après l'évaluation de la qualité des données (Taux de non-réponse, Méthodes d'évaluation graphique, Rapport de masculinité, Indice de Whipple, Indice de Myers, Indice de Bâchi), le choix des variables de l'étude, nous avons construit trois indicateurs (la sérodiscordance, les mécanismes de transmission du sida, le niveau de vie) et présenter les méthodes d'analyses.

Dans la troisième partie, nous allons présenter les résultats de notre recherche.

TROISIÈME PARTIE :

TYPOLOGIE ET ESSAI D'EXPLICATION

DE LA SÉRODISCORDANCE AU CONGO

« Le VIH est sans doute le plus grand défi de santé publique qu'ait à affronter l'humanité aujourd'hui. Au-delà des individus, ce sont les familles, les communautés et les économies nationales qui risquent d'en subir les effets dramatiques » (Roura, 2005, p. 703). Les couples discordants comme bien d'autres groupes à risque sont des vecteurs de diffusion de l'infection par le VIH au Congo. L'enjeu étant de réduire la propagation de l'épidémie en rapport aux objectifs de développement durable « zéro contamination en 2030 », il nous semble nécessaire de mettre à la disposition des pouvoirs publics et des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida, des outils permettant de mener des actions plus ciblées de dépistage et de prise en charge. Il s'agit plus concrètement de construire des typologies des couples discordants (chapitre VI) et d'élucider les causes socioculturelles et économiques qui favorisent le phénomène (chapitre VII), car « pour guérir un mal, il faut l'attaquer à sa racine ».

CHAPITRE VI

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET TYPOLOGIE DES COUPLES DISCORDANTS AU CONGO

Il est question dans ce chapitre d'examiner la distribution de l'échantillon (analyse univariée), suivie d'une analyse bivariée qui permettra de mettre en exergue les relations existantes entre la variable dépendante (sérodiscordance) et les autres variables explicatives (milieu de résidence, région de résidence, le département, l'ethnie, la religion, le niveau de vie, le niveau d'instruction, la connaissance du sida, le statut sérologique, la durée de vie du couple, le nombre total de partenaires, le nombre d'enfants, l'utilisation du préservatif). Enfin, nous allons procéder à une analyse des classifications qui sera précédée par l'analyse factorielle des correspondances multiples en vue de dresser une typologie des couples discordants au Congo⁷⁵.

VI. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

VI. 1.1 Distribution de la population échantillonnée

Ce premier niveau d'analyse consiste à effectuer des statistiques simples univariées sur certaines variables que nous supposons pouvoir expliquer le phénomène étudié. L'objectif étant d'explorer ces variables (tri à plat) afin si nécessaire, de les transformer, les corriger ou les abandonner. Cette étape permet également, de préparer les données pour d'éventuelles analyses bi et multivariées (Masuy-Stroobant et Costa, 2013).

L'exploitation des données (tableau 29) indique que les âges moyens et médians des femmes congolaises sont respectivement de 29,10 ans et 28,37 ans, alors qu'il est de 35 ans chez les hommes.

⁷⁵ Les tableaux et graphiques de ce chapitre issu de l'exploitation des d'enquêtes ont été réalisés par l'auteur

Plus de la moitié des personnes enquêtées résident en milieu urbain, précisément à Brazzaville et Pointe-Noire, respectivement 33,7 % et 20, 2 %. La religion dominante est l'église de réveil avec 31,7 % contre 29,2 % pour d'autres types de croyances (animisme, églises traditionnelles). La plupart des personnes interrogées, femmes comme hommes ont fréquenté l'école et atteint le niveau du secondaire.

Concernant la répartition de la population selon l'activité professionnelle, 9 hommes sur 10 sont occupés contre 7 femmes sur 10.

60,2 % des femmes déclarent avoir eu entre 2 à 4 partenaires au cours de leur vie, alors que 32,8 % des hommes déclarent entre 5 à 9 partenaires. Aussi, la majorité des personnes n'ont jamais effectué un test de dépistage du VIH/sida. Il apparaît également qu'en dépit, d'une bonne connaissance des moyens de prévention et des mécanismes de transmission du VIH, la quasi-totalité des individus n'utilise pas le préservatif (voir le tableau 30).

Tableau 30 : Distribution des couples enquêtés par rapport aux variables sélectionnées

Variables/Modalités		Femme		Homme	
		Effectifs	Proportion %	Effectifs	Proportion %
Sérodifférence	Non discordant	2162	95,4	2162	95,4
	Discordant	103	4,6	103	4,6
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Milieu de résidence	Urbain	1340	59,2	1340	59,2
	Rural	925	40,8	925	40,8
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Région de résidence	Brazzaville	762	33,7	762	33,7
	Pointe-Noire	458	20,2	458	20,2
	Sud	643	28,4	643	28,4
	Nord	402	17,8	402	17,8
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Ethnie	Kongo	1295	27,9	1302	57,7
	Téké	414	23	376	16,7
	Mbochi	243	17,4	276	12,2
	Autre	310	31,7	303	13,4
	Ensemble	2263	100,0	2257	100
Religion	Catholique	626	27,9	628	27,9
	Protestant	515	23	395	17,6
	Réveils	712	31,7	562	25,0
	Autres	391	17,4	664	29,5
	Ensemble	2244	100,0	2250	100,0
Niveau de vie	Faible	958	42,3	958	42,3
	Moyen	452	19,9	452	19,9
	Elevé	855	37,8	855	37,8
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Activité professionnelle	Occupé	1526	67,6	2056	91,3
	Non occupé	731	32,4	196	8,7
	Ensemble	2257	100,0	2252	100,0
Niveau d'instruction	Sans niveau	129	5,7	38	1,7
	Primaire	688	30,4	401	17,7
	Secondaire	1377	60,8	1568	69,2
	Supérieure	72	3,2	258	11,4
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Âge groupés	15-19	168	7,4	9	0,4
	20-24	524	23,1	132	5,8
	25-29	579	25,6	403	17,8
	30-34	451	19,9	577	25,5
	35-39	323	14,3	502	22,2
	40-44	160	7,0	388	17,1
	45-49	60	2,6	254	11,2
	(15-49)	2265	100,0	2265	100,0

Tableaux 30 : suite.

Variables/modalités		Femme		Homme	
		Effectifs	Proportions %	Effectifs	Proportions %
Nombre total d'enfants	Aucun enfant	138	6,1	84	3,7
	1 à 4 enfants	1615	71,3	1538	67,9
	5 à 9 enfants	497	21,9	583	25,7
	10 plus	15	0,7	61	2,7
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Nombre total de partenaires	1 partenaire	266	11,8	38	1,7
	2 à 4	1363	60,2	303	13,4
	5 à 9	531	23,4	742	32,8
	10 à 14	59	2,6	319	14,1
	15 à 19	20	0,9	189	8,4
	20 plus	26	1,1	666	29,5
	Ensemble	2265	100,0	2257	100,0
Nombre d'années de vie commune	0 à 4 ans	688	29,5	563	24,8
	5 à 9 ans	658	29,1	644	28,4
	10 plus	939	41,5	1058	46,7
	Ensemble	2265	100,0	2265	100,0
Enceinte	Oui	432	19,1		
	Non ou NSP	1834	80,9		
	Ensemble	2265	100,0		
Dépistage antérieur	Déjà	612	27,4	600	26,6
	Jamais	1621	72,6	1655	73,4
	Ensemble	2233	100,0	2254	100,0
Rapports protégés	Oui	219	9,8	293	13,0
	Non	2024	90,2	1954	87,0
	Ensemble	2242	100,0	2247	100,0
Connaissance du VIH/sida	Bonne	915	41,7	1165	51,8
	Moyenne	889	40,5	792	35,2
	Mauvaise	392	17,9	292	13,0
	Ensemble	2196	100	2249	100
Connaissance des moyens de prévention	Connait	1435	64,8	1878	83,5
	Ne connais pas	779	35,2	370	16,5
	Ensemble	2214	100,0	2248	100,0

Par ailleurs, le tableau 31 présente un résumé de l'ensemble des résultats de l'analyse bivariée. On peut lire sur ce tableau une association très forte (seuil de 1 %) entre la sérodiscordance et l'âge, le nombre de partenaires, les rapports protégés ; une forte corrélation (seuil de 5 %) avec le niveau d'instruction, la religion et la connaissance des

mécanismes de transmission du sida et une faible significativité (seuil de 10 %), avec le niveau de vie et la connaissance du statut sérologique (Cahuzac et Bontemps, 2008).

Tableau 31 : Proportion des couples discordants suivant les variables explicatives

Variables	Modalités	Femme			Homme		
		Effectifs	%	Khi ²	Effectifs	%	Khi ²
Milieu de résidence	Urbain	67	5	.21 NS	67	5	.21 NS
	Rural	36	3,9		36	3,9	
Région	Brazzaville	31	4,1	.25 NS	31	4,1	.25 NS
	Pointe-Noire	28	6,1		29	6,1	
	Sud	31	4,8		31	4,8	
	Nord	14	3,5		14	3,5	
Ethnie	Kongo	57	4,4	.97 NS	68	5,2	.43 NS
	Teke	20	4,8		14	3,7	
	Mbochi	11	4,5		11	4	
	Autre	15	4,8		11	3,6	
Religion	Catholique	36	5,8	.25 NS	31	4,9	0,05**
	Protestant	20	3,9		27	6,8	
	Réveil	31	4,4		20	3,6	
	Autres	13	3,3		24	3,6	
Niveau de vie	Faible	42	4,4	0,06*	42	4,4	0,06*
	Moyen	13	2,9		13	2,9	
	Élevé	49	5,7		49	5,7	
Instruction	Primaire	26	3,2	0,01**	18	4,1	.71 NS
	Secondaire	78	5,4		71	4,5	
	Supérieur	-	-		14	5,4	
Âge	20-24	15	2,2	0,000***	-	-	0,003***
	25-29	28	4,8		14	2,6	
	30-34	27	6		25	4,3	
	35-39	33	6,1		24	4,8	
	40-44	-	-		26	6,7	
	45-49	-	-		13	5,1	

Tableau 31 (suite)

Variables	Modalités	Femme			Homme		
		Effectifs	%	Khi ²	Effectifs	%	Khi ²
Nombre d'enfants	0 à 2	49	4,7	92 NS	21	2,3	0,00***
	3 à 4	30	4,3		41	5,8	
	5 plus	24	4,7		42	6,5	
Année de vie commune	0 à 4 ans	29	4,3	.52 NS	24	4,3	0,046**
	5 à 9 ans	26	4		25	3,9	
	10-14	48	5,1		54	5,1	
Nombre de partenaires	1 à 5	33	2,7	0,003***	10	1,8	0,000***
	6 à 10	60	7,4		24	3,4	
	11 plus	10	5,6		70	7,1	
Connaissance du sida	Bonne	44	4,8	.52 NS	62	5,3	0,05**
	Moyenne	33	3,7		25	3,2	
	Mauvaise	17	4,3		16	5,5	
Rapports protégés	Oui	18	8,2	0,007***	23	7,8	0,000***
	Non	85	4,2		79	4	
Dépistage antérieur	Oui	36	4,1	0,06*	25	4,2	.58 NS
	Non	66	5,9		78	4,7	

N.B : Le seuil de signification du Kh2 varie de 5 à 10%. 1%*** ; 5% ** ; 10%* ; NS signifie que le Chi² n'est pas significatif en d'autres termes il n'existe pas de relation entre la variable la variable dépendante et les autres variables explicatives.

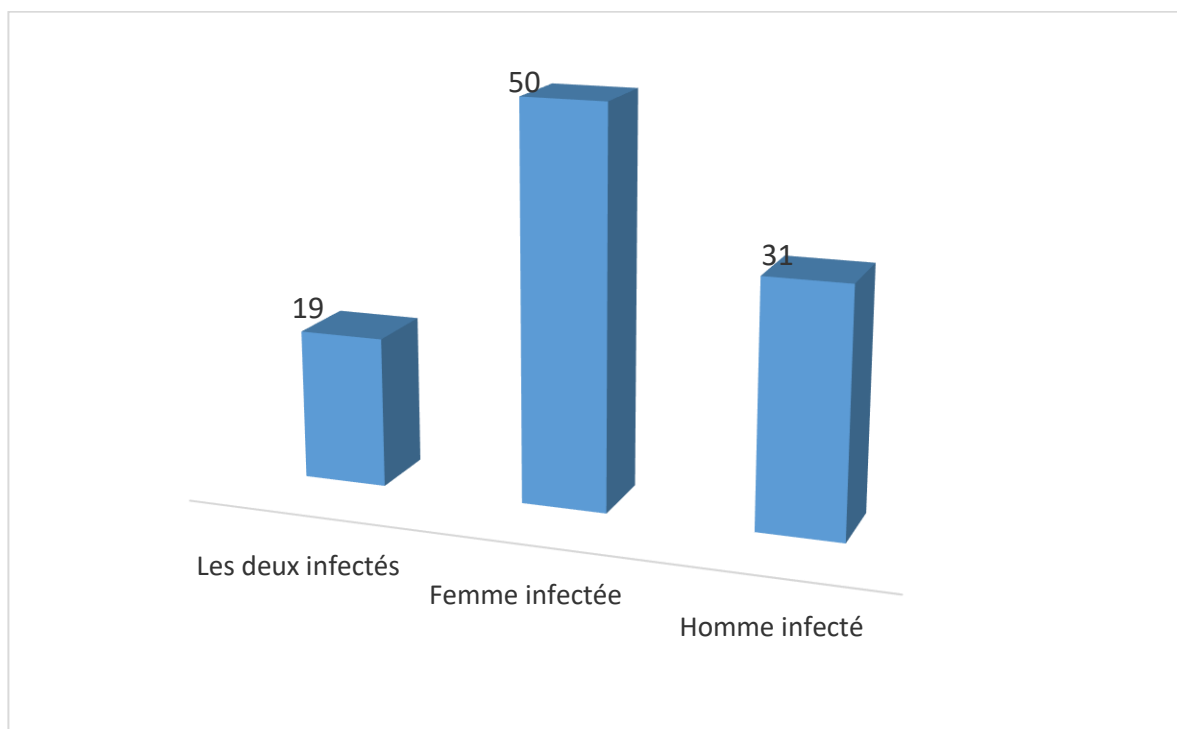
VI. 1.2. Niveau national et variations régionales de la sérodiscordance

VI. 1.2.1 Niveau national ou global

Au Congo, sur l'ensemble des couples enquêtés (2 265) en 2009, 103 couples sont sérodiscordants environ 5 %. Une proportion certes faible, mais qui a un grand impact dans le domaine du VIH/sida, dans la mesure où la progression de la maladie se fait par effet de boule-de-neige. Ce qui explique la propagation rapide de l'épidémie. En moins d'un siècle, l'infection a parcouru toute la planète contrairement aux autres épidémies ayant sévi dans le passé (la peste noire, la grippe espagnole, la poliomyélite, le choléra, etc.) (Guillaume, 2015).

Par ailleurs, si l'on considère le phénomène parmi les couples infectés, plus de 8 couples sur 10 sont discordants, la moitié étant infectée par les femmes (voir figure 32).

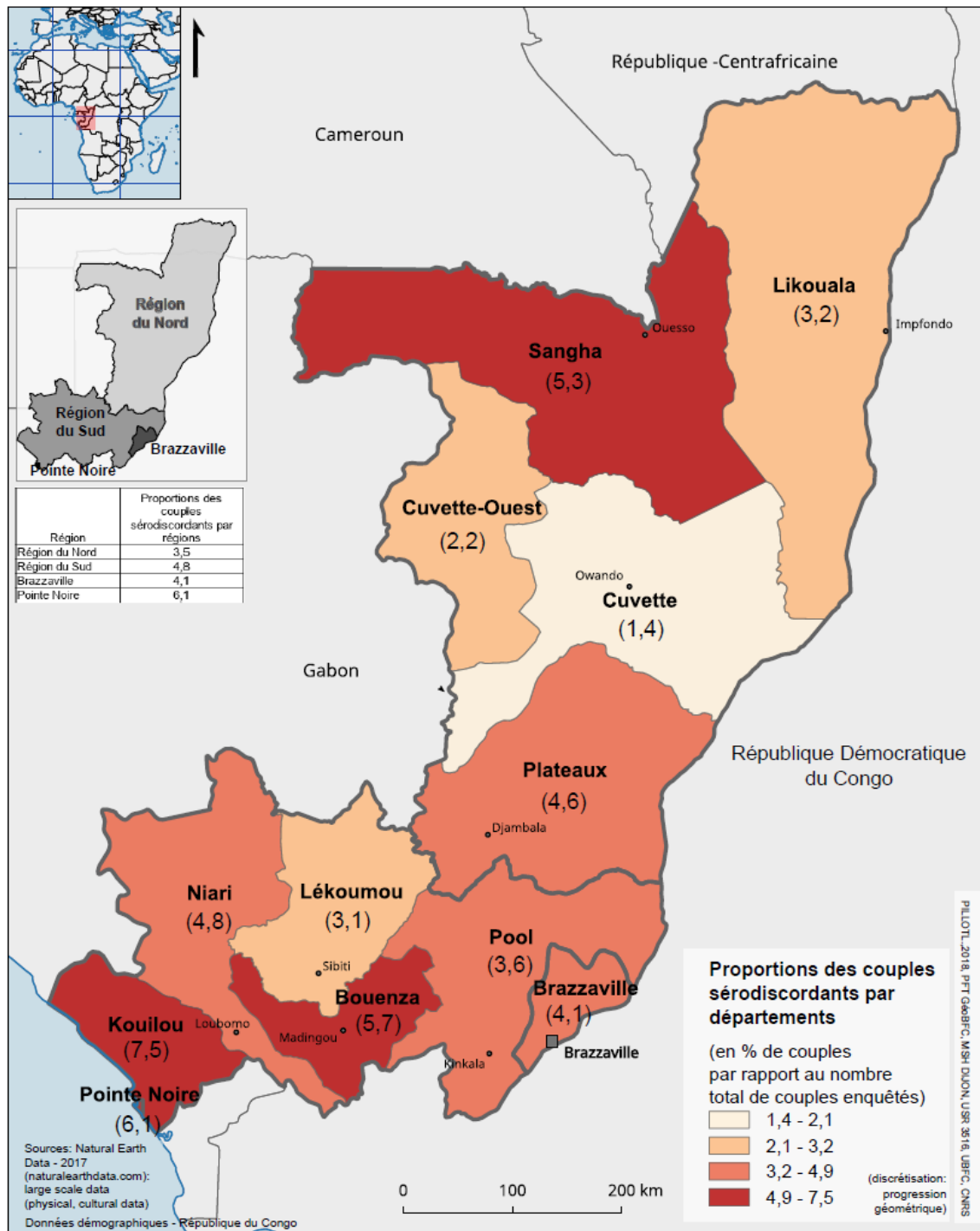
Figure 32 : Proportion des couples discordants parmi les couples infectés



VI.1.2.2. Variations des taux de sérodiscordance par département

Les départements du Kouilou, Pointe-Noire, Bouenza et la Sangha ont les taux de sérodiscordance qui dépassent la moyenne nationale (respectivement 7,5 %, 6,1 %, 5,7 %, 5,3 %). Cependant, Brazzaville, Likouala, Pool, Lékoumou, Cuvette, Cuvette-ouest et plateaux ont des taux qui varient entre 1,4 % et 4,6 % (figure 33).

Figure 33: carte de sérodiscordance au Congo



VI. 1.3. Différentiels de la sérodiscordance (analyses bivariées)

Ce niveau d'analyse permet de rechercher les corrélations entre deux variables. Dans le cas d'espèce, il s'agit de déceler des éventuelles liaisons entre la sérodiscordance (variable dépendante) et les autres variables explicatives que nous regroupons dans trois grandes catégories : les caractéristiques socioculturelles et économiques, les conditions sociodémographiques, les connaissances, attitudes et comportements à l'égard du VIH/sida.

VI. 1.3.1. Analyse des caractéristiques socio-culturelles et économiques

Dans cette catégorie, nous allons nous intéresser à l'ethnie, le milieu de résidence, la religion, la région de résidence ; aussi à certaines situations à risque qui se rattachent à la coutume telles que : la polygamie, le mariage par héritage et d'autres qui ne sont pas des phénomènes isolables, mais associées aux normes et valeurs en matière de sexualité et vie féconde. Ce qui nous permettra de comprendre comment les caractéristiques socioculturelles peuvent influencer la formation des couples discordants au Congo.

Nous commençons notre analyse par le milieu de résidence. Il rend compte du moule « culturel » dans lequel l'individu s'insère ou auquel il s'identifie. Cette variable à deux modalités : le milieu rural se caractérise par une certaine homogénéisation culturelle qui joue en faveur du contrôle social, les individus vivant en campagne sont plus enclins à respecter les règles traditionnelles. Tandis que le milieu urbain est hétérogène, l'individu doit y faire l'arbitrage entre ses normes culturelles propres et celles auxquelles il est confronté en ville. Les citadins sont ouverts aux innovations, à la modernité (Camara, 1999 ; Phipp-Yonas, 1980 ; Meekers, 1993 ; Bledsoe et Cohen, 1993 ; CERPOD, 1996).

Au niveau bivarié il n'existe aucune corrélation entre la sérodiscordance et le milieu de résidence. Toutefois, on remarque que la proportion des couples discordants est plus élevée en milieu urbain (5 %) que rural (3,9 %) (figure 34). Ces données vont dans la même que celles de l'INS-Congo et confirment la thèse de Gillespie et *al.* (2007) selon laquelle, les villes étant généralement les zones les plus riches présentent une forte concentration de l'épidémie par rapport aux zones rurales pauvres.

Ainsi, avec un taux d'urbanisation de 61,8 % ⁷⁶, favorisé par l'exode rural, les troubles sociopolitiques, et la municipalisation accélérée⁷⁷, on peut affirmer sans se tromper que les Congolais qui résident dans les centres urbains seraient plus exposés au VIH, à *fortiori* à la sérodiscordance que ceux qui vivent dans les zones rurales.

L'effet d'acculturation des jeunes citadins (la perte de culture traditionnelle) serait fondamental, car à longueur de journée, ils sont exposés aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (réseaux sociaux, internet, etc.), qui sont à l'origine de grands bouleversements sociaux et comportementaux en Afrique.

Depuis des décennies, il se développe dans plusieurs grandes villes africaines, certains comportements considérés d'indignes et pervers : la prostitution, l'homosexualité, les unions qui se forment sur les réseaux sociaux, etc. Pourtant, jusqu'à une période récente, les sujets ayant trait à la sexualité étaient considérés comme tabous. Les chaînes de télévisions occidentales sous le prisme de la mondialisation « inondent » l'Afrique d'images inédites (pornographiques), faisant ainsi l'apologie de l'activité sexuelle avec la prolifération des sites de rencontres. Ce point de vue confirme la thèse de M'burano Rwenge qui postule que les médias contribuent à la modification de la signification de l'acte sexuel considéré aujourd'hui comme un objet de plaisir, alors qu'autrefois, il répondait à un but de reproduction et n'avait strictement lieu que dans le cadre du mariage (Rwenge, 1999).

Pour Beat-Songué « en ville, les adolescents se délectent plutôt de ce que leurs offrent les films de nombreux clubs vidéo. La sélection des films donne la priorité aux films pornographiques qui sont consommés par les adolescents. Des romans du même type sont vendus aux adolescents dans les librairies de la rue et des librairies du « poteau », commercialisant de vieux livres d'occasion à vil prix sur les trottoirs des places publiques très fréquentées. » (Béat-Songue, 1998, p.185). Ilinigumugabo (1996) et Mankamté (1997) pensent que les médias sont la cause de l'effondrement des valeurs traditionnelles qui jadis ont constitué le fondement des comportements et attitudes des parents dans leur jeunesse. La virginité avant le mariage qui était

⁷⁶ Ce taux résulte du dernier recensement général de la population et de l'habitation de 2007.

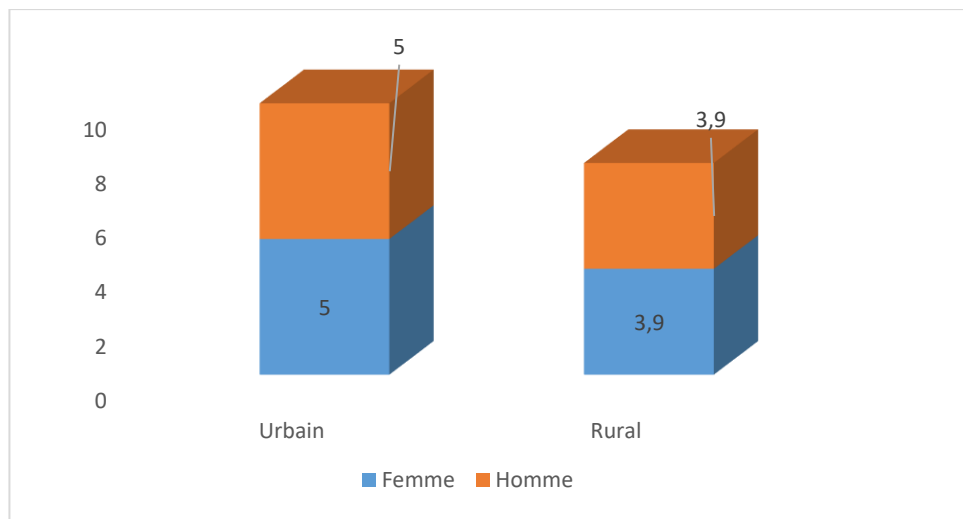
⁷⁷ La municipalisation accélérée (MA), est un programme lancé par le gouvernement de la république du Congo, de 2004 à 2016. Elle consistait à une gestion tournante des projets quinquennaux, couplé avec les manifestations délocalisées de la fête nationale dans la capitale du Département hôte. Inspiré du modèle de la MA de la Côte d'Ivoire et du Gabon, ces projets étaient ratifiés de manière concertée, entre l'Etat et les responsables départementaux concernés, réunis en un Comité de suivi. Le programme de 1.000 Milliards \$ a eu pour vocation de construire et de réhabiliter des ouvrages d'infrastructures de base, préalables à l'essor des activités industrielles et commerciales des Départements (Okamba, Gestion des projets municipaux innovants : que nous enseigne la Municipalisation accélérée du Congo, 2018).

l'une des caractéristiques de la société traditionnelle n'a plus d'importance. Une hypothèse confirmée par Rwenge, les médias sont un facteur déterminant de la primo-nuptialité, dans la mesure où ils favorisent le relâchement des mœurs.

Dans une étude sur le comportement sexuel des jeunes au Cameroun, Calvez (1992) souligne : « Les filles ne peuvent pas se permettre d'arriver à la nuit de noce toute bête, ne sachant rien » (Calvez, 1992, p. 166). Dans le même cadre, Gokaba (2011) constate qu'au Congo plus de la moitié des adolescents (59 %) sont sexuellement actifs avant le mariage (Gokaba, 2011).

Au regard de ces éléments, nous nous attendions à une association significative entre le milieu de résidence et la sérodifférence.

Figure 34 : Proportion des couples discordants selon le milieu de résidence en %



Plusieurs études en Afrique au Sud du Sahara, ont montré l'existence d'une forte affinité entre l'ethnie et la région de résidence. Au Cameroun par exemple, dans la majorité des cas, les regroupements suivent les proximités des ethnies concernées (Evina Akam, 1989). Ce qui signifie que les variations selon la région de résidence dans certains pays d'Afrique au sud du Sahara reflètent plus ou moins les variations des normes et valeurs ethno-culturelles.

Ces valeurs et normes étant moins robustes selon le degré d'urbanisation de la région.

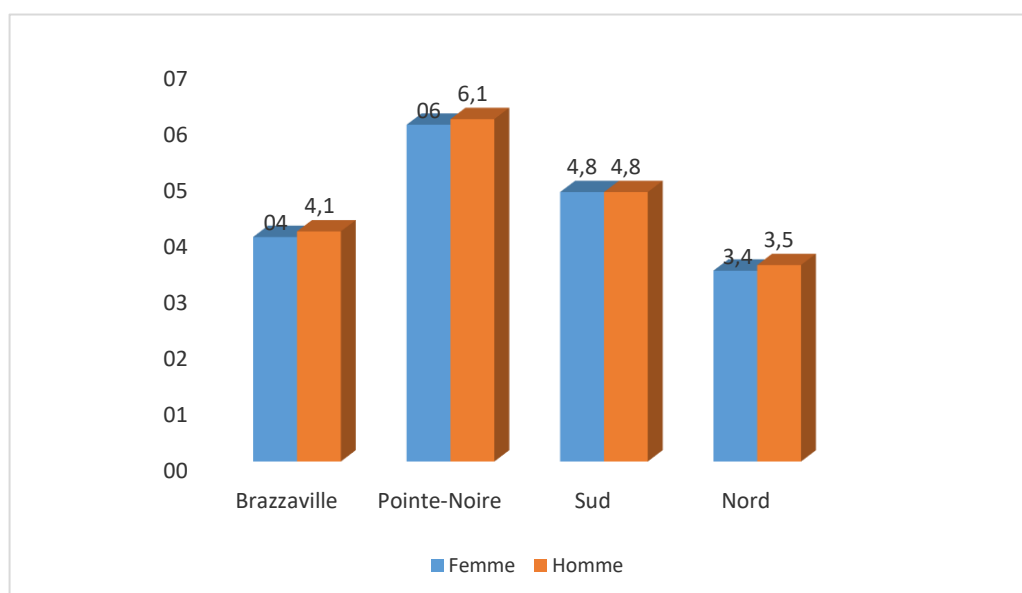
Au Congo, dans le cas de cette étude au niveau bivarié, il n'existe pas d'association entre la région de résidence et la sérodiscordance.

Néanmoins, on peut constater sur la figure 35, que les régions de Pointe-Noire et du Sud se distinguent des autres avec respectivement 6,1 % et 4,8 %. Ce résultat n'est pas surprenant, car ils rejoignent les travaux de Chemaitelly et *al.* (2014) qui ont montré que « le risque de

transmission du VIH dans un couple discordant peut être approché par l'incidence ou la prévalence du sida dans la population générale » (cf. figures 15, 33). De ce point de vue, les couples qui résident dans les régions de Pointe-Noire et du Sud, du fait des prévalences élevées du VIH/sida seraient plus exposés à la sérodiscordance que ceux qui vivent à Brazzaville et au Nord.

Cette situation peut s'expliquer par l'urbanisation, la concentration des activités économiques le long du chemin de fer, le port maritime, l'extraction du pétrole offshore, l'exploitation forestière et minière, et d'autres activités industrielles. Ces activités impliquent sans doute une forte concentration de la population, mais aussi une forte circulation monétaire avec en parallèle, une activité sexuelle intense (prostitution, rapports sexuels extraconjugaux, multipartenariat, «2^e bureau»⁷⁸, etc...) ; sans oublier les effets des différentes guerres.

Figure 35 : Proportion des couples discordants selon la région de résidence en %



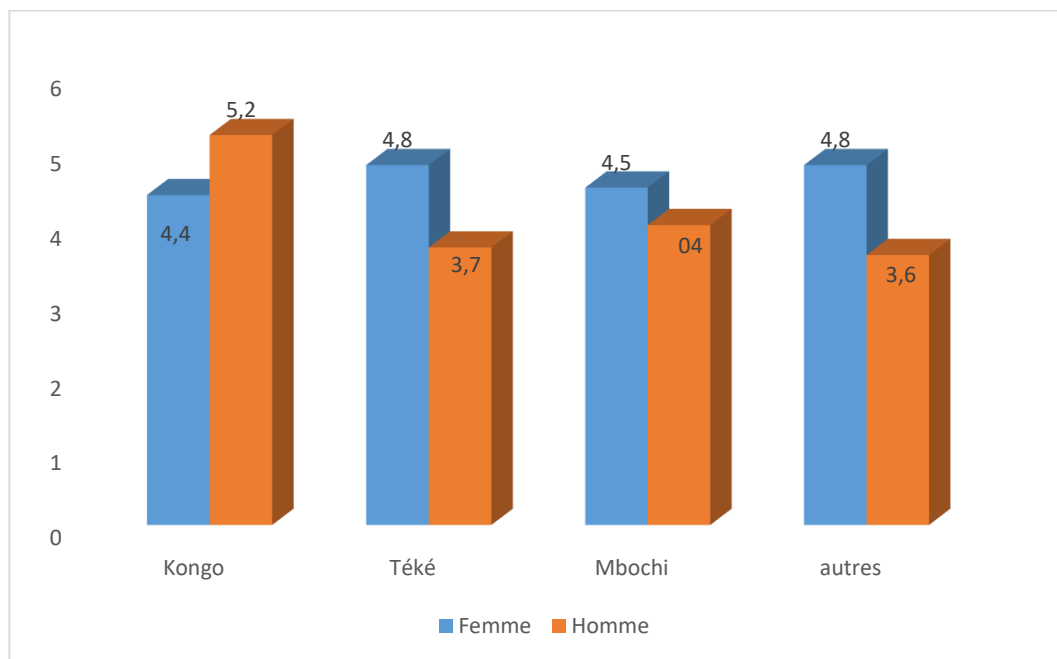
Dans presque toutes les sociétés africaines, les problématiques de sexualité et fécondité sont sous le contrôle des cultures et l'ethnie reste le facteur socioculturel majeur dans la détermination de ces comportements.

Au Congo, au niveau bivarié, il n'apparaît aucune relation entre l'ethnie et la sérodiscordance. Alors que, nous nous attendions à une relation significative dans la mesure où la plupart des unions au Congo sont mono-ethnique.

⁷⁸ 2^{ème} bureau où « bureaugamie » et polygamie ne seraient que des synonymes et renverraient à une même réalité sociale.

Or, comme le souligne de Singly, la proximité culturelle entre conjoints est un facteur qui favorise la conversation conjugale par conséquent permet de réguler les tensions dans le couple (De Singly, 2016). Néanmoins, la figure 36 relève quelques variations, les couples kongo se démarquent des autres ethnies avec respectivement 5,2 % contre 3,6 %.

Figure 36 : Proportion des couples discordants selon l'ethnie en %



Comme l'ethnie, la religion est une variable de différenciation des comportements sexuels et de régulation de la vie sociale. Nous constatons qu'au niveau bivarié, la religion est associée à la sérodiscordance au seuil de 5 %.

Les hommes protestants se distinguent des femmes d'autres religions avec respectivement 6,8 % de couples discordants contre 3,3 % (figure 37).

Il y a plusieurs tentatives d'explications à cette situation.

Pour les adeptes du protestantisme, la valeur d'une personne ne dépend ni de ses qualités, ni de son mérite, ni de son statut social, mais de l'amour gratuit de Dieu qui confère à chaque être humain un prix inestimable. À cet effet, l'homme n'a pas à mériter son salut en essayant de plaire à Dieu.

Dieu lui fait grâce, sans condition. Cet amour gratuit de Dieu rend l'Homme apte, à son tour, à aimer ses semblables, gratuitement. En ce qui concerne la vie conjugale ou le mariage, contrairement aux catholiques, les protestantes ne considèrent pas le mariage comme un

sacrement. Il s'agit d'un acte de responsabilité et l'engagement libre des époux l'un envers l'autre, fait partie des autres rites admis (confirmation et funérailles).

La cérémonie venant seulement compléter le mariage civil, la préparation sera surtout axée sur son déroulement : lectures, prières, cantiques, prières et formule de consentement. Les époux s'engagent mutuellement devant Dieu et la communauté, en demandant la bénédiction divine sur leur mariage. L'avertissement public est le suivant marc 10 : 9 : « Que l'homme ne sépare pas ce que Dieu a uni ». Après la signature du registre par les époux et leurs témoins, le pasteur remet une bible aux nouveaux époux⁷⁹.

En s'appuyant sur ce raisonnement, deux hypothèses semblent plausibles :

- dans un premier moment, nous pensons que, du fait de la tolérance à l'égard des personnes atteintes du sida et au nom de l'amour qui est le leitmotiv de la plupart des prédications, les protestants seraient plus exposés à la sérodiscordance que les fidèles des autres religions.
- dans un second moment, pour les protestants, le sida ne peut être la cause des tensions dans le couple moins encore du divorce/séparation, car « ce que Dieu a uni, que personne ne le sépare ».

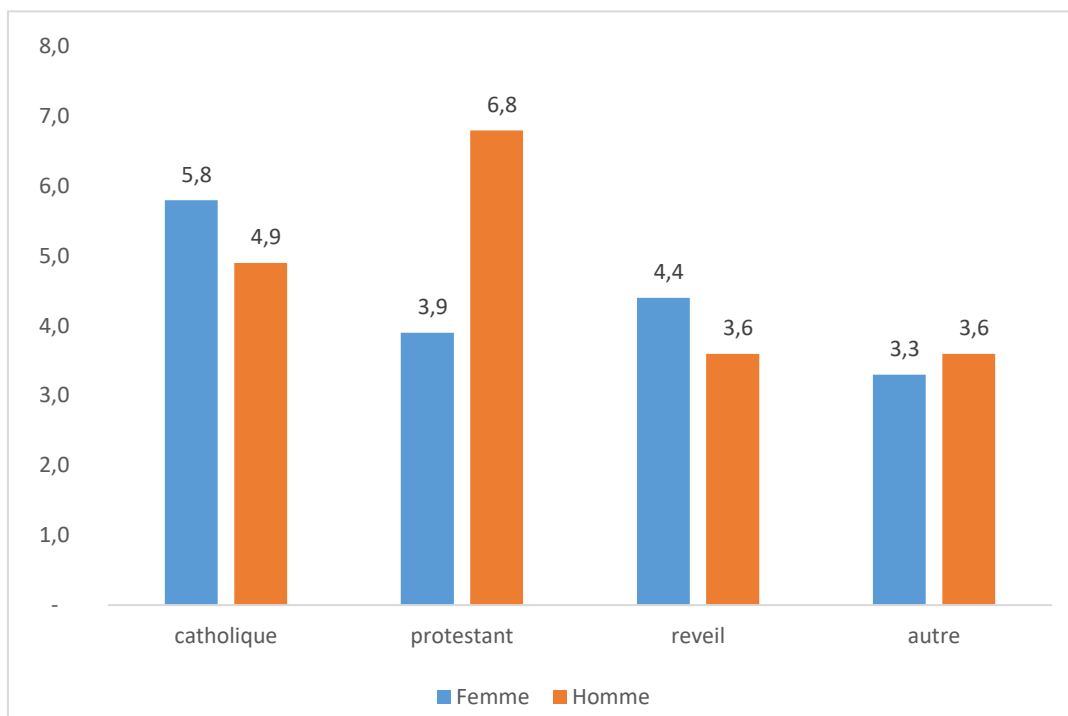
Une autre explication viendrait du fait que, la religion en tant que facteur favorisant le renforcement conjugal serait une source d'harmonie et de stabilité du couple. Si cela est avéré, les couples formés par les chrétiens, en dépit du statut discordants seraient moins exposés aux tensions que des non-chrétiens. « La pratique, occasionnelle ou régulière, d'une religion, favorise la conversation conjugale. À l'inverse, les conjoints se déclarant sans religion, ou sans aucune pratique religieuse, ont un moi conjugal plus faible. La pratique d'une religion renvoie à une conception de l'existence accordant une plus grande place au couple et à la famille, et encourageant les investissements dans cette vie privée. » (De Singly, 2016, p. 19)

Enfin, parlant de l'évangile de la foi nous voulons faire allusion aux soi-disant guérisons miracles qui attirent des foules dans des églises protestantes et pentecôtistes. Kuyu Mwissa rapporte à ce sujet que certains malades du sida et autres maladies chroniques abandonnent leurs lits dans les hôpitaux ou leurs traitements pour aller chercher une guérison dans les églises. Ce qui est dramatique, c'est lorsque les personnes, à qui des pasteurs et prédicateurs annoncent la guérison du sida, se marient avec d'autres membres de l'église, sans au préalable effectuer des tests

⁷⁹ <http://www.chretiensaujourd'hui.com/eglises-oecumenisme/les-protestants/>

sérologiques qui confirmeraient leur guérison. La parole du pasteur, suffit-elle pour déclarer une personne guérie de sida ? (Kuyu Mwissa, 2005).

Figure 37 : Proportion des couples discordants selon la religion en %

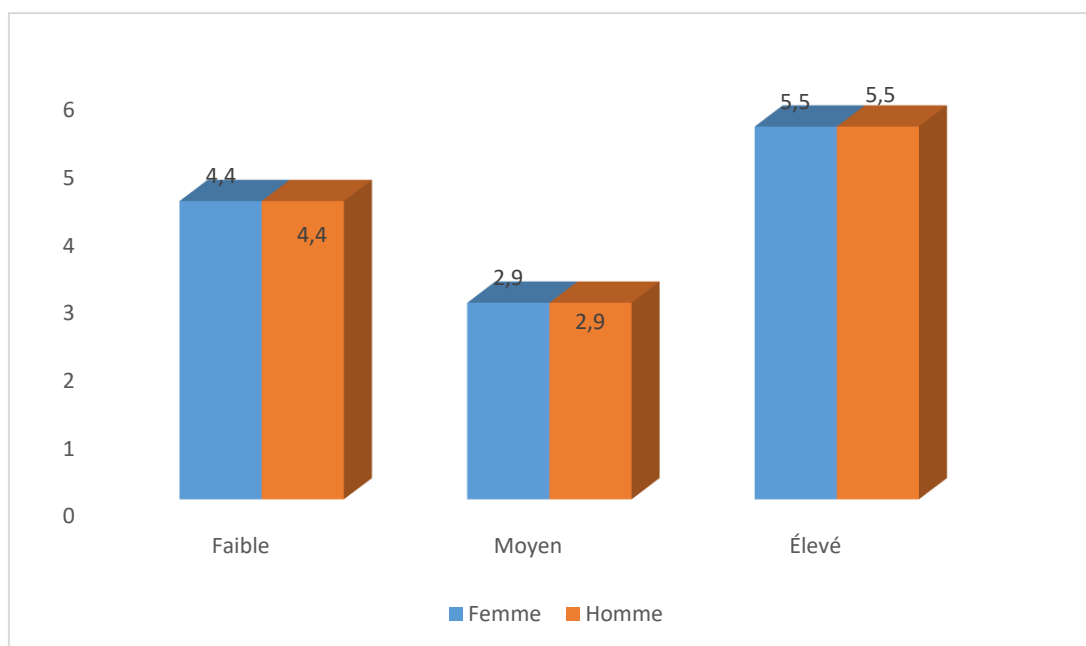


Plusieurs recherches ont montré une corrélation entre la pauvreté et la prévalence du sida à *fortiori* la sérodiscordance. « Selon la tendance socio-économique, les comportements sexuels résultent des normes et valeurs socioculturelles dont le poids sur les comportements des individus varie avec les conditions socioéconomiques.

Il en découle notamment que, dans les sociétés n'ayant pas de normes permissives en matière de sexualité, les facteurs économiques peuvent motiver les individus à s'engager dans l'activité sexuelle "à risque" pour atteindre des objectifs d'ordre économique » (M'burano Rwenge, 2006). C'est également ce que nous constatons dans le cas du Congo, une corrélation entre les conditions économiques et la sérodiscordance au seuil de 10 %. À la différence, les couples de niveau de vie élevé sont plus exposés à la sérodiscordance (5,5 %) que ceux de niveau moyen (2,8 %), alors que nous nous attendions au contraire (Figure N° 38). Néanmoins, ces données rejoignent celles de l'INS qui relèvent une proportion des couples sérodiscordants nettement plus importante chez les couples de niveau de vie élevé (7,3 %). Ce résultat peut s'expliquer par la polygamie et le multipartenariat. Car, en raison de leur situation économique favorable, certains hommes multiplient le nombre de partenaires sexuelles et par conséquent s'exposent au VIH/sida et à la

sérodifférence. Il en est de même pour certaines femmes riches (ex. nana Benz, Ba mama y a Lomé) qui entretiennent plusieurs partenaires.

. Figure 38 : Proportion des couples discordants selon le niveau de vie en %



VI. 1.3.2. Examen des caractéristiques sociodémographiques

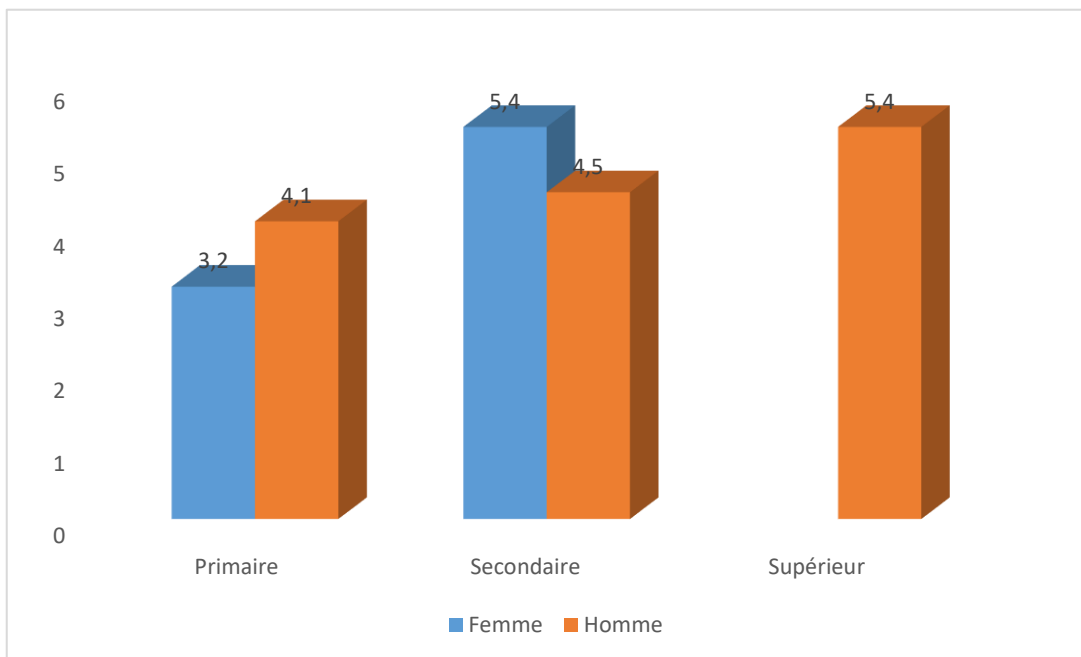
Le niveau d'instruction mesuré ici par le diplôme obtenu ou la dernière classe achevée, permet d'évaluer les connaissances acquises par les individus, il renvoie le plus souvent aux modèles culturels dits modernes (Henry, 1981).

L'analyse indique au niveau bivarié, une association significative entre le niveau d'instruction et la sérodiscordance au seuil de 5 %. Notons que les femmes du niveau secondaire et les hommes du supérieur sont plus exposés à la sérodiscordance que ceux du primaire (figure N° 39).

Ce qui veut dire, plus on est instruit plus on court le risque de former un couple discordant.

Ces données confirment les résultats de l'institut national de la statistique qui montrent, que la proportion des couples dans lesquels, au moins, un conjoint est séropositif est nettement plus importante quand l'un des deux conjoints ou les deux ont, au moins un niveau du secondaire second cycle. Cette proportion est de 6,6 % pour les femmes et 4,2 % pour les l'hommes (ESISC-09).

Figure 39 : Proportion des couples discordants selon le niveau d'instruction en %



La sérodiscordance varie négativement avec l'âge et la durée d'union. Ces deux variables sont fortement corrélées entre elles dans une population où la prévalence du sida est d'environ 3 %, et la transmission hétérosexuelle 90 %.

La variation de la sérodiscordance suivant ces trois variables est liée à l'effet de l'âge. Les adultes plus instruits que les jeunes ayant des durées d'union plus longues (de ce fait plus d'enfants) et une connaissance parfaite de la maladie et des moyens de prévention, seraient plus exposés à la sérodiscordance.

Les résultats du test de χ^2 indiquent au niveau bivarié, une association significative entre la durée d'union et la sérodiscordance au seuil de 5 %. Les couples ayant au moins 20 ans de durée de vie seraient plus enclins au phénomène étudié (7,4 %) que ceux dont le nombre d'années de cohabitation varie entre 5 et 9 ans (figure 40). La longévité d'un couple au Congo peut être considérée comme un facteur d'exposition au risque de sérodiscordance.

L'explication qui en découle peut-être celle de la stabilité apparente. Car, à cause des enfants, la dot ou le divorce presque interdit ou difficile à obtenir dans certaines traditions, l'infidélité prend alors place et expose le couple à la sérodiscordance.

« On s'aime quand même un peu, au moins au départ en général pas beaucoup et pas très longtemps. À vrai dire, l'amour est plutôt fantasmé que réel : les intérêts économiques et sociaux l'emportent encore de très loin sur la logique du sentiment [...] en raison de sa stabilité, le divorce y étant globalement si mal vu qu'il en est presque, de fait, interdit. Mais c'est aussi dans ce

mariage bourgeois, malgré l'idéalisation naïve dont il fait aujourd'hui l'objet, que les femmes sacrifient très rapidement leur vie, non seulement professionnelle, mais aussi affective, à des maris qui, en effet les trompent à pieds, à cheval et en voiture. (Luc Ferry, 2010, p.136-137).

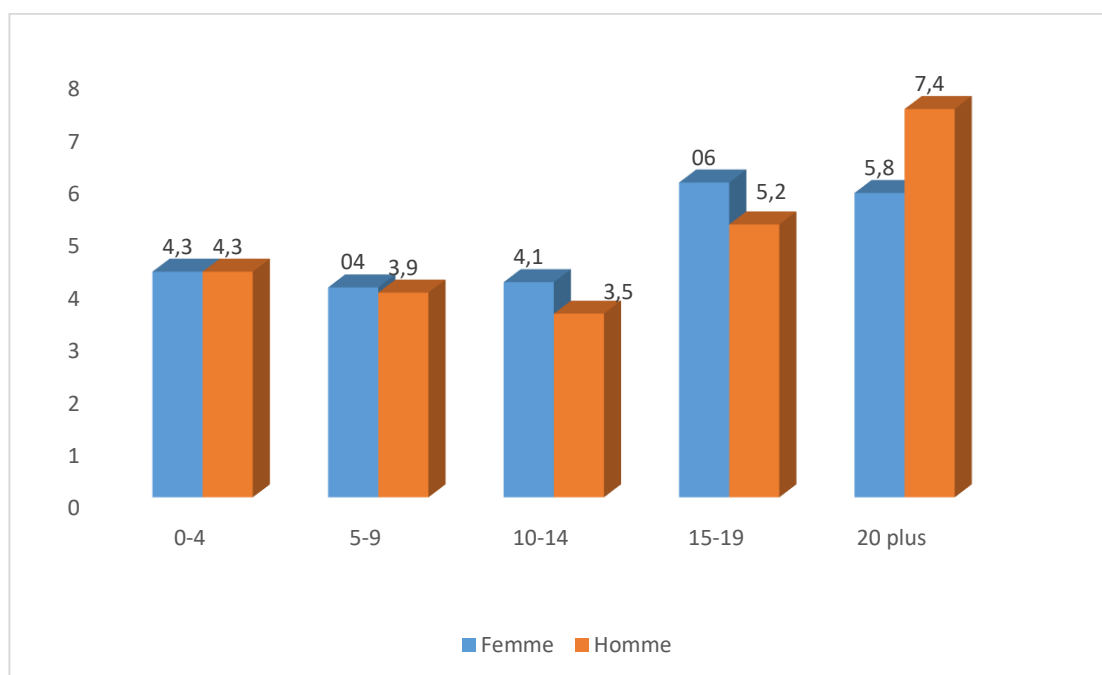
Dans une analyse antérieure Bozon (1998) pense que le sentiment pour l'autre diminue à mesure que le couple dure dans le temps. « L'activité sexuelle d'un individu s'inscrit par ailleurs dans la dynamique de la vie d'un couple ou d'une relation. Plusieurs périodes caractéristiques de la vie d'un couple ont été décrites : la phase de couple naissant, la phase de couple stabilisé, et entre les deux, une phase de transition, pendant laquelle se produit un ajustement de la relation.

Couple naissant marqué par l'intensité des sentiments et désirs, fréquences élevées, existence des normes strictes de fidélité, le couple stabilisé, même si cette stabilisation n'est que temporaire, connaît une activité régulière, mais moins fréquente, dans laquelle les dysfonctionnements sexuels se sont réduits par rapport aux débuts. Il se dégage une baisse de sentiment éprouvé pour l'autre, assouplissement de la norme de fidélité, le désir des femmes connaît un affaiblissement relatif face à celui des hommes.

La phase de transition qui conduit à la stabilisation s'accompagne souvent avec la naissance d'un enfant, une divergence se fait jour entre les conjoints » (M Bozon, 1998, p. 23).

Au regard de cet argumentaire, plus la durée de vie du couple est longue, plus la probabilité est forte qu'il soit discordant ou concordant positif.

Figure 40 : Proportion des couples discordants selon le nombre d'années de vie commune en %

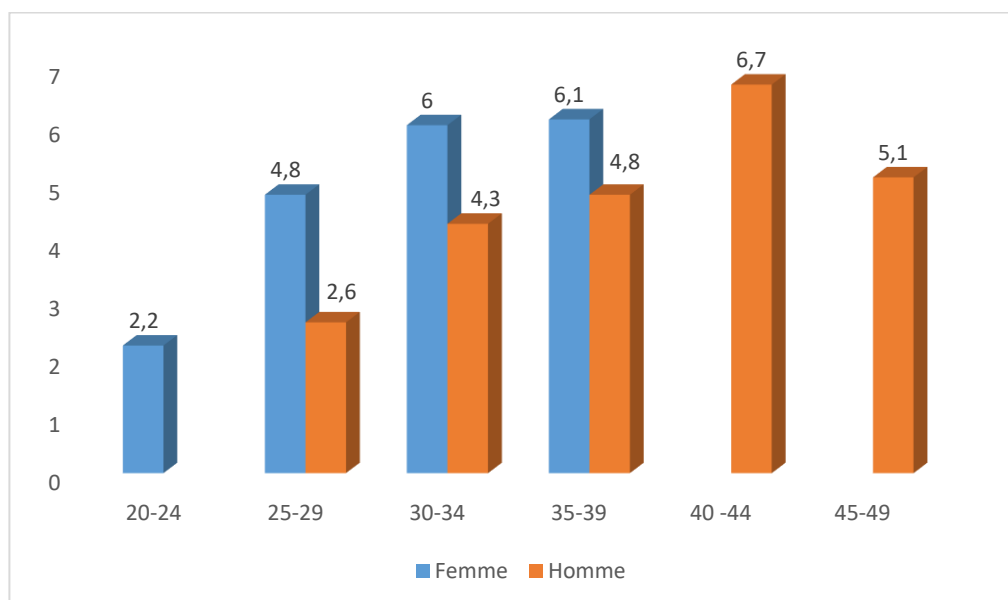


À propos de l'âge, à moins de 25 ans, seules les femmes sont exposées à la sérodiscordance, alors qu'aux âges avancés, ce sont les hommes qui encourent le risque. Ce qui peut être le fait, du mariage précoce chez les filles, alors qu'il est retardé chez les hommes ; la crise économique qui pousse certaines jeunes filles à se mettre en couple avec des hommes plus âgés, etc.

Quel que soit l'âge nul n'est à l'abri de l'infection à VIH donc à la sérodiscordance. Aucune société, culture, ni tradition n'est à l'abri compte tenu de la diversité des voies de transmission.

Il est donc indispensable que les couples redoublent de vigilance en adoptant des mesures efficaces de prévention, comme l'avait rappelé Michel Sidibé le directeur de l'ONU/SIDA qui se réjouit des nouvelles recommandations qui « *ouvrent une nouvelle ère de prévention* ». Cette réflexion sera approfondie dans le cadre des analyses explicatives.

Figure 41 : Proportion des couples discordants selon l'âge en %



On s'aperçoit également dans nos analyses que la sérodiscordance est associée au nombre d'enfants qui lui-même est fortement corrélé à l'âge et à la durée d'union. Les variations de la sérodiscordance selon ces trois variables seraient dues à une longue exposition au risque.

Au niveau bivarié, on remarque sur la figure 42 que les hommes déclarent plus d'enfants que leurs épouses.

Ce résultat soulève quelques interrogations. S'agit-il d'un effet lié à la polygamie, la recomposition familiale ou un problème de collecte de données.

Rappelons ici, que la famille est la cellule de base de toute société humaine. Cette réalité s'impose partout dans le monde, quel que soit le système social en vigueur et malgré l'ampleur des problèmes qu'elle affronte aujourd'hui.

De même, la manière de fonder une famille et la signification que recouvre ce concept varie selon les sociétés, leurs coutumes et leurs lois.

Ce qui implique également la conception que chaque société a de l'enfant. En Afrique et au Congo, l'enfant est à la fois source de richesse et « assurance vieillesse » pour ses parents.

Pour cela, il doit acquérir une éducation dans une famille solidaire pour lui permettre de s'ouvrir à la collectivité sans aliénation.

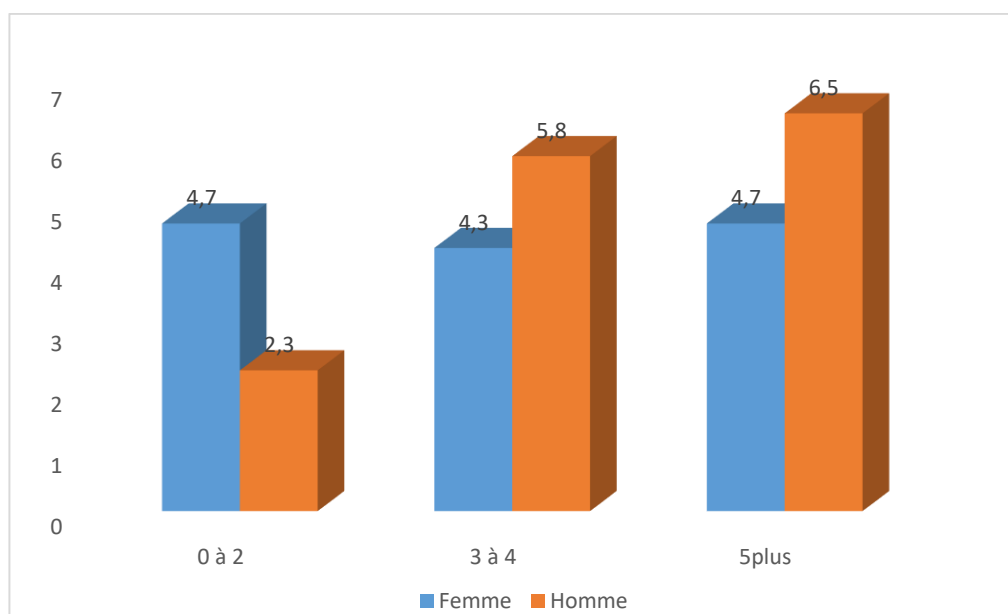
Parmi les multiples fonctions de la famille africaine, il y a : la formation qui porte sur la morale, le caractère de l'enfant, les vertus telles que véhiculées par la sagesse ancestrale et que la coutume propose comme idéale de conduite. La fonction éducative fait appel à l'endurance physique, à la discipline qui se permet d'inculquer à l'enfant certaines règles de vie quotidienne comme la politesse, la serviabilité, le respect des parents, des personnes âgées et des aînés ; sans oublier certains aspects qui permettent d'enraciner l'enfant dans son terroir tels que les cérémonies d'initiations, les jeux, etc. (Itoua, 1988).

Ces éléments montrent l'intérêt de l'enfant surtout de l'Homme dans les sociétés africaines en générale et congolaise en particulier. De la solidité du couple dépend la bonne éducation de l'enfant vice-versa. Ce propos rejoint celui de Desgrées du Loû et Ferry (2006) qui pensent, que l'enfant est à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu.

De ce point de vue, on comprend que l'enfant devient un ciment pour l'unité du couple et de la famille. Les couples qui ont plus d'enfants sont moins exposés à la rupture que ceux sans enfants C'est également ce que rapporte l'Insee « couple et famille » : « le fait d'avoir de jeunes enfants au sein d'une union est associé à une probabilité plus faible de rompre : elle est divisée par deux si le plus jeune des enfants du couple a moins de cinq ans. Dès que les enfants ont plus de dix ans, l'effet devient nul. » (Insee, 2015, p. 72).

Si cela est avéré, toutes choses étant égales par ailleurs, les couples discordants parents sont moins exposés à la séparation que les couples qui n'ont pas d'enfants.

Figure 42 : Proportion des couples discordants selon le nombre d'enfants en %



VI.1.3.3. Connaissance, attitudes et comportements à l'égard du VIH/sida et de la sérodiscordance

Nous allons nous focaliser sur l'examen de quatre indicateurs : le nombre de partenaires sexuels, la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida, les rapports protégés et le dépistage.

Au niveau bivarié, il en résulte une association robuste entre le nombre de partenaires et la sérodifférence (seuil de signification 1 %), que ce soit du côté des femmes comme des hommes. La majorité des femmes (7,4 %) déclare entre 6 à 10 partenaires au cours de la vie, alors que pour la même proportion (7,1 %), les hommes affirment avoir eu au moins 11 partenaires (figure 43). Rappelons que le terme multipartenariat désigne le fait d'augmenter le nombre de partenaires sexuels. Ce phénomène, qui résulte des sociétés antiques et traditionnelles, est pratiqué par toutes les couches sociales et revêt de nos jours diverses formes : polygamie, maîtresse, phénomène de "deuxième bureau" ou de partenaires sexuels multiples pour certaines femmes (Delanne, 2003). La plupart des études, aujourd'hui, converge vers une banalisation de l'acte sexuel par les jeunes, et le nombre de partenaires varie avec l'âge et le sexe. « Le fait d'avoir eu des rapports sexuels avec plus d'une personne au cours de sa vie est devenu une banalité. La différence entre le nombre de partenaires sexuels déclaré par les garçons et celui déclaré par les filles dès leurs premières années de vie sexuelle doit retenir notre attention.

Cela suggère une différence entre les trajectoires relationnelles des garçons et celle des filles : soit leurs définitions de ce qu'est un partenaire sexuel sont différentes, soit dans la réalité, les garçons ont réellement plus de partenaires que les filles. En effet, si l'évolution des mœurs, en particulier concernant la sexualité féminine conduit à ne plus fustiger celles qui ont plusieurs partenaires au cours de leur vie, toujours est-il que les filles en déclarent moins que les garçons. Nous pouvons, grâce au calendrier, décrire la dynamique d'acquisition des partenaires depuis ses débuts. Au cours de la vie et selon différentes périodes de référence, combien de partenaires ont les garçons et les filles, et comment ces différentes relations sexuelles interviennent-elles dans les temps, les unes par rapport aux autres ? » (Levinson, 1997).

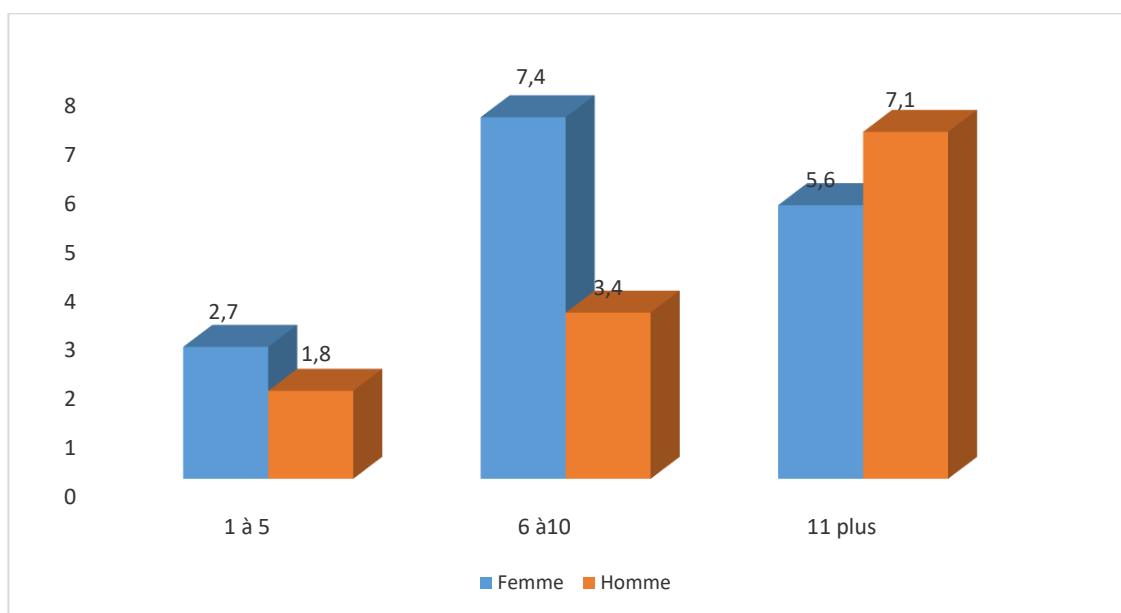
Pour De Walque (2006), ce sont les rapports sexuels que les femmes ont avec des partenaires occasionnels qui sont à l'origine de l'infection dans le couple (De Walque, 2006). Pourtant, Cohen et Reid (1999) estiment que la plupart des femmes infectées par le VIH en Afrique subsaharienne le sont par leur mari, dans le cadre des relations sexuelles conjugales (Cohen et Reid cité par Desgrées du Loû, 2005).

Mburano Rwengé (2002), pour sa part, observe une association significative entre le multipartenariat et la non-utilisation du condom dans certaines ethnies du Cameroun (Béti, Bamiléké), qu'il justifie par le désir d'enfants, la diminution du plaisir, la mauvaise appréciation du condom, la fidélité et la confiance au partenaire. Si pour les hommes "Béti" et "Bamiléké", le multipartenariat est lié à la recherche du plaisir sexuel, chez les femmes en revanche, il est le fait de la pauvreté (Mburano Rwengé, 2002).

Il est également intéressant d'évoquer le pouvoir très limité des femmes à prendre des décisions concernant leur sexualité notamment, l'utilisation du préservatif.

Selon le PNUD, « de nombreuses pratiques traditionnelles rejettent l'égalité des femmes, par exemple, dans le droit de propriété, la succession, le droit de la famille et d'autres domaines » (PNUD, 2004). Cette assertion est soutenue par Dakuyo en ces termes : « sur le plan socioculturel, on note dans l'ensemble des groupes socio-ethniques du pays, une subordination de la femme au pouvoir de l'homme, du fait de la forte prévalence des valeurs patriarcales, coutumières ou religieuses, essentiellement masculines » (Dakuyo et al., 2002).

Figure 43 : Proportion des couples discordants selon le nombre de partenaires en %



Par ailleurs, aucune relation n'a été observée entre la connaissance du sida et la sérodiscordance. Néanmoins, sur la figure 44, il apparaît que les hommes ayant une mauvaise connaissance des modes de transmissions de l'épidémie sont davantage en couple sérodiscordant que ceux qui ont une connaissance moyenne.

Alors que, du côté des femmes celles qui ont une bonne connaissance sont majoritairement en couple sérodiscordant par rapport à celles ayant des connaissances moyennes.

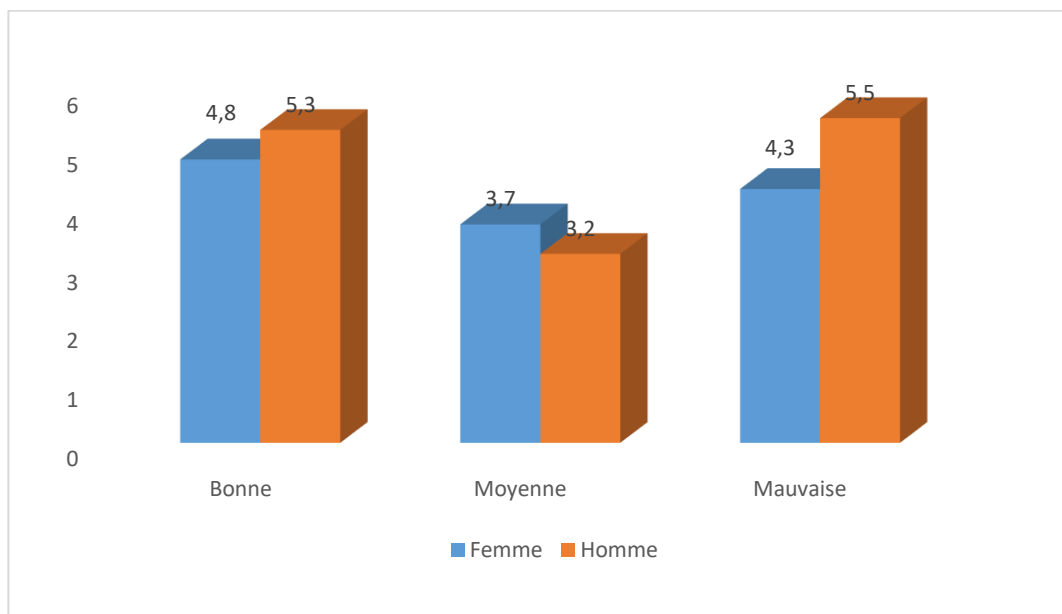
Il faut dire que la connaissance de la maladie ainsi que les moyens de préventions sont indispensables dans le cadre de la lutte contre la pandémie (Calvez, Lagrange, et Lhomond, 1997). Car elles sont conçues comme une condition nécessaire à la formation de conduites de précaution à l'égard du VIH/sida. « Des individus qui connaissent et appréhendent de façon pertinente les risques auxquels ils sont confrontés sont aptes à utiliser les messages de prévention qui leur sont destinés et peuvent par conséquent adopter des conduites de précaution. Conjointement, les attitudes de solidarité avec les personnes séropositives sont considérées comme un facteur de gestion sociale de l'épidémie.

Elles sont perçues comme rempart contre la stigmatisation sociale et la manipulation d'idées sur la contagion pour revendiquer des mesures de mise à l'écart. Indirectement, elles peuvent faciliter des tests sérologiques qui, en soi et par la connaissance du statut sérologique qu'elles entraînent, participent à l'adoption de conduites de prévention. L'identification du sida à des groupes stigmatisés peut, à l'inverse, amoindrir la perception d'une exposition au VIH chez ceux qui ne se reconnaissent pas dans ces groupes, sans pour autant les préserver d'une exposition. Si l'on

sait par exemple que, pour une population donnée, le niveau d'acceptation des personnes séropositives augmente avec le niveau de connaissance » (Calvez, 1997, p. 317).

Nous nous attendions à une relation significative entre la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida et le phénomène étudié.

Figure 44 : Proportion des couples discordants selon les mécanismes de transmissions du VIH/sida en %



La plupart des études sur le continent africain indique une faible utilisation du préservatif. En Zambie par exemple, plus de 70 % des jeunes célibataires affirment avoir utilisé cette méthode lors de leur dernier rapport sexuel, contre plus de 50 % au Gabon et au Zimbabwe. Cependant, ils sont moins de 30 % à dire la même chose au Sénégal et au Togo et encore moins nombreux dans d'autres pays comme l'Egypte (Finger et Pribila, 2003).

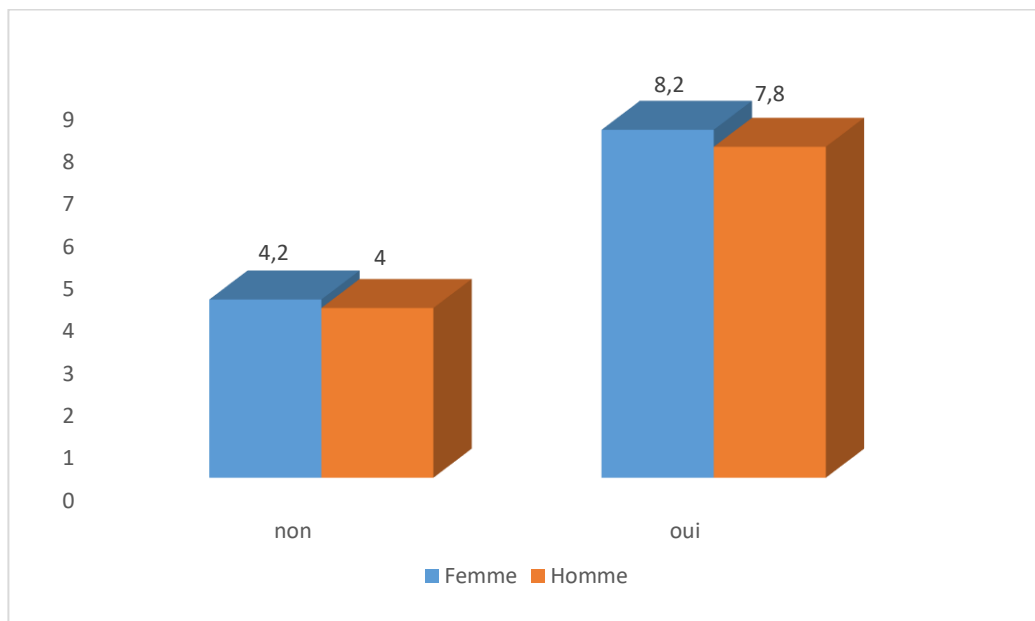
En se basant sur des données relatives aux pays francophones d'Afrique subsaharienne, Rwenge (2013) confirme cette hypothèse.

En Côte d'Ivoire, Kacou note que moins de la moitié (48,7 %) des jeunes de 15-24 ans ont utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques.

Au Congo, il se dégage au niveau bivarié une association significative au seuil de 1 % entre l'utilisation du préservatif et la sérodiscordance. On remarque, que 8,2 % des femmes ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels contre 7,8 % chez les hommes (figure N°44). Quel que soit le sexe, l'utilisation du condom occupe des proportions élevées au sein des couples discordants au Congo. Ce qui laisse croire que le statut discordant est connu du couple

ou de l'un des partenaires. Cette thèse rejoint celle de Lagrange (1997). « L'usage du préservatif est fréquent chez les personnes qui connaissent dans leur environnement une personne atteinte par le VIH. Plus la personne atteinte est proche et plus le recours est fréquent » (Lagrange, 1997, p. 296).

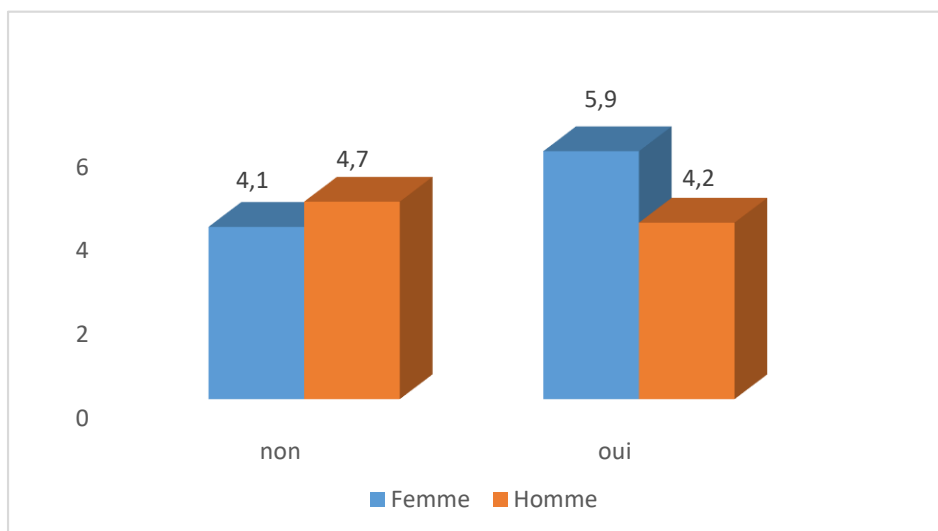
Figure 45 : Proportion des couples discordants selon l'utilisation du préservatif en %



En Afrique, un des obstacles à la prévention de la transmission du VIH reste l'insuffisance du dépistage.(Desgrées du Loû, 2005). Cependant, l'étude sur les couples discordants au Congo relève au niveau bivarié une association significative au seuil de 10 % entre la connaissance de sa sérologie et la sérodiscordance.

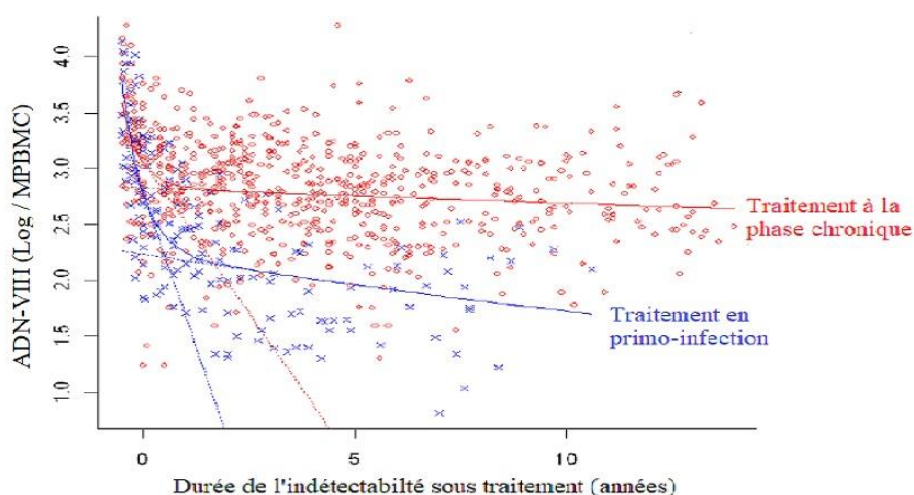
Même s'il augmente avec le développement de programmes de conseil et de dépistage et celui des programmes de réduction de la transmission mère-enfant, qui proposent systématiquement le test de dépistage aux femmes enceintes, la grande majorité des personnes vivant en Afrique n'ont pas fait le test de dépistage du VIH et vivent dans la crainte d'être infectées, sans cependant connaître leur statut sérologique. Dans une étude à Abidjan desgrées du loû montre que 2 personnes sur 3 craignent ou ont craint à un moment où a un autre d'avoir été infectées par le VIH, alors que seul 1 sur 10 a fait un test de dépistage.(Desgrées du Loû, 2005).

Figure 46 : Proportion des couples discordants selon la connaissance du statut sérologique en %



Il y a lieu de dire ici, que la connaissance du statut sérologique présente un double avantage : d'une part, elle permet aux institutions d'assurer le contrôle de l'épidémie, d'autre part, les personnes dépistées positives sont mises sous traitement précocement. Cela permet de ralentir l'évolution de la maladie en agissant sur les réservoirs du virus (Hocqueloux Jac, 2013). Pour les personnes non infectées, connaître sa sérologie permet d'adopter un comportement préventif : utilisation systématique du préservatif, limitation du nombre de partenaires à 1 non infecté (OMS, 2015 ; Paris, 2017).

Figure 47: Impact du traitement précoce sur les réservoirs à VIH



Source : Hocqueloux Jac, 2013

Autre chose qui n'a pas été observé lors de l'enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida de 2009, mais très important pour l'étude, c'est la connaissance par le/la partenaire séronégatif (ve) de la séropositivité de son/sa conjoint (e). Cette thématique sera examinée dans le chapitre VIII consacré à l'analyse des données qualitatives.

En somme, l'analyse bivariée a établie des liaisons significatives entre la sérodiscordance et l'âge, le nombre de partenaires, les rapports non protégés, le nombre d'enfants, la connaissance du statut sérologique, la religion, le niveau d'instruction, le niveau de vie et le nombre d'années de vie commune. À ce stade, il s'agit simplement des corrélations, on ne peut pas déduire d'une quelconque influence. Car la corrélation ne signifie pas causalité.

Nous y reviendrons dans les analyses explicatives (régression logistique).

Dans la section suivante, nous procédons à l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) et à l'analyse des classifications en vue de construire les typologies des couples discordants au Congo.

VI. 2. TYPOLOGIE DES COUPLES SÉRODISCORDANTS

Une typologie des couples sérodiscordants peut être établie à partir d'une analyse factorielle en correspondances multiples (AFCM) et d'une analyse des classifications.

Pour rappel, les méthodes factorielles établissent des représentations synthétiques de vastes tableaux de données, en général sous forme de représentations graphiques. Le but de l'AFCM est de réduire les dimensions des tableaux de données de façon à représenter les associations entre individus et entre variables dans des espaces de faibles dimensions. L'espace de représentation obtenu est appelé plan factoriel. Les méthodes diffèrent selon la nature des variables à analyser et le choix d'une méthode est tributaire de l'objectif poursuivi par l'étude.

VI. 2.1. Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM)

L'analyse factorielle des correspondances multiples est un cas particulier des méthodes factorielles. Elle est utilisée à une fin descriptive et s'applique à des variables qualitatives dont on souhaite étudier l'interdépendance de façon concomitante.

Pour mener cette analyse, nous disposons de deux bases de données (homme, femme). Le but étant de comparer les deux groupes d'un point de vue comportemental, et surtout de construire les typologies des personnes qui vivent dans des couples discordants au Congo. À cet effet, dix (10) variables sont sélectionnées aussi bien pour les femmes que pour les hommes à savoir : la région de résidence ayant pour modalités (Brazzaville, Pointe-Noire, Sud, Nord), la religion

(catholique, protestants, églises de réveils, autres types croyances), le niveau de vie (faible, moyen, élevé), le niveau d'instruction (primaire, secondaire, supérieur), l'âge (20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44, 45 ans ou plus), le nombre d'enfants (de 0 à 2, 3 à 4, 5 et plus), le nombre d'années de vie commune (de 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 à 19 ans, 20 ans et plus), l'utilisation du préservatif (oui, non), les connaissances sur l'épidémie (bonne, moyenne, mauvaise), la connaissance de son statut sérologique (connaît, ne connaît pas).

Ce qui donne un total, de 34 modalités pour les hommes et 32 pour les femmes. Cette différence s'explique par le recodage de l'âge (5 modalités pour les hommes et 4 pour les femmes) et le niveau d'instruction (3 modalités pour l'homme et 2 pour les femmes) qui n'est pas identique.

VI. 2.1.1. Choix des facteurs

On observe sur les tableaux des valeurs propres (hommes et femmes) une concentration de 75 % de l'inertie (information) au niveau du 13^e axe. Or, le but d'une analyse factorielle est d'obtenir le maximum d'inertie conservée avec le minimum de facteurs. Dans le cas présent, le nombre idéal de facteurs qui permettrait de faciliter les interprétations des résultats est de 2.

Pour cela, il nous semble indispensable de procéder à la correction des données en s'appuyant sur la méthode de Benzécri (1979). Cette méthode consiste à réduire le nombre de facteurs en corrigeant les valeurs propres afin de concentrer l'inertie dans les deux premiers axes (voir encadré ci-dessous).

Encadré 3 : Correction de Benzécri

La méthode de Benzécri calcule les taux d'inertie à partir de valeurs propres corrigées τ

$$(\lambda) = \left(\frac{s}{s-1}\right)^2 \left(\lambda - \frac{1}{s}\right)^2 \text{ pour } \lambda > \frac{1}{s} \text{ où } s \text{ représente le nombre de questions actives, } \lambda \text{ représente}$$

la valeur propre issue de l'AC du tableau disjonctif complet, (λ étant la valeur propre issue de l'analyse des correspondances du tableau de Burt). Les valeurs issues du tableau de Burt dont

la diagonale a été annulée sont précisément $\left(\lambda - \frac{1}{s}\right)^2$ et seulement celles qui vérifient $\lambda - \frac{1}{s}$ correspondant à des facteurs directs.

La lecture des tableaux 1 et 2 montrent qu'à la suite des corrections, l'information est expliquée par les deux premiers axes.

Dans le premier cas (homme), 76 % de l'inertie est concentrée dans les deux premiers axes alors que le second (femme) cumule 72 % de l'information. Ce qui nous conforte à réaliser nos analyses en considérant les deux premiers axes factoriels dans les deux situations (tableaux 32 et 33).

Tableau 32 : Valeurs propres avec les corrections de Benzécéri (Fichier Homme)

Tableau des valeurs propres				Correction de Benzécéri (1979)		
Trace de la matrice :2.50000						
Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé	Valeurs propres corrigées	%	% cumulé
1	0,2575	10,3	10,3	0,03061994	40,804116	40,804116
2	0,2455	9,82	20,12	0,0261318	34,8232179	75,6273339
3	0,1784	7,14	27,26	0,00759648	10,1230614	85,7503953
4	0,1625	6,5	33,76	0,00482114	6,42465042	92,1750457
5	0,1512	6,05	39,81	0,00323951	4,3169646	96,4920103
6	0,1286	5,15	44,95	0,00101308	1,35002723	97,8420375
7	0,1245	4,98	49,93	0,00073845	0,98405851	98,826096
8	0,1203	4,81	54,74	0,0005067	0,67522818	99,5013242
9	0,1167	4,67	59,41	0,00034476	0,45943009	99,9607543
10	0,1049	4,2	63,6	2,94E-05	0,03911488	99,9998692
11	0,1003	4,01	67,61	9,82E-08	0,00013083	100
12	0,0973	3,89	71,51	0,07504131	100	
13	0,0957	3,83	75,33			
14	0,0902	3,61	78,94			
15	0,0799	3,2	82,14			
16	0,0784	3,14	85,27			
17	0,0727	2,91	88,18			
18	0,0612	2,45	90,63			
19	0,0524	2,1	92,73			
20	0,0448	1,79	94,52			
21	0,0421	1,69	96,21			
22	0,0383	1,53	97,74			
23	0,0229	0,92	98,66			
24	0,0203	0,81	99,47			
25	0,0132	0,53	100			

Sources : Nos propres calculs

Tableau 33 : Valeurs propres avec les corrections de Benzécri (Fichier Femme)

Trace de la matrice :2.40000			Correction de Benzécri (1979)			
Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé	Valeurs propres corrigées	%	% cumulé
1	0,2719	11,33	11,33	0,03646827	47,297686	47,297686
2	0,2251	9,38	20,71	0,01931884	25,0556547	72,3533407
3	0,1926	8,03	28,73	0,01059321	13,7389153	86,092256
4	0,1598	6,66	35,39	0,00442077	5,73354083	91,8257968
5	0,1508	6,28	41,67	0,00318008	4,12442278	95,9502196
6	0,1448	6,03	47,71	0,00247971	3,2160686	99,1662882
7	0,1178	4,91	52,62	0,00039151	0,5077735	99,6740617
8	0,1118	4,66	57,28	0,00017319	0,22461385	99,8986756
9	0,1074	4,48	61,75	6,84E-05	0,08872632	99,9874019
10	0,1028	4,28	66,04	9,71E-06	0,01259811	100
11	0,0973	4,06	70,09	0,0771037	100	
12	0,0912	3,8	73,89			
13	0,0852	3,55	77,44			
14	0,0821	3,42	80,87			
15	0,0709	2,95	83,82			
16	0,0682	2,84	86,66			
17	0,0638	2,66	89,32			
18	0,0577	2,4	91,72			
19	0,051	2,12	93,85			
20	0,0403	1,68	95,52			
21	0,0373	1,56	97,08			
22	0,0297	1,24	98,32			
23	0,0223	0,93	99,25			
24	0,0181	0,75	100			

Sources : _Nos propres calculs

VI.2.1.2. Critères de l'AFCM

Deux critères interviennent dans l'interprétation des résultats : la contribution et le cosinus carré.

- La Contribution (CTR) met en évidence l'impact de la modalité sur la définition du facteur.

Formule 1 :

$$CTR_{kh} = \frac{\omega_k \times G_{kh}^2}{\lambda_h}$$

Où G_{kh} , représente les coordonnées de la modalité k sur le facteur h

λ_h , dispersion (inertie) associée au facteur h

ω_k , le poids de la modalité qui dépend de sa fréquence. Logique.

- Le Cosinus carré (Cos^2) indique la qualité de représentation de la modalité sur l'axe.

Pour qu'une variable participe à la formation d'un axe, en plus de sa contribution, elle doit être bien représentée.

Cependant, nous tenons à faire remarquer qu'il peut arriver qu'une variable soit bien représentée, mais ne contribue pas à la formation de l'axe et vice-versa, dans pareille circonstance, elle n'est pas considérée dans l'interprétation.

Formule 2 :

$$\text{COS}_{kh}^2 = \frac{G_{kh}^2}{d^2(k)}$$

Où d^2 : représente l'origine des modalités.

VI.2.2. Analyse des classifications (principes et critères)

Les analyses de classification sont donc complémentaires. Elles opèrent un regroupement des unités d'analyse en se basant sur leurs similitudes dans l'espace-variables considéré. L'analyse de classification se fonde sur trois critères pour l'interprétation :

- interpréter les valeurs tests en valeur absolue supérieure à 2 ;
- le mod/class, qui s'intéresse à la proportion de la modalité de la classe ;
- la class/mod, porte sur la proportion des individus de la classe qui possède cette modalité.

VI. 2.2.1. Présentation des résultats (homme) (voir tableaux 34 et 35)

Pour des informations plus détaillées sur l'ensemble des résultats issus de Spad, fichiers homme et femme, se référer aux tableaux 56, 57, 58, 59, 60 ; figure 48, annexe 1.

Tableau 34 : Contributions des modalités actives
(Fichier homme)

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
région							
Brazza	0,874	10,44440	4,47	1,39	0,01	4,60	0,05
Pointe-Noire	2,039	3,90476	3,96	5,02	9,42	2,92	0,09
Sud	4,369	1,28889	1,96	0,46	5,16	1,61	2,99
Nord	2,718	2,67857	1,31	3,07	0,03	3,51	4,25
			11,71	9,94			
religion							
Catholique	2,621	2,81481	0,35	0,50	0,31	0,20	0,04
Protestant	1,845	4,42105	3,20	10,16	2,35	0,86	0,02
Réveil	2,330	3,29167	0,09	0,24	4,50	1,96	8,18
Autres croyances	3,204	2,12121	2,69	1,85	1,32	0,01	6,32
			6,33	12,75			
Niveau de vie							
Faible	6,214	0,60938	5,93	3,08	1,17	0,43	1,10
Moyen	1,262	6,92308	3,84	2,38	0,08	0,28	15,89
Elevé	2,524	2,96154	5,93	14,79	3,59	0,43	1,38
			15,69	20,25			
Niveau d'instruction							
Primaire	2,427	3,12000	0,27	3,24	0,26	0,60	0,16
Secondaire	6,699	0,49275	0,01	0,24	0,44	0,40	0,11
Supérieur	0,874	10,44440	1,20	2,73	7,26	0,22	0,07
			1,48	6,21			
Âges quinquennaux							
25-29	1,262	6,92308	6,45	10,06	2,02	1,78	0,24
30-34	2,233	3,47826	0,86	3,52	1,15	7,62	0,34
35-39	2,524	2,96154	0,73	4,32	3,52	2,17	0,76
40-44	2,427	3,12000	1,80	2,14	0,33	0,03	6,06
45plus	1,553	5,43750	7,91	0,39	9,72	0,00	2,88
			17,75	20,43			
Nombre total d'enfants							
0 à 2enfants	2,233	3,47826	6,52	8,93	1,96	9,57	0,94
3 à 4enfants	2,816	2,55172	3,44	1,13	0,27	19,64	0,62
5enfants+	4,951	1,01961	9,69	1,45	0,30	1,60	0,00
			19,65	11,51			
Année de vie commune							
0 à 4 ans	2,233	3,47826	6,30	11,57	0,51	3,36	3,23
5 à 9 ans	2,136	3,68182	1,00	0,01	0,12	10,04	0,08
10 à 14 ans	1,845	4,42105	0,08	4,59	9,67	9,10	0,26
15 à 19 ans	1,748	4,72222	0,56	0,02	1,28	2,58	7,24
20 ans plus	2,039	3,90476	7,23	1,64	13,11	0,00	1,93
			15,18	17,84			
Connaissance sur le sida							
Bonne	4,660	1,14583	1,93	0,09	0,42	3,81	3,76
Moyenne	3,592	1,78378	0,44	0,03	1,45	6,63	12,53
Mauvaise	1,748	4,72222	1,73	0,59	0,45	0,26	3,64
			4,10	0,71			
Utilisation du condom							
Non	7,864	0,27161	0,21	0,03	1,16	0,57	2,22
Oui	1,845	4,42105	2,31	0,18	4,31	2,63	10,25
Réponse manquante	0,291	33,33330	2,02	0,01	0,14	0,02	0,10
			4,55	0,22			
Connaissance de son statut							
Ne connaît pas	7,379	0,35526	0,93	0,03	3,21	0,15	0,60
Connait	2,621	2,81481	2,63	0,10	9,02	0,43	1,68
			3,56	0,13			

Tableau 35 : Cosinus carrés des modalités actives
(Fichier homme)

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
région							
Brazza	0,874	10,44440	0,13	0,04	0,00	0,08	0,00
Pointe-Noire	2,039	3,90476	0,13	0,15	0,21	0,06	0,00
Sud	4,369	1,28889	0,09	0,02	0,16	0,05	0,08
Nord	2,718	2,67857	0,05	0,10	0,00	0,08	0,09
religion							
Catholique	2,621	2,81481	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00
Protestant	1,845	4,42105	0,10	0,31	0,05	0,02	0,00
Réveil	2,330	3,29167	0,00	0,01	0,10	0,04	0,16
Autres croyances	3,204	2,12121	0,10	0,07	0,03	0,00	0,14
Niveau de vie							
Faible	6,214	0,60938	0,40	0,20	0,06	0,02	0,04
Moyen	1,262	6,92308	0,11	0,07	0,00	0,01	0,27
Elevé	2,524	2,96154	0,20	0,49	0,09	0,01	0,03
Niveau d'instruction							
Primaire	2,427	3,12000	0,01	0,11	0,01	0,01	0,00
Secondaire	6,699	0,49275	0,00	0,02	0,02	0,02	0,01
Supérieur	0,874	10,44440	0,03	0,07	0,14	0,00	0,00
Âges quinquennaux							
25-29	1,262	6,92308	0,19	0,28	0,04	0,03	0,00
30-34	2,233	3,47826	0,03	0,11	0,03	0,16	0,01
35-39	2,524	2,96154	0,03	0,14	0,08	0,05	0,02
40-44	2,427	3,12000	0,06	0,07	0,01	0,00	0,12
45plus	1,553	5,43750	0,24	0,01	0,21	0,00	0,05
Nombre total d'enfants							
0 à 2enfts	2,233	3,47826	0,22	0,28	0,05	0,20	0,02
3 à 4enfts	2,816	2,55172	0,12	0,04	0,01	0,44	0,01
5enft+	4,951	1,01961	0,49	0,07	0,01	0,05	0,00
Année de vie commune							
0 à 4ans	2,233	3,47826	0,21	0,37	0,01	0,07	0,06
5 à 9ans	2,136	3,68182	0,03	0,00	0,00	0,21	0,00
10 à 14ans	1,845	4,42105	0,00	0,14	0,21	0,18	0,00
15 à 19ans	1,748	4,72222	0,02	0,00	0,03	0,05	0,13
20ans+	2,039	3,90476	0,23	0,05	0,29	0,00	0,04
Connaissance sur le sida							
Bonne	4,660	1,14583	0,09	0,00	0,01	0,12	0,11
Moyenne	3,592	1,78378	0,02	0,00	0,04	0,17	0,30
Mauvaise	1,748	4,72222	0,05	0,02	0,01	0,01	0,07
Utilisation du condom							
Non	7,864	0,27161	0,03	0,00	0,10	0,04	0,16
Oui	1,845	4,42105	0,07	0,01	0,09	0,05	0,19
Réponse manquante	0,291	33,33330	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Connaissance de son statut							
Ne connaît pas	7,379	0,35526	0,09	0,00	0,22	0,01	0,03
Connait	2,621	2,81481	0,09	0,00	0,22	0,01	0,03

Le premier axe est formé des variables niveau de vie, âge, nombre d'enfants et nombre d'années de vie commune qui contribuent respectivement avec 15,69 %, 17,75 %, 19,65 % et 15,18 % à la formation de cet axe. Les modalités de ces variables qui forment cet axe sont "faibles" à 5,93 %, avec un \cos^2 de 0,40 pour la variable niveau de vie ; "45 ans et plus" à 6,43 % et un \cos^2 de 0,24 pour la variable âge ; "5 enfants et plus" à 9,65 % et \cos^2 de 0,49 pour la variable nombre d'enfants ; "20 ans et plus" à 7,25 % et un \cos^2 de 0,23 pour la variable nombre d'années de vie commune.

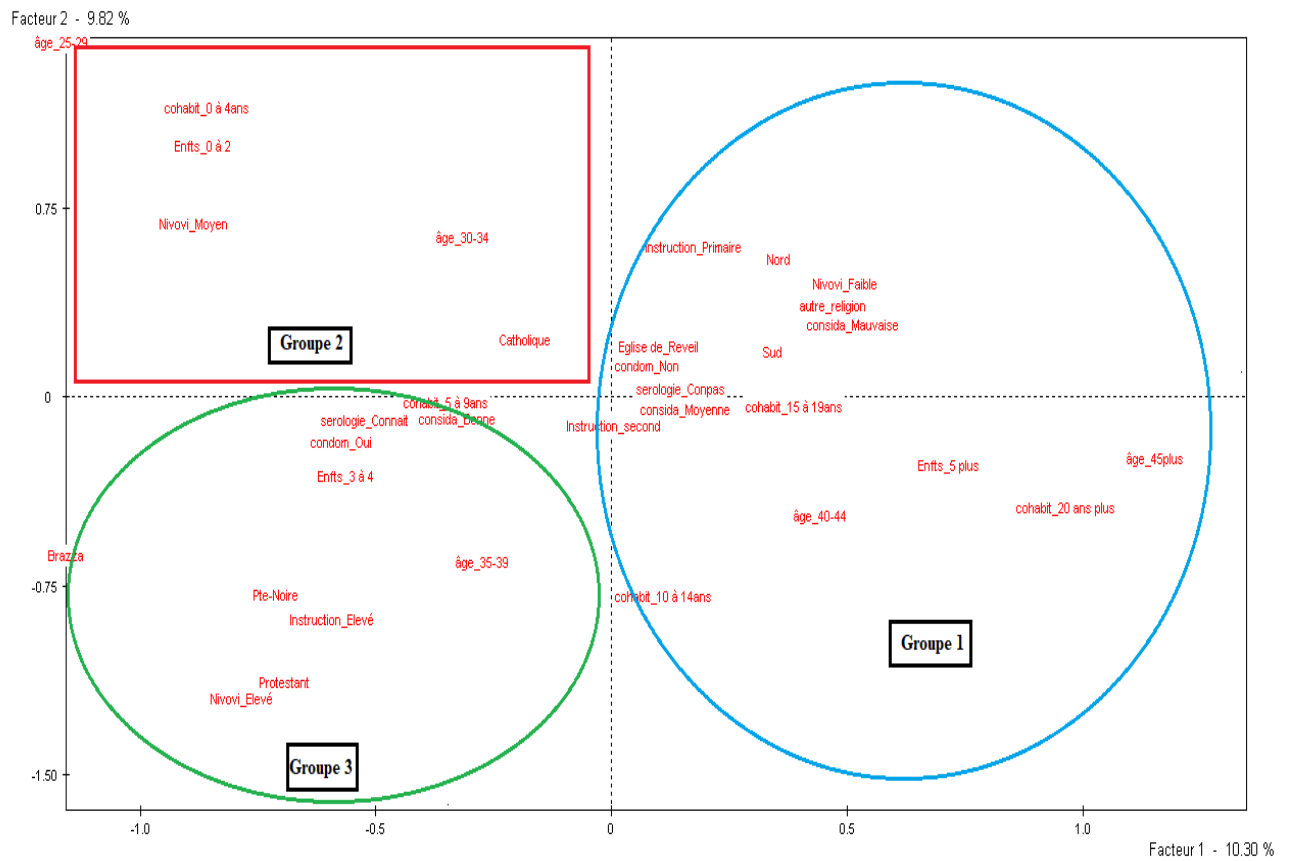
Le second axe factoriel est formé des variables niveau de vie, âge, nombre d'années de vie commune qui contribuent respectivement à hauteur de 20,3 %, 20,4 % et 17,8 % à la formation de l'axe. Les modalités de ces différentes variables qui jouent un rôle fondamental dans la constitution de l'axe et bien représentées sont : "élevé" avec 14,79 % et un \cos^2 de 0,49 pour la variable niveau de vie ; "25-29 ans" à 10 % et un \cos^2 de 0,28 pour l'âge ; "0 - 4 ans" à 11,6 % et un \cos^2 de 0,37 (Risson, 1994).

Caractérisation des axes factoriels (voir tableau 58 annexe 1)

Le premier axe oppose les hommes de niveau de vie faible (côté positif de l'axe), âgés au minimum de 45 ans ayant au moins cinq enfants et dont la durée d'union est de vingt ans et plus aux hommes de niveau de vie élevé (côté négatif de l'axe), âgés entre 25 à 29 ans avec au plus deux enfants et vivant en couple depuis moins de cinq ans.

Alors que le second oppose les hommes de niveau de vie faible (côté positif), âgés de 25 à 29 ans qui vivent en couple depuis moins de cinq ans, aux hommes de niveau de vie élevé (côté négatif), moins de cinq ans de vie commune et les autres ne possédant pas ces caractéristiques.

Figure 48: Examen du plan factoriel (Fichier Homme)



Les hommes du groupe 1 sont pour la plupart âgés de 45 ans et plus, vivent dans les régions du Nord et du Sud, pratiquent les églises de réveils et d'autres types de religions, n'utilisent pas le condom, ont beaucoup d'enfants, sont en couple depuis au moins 20 ans. Ils ont un niveau de vie faible, une mauvaise connaissance du sida, un niveau d'instruction du primaire et ne connaissent pas leur statut dans la maladie.

Les hommes du groupe 2 sont âgés de 30 à 34 ans, de niveau de vie moyen, ils pratiquent la religion catholique et vivent en couple depuis moins de 4 ans.

Le groupe 3 comprend, les hommes qui vivent à Pointe-Noire et Brazzaville ayant un niveau de vie élevé, pratiquent la religion protestante, ont une bonne connaissance du sida

et un niveau d'instruction élevé. Aussi, ils ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels, entre 3 à 4 enfants.

VI. 2.2.2. Interprétation des résultats pour l'Analyse des classifications

Il convient de mentionner que pour ce travail, l'AFCM est réalisée en prélude à une classification que nous avons choisi ascendante le but étant de créer des typologies d'individus par rapport à chacune des bases. Pour réaliser cette classification, nous avons considéré l'ensemble de l'information, soit toutes les valeurs propres.

En s'appuyant sur le dendrogramme⁸⁰, nous proposons un regroupement en 3 classes (voir dendrogramme tests figure 52, annexe 1). L'ensemble des modalités des variables entre en compte, car les valeurs sont en valeur absolue supérieure à 2. Le critère de classification adopté est celui "mod/class" qui signifie pourcentage de la modalité dans la classe. La typologie se présente de la manière suivante :

Classe 1 : hommes en couple depuis moins de 5 ans ou jeunes couples

Cette classe, qui comprend 34 hommes, est ambiguë. Plus de la moitié (58, 8 %) des hommes de cette classe vivent en couple depuis moins de 5 ans ; 52 % sont âgés de 30 à 34 ans, la moitié a 0 à 2 enfants et 1/3 un niveau de vie moyen.

Classe 2 : hommes aisés ou favorisés économiquement

Cette classe comprend 26 hommes. Elle regroupe presque tous les hommes de niveau de vie élevé (92, 31 %), plus de la moitié réside à Pointe-Noire et 23 % à Brazzaville, 46 % sont âgés de 35-39 ans. Près de 5 hommes sur 10 sont protestants, alors que 27 % ont un niveau d'instruction du supérieur.

Classe 3 : hommes en situation de précarité ou défavorisés économiquement

Cette classe comprend 43 hommes. La quasi-totalité (95,4 %) des hommes de cette classe sont pauvres, (86 %), ils ont au moins 5 enfants et près de deux tiers (63 %) résident dans le Sud du pays, alors que 1/3 âgés de 45 ans, et plus vivent ensemble avec leurs épouses depuis au moins 20 ans.

⁸⁰ Le dendrogramme ou arbre de classification est un diagramme qui sert généralement à illustrer différents groupes définis par une classification hiérarchique.

En somme, l'analyse de classification confirme tout en la précisant, l'esquisse de typologie élaborée lors de l'interprétation des proximités des modalités des variables (figure des modalités). Nous distinguons d'une part, les hommes en couple discordant en situation défavorable économiquement qui résident au sud, âgés de 45 à 49 ans. La majorité des hommes de ce groupe ont beaucoup d'enfants, fréquentent les églises de réveils et d'autres religions, sont en couple depuis au moins 20 ans. D'autre part, les hommes aisés en couple discordant dont la plupart sont rencontrés à Pointe-Noire, instruits ayant au plus 2 enfants. Entre les deux, émerge un groupe d'hommes qui vivent avec leur femme depuis moins de 5 ans, de niveau de vie moyen, ont entre 0 à 2 enfants.

VI.2.2.3. Présentation des Résultats (fichier Femme) ° (voir tableaux 36 et 37 ; figure 49)

Tableau 36 : Contributions des modalités actives (Fichier Femme)

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
Région							
Brazza	0,874	10,44440	6,06	1,77	0,60	3,85	6,71
Pointe-Noire	2,039	3,90476	4,71	8,16	0,34	2,31	7,83
Sud	4,369	1,28889	5,77	0,01	5,07	4,41	0,20
Nord	2,718	2,67857	0,05	9,70	3,65	6,05	2,31
			16,60	19,64			
Religion							
Catholique	2,427	3,12000	0,01	1,65	0,69	10,34	1,13
Protestant	2,233	3,47826	0,14	0,58	12,48	0,45	0,42
Réveil	3,301	2,02941	1,11	0,21	5,04	3,84	2,21
Autres croyances	1,748	4,72222	1,60	0,02	0,89	1,19	5,42
Réponse manquante	0,291	33,33330	0,12	0,14	6,22	3,51	0,35
			2,98	2,60			
Niveau de vie							
Faible	6,214	0,60938	5,74	3,86	0,42	0,07	0,00
Moyen	1,262	6,92308	4,04	0,31	0,47	0,14	1,11
Elevé	2,524	2,96154	5,47	12,11	2,26	0,02	0,51
			15,25	16,28			
Niveau d'instruction							
Primaire	4,369	1,28889	3,94	5,81	1,76	0,59	0,01
Secondaire	5,631	0,77586	3,06	4,51	1,37	0,45	0,01
			7,00	10,32			
Âges quinquennaux							
20-24	1,650	5,05882	1,08	13,71	1,20	3,93	2,84
25-29	1,942	4,15000	5,92	0,40	0,12	0,03	1,76
30-34	2,524	2,96154	0,95	1,30	14,34	0,41	0,14
35plus	3,884	1,57500	10,14	3,76	4,40	0,43	0,02
			18,09	19,17			
Nombre total d'enfants							
0 à 2enfants	3,884	1,57500	5,67	1,50	0,01	5,91	7,16
3 à 4enfants	3,204	2,12121	0,00	0,65	2,19	10,77	0,43
5 enfts+	2,913	2,43333	7,62	5,11	2,06	0,40	5,76
			13,29	7,26			
Nombre d'années de vie commune							
0 à 4 ans	2,427	3,12000	2,06	3,83	0,31	9,46	9,61
5 à 9 ans	2,330	3,29167	3,57	3,76	0,83	5,06	4,57
10 à 14 ans	1,845	4,42105	0,35	1,56	7,94	0,07	8,86
15 à 19 ans	1,359	6,35714	0,71	3,03	2,17	8,14	10,99
20 ans plus	2,039	3,90476	12,00	2,55	5,29	1,25	0,95
			18,69	14,72			
Utilisation du condom							
Non	8,641	0,15730	0,72	0,01	0,60	0,00	0,01
Oui	1,359	6,35714	4,55	0,06	3,83	0,03	0,04
			5,27	0,07			
Connaissance sur le sida							
Bonne	3,884	1,57500	0,11	4,89	0,57	0,76	3,22
Moyenne	3,884	1,57500	0,02	1,22	0,72	4,16	1,09
Mauvaise	1,845	4,42105	1,20	1,88	5,47	1,36	0,14
Réponse manquante	0,388	24,75000	0,84	0,26	0,00	1,34	10,17
			2,16	8,25			
Connaissance de son statut VIH							
Ne connaît pas son statut sérologique	7,184	0,39189	0,19	0,48	1,88	2,60	1,13
Connait son statut sérologique	2,816	2,55172	0,48	1,22	4,79	6,64	2,89
			0,66	1,70			

Tableau 37 : Cosinus carrés des modalités actives
(Fichier Femme)

Libellé	Poids relatif	Distance à l'origine	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
Région							
Brazza	0,874	10,44440	0,18	0,04	0,01	0,07	0,11
Pointe-Noire	2,039	3,90476	0,16	0,23	0,01	0,05	0,15
Sud	4,369	1,28889	0,28	0,00	0,17	0,13	0,01
Nord	2,718	2,67857	0,00	0,30	0,10	0,13	0,05
Religion							
Catholique	2,427	3,12000	0,00	0,05	0,02	0,22	0,02
Protestant	2,233	3,47826	0,01	0,02	0,31	0,01	0,01
Réveil	3,301	2,02941	0,04	0,01	0,15	0,09	0,05
Autres croyances	1,748	4,72222	0,05	0,00	0,02	0,02	0,10
Réponse manquante	0,291	33,33330	0,00	0,00	0,12	0,06	0,01
Niveau de vie							
Faible	6,214	0,60938	0,41	0,23	0,02	0,00	0,00
Moyen	1,262	6,92308	0,13	0,01	0,01	0,00	0,02
Elevé	2,524	2,96154	0,20	0,36	0,06	0,00	0,01
Niveau d'instruction							
Primaire	4,369	1,28889	0,19	0,23	0,06	0,02	0,00
Secondaire	5,631	0,77586	0,19	0,23	0,06	0,02	0,00
Âges quinquennaux							
20-24	1,650	5,05882	0,04	0,37	0,03	0,08	0,05
25-29	1,942	4,15000	0,20	0,01	0,00	0,00	0,03
30-34	2,524	2,96154	0,03	0,04	0,37	0,01	0,00
35plus	3,884	1,57500	0,45	0,14	0,14	0,01	0,00
Nombre total d'enfants							
0 à 2enfts	3,884	1,57500	0,25	0,06	0,00	0,15	0,18
3 à 4enfts	3,204	2,12121	0,00	0,02	0,06	0,25	0,01
5enfts+	2,913	2,43333	0,29	0,16	0,06	0,01	0,12
Nombre d'années de vie commune							
0 à 4ans	2,427	3,12000	0,07	0,11	0,01	0,20	0,19
5 à 9ans	2,330	3,29167	0,13	0,11	0,02	0,11	0,09
10 à 14ans	1,845	4,42105	0,01	0,04	0,19	0,00	0,16
15 à 19ans	1,359	6,35714	0,02	0,08	0,05	0,15	0,19
20ans+	2,039	3,90476	0,41	0,07	0,13	0,03	0,02
Utilisation du condom							
Non	8,641	0,15730	0,14	0,00	0,09	0,00	0,00
Oui	1,359	6,35714	0,14	0,00	0,09	0,00	0,00
Connaissance sur le sida							
Bonne	3,884	1,57500	0,00	0,18	0,02	0,02	0,08
Moyenne	3,884	1,57500	0,00	0,04	0,02	0,11	0,03
Mauvaise	1,845	4,42105	0,04	0,05	0,13	0,03	0,00
Réponse manquante	0,388	24,75000	0,02	0,01	0,00	0,02	0,16
Connaissance de son statut VIH							
Ne connaît pas son statut sérologique	7,184	0,39189	0,02	0,04	0,13	0,15	0,06
Connait son statut sérologique	2,816	2,55172	0,02	0,04	0,13	0,15	0,06

Description des composantes

Le premier axe comprend quatre variables : région de résidence à une contribution de 16,6 %, le niveau de vie 15,3 %, l'âge avec 18,1 %, puis le nombre d'années de vie commune 18,7 %. Les modalités qui contribuent à la formation de l'axe et bien représentées sont : "Sud" à 5,8 % et un cos 2 de 0,28 pour la région de résidence ; "faible" à 5,7 % et un cos 2 de 0,41 pour le niveau de vie ; "35 ans et plus" à 10,1 % et un cos² de 0,45 pour l'âge ; "20 ans et plus" 12,0 % et un cos² de 0,41 pour le nombre d'années de vie commune.

Le deuxième axe, est formé de la région de résidence (19,64 %), niveau de vie (16,28 %), âge (19,17 %). À propos des modalités, nous avons : "nord" avec 9,7 % et un cos 2 de 0,30 pour la région de résidence ; "élevé" 12,1 % et un cos 2 de 0,36 pour le niveau de vie ; "20-24" 13,7 %, et un cos 2 0,37 pour l'âge.

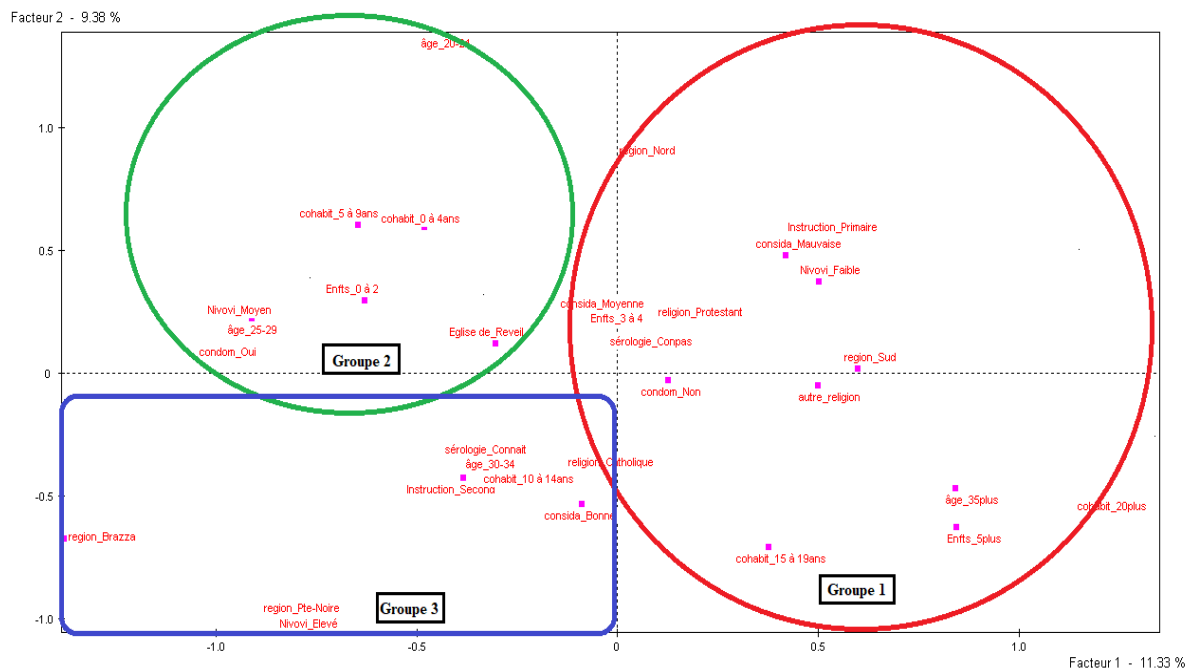
Caractérisation des axes factoriels : femme (tableau 58 annexe 1)

Le premier axe comprend : les femmes en couple discordant qui résident à Brazzaville (côté négatif de l'axe), qui ont un niveau de vie élevé opposées aux femmes en couple discordant du Sud (côté positif), de niveau de vie faible, âgées au moins 35 ans, qui vivent en couple depuis au moins 20 ans.

Alors que le second oppose les femmes en couple discordant qui résident dans le nord à celles de Pointe-Noire.

VI.2.2.4. Interprétation du graphique des modalités Femme

Figure 49: Analyse du plan factoriel (Fichier Femme)



Les femmes en couple discordant du groupe 1 sont âgées de 35 ans et plus, vivent dans les régions du Nord et du Sud, sont en couple depuis au moins 20 ans. Elles ont au moins 5 enfants, pratiquent l'église protestante et ont une mauvaise connaissance des mécanismes de transmissions du sida et des moyens de préventions, n'ont jamais fait un dépistage de sida. Elles sont issues des ménages pauvres et ont un niveau d'instruction du primaire, déclarent n'avoir pas utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels.

Les femmes du groupe 2 sont âgées de moins de 30 ans, elles cohabitent depuis moins de 10 ans, elles ont au moins 2 enfants, sont dans les églises de réveils, ont un niveau de vie moyen et déclarent avoir utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels.

Le 3^e groupe est composé de femmes qui résident à Brazzaville et Pointe-Noire dont les âges varient entre 30 et 34 ans, ont un niveau d'instruction du secondaire, durée d'union entre 10 et 14 ans. Ces femmes ont une bonne connaissance des mécanismes de transmission du sida, elles sont catholiques et déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH/sida.

VI. 2.2.5. Analyses des classifications en 3 classes (femme) (voir tableau 63, figures 53,54) :

Classe 1 : Femmes ayant une instruction du secondaire

Cette classe comprend 31 femmes. La plupart des femmes de ce groupe (90,3 %) ont un niveau d'instruction du secondaire, plus de 2/3 ont un niveau de vie élevé, plus de la moitié (58 %) résident à Pointe-Noire et 30 % à Brazzaville, 58 % des femmes ont déclaré entre 0 et 2 enfants.

Classe 2 : Femmes de situation économique défavorable

Cette classe est la plus importante avec 39 femmes. Elle regroupe 87,2 % des femmes vivant dans des ménages pauvres dont 61,5 % ont le niveau du primaire ou sans niveau ; 43,5 % habitent dans le Nord ; 38,5 % pratiquent la religion protestante et sont en couple depuis moins de 5 ans ; 35,9 % sont âgées de 20 à 24 ans.

Classe 3 : Femmes adultes en couple discordant

Cette classe comprend 33 femmes, la quasi-totalité (90,9 %) des femmes qui composent cette classe sont âgées de 35 ans et plus, plus de 8 femmes sur 10 sont issues des ménages pauvres, 72,7 % ont au moins 5 enfants. Plus de 2/3 des femmes (66,7 %) vivent dans le Sud, alors que, 63,6 % sont en couple depuis au moins 20 ans.

Comme dans le cas précédent, l'analyse des classifications confirme la catégorisation faite par l'analyse factorielle des correspondances multiples.

Au Congo, les couples discordants sont plus concentrés à Pointe-Noire et Brazzaville (cartographie des couples discordants figure 56), la plupart des femmes dans ces couples ont contracté plus d'une union, ils pratiquent les religions chrétiennes (catholique, protestant). La majorité des femmes infectées connaissent leur statut dans la maladie. Également on remarque chez les couples discordants, une baisse d'activités sexuelles, une connaissance parfaite du VIH/sida, le préservatif est utilisé régulièrement.

Par ailleurs, le nombre de partenaires et d'enfants ne diffère pas, selon que le couple est discordant ou non.

Conclusion : que peut-on retenir des résultats descriptifs ?

Les couples sérodiscordants représentent environ 5 % des couples au Congo. L'âge, le nombre d'enfants, le nombre de partenaires sexuels, les rapports non protégés sont corrélés au phénomène étudié au seuil de 1 % ; la religion, la durée d'union, le niveau d'instruction à 5 % ; le niveau de vie, et la connaissance du statut sérologique à 10 %.

L'analyse des classifications a débouché sur une typologie en trois classes : les couples discordants de conditions économiques difficiles, qui résident dans le Sud et au Nord, zones à 88 % rurales. La majorité des couples ont une instruction du primaire ou sans niveau, sont adultes et ne connaissent pas leur statut dans la maladie. (groupe 1). Ensuite, les couples discordants qui résident à Pointe-Noire et Brazzaville, qui ont entre 0 à 2 enfants, une instruction du secondaire ou plus et de niveau de vie élevé (groupe 2). Un groupe intermédiaire entre les deux est composé des couples dont le niveau de vie est moyen ayant entre 0 à 2 enfants.

In fine, cette catégorisation va permettre de mieux cibler les groupes et les actions à mener dans le cadre de la lutte contre la propagation de l'épidémie au Congo (dépistage, counseling, prise en charge).

Dans le chapitre VII, nous allons mettre en évidence les déterminants de la sérodiscordance au Congo.

CHAPITRE VII

ESSAI D'EXPLICATION DE LA SERODISCORDANCE

DU VIH/SIDA AU CONGO

Ce chapitre est consacré à la détermination des effets nets des variables explicatives, les mécanismes d'influence et les contributions.

Faisons remarquer que toutes les variables utilisées dans l'analyse bivariée sont reprises dans l'analyse explicative, car une variable peut paraître significative au niveau bivarié et ne pas l'être au niveau explicatif et vice-versa.

L'objectif étant d'identifier dans une approche multivariée, les déterminants socioculturels de la sérodifférence au Congo. Pour ce faire, nous allons utiliser les modèles pas à pas de la régression logistique ordonnée dont les fondements ont été succinctement présentés dans le chapitre 5. Les coefficients β_j fournis par le modèle de régression logistique ordonnée « ologit » ont été transformés en rapport de chances (« odds ratio ») dans le souci de faciliter l'interprétation des résultats. Nous rappelons à nouveau que dans la présente étude, la sérodifférence est une variable composite créée à partir des informations recueillies lors de l'enquête et du test de dépistage. Au total, nous avons élaboré 12 modèles de régression à pas croissant correspondant aux 13 dimensions de notre cadre analytique : (*Seuils de signification* : *** $p < 1\%$; ** $p < 5\%$; * $p < 10\%$).

Le modèle 1 (M1) : les variables contextuelles (le milieu de résidence et la région de résidence) ont été considérées comme les variables de base ;

Le modèle 2 (M2) : ce modèle a pris en compte les variables contextuelles plus la variable liée à l'environnement culturel à savoir l'ethnie ;

Le modèle 3 (M3) : il a intégré toutes les variables du modèle précédent auxquelles s'ajoute la religion ;

Le modèle 4 (M4) : il a pris en compte les variables contextuelles, celles liées à l'environnement culturel (l'ethnie et la religion) et le niveau de vie ;

Le modèle 5 (M5) : en plus de toutes les variables du modèle 4, a été introduit le niveau d'instruction ;

Le modèle 6 (M6) : en plus de toutes les variables dans le modèle précédent, s'ajoute l'âge ;

Le modèle 7 (M7) : le modèle intègre toutes les variables des modèles précédents auxquelles on ajoute le nombre d'enfants ;

Le modèle 8 (M8) : aux différentes variables déjà existantes, on introduit le nombre d'années de vie commune ;

Le modèle 9 (M9) : il prend en compte, en plus de toutes les autres variables introduites, le nombre total de partenaire dans la vie ;

Le modèle 10 (M10) : en plus des variables introduites dans le modèle, on associe la connaissance du sida ;

Le modèle 11 (M11) : dans ce modèle, en plus des variables existantes, on introduit l'utilisation du préservatif au cours des derniers rapports sexuels ;

Le modèle 12 (M12) c'est le modèle saturé. En plus de toutes les variables des modèles précédents, on intègre le dépistage antérieur ou connaissance du statut sérologique.

VII.1 EFFETS NETS DES VARIABLES EXPLICATIVES

VII.1.1 Caractéristiques socioculturelles et économiques

VII.1.1.1. La région de résidence, appartenance ethnique

Au niveau multivarié, on observe une relation de causalité entre la région de résidence, l'ethnie et la sérodiscordance. La région de résidence et l'ethnie sont des facteurs explicatifs de la sérodifférence. On constate que les couples qui résident dans la région du Sud (les départements du Pool, Bouenza, Niari Lékoumou et Kouilou) courent 30 % plus de risques de sérodifférence que ceux qui vivent dans le Nord. Les raisons qui expliquent ce résultat sont les mêmes que celles évoquées lors des analyses bivariées à savoir : forte concentration de la population, développement des activités économiques et industrielles ayant pour corollaire une intense activité sexuelle qui serait la cause de l'expansion du sida et de la sérodiscordance. À cela s'ajoutent, les rapprochements ethno-régionaux entre conjoints qui jouent un rôle non moins négligeable. « Si deux conjoints ont une socialisation antérieure assez proche, avec un « stock d'expériences de façon semblable », il leur est plus aisé de valider le monde de l'autre (De Singly 2016, p 15-19).

Les analyses à propos de l'ethnie, montrent que les femmes Tékés courent moins de 20 % de risques d'exposition à la sérodiscordance que les femmes Kongo, alors que celles des autres ethnies sont 1,8 fois plus exposées. Ces variations peuvent se rattacher aux normes et valeurs en matière de sexualité et fécondité. Les sociétés traditionnelles sont caractérisées par une conscience ou une âme collective fondée sur l'adhésion aux valeurs et croyances de la communauté. Par l'intermédiaire de l'éducation, de l'apprentissage, certaines valeurs culturelles sont transmises aux jeunes générations par les parents, les aînés de la famille ou de la communauté à laquelle ils appartiennent et doivent respect et obéissance. Ainsi, la sexualité malgré la désorganisation sociale induite par l'urbanisation, la modernisation, le comportement sexuel et fécond demeurent sous le contrôle de la religion et des traditions surtout en milieu rural. Pour Sala-Diakanda « certes, la modernisation des comportements individuels tend à s'uniformiser surtout dans les centres urbains. « Rien ne prouve (...) que les changements de mentalité soient tels que l'acquis culturel accumulé des générations durant n'ait plus d'impact quelconque sur les comportements individuels des populations africaines (..) » (Sala-Diakanda, 1980).

Sur la question de la sexualité, en Afrique et au Congo deux modèles prévalent : celui qui valorise l'abstinence et celui qui tolère la sexualité avant le mariage.

Le modèle qui désapprouve la sexualité avant le mariage préserve les jeunes du sida par conséquent de la sérodiscordance

Ce modèle est la caractéristique des sociétés dont le système de lignage est patrilinéaire notamment, les ethnies du centre et de la partie septentrionale du Congo (Mbochi, Kouyou, Sangha-Sangha, Téké, etc.). Pour les promoteurs de cette tradition, la sexualité et la fécondité ne sont reconnues que dans une union légitime. Le mariage doit précéder l'entrée en vie sexuelle et féconde. « Le mariage suivi de la sexualité et de la maternité (ou de la paternité) constitue la trajectoire de référence pour l'accession au statut d'adulte socialement reconnu. La virginité y est grandement valorisée. La jeune fille doit rester vierge et observer des rituels lui permettant de protéger sa virginité et sa fécondité future » (Caldwell, 1990 ; Miske-Talbot, 1984).

L'excision, l'infibulation et le port des amulettes participent à des rites protecteurs de la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage (Beninguissé, 2007).

Aussi, il importe de noter que la jeune fille reçoit également, très souvent de sa mère, une éducation sexuelle portant notamment sur l'hygiène et la beauté corporelle. Le mariage précoce peut être l'une des stratégies développées par les parents pour éviter à la jeune fille une éventuelle perte de virginité pré-nuptiale (Meredith, 1986). Ce contexte prohibitif de la sexualité pré-maritale est légitimé et entretenu par les institutions religieuses à travers leurs prescriptions de virginité et de chasteté. Dans ce contexte, la réprobation sociale envers les naissances pré-maritales est forte (Delaunay 1994). Leur avènement est source de marginalisation de la jeune fille qui très souvent perd sa prise en charge parentale et compromet ses chances de trouver un mari au cas où le père de son enfant ne l'épouse pas.

Cette désapprobation sociale de la sexualité et de la procréation pré-maritale prévaut encore au Sénégal, dans la province d'Antananarivo à Madagascar, chez les Luba de la République Démocratique du Congo (RD Congo), chez les Sara et les Gbaya de la République Centrafricaine et chez les Bamiléké et les Mandara du Cameroun (Gastineau & Binet, 2006 ; Adjmagbo et al, 2004, Ahmat, 1995 ; Diop, 1993 ; Retel-Laurentin, 1974). Les modalités par lesquelles les jeunes ont des expériences sexuelles pré-conjugales sont peu documentées. Des cas de violence sexuelle ou de sexualité non-consentie parfois à l'intérieur de la sphère familiale étaient rapportés (Caldwell. J et Caldwell. P, 1990).

Dans un contexte où la transmission sexuelle est le mode le plus dominant au Congo, les couples formés par les personnes issues des ethnies qui désapprouvent la sexualité avant le mariage sont moins exposés aux VIH et à la sérodiscordance que ceux des personnes des ethnies permissives.

Le modèle qui tolère la sexualité et la procréation prémaritale expose les jeunes au VIH/sida et à la sérodiscordance

Dans ce modèle, l'entrée en vie sexuelle précède l'entrée en vie conjugale. Il est le propre des sociétés matrilineaires et celles qui valorisent la fécondité, mais qui font face à une forte infertilité (Bledsoe et al 1993). La fécondité pré-nuptiale y est tolérée parce qu'elle est une démonstration de la fertilité de la femme qui augmente ses chances de mariage, la stérilité étant socialement stigmatisée.

Elle est donc une garantie de la descendance du futur époux. La diffusion et l'accès à la contraception sont difficiles dans ce contexte.

Ce modèle comportemental est particulièrement ambiant chez les Moba-gurma du Togo, les Krou de Côte d'Ivoire, les Mongo et Tetela de RD Congo, les Zandés-Nzakara de Centrafrique, les Beti-Fang du Cameroun, dans les provinces de Toliary et de Fianarantsoa à Madagascar (Gastineau & Binet, 2006 ; Ombolo, 1990 ; Rey, 1989 ; Schwart, 1978 ; Retel-Laurentin, 1974) ».

Dans le contexte du VIH/sida, ces deux modèles peuvent avoir une incidence positive ou négative sur la sérodiscordance. Les ethnies du sud sont permissives à la sexualité et fécondité avant le mariage, de ce fait, elles sont plus exposées au VIH-Sida et à la sérodiscordance que celles du Nord qui ne tolèrent pas la sexualité avant le mariage.

Néanmoins, cet argumentaire reste à prendre avec beaucoup de réserves du fait, de la désorganisation sociale, induite par l'urbanisation, la scolarisation les NTIC, etc. Car, selon Gokaba (2011), au Congo, plus de la moitié des adolescents de toutes les ethnies confondues sont sexuellement actifs avant le mariage.

Autre phénomène qui a un impact sur la sérodiscordance, c'est la polygamie, reconnue par le droit coutumier et le code de la famille de 1984. « le code congolais de la famille autorise les hommes à avoir jusqu'à quatre épouses légitimes. Le fait pour un homme d'avoir plusieurs partenaires sexuelles accroît pour lui-même et ses partenaires le risque de contracter le VIH/sida, et ce, d'autant plus que le mari polygame pratique avec ses épouses des relations sexuelles non protégées. En outre, non-content d'avoir plusieurs épouses légitimes, beaucoup

de Congolais ont de nombreuses liaisons extraconjugales. Le phénomène dit du « deuxième bureau » est suffisamment répandu et connu pour qu'il soit nécessaire de la décrire longuement ici. [...] Au Congo, les hommes ont en général plus de partenaires que les femmes. De ce fait, beaucoup de femmes infectées par le VIH/sida l'ont contacté par l'intermédiaire de leur mari ou de leur partenaire régulier ou occasionnel.

La polygamie officielle ou informelle qui permet à un homme d'avoir plus d'une épouse ou plus d'une partenaire régulière est un facteur culturel de la propagation du VIH/sida, parce qu'elle induit des relations sexuelles non protégées »(Elo Dacy 2013, p. 54).

En outre, le mariage par héritage ou lévirat, l'absence de dialogue entre parents et enfants sur la sexualité qui demeure un sujet tabou dans de nombreuses sociétés notamment africaines, le silence des époux sur l'infidélité mutuelle, la paupérisation de la population et bien entendu la crise morale de la société congolaise sont les facteurs de diffusion de l'épidémie et de la sérodiscordance.

À propos de la crise morale, Elo Dacy (2013) estime que « le Congo traverse aujourd'hui la plus grave crise morale de son histoire. Il est entré dans l'ère du « mbéba », c'est-à-dire du laisser-aller et du laisser faire. Toutes les normes qui régissent la vie en société sont transgressées.

Chacun, fait ce qu'il veut, comme il veut, quand il veut. Sur le plan des pratiques sexuelles, la crise morale se traduit par la luxure et un vagabondage sexuel exacerbé tant chez les hommes que chez les femmes. Certains hommes avouent sans gêne, avoir de 5 à 10 partenaires sexuels ; des jeunes filles de 15 à 20 ans ont quatre à six partenaires, voire plus. Cette multiplication des partenaires sexuels par les hommes et les femmes, jointe à la réticence du préservatif font courir à la nation le risque de voir se décimer à l'horizon 2020, une part importante des ressources humaines indispensables à son développement ».

VII.1.1.2. Effet de la religion

Au niveau net la religion influence la sérodiscordance. Les hommes catholiques courent 20 % moins de risque de sérodiscordance que ceux qui pratiquent d'autres religions. En revanche, les protestants sont 1,2 fois plus exposés que ceux des autres religions. Les arguments développés au niveau bivarié restent valables (tableau 38). Il convient de souligner qu'après deux décennies d'idéologie marxiste (1968-1990), l'ouverture démocratique a entraîné une prolifération des lieux de cultes (églises) et la conversion de plusieurs individus. Au dernier recensement général de la population de 2007, le Congo compte 75,3 % de chrétiens (RGPH-07), une proportion qui certainement a augmenté avec la pauvreté. En effet, une étude de

gallup⁸¹ sur 114 pays a démontré que « Chacun des pays les plus religieux est relativement pauvre, avec un produit intérieur brut (PIB) sous les 5 000 dollars par an (3 900 euros env.)". Les analystes déclarent que cette situation reflète la solide relation qui existe entre le statut socioéconomique d'un pays et la religiosité de ses résidents. Les pays les plus pauvres du monde, ceux avec une moyenne de revenu par personne de 2 000 dollars (1500 euros env.) par an ou moins, la proportion médiane qui déclare que la religion est importante dans leur vie quotidienne est de 95 %. Au contraire, le point médian pour les pays riches, ceux avec des revenus par habitant au-dessus des 25 000 dollars (19 400 euros env.), est de 47 % ; excepter les Américains qui ont une tendance inverse avec environ deux tiers (2/3) (65 %) qui déclarent que la religion est importante dans leur vie de tous les jours⁸²».

Au Congo, la plupart des prédications se fondent sur les valeurs de paix, repentance, amour, persévérance et surtout le miracle. Pour les chrétiens, le sida est soit le produit de la sorcellerie ou d'une transgression de la loi divine (péché), infidélité, etc. le Sida est alors présenté comme le salaire du péché, c'est-à-dire la mort, d'après Romains 6 : 23 ; ou selon Ezéchiel 18 : 4 qui énonce que « l'âme qui pèche est celle qui mourra ». Dans le même ordre d'idées, Deutéronome 28 : 16 indique que, « l'éternel fera venir sur toi, jusqu'à ce que tu sois détruit, toutes sortes de maladies et de plaies qui ne sont point mentionnées dans le livre de cette loi ». Néanmoins, cette punition va être déclarée guérissable par la puissance du saint esprit ou par le « nom de Jésus », voir le « sang de Jésus » administrés par des guides spirituels.

Cette position sera défendue par Tonda, « le sida est une maladie envoyée par Dieu pour punir les inconvertis, les païens, ceux qui se livrent à la débauche, se parent des attributs d'une maladie du diable et de la sorcellerie. Il appelle la guérison divine par la délivrance ou l'exorcisme réalisé par des pasteurs puissants, c'est-à-dire doués de charismes : « qualité extraquotidienne » attachée à un « homme (peu importe que cette qualité soit réelle, supposée ou prétendue) », dont la caractéristique fondamentale consiste cependant, dans les sociétés d'Afrique centrale contemporaines, en une logique magique de cumul de pouvoirs et par une autre, économique, d'accumulation de biens matériels (Tonda, 2013, p 142). « La prière de la foi sauvera le malade et le seigneur le relèvera ; et s'il a commis des péchés, il lui sera pardonné. » (Jacques 5 :15).

⁸¹ [Religiosity Highest in World's Poorest Nations](#). Aout 2010, consulté le 15 /09/2020.

⁸² <https://www.charlatans.info/news/La-religion-associee-a-la-pauvrete>, consulté le 15/09/2020

Vu sous cet angle, le sida ne peut constituer un obstacle à la formation d'un couple moins encore la raison du divorce. « Que l'homme ne sépare pas ce que Dieu a joint »

(Mathieu 19 : 6-7). Ce point de vue a été défendu antérieurement par Moret.

le couple a son origine en Dieu et ne devrait pas être brisé, car par nature, l'union conjugale est faite pour être permanente (Moret, 2015 ; Liège, 1972).

VII. 1.1.3. Les conditions économiques

Les conditions économiques saisies à partir de la variable niveau de vie influencent la formation et l'évolution des couples discordants au Congo. Les couples issus des ménages de niveau de vie faible court 10 % plus de risques d'exposition à la sérodiscordance que ceux de niveau moyen. Ce résultat confirme la thèse développée par plusieurs chercheurs estimant que la pauvreté est un déterminant du VIH/sida dans les pays à revenus limités.

Sans courir le risque de cultiver le paradoxe, on peut affirmer que les femmes mariées ou célibataires qui résident dans les centres urbains, pour des besoins de rationalités économiques multiplient le nombre de partenaires sexuels et par conséquent s'exposent à la maladie et à la sérodiscordance. Rwengé dans une étude antérieure soutient que : « la plupart des femmes dépendent économiquement de leurs maris. Quand elles ne sont pas satisfaites économiquement par ces derniers, elles contractent des relations sexuelles extraconjugales à but lucratif. C'est également ce que pense Bledsoe (1989) : « à cause des difficultés économiques, même les femmes mariées s'engagent dans les activités sexuelles extraconjugales ». Le problème serait très important en milieu urbain où les hommes contribuent en grande partie au revenu du ménage.

Des différences importantes existeraient cependant entre pays africains. En effet en Afrique occidentale, les activités commerciales permettent à la femme d'avoir une certaine autonomie financière. Le cas le plus connu est celui des Nana-Benz (femmes d'affaires de Lomé).

En revanche dans la plupart des pays africains dont le Congo où les femmes ont moins d'activités commerciales, l'homme contrôle l'intégralité du budget familial, comme le montrent (Caldwell et al., 1993). Certaines femmes célibataires démunies de moyens financiers sont obligées de se prostituer pour subvenir à leurs besoins.

Il en est de même pour les jeunes filles en provenance des campagnes et qui migrent vers les grandes villes dont le premier objectif est d'avoir un emploi. En cas d'échec, elles se lancent parfois dans la prostitution comme l'ont observé Bledsoe et Isuigo (1989) en Zambie : « Les jeunes femmes provenant de leur village arrivent en ville, ne parviennent pas à trouver du

travail et se tournent vers les moyens les plus simples de se procurer un peu d'argent et de sécurité. Elles recherchent des hommes aisés et âgés qui ont un emploi et sont souvent mariés, en estimant qu'elles peuvent satisfaire ainsi leurs besoins en échange de ces liaisons et relations sexuelles. Ces femmes accepteraient, à défaut de l'approuver, la proposition des hommes mariés et des célibataires de voler d'une aventure amoureuse à l'autre ». La majorité des jeunes femmes s'engageraient dans la prostitution par suite des difficultés financières. Quand elles sont interviewées, les filles qui attendent les hommes devant les hôtels racontent souvent des histoires tristes. Une jeune femme raconte. La raison pour laquelle je me prostitue est que j'ai deux enfants, mais pas de mari. Je ne m'en réjouis pas du tout, mais je n'ai pas trouvé d'autre alternative » (Bledsoe et Isiugo-Abanihe, 1989).

En revanche, les hommes stables profiteraient des difficultés économiques de ces jeunes femmes pour satisfaire au maximum leurs désirs sexuels.

Cela pourrait expliquer la haute prévalence du sida observée par l'OMS en 1991 chez les cadres au Zaïre, au Rwanda et en Zambie » (Rwenge, 1999 b)

Il faut également préciser que la situation économique des parents affecte considérablement les comportements sexuels de leurs enfants appelés à devenir les adultes de demain. « En effet, la situation socio-économique des parents détermine leur capacité à satisfaire les besoins de leurs enfants (Kouton, 1992). Les moyens qu'ont les enfants pour satisfaire leurs besoins influent sur leur sexualité de la manière suivante : quand les parents ont assez de moyens pour satisfaire les besoins de leurs jeunes filles, ils modifient facilement leurs attitudes vis-à-vis des statuts privilégiés dans le milieu socioculturel d'origine (mariage forcé, union précoce, etc.). Les moyens déterminent l'aptitude des parents à envoyer les enfants à l'école qui est un support social dont peuvent disposer les jeunes enfants pour l'éducation sexuelle, en particulier la connaissance et l'utilisation des préservatifs. La fréquentation scolaire est un des déterminants du statut auquel accéderont les jeunes enfants. Les moyens déterminent aussi la capacité qu'ont les parents d'envoyer leurs enfants dans des groupes de jeunes et de faciliter leur accès aux médias et aux films vidéo, etc. Enfin, les moyens mis à la disposition des jeunes influencent chez eux l'intensité de l'activité sexuelle et l'engagement dans l'activité sexuelle "à risque".

En effet, en cas de situation économique difficile, les jeunes garçons, généralement issus de mères célibataires ou de mères adolescentes, abandonnent parfois leurs familles pour vivre dans la rue. La pauvreté de leurs familles d'origine, les sévices et l'exploitation qu'ils y subissent ne les incitent guère à y retourner.

Ces jeunes sont souvent victimes de sévices sexuels que leur font subir d'autres jeunes de la rue ou d'autres personnes pour qui ils travaillent pour leur survie.

Notons aussi que certains jeunes garçons issus des ménages dont les conditions économiques sont favorables peuvent s'engager intensément dans les relations sexuelles, profitant en fait des difficultés économiques de jeunes filles pour satisfaire au maximum leurs désirs sexuels. Cela signifie qu'en cas de conditions difficiles, les jeunes filles auraient le plus tendance à s'engager intensément dans les relations sexuelles, et même à se prostituer. (Rwengé, 1999, p. 228).

Photo 6: Les jeunes filles sont les plus exposées au VIH/sida



‘Les nouvelles infections surviennent 4 fois plus chez les jeunes filles que chez les garçons, 51% des nouvelles infections sont dans le groupe d’âge de 0 à 24 ans, et 28% des nouvelles infections surviennent chez des enfants âgés de 0 à 14 ans’. (MICS, 2016).

VII.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Au niveau net le niveau d'instruction est significativement associé à la sérodiscordance. Contrairement à ce qui a été observé au niveau bivarié, les femmes du secondaire court moins de 30 % de risques de sérodiscordance que celles du primaire.

Le fait d'être instruit implique une connaissance parfaite de l'épidémie et des moyens de préventions entre autres, la limitation du nombre de partenaires à un seul non infecté, l'utilisation systématique pour des personnes qui ont des rapports extraconjugaux, etc. Il faut souligner que le VIH-Sida a été intégré dans les programmes d'enseignement du secondaire du 1^{er} et du second cycle. À cela, s'ajoutent les campagnes de sensibilisation sur l'épidémie

en milieu scolaire. Par le biais de la scolarisation, les individus accumulent les connaissances qui les exposent à des systèmes de valeurs différents des siens et partant, permet de modifier son comportement à l'égard d'autrui et de certains faits de société. L'école détermine donc une grande ouverture d'esprit, une meilleure connaissance. Dans le cas du sida, les personnes instruites sont plus averties sur les dangers de l'épidémie que les "sans niveau".

Une étude menée en Île-de-France sur les populations africaines a établi une corrélation entre la scolarisation et la connaissance du VIH/sida. En d'autres termes, les personnes non scolarisées ou faiblement scolarisées ont également un niveau de connaissance de la maladie qui est faible. En conclusion, plus on est instruit, plus on a une connaissance parfaite de l'épidémie et des moyens de prévention, moins on est exposé à l'épidémie et à former un couple sérodiscordant.

Il en est de même pour l'âge, le nombre d'enfants et la durée d'union qui sont eux aussi des facteurs de différenciation de la sérodiscordance. D'après le tableau 39, le risque de sérodiscordance augmente avec l'âge. Plus l'individu est âgé, plus est élevé le risque d'exposition à la sérodiscordance. Les femmes âgées de 25 à 34 ans courent 20 % plus le risque de sérodivergence que celles âgées de 20 à 24 ans, alors que celles âgées d'au moins 35 ans sont 1,3 fois plus exposés que celles de 20 à 24 ans.

En effet, par crainte du célibat définitif certaines personnes, en majorité les femmes sont parfois obligées de se mettre en couple avec des hommes sans connaître au préalable leur situation par rapport au VIH/sida.

Notons également, que les couples qui ont moins de 5 ans de vie commune (fichier homme) courent 1,3 plus de risques de sérodiscordance comparé à ceux qui ont une durée d'union de 5 à 9 ans, les 20 ans et plus moins de 10 % de chances de sérodiscordance (Tableau N° 38). Alors que chez les femmes, celles qui ont moins de 5 ans de cohabitation court moins de 20 % de chances de sérodiscordance que celles d'une durée de 5 à 9 ans (Tableau 39).

Ce résultat confirme celui obtenu au niveau bivarié. Plus un couple dure moins il court le risque de sérodiscordance, soit il demeure négatif, soit il devient positif.

Le tableau N° 38 indique pour le nombre d'enfants que les hommes qui ont déclaré moins d'enfants (0 à 2) courent moins de 30 % de risque de sérodiscordance que ceux qui ont déclaré 3 à 4 enfants. Ce résultat confirme également celui de l'analyse bivarié. En d'autres termes, plus un couple a des enfants en bas âges moins il est exposé à la rupture, et plus il encourt les risques de sérodiscordance. Les éléments d'explications développés au niveau bivarié restent valables pour l'analyse explicative.

VII.1.3 Connaissance, attitude et comportement à l'égard du VIH/sida

L'analyse multivariée a mis en évidence les liens de causalité entre le nombre de partenaires sexuels, la connaissance des mécanismes de transmissions du sida, l'utilisation du préservatif et la sérodiscordance.

Les hommes ayant connu au moins onze partenaires sexuels sont 2,2 fois plus exposés au phénomène étudié que ceux dont le nombre de partenaires varie entre 1 et 5, alors que les femmes ayant entre 6 à 10 partenaires courent 60 % plus de risque que celles de 1 à 5 partenaires (tableau N° 38). Le risque de sérodiscordance s'accroît donc avec le nombre de partenaires sexuels. Ce qui confirme la thèse de Levinson (2008), plus un individu a eu de partenaires dans sa vie, plus est élevé le risque d'exposition à l'épidémie par conséquent à la sérodiscordance.

Il ressort de nombreuses études en Afrique qu'une grande partie des individus ignorent le nombre exact de partenaires sexuels qu'ils ont eu au cours de leur vie. (Warszawski, 2008. p. 263).

Le niveau de connaissance de la population par rapport à une maladie influence bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de celle-ci. Dans le cadre des enquêtes sur le VIH/sida ou les EDS, certaines questions sont posées aux individus pour évaluer leur niveau de connaissances sur le VIH/sida.

Ces questions portent sur les connaissances générales du VIH/sida avec la question telle que : « avez-vous déjà entendu parler du sida », pour les connaissances erronées sur la transmission ou la prévention de la maladie les questions suivantes sont posées : l'abstinence, réduit-elle le risque de contamination par le VIH ? ; l'utilisation systématique du condom lors des rapports sexuels, réduit-elle l'infection par le VIH ? ; avoir un/une seul (e) partenaire non infecté réduit le risque de contamination par VIH ? ; une personne, peut-elle paraître en bonne santé et être porteuse du virus ? ; la piqûre de moustique, transmet-elle le VIH/sida ? ; peut-on attraper le sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte de sida ? Le VIH se transmet-il par des voies surnaturelles ? À ces questions s'ajoutent celles liées à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'autres qui permettent d'évaluer les attitudes et l'acceptabilité des personnes vivant avec le sida à savoir : « êtes-vous prêt à acheter des légumes vendus par une personne atteinte de sida ? ; pourriez-vous autoriser une personne atteinte de sida d'enseigner ?

Les résultats de l'analyse multivariée sont les suivants : les hommes ayant une mauvaise connaissance du sida courent 10 % moins de risque d'avoir pour partenaire une femme séropositive que ceux qui ont une connaissance moyenne.

« Dans les sociétés contemporaines, une relation conjugale n'est pas concevable sans activité sexuelle entre les conjoints. Au début d'une relation, la fréquence élevée des rapports sexuels joue un rôle fondateur essentiel pour le couple (Michel Bozon, 1991). Par la suite, quand la relation vient à se stabiliser, à s'installer dans la durée, voire à donner naissance à une famille, la sexualité continue à occuper la place d'un ciment nécessaire, qui pourrait faire défaut durablement sans danger pour l'édifice conjugal.

C'est seulement au bout d'une assez longue durée, et en lien avec le vieillissement, que l'activité sexuelle conjugale peut s'interrompre, alors que le couple continue. Pour autant, le lien entre sexualité et couple humain ne laisse pas d'être mystérieux, et même étonnant » (M Bozon, 1998, p. 175).

Cette réflexion soulève la question de la gestion de la sexualité dans un couple discordant qui sera approfondie dans le chapitre VIII. Néanmoins, le tableau N° 38 indique, que les hommes qui ont des rapports sexuels protégés avec leur conjoint courent plus de 10 % de chances de sérodiscordance que ceux qui ont déclaré des rapports non protégés, tandis que les femmes ayant utilisé le préservatif encourent plus de 60 % de chances. Nous pouvons conclure, que l'utilisation régulière du préservatif influence la sérodiscordance au Congo. Car, un couple discordant dont le/la partenaire séropositif (ve) n'est pas sous traitement régulier, et qui n'utilise pas le préservatif a plus de chance de basculer dans la concordance positive.

Comme nous l'avons argumenté plus haut, l'usage systématique du préservatif dans un couple est absurde, car le couple est un endroit idéal d'une vie sexuelle épanouie et sécurisée. Par conséquent utiliser de façon systématique le préservatif lors des rapports est l'expression de la méfiance vis-à-vis du partenaire, une manière d'avouer son infidélité.

Ce point de vue était soutenu antérieurement par Bauni et Jarabi. Pour ces auteurs, l'utilisation du préservatif reste associée à l'idée de rapport occasionnel : au Nigeria, si l'utilisation du préservatif reste globalement faible, elle dépasse 60 % des cas dans les situations de rapport occasionnel ou de rapport avec une prostituée (van Rossem et *al.*, 2001). Cependant, au sein du couple stable, le préservatif reste très mal admis. Puisqu'il est utilisé en cas de rapport occasionnel, le proposer à son conjoint revient à confesser son infidélité ou montrer l'absence de confiance qu'on a dans la fidélité sexuelle de son conjoint (Hogsborg et Aaby, 1992 ; Bond et Dover, 1997). À cela, s'ajoute la mauvaise réputation du préservatif, accusé de diminuer le plaisir sexuel. Son utilisation dans le couple stable est donc difficile à mettre en œuvre [...] le

préservatif étant accepté au sein des couples stables essentiellement dans une optique contraceptive (Bauni et Jarabi, 2000). Pour Lagrange (1997), le sentiment que l'on est concerné par le risque de contamination est associé à un usage plus fréquent des préservatifs. Nous pouvons dire que, le fait de connaître dans son environnement des personnes contaminées par le VIH favorise l'adoption des comportements préventifs entre autres l'utilisation du préservatif (Lagrange, 1997, p. 304-305).

De ce qui vient d'être dit, la sexualité en tant que ciment de la relation conjugale pour reprendre Bozon, ne peut être conditionnée par l'usage strict du préservatif. Nous sommes donc tentés de croire que l'utilisation absolue du préservatif dans un couple peut être un indice qui permet de soupçonner la sérodiscordance. Comme en témoigne Mx lors d'un entretien à Pointe-Noire.

« Nous utilisons le préservatif à vie dans notre couple »

Les différents modèles de la régression logistique sont ici, présentés dans les tableaux 38 et 39 où le Mo12 est le modèle saturé. Il prend en compte toutes les variables retenues pour l'étude (voir tableaux 62 pour homme et 63 pour femme annexe 1).

Tableau 38 : Risques relatifs à la sérodifférence au Congo (Fichier Homme)

Variables	Rapport de côtes par rapport aux modalités de références												
	Nets par rapport aux variables indépendantes												
	Mo	Mo1	Mo2	Mo3	Mo4	Mo5	Mo6	Mo7	Mo8	Mo9	Mo10	Mo11	Mo12
Mil résidence													
Urbain	0,3	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	1,0	1,1
Rural		(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Rég résidence													
Brazzaville	0,2	-0,2	-0,4	-0,4	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4	-0,4	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Pointe-Noire	0,9*	0,2	0,0	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	0,2	0,2	0,3	0,2
Sud	0,5	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,2
Nord	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Grpes ethniques													
Téké	0,3		-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Mbochi	0,2		-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,3		-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Kongo	(r)		(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Religion													
Catholique	0,5			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5*	0,7*	0,6*	0,8**	0,8**
Protestant	1,1**			0,1**	0,9**	0,9**	0,9**	0,9**	0,9**	1,1**	1,0**	1,1**	1,2**
Réveils	0,0			0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Autres religions	(r)			(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Niveau de vie													
Faible	0,5				0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1,1*	1,0
Moyen	(r)				(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Elevé	1,0**				0,1**	0,1**	0,9**	1,1**	1,1**	0,9**	0,8*	1,0**	1,0**
Instruction													
Primaire	(r)					(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Secondaire	0,1					0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,8	-0,2	-0,3	-0,2
Supérieur	0,4					0,0	-0,1	0,1	0,1	0	-0,1	-0,1	-0,1
Âges													
25 à 29 ans	(r)						(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
30 à 34 ans	0,2						0,7	0,2	0,2	0,6	0,5	0,5	0,5
35 à 39 ans	0,9						0,7	0	0	0,4	0,4	0,4	0,3
40 à 44 ans	1,6						1,5***	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4	0,4
45 ans plus	1,0						0,8	-0,2	-0,2	-0,1	0,1	-0,2	-0,2
Nbre d'enfants													
0 à 2 enfants	0,6***							0,6***	0,6***	0,7***	0,7***	0,7***	0,7***
3 à 4 enfants	(r)							(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
5 et plus	0,1							0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
durée d'union													
0 à 4 ans	0,1								0,0**	1,1**	1,1**	1,2**	1,3**
5 à 9 ans	(r)								(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
10 à 14 ans	0,1								0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
15 à 19 ans	0,3								0,0	0,1	0,2	0,3	0,4
20 ans plus	1,0**								0,0	0,6	0,7	0,9*	0,9*
Nbre de partenaires													
1 à 5 partenaires	(r)									(r)	(r)	(r)	(r)
6 à 10 partenaires	1,1*									0,9*	0,9*	0,9	0,9
11 et plus	3,4***									3,1***	3,1***	3,2***	3,2***
Cce du VIH/sida													
Bonne	0,8**										0,6*	0,5	0,5
Moyenne	(r)										(r)	(r)	(r)
Mauvaise	8,8*										0,9*	0,9*	0,9*
Rapports protégés													
Non	(r)											(r)	(r)
Oui	1,0***											1,1***	1,1***
Cce statut sérologique													
Ne connaît pas	(r)												(r)
Connait	0,1												-0,2
Chi2		5,89	7,01	12,57	17,55	17,89	25,11	41,87	52,19	75,98	80,13	91,63	92,75
Echantillon(n)		2346	2340	2328	2328	2328	2328	2328	2328	2312	2284	2266	2253
Pseudo R2		0,25	0,3	0,54	0,75	0,76	1,07	1,77	2,19	3,18	3,39	3,89	3,95
ΔR²			0,05	0,24	0,21	0,01	0,31	0,7	0,42	0,99	0,21	0,5	0,06

VII. 1.4. Les mécanismes d'influence des différentes variables sur le risque d'exposition à la sérodiscordance chez les hommes

En introduisant la variable région de résidence dans le modèle (M1), la modalité « Pointe-Noire » de la dite variable qui était significative dans le modèle brut ne l'est plus. Nous pouvons donc déduire que cette relation était fallacieuse, en d'autres termes, il n'existe aucun lien entre la région de résidence et la sérodiscordance.

Lorsqu'on introduit la variable âge, la modalité « 40-44 ans » de ladite variable devient significative au seuil de 1 %. Ce qui veut dire que l'effet de l'âge est médiatisé par le niveau d'instruction qui le précède dans le modèle. L'âge est donc une variable de différenciation de la sérodiscordance. Comme on peut le voir dans le tableau N° 38.

L'introduction de la variable durée d'union fait perdre à la modalité « 20 ans plus » la significativité qu'elle avait dans le modèle précédent (M0), alors que la modalité « 0-4 ans » de la même variable devient significative au seuil de 5 %. Il en est de même pour la modalité « catholique » de la religion, qui devient significative au seuil de 10 %. Ce qui veut dire que l'effet de la durée d'union est médiatisé par le nombre d'enfants qui le précède dans le modèle. La durée d'union est donc une variable de différenciation de la sérodiscordance. On peut constater que les couples dont la durée d'union varie entre « 0-4 ans », sont plus exposés à la sérodiscordance que ceux qui ont une durée de vie de 5-9 ans. Ce risque est d'autant plus faible que le nombre d'années de vie en couple augmente. Car, plus le couple dure dans le temps, soit il demeure négatif ou devient concordant positif. Même chose pour la relation entre la sérodiscordance et la modalité « catholique » de la religion, médiatisé par le nombre d'années de vie commune.

En d'autres termes, les hommes qui pratiquent la religion catholique courent moins de risque de sérodiscordance que ceux des autres religions. Contrairement, aux protestants qui sont eux plus enclins au phénomène étudié.

En introduisant dans le modèle les rapports protégés, la modalité « bonne » de la variable connaissance des mécanismes de transmission du sida et « 6 à 10 » de la variable nombre de partenaires perdent leur significativité, alors que la modalité « faible » de la variable niveau de vie devient significative à 10 %.

Ce qui veut dire que la relation entre la sérodiscordance et la modalité « faible » du niveau de vie est médiatisé par les rapports protégés.

En d'autres termes, les hommes de niveau de vie faible, le fait d'utiliser le préservatif ont 1,1 fois plus de chances de former un couple discordant que ceux de niveau de vie moyen.

Il en est de même pour la modalité "20 ans et plus" de la variable durée d'union qui a moins de 10 % de risques que la modalité « 5-9 ans ».

En d'autres termes, les couples ayant une durée de cohabitation de 20 ans et plus courent moins de 10 % de risques de sérodiscordance que ceux de 5 à 9 ans.

L'introduction de la variable connaissance du statut sérologique dans le modèle fait perdre à la modalité « faible » de la variable niveau de vie, la significativité qu'elle avait au départ. Autrement dit, la variable connaissance du statut sérologique est inhibitrice de la relation entre la sérodiscordance et la modalité « faible » du niveau de vie.

Tableau 39 : Contribution des variables indépendantes à l'explication de la variation de la sérodiscordance (Fichier Homme)

Variables	fX^2	sX^2	Cx (en %)	Rang
Religion	92,746	87,643	5,5	5
Niveau de vie	92,746	87,643	5,5	5
Nombre d'enfants	92,746	77,44	16,5	2
Années de vie commune	92,746	81,453	12,2	3
Nombre de partenaires	92,746	68,824	25,8	1
Connaissance du VIH/sida	92,746	88,924	4,1	6
Rapports protégés	92,746	81,512	12,1	4
$CX = (X^2f - X^2s) / X^2f$				

En rapport avec le fichier homme, le nombre de partenaires, le nombre d'enfants, le nombre d'années de cohabitation, les rapports protégés, la religion, le niveau de vie et la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/SIDA sont associés à la sérodiscordance.

Tableau 39 : Risques relatifs à la sérodifférence au Congo (Fichier Femme)

Variables	Rapport de côtes par rapport aux modalités de références												
	Nets par rapports aux variables indépendantes												
	Mo	Mo1	Mo2	Mo3	Mo4	Mo5	Mo6	Mo7	Mo8	Mo9	Mo10	Mo11	Mo12
Mil.de résidence													
Urbain	0,3	0,7	0,7	0,9	1,1	1	0,9	0,9	1	0,8	0,8	0,8	0,8
Rural	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Rég de résidence													
Brazzaville	0,2	-0,3	-0,1	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	-0,1	-0,1
Pointe-Noire	0,8*	0,1	0,5	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,6	0,9	0,9
Sud	0,4	0,3	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	1,0*	1,3*	1,3*
Nord	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Ethnie													
Kongo	(r)		(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Téké	0,1		0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,8*	0,8*	0,8*
Mbochi	0,1		0,6	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,9	0,8	0,9
Autres	0,1		0,5	0,7	0,8	0,9*	0,9*	0,9*	0,9*	0,9*	1,4**	1,7***	1,8***
Religion													
Catholique	0,7*			0,9	1,0**	1,0**	1,0**	1,0**	1,1**	1,0**	0,6	0,6	0,6
Protestant	0,2			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Réveil	0,3			0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Autres	(r)			(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Niveau de vie													
Faible	0,5				1,0	1,2*	1,1*	1,0*	1,1*	1,3**	1,1*	1,1*	1,1*
Moyen	(r)				(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
Elevé	1,0**				1,3	1,1**	1,0**	0,9*	0,9*	0,9*	0,8	0,6	0,6
Niv. d'instruction													
primaire	(r)					(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
secondaire	0,7**					0,8**	0,7**	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*	0,7*
Âge													
20-24	(r)						(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
25-29	1,0**						1,0**	1,3**	1,6***	1,3**	1,3**	1,2**	1,2**
30-34	0,7***						1,5***	2,4***	3,2***	2,6***	1,1*	1,2*	1,2*
35plus	1,8***						1,6***	2,9***	3,8***6	3,2***	2,3**	2,3**	2,3**
Nbre d'enfants													
0-2 enfants	0,0							0,6*	0,4	0,5	0,1	0,1	0,1
3 à 4 enfants	(r)							(r)	(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
5 enfants	0,1							-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2
Durée d'union													
0-4 ans	0,1								0,4	0,4	0,8*	0,7*	0,8*
5-9 ans	(r)								(r)	(r)	(r)	(r)	(r)
10-14 ans	0,0								-0,2	-0,2	0,1	0,1	0,1
15-19 ans	0,6								-0,1	0	0,4	0,5	0,4
20 ans plus	0,5								0,0	0,2	0,6	0,7	0,7
Nbre partenaires													
1 à 5 partenaires	(r)									(r)	(r)	(r)	(r)
6 à 10 partenaires	2,0***									1,8***	1,4***	1,5***	1,6***
11 partenaires plus	1,3**									1,1**	1,2**	1,2**	1,2**
Cce du sida													
Bonne	0,3										0,0	0,0	0,0
Moyenne	(r)										(r)	(r)	(r)
Mauvaise	0,2										0,4	0,4	0,5
rapports protégés													
Non	(r)											(r)	(r)
Oui	0,9**											1,6***	1,6***
statut sérologique													
Ne connaît pas	(r)												(r)
Connait	0,5*												-0,1
Xhi-deux		5,37	7,93	12,97	20,52	26,19	38,31	42	44,4	65,61	55,58	64,828	65,96
(n)		2346	2342	2319	2319	2319	2319	2319	2319	2318	2219	2195	2174
Pseudo R² (%)		0,23	0,34	0,56	0,88	1,12	1,63	1,78	1,88	2,75	2,44	2,87	2,94
ΔR²			0,11	0,22	0,32	0,24	0,51	0,15	0,1	0,87	-0,31	0,43	0,07

Seuils de signification : *** p<1% ; ** p<5% ; * p<10%

VII.1.5. Les mécanismes d'influence des différentes variables sur le risque d'exposition à la sérodiscordance chez les femmes.

L'introduction de la variable région de résidence fait perdre à la modalité « Pointe-Noire » sa significativité du modèle (M0). Nous pouvons déduire que le milieu de résidence a un effet inhibiteur sur la modalité « Pointe-Noire » de la variable région de résidence.

Lorsqu'on intègre le niveau de vie dans le modèle, la modalité « élevé » de celui-ci perd sa significativité, tandis que la modalité catholique de la religion devient significative au seuil de 5 %. Ce qui veut dire que la relation entre la sérodiscordance et la modalité « catholique » de la religion est médiatisée par le niveau de vie. Autrement dit, les femmes catholiques courent les mêmes risques à vivre en couple sérodiscordance que celles des autres religions. On peut donc déduire que le fait d'avoir un niveau de vie élevé n'épargne pas la femme catholique à avoir un mari séropositif.

Lorsqu'on ajoute le niveau d'instruction, les modalités « faible » et « élevé » du niveau de vie deviennent significatives aux seuils de 10 % et 5 %. Ce qui veut dire que la relation entre la sérodiscordance et le niveau de vie est médiatisée par le niveau d'instruction. En d'autres termes, les femmes de niveau de vie faible ou élevé sont plus exposées à la sérodiscordance que celles de niveau de vie moyen. Nous estimons donc que le fait d'être instruit ne met pas les femmes de niveau de vie faible et élevé à l'abri de la sérodiscordance.

On note aussi que la modalité « autre » de la variable ethnie devient significative au seuil de 10 %. Ce qui veut dire que la relation entre la sérodiscordance et l'ethnie est médiatisée par le niveau d'instruction. Les femmes des autres ethnies, instruites sont moins exposées à vivre en couple avec un homme séropositif que les femmes de l'ethnie Kongo.

Lorsqu'on inclut la connaissance des mécanismes de transmission du sida dans le modèle, la modalité « 0-4 ans » de la durée d'union devient significative au seuil de 10 %, de même que les modalités « Téké » de la variable ethnie et « Sud » de la région de résidence. Ce qui veut dire que la relation entre la sérodiscordance et la modalité « 0-4 ans » de la variable durée d'union est médiatisée par la connaissance des mécanismes de transmission du sida. Les femmes vivant dans des couples dont la durée d'union varie entre « 0 à 4 ans », le fait d'avoir une connaissance parfaite du sida, sont moins exposées à la sérodiscordance que celles qui ont une durée de « 5-9 ans ».

La connaissance des mécanismes de transmissions du sida médiatise la relation entre la sérodiscordance et la modalité « Téké » de la variable ethnie.

Ce qui signifie que les femmes Tékés, le fait qu'elles aient une bonne connaissance des mécanismes de sida sont moins exposées à la sérodiscordance que les femmes Kongo. Enfin, la relation entre la sérodiscordance et la région de résidence est médiatisée par la connaissance du statut sérologique. En d'autres termes, les femmes qui résident au sud et qui connaissent leur statut dans la maladie, courent plus de 30 % de risques de sérodiscordance que celles du Nord.

Tableau 40 : Contribution des variables indépendantes à l'explication de la variation de la sérodiscordance (Fichier Femme)

Variables	f \mathcal{N}^2	s \mathcal{N}^2	Cx (en %)	Rang
Région de résidence	65,96	56,092	14,9	2
Ethnie	65,96	57,963	12,1	4
Niveau de vie	65,96	62,343	5,5	7
Niveau d'instruction	65,96	62,395	5,4	8
Âges quinquennaux	65,96	59,07	10,4	5
Années de vie commune	65,96	62,081	5,9	6
Nombre de partenaires	65,96	49,676	24,7	1
Rapports protégés	65,96	57,402	13	3
$CX = (X^2f - X^2s) / X^2f$				

Toutes ces étapes avaient pour objectif de dégager les facteurs associés à la sérodiscordance au Congo. D'un point de vue quantitatif, le nombre de partenaires, la région de résidence, le nombre d'enfants, le nombre d'années de cohabitation, l'âge, le niveau d'instruction, l'ethnie, les rapports protégés, la religion, le niveau de vie et la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/SIDA sont des facteurs explicatifs de la sérodiscordance au Congo.

Conclusion

L'approche quantitative a permis de créer une typologie en trois classes : la première classe comprend les couples discordants défavorisés économiquement qui résident en milieu rural, sans instruction ; la deuxième classe regroupe les couples jeunes discordants, de niveau de vie moyen ayant au plus 2 enfants ; la troisième classe est formée par les couples discordants favorisés économiquement, qui vivent dans les principales villes (Brazzaville, Pointe-Noire) instruits avec une connaissance parfaite de l'épidémie. De l'analyse explicative, on retient, que le nombre de partenaires, la région de résidence, le nombre d'enfants, la durée d'union, l'âge, le niveau d'instruction, l'ethnie, les rapports protégés, la religion, le niveau de vie et la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/SIDA sont des facteurs associés à la sérodiscordance au Congo.

Dans le chapitre prochain, nous passons à l'analyse des données qualitatives.

CHAPITRE VIII

VIE DES COUPLES SERODISCORDANTS.

ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES COMPLEMENTAIRES

Ce chapitre consacré à l'analyse des données qualitatives de la sérodiscordance au Congo porte essentiellement sur trois thématiques : la connaissance par le/la partenaire de l'état séropositif(ve) de son/sa conjoint(e), le désir de maternité et scruter les motivations des personnes vivant en couple discordant. Dans la logique sanitaire, les couples discordants sont un vecteur de diffusion de l'épidémie et constituent un risque pour les populations congolaises. Sachant qu'on parle de risque lorsqu'une personne met en danger sa santé ou celle d'autrui. (Bajos, 2006, p.20).

Cette analyse va permettre de compléter les informations de l'analyse quantitative, car les deux approches ne s'opposent pas, mais sont la réalité d'un même continuum.

Rappelons que 30 entretiens ont été réalisés à Pointe-Noire, précisément dans le centre de prise en charge des PVVIH de M'paka ; 25 interviews avec les personnes infectées vivant en couple discordant et 5 avec les agents de santé évoluant dans ledit centre (voir photo 6).

Photo 7 : Façade latérale du centre de prise en charge évangélique de M'paka (Pointe-Noire)



À propos des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, les âges moyens des femmes et hommes sont respectivement de 42,9 ans et 44,8 ans ; 7 personnes sur 25 sont mariées à l'état-civil (4 femmes, 3 hommes) ; 17 exercent une activité (12 femmes, 5 hommes). La quasi-totalité est alphabétisée (13 femmes et 8 hommes) et pratique une religion, 17 personnes déclarent avoir au moins un enfant au moment de l'enquête (11 femmes et 6 hommes) (voir tableau 41).

Tableau 41: Caractéristiques sociodémographiques

Libellé	Femme	Homme
Effectif des enquêtés	17	8
Âge moyen	42,9	44,8
Ceux qui exercent une activité	12	5
Mariage à l'état civil	4	3
Instruction	13	8
Pratique de la religion	16	8
Enfants vivants	11	6

Source : Exploitation par nous-même des données issues des entretiens

Photo 8 : Entretien avec une séropositive vivant en couple discordant



VIII. 1. CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ DU CONJOINT

La connaissance de la sérologie du conjoint/de la conjointe est un indicateur pour comprendre la dynamique de la formation des couples discordants de manière générale et au Congo en particulier. Les données collectées dans le cadre de l'enquête complémentaire indiquent que 16 personnes interviewées sur 25 déclarent que leur statut sérologique est connu des partenaires (11 femmes, 5 hommes). Pour 5 répondants, l'information est connue avant la formation du couple, alors que pour 9 individus, l'information est divulguée dans l'union.

Trois moyens ont permis aux partenaires d'accéder à l'information : lors d'un acte de soin, par l'intéressé lui-même, par l'intermédiaire d'un agent de santé. Comme l'illustrent les extraits ci-après.

« J'ai informé mon mari de ma situation sérologique avant d'aller au lit, il m'a dit que cela ne lui posait aucun problème, cette maladie ne pouvait pas être un frein à ce qu'il ressentait pour moi. Malgré tout, je refusais ses avances parce qu'il avait déjà une femme donc ce n'était pas possible. Mais il a fini par me convaincre en me proposant le mariage. En mars 2007, nous nous sommes dit oui pour la vie. Certes, je suis dans un foyer polygame, mais mon mari me donne l'amour nécessaire sans obstacle. Ma coépouse, connaissant mon statut dans la maladie à des ressentiments à mon égard, mais le mari, a su gérer la situation. Ce dont je rêve aujourd'hui, c'est de lui donner un enfant pour concrétiser notre union. Un bébé me donnera plus de place dans le foyer parce que ma coépouse en a deux. Je suis confiante d'autant que les avancées médicales permettent aujourd'hui aux personnes infectées de procréer sans trop de risque et pour l'enfant et pour la mère ». (Femme 19).

« C'est par l'intermédiaire du médecin que ma femme était informée de mon infection. Au départ, c'était difficile qu'elle accepte cette réalité qui renvoie souvent à l'infidélité dans notre société. Il y a eu des tensions dans notre couple qui ont été apaisées avec l'apport du counseling. Nous utilisons le préservatif de façon systématique, aucun désir de maternité puisque ma femme avait subi une hystérectomie avant même notre rencontre. Notre situation est connue de nos familles. Car, de temps en temps, lorsque les parents réclament un enfant de notre union, ma réponse est que j'ai le sida, je ne veux pas contaminer ma femme ou l'enfant ». (Enquêté 21).

« Mon mari a connu mon statut dans le couple lorsque j'ai été transfusée du sang VIH pendant la césarienne à l'accouchement de notre 3e enfant, il a déjà fait trois tests qui sont toujours négatifs » (Enquêtée 21).

« Nous sommes en couple depuis 2015, je suis séropositive depuis décembre 2017. À la suite d'un zona intercostal et une fièvre à long court à la demande des médecins, le test de dépistage s'est révélé positif. J'ai connu plus de 5 partenaires sexuels dans ma vie et entretenu des rapports extraconjugaux non protégés qui sont certainement la cause de mon infection.

[] il n'y a jamais eu de tensions dans notre couple » (Femme 15).

« À cause des maladies opportunistes, ma « belle-mère⁸³ » avait suggéré un test de dépistage du VIH déclaré positif, elle a demandé le divorce, mon mari s'est opposé. Voilà, que depuis 9 ans, nous sommes abandonnés par ma famille et celle de mon mari. Nous ne recevons que les visites des pasteurs et des frères et sœurs de l'église. » (Femme de 41).

« Quand la santé de ma femme a commencé à se dégrader véritablement, j'ai commencé à soupçonner, mais je ne lui ai jamais posé de question sur sa sérologie. Elle ne m'en a jamais parlé non plus. J'ai remarqué seulement qu'à chaque fois que je la désirais, elle trouvait toujours un subterfuge pour se refuser. Et comme mes soupçons étaient de plus en plus forts, un jour, qu'elle était sortie pour une réunion le cœur serré et malgré moi, j'ai fouillé dans ses documents et j'ai vu le résultat de son test. Sur le coup, j'ai été bouleversé. J'ai fermé l'enveloppe et remis tout à sa place. J'ai pensé que j'étais peut-être à l'origine de sa contamination. J'imaginai déjà les réactions de la belle-famille. Les choses devenaient de plus en plus difficiles. Elle pouvait aller à l'hôpital pour voir le médecin ; souvent de 15 h jusqu'à 19 h voire au-delà pour dit-on des consultations. Je restais seul avec les enfants et je ne comprenais pas. J'ai décidé alors de faire le test pour me fixer. Je suis allé au centre MURAZ. Une semaine après, je suis allé prendre mes résultats et j'ai vu que j'étais séronégatif ».

Il ressort de ces témoignages que la plupart des partenaires des personnes infectées connaissent la sérologie de leur conjoint, les tensions surviennent le plus souvent, lorsque le counseling pré ou post test est mal mené.

⁸³ En Afrique et particulièrement au Congo, on parle de "belle-mère" pour désigner la mère de son conjoint et beau-père pour désigner le père.

« Il importe de souligner que l'annonce des résultats est un moment délicat que le counseling prépare. Le message positif permet de rassurer les individus, apaiser les tensions dans le couple » (infirmière 2).

L'intimité du couple est aussi affectée par le statut discordant. On remarque une baisse de la fréquence des rapports sexuels et l'utilisation systématique du préservatif. Pour les patients reçus dans le centre de m'paka, les rapports sexuels sont passés d'1 rapport par jour à 3 ou 4 rapports par semaine. Ce résultat confirme la thèse de Lagrange (1997). « la connaissance de personnes contaminées par le VIH favorise l'utilisation des préservatifs, mais dans une mesure plus modeste que l'affirmation de se sentir concerner. Une interprétation des différences de fréquences d'usage des préservatifs entre la peur de contracter le sida et le fait de se sentir concerner a été suggéré par des recherches antérieures sur la peur d'être agressé physiquement. Cette différence tient au degré de maîtrise de chacun sur ce qui le menace dans la formulation : « avez-vous peur d'attraper le sida ? » , la capacité de se prémunir est, en quelque sorte, mise entre parenthèses. Si l'on demande : « Avez-vous peur d'être agressé ? » (Lagrange, 1997, p. 305).

Les tensions occasionnées par le statut discordant, se rapportent à la peur de la mort, car malgré le fait que le sida soit considéré en occident comme une maladie chronique, en Afrique elle continue de faire des victimes, attraper le sida est synonyme de fin de vie. Il y a aussi des tensions qui surgissent à la suite de l'utilisation du préservatif et de l'infidélité. Pour beaucoup de personnes, le préservatif est un obstacle à l'atteinte de l'orgasme, il entraîne non seulement la perte de la spontanéité, mais aussi une diminution de la libido⁸⁴ comme l'illustre le témoignage ci-après.

« L'utilisation du préservatif est un défi, car mon partenaire ne trouve pas satisfaction dans les rapports sexuels. On est toujours en contradiction à ce sujet. » (Enquêtée 7).

Malgré le sentiment ambivalent entre la peur de contaminer ou d'être contaminé et le désir de maternité, certains individus adoptent des comportements sexuels à risques.

« Le préservatif n'est pas une priorité dans notre union, nous sommes en désir de maternité » ;
« il a limité notre relation à certains égards, comme ne pas se brosser les dents par crainte

⁸⁴ Au sens de Freud, la libido est une pulsion sexuelle, une Énergie qui sous-tend les instincts de vie.

de saignement des gencives. Si le préservatif n'est pas là, pas de sexe ; je suis hyper consciente de le protéger » (Enquêtée 5).

« Il est très difficile lorsqu'il s'agit d'utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels. Parfois, nous ne voulons pas nous préserver parce que nous voulons toujours avoir des enfants, mais la peur de contaminer le/la partenaire et l'enfant » (Enquêté 21).

« Oui, hésitation, il y a eu des tensions entre mon mari et moi, car il avait estimé que c'est à cause de l'infidélité que j'ai attrapé le sida. Il a décidé de partir et m'abandonner avec les enfants (enquêtée 10) », « mon mari continu d'avoir des relations sexuelles extra-conjugales, malgré sa sérologie positive ».

« Je suis séropositive depuis 2011, c'est mon secret jusqu'à la mort. Nous sommes en couple depuis 2014 et mes médicaments sont cachés dans la valise de mon garçon avec changement d'emballages et interdiction de toucher. À cause des difficultés financières, je me suis retrouvée dans la prostitution parce qu'il fallait bien que je prenne soin de moi et de mon enfant. Il n'y a pas d'enfant né de notre union, je vis avec mon mari par amour d'argent 'apesa à tala té⁸⁵'. Je m'en irai un jour quand je me sentirai très affaibli par la maladie » (Enquêtée 8).

En dépit de quelques tensions signalées, la plupart des personnes interrogées ont plutôt un sentiment positif de leurs partenaires. Ce qui confirme la thèse de Tijou Traoré (2006), rapportée dans les précédents paragraphes. « L'information divulguée peut donner lieu à des réactions positives, voire des conduites de réconfort de la part du conjoint ».

Il en est de même pour Desgrées du Loû et Orne-Gliemann, (2008), qui ont rapporté que lorsque les femmes ont choisi d'informer leur mari, celui-ci a presque toujours (sauf dans un cas) bien réagi et choisi de soutenir sa femme. « Il semble que les femmes testent leur mari avant de l'informer » (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann, 2008). C'est ce qu'illustre ce témoignage.

« Les patients viennent seuls ou en couple. Le counseling pré-dépistage est un moment qui prépare les personnes infectées à l'annonce des résultats du test. Aussi, la plupart des couples qui viennent en consultations connaissent mutuellement leur sérologie surtout pour les cas où

⁸⁵ « apesa à tala té », une expression en langue lingala qui signifie très généreux, altruiste.

c'est la femme qui est porteuse du virus. À propos, des tensions générées par le statut discordant, au niveau du centre nous avons déjà enregistré des divorces à l'annonce de la sérologie du partenaire » (Infirmière du centre P 01).

Un autre élément qu'il convient de souligner, c'est la responsabilité morale qui pèse sur la personne non infectée, surtout lorsqu'elle est la seule informée de la séropositivité de son/sa partenaire ; et devient en cela, le principal soutien moral de la personne infectée. À cet effet, de nombreux sujets de conversation sont évités au sein du couple et que chaque partenaire tend à s'isoler et à perdre contact avec les liens extérieurs, que la maladie leur soit cachée ou non.

Chacun vit avec l'incertitude d'une menace vitale constante, la stigmatisation du diagnostic (du sida comme du cancer) et les contraintes directes de la maladie. Les niveaux de stress, de dépression et des sentiments d'impuissance sont fréquemment élevés. Cette situation est aggravée par la réticence du conjoint non-malade à exprimer ses sentiments et ses difficultés personnelles. De plus, le/la conjoint (e) qui apprend la séropositivité de son partenaire doit aussi faire face à la révélation du mode de sa contamination (usage de drogue ancien ou actuel, relations sexuelles extraconjugales, anciennes conduites sexuelles à risque), ce qui pose avec force la question de la confiance au sein du couple, celle de son devenir et l'engagement de chacun dans ce projet commun.

De nombreux couples se séparent du fait de la révélation de la séropositivité. En revanche, certains partenaires souhaitent devenir aussi séropositifs pour « ne pas abandonner le navire ». Il arrive que la personne malade s'interroge sur les motivations de l'autre à rester en couple, mais la question est rarement posée directement à l'intéressée (Goeb, 2007, p. 24-26).

Par ailleurs, les personnes n'ayant pas informé leurs partenaires déclarent ne l'avoir pas fait par crainte de représailles notamment, le divorce/séparation, le rejet par la famille et l'entourage, les poursuites devant les tribunaux.

Cette position rejoint celle de Desgrées-du-Loû, qui pense que les femmes qui n'ont pas informé leur mari, ne l'ont pas fait par peur qu'il les abandonne et les laisse sans ressources. L'une a mentionné le risque qu'il divulgue l'information à son entourage (ami, famille, etc.), une autre qu'il ne veuille plus me toucher ou manger dans le même plat. (Desgrées-du-Loû, 2005).

« Mon mari ne connaît pas mon statut positif et je ne peux rien lui dire, c'est mon secret jusqu'à la mort. J'ai peur d'être traitée de tout (femme infidèle), risque de divorce et de

traduction devant les juridictions. » (Enquêtée 1) ; « Il ne connaît pas mon statut sérologique, j'ai peur en l'apprenant qu'elle me quitte ou me traduise devant la justice ». (Enquêté 3).

À propos de la justice, le droit congolais qui est une émanation du droit français, incrimine l'administration des substances nuisibles ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui par l'article 222-15 du code pénal français et prévoit à cet effet une peine privative de liberté de 15 ans.

Par conséquent, la contamination volontaire d'une personne par le VIH/sida étant considérée en droit français comme l'administration d'une substance nuisible tombe sur le coup de cette incrimination, la peine susmentionnée lui est donc applicable. À cet effet, Monsieur Eustache, pour avoir contaminé volontairement sa femme sachant qu'il était infecté a été condamné à 15 ans d'emprisonnement ferme et à verser en guise de dommage 100 millions de francs CFA soit 152,5 milles euros (Pointe-Noire le 02 février 2011).

Nous abordons dans les paragraphes suivants, les motivations.

VIII. 2. QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES PERSONNES VIVANT EN COUPLE DISCORDANT ?

Tableau 42 : Motivations des personnes vivant en couple discordant

Libellé	Femme	Homme
Amour	10/17	4/8
Prestige	1/17	1/8
Religion	16/17	3/8
Intérêts économiques	6/17	0/8

Source Exploitation par nous-même des données d'entretiens

À la question qu'elles sont les raisons d'être en couple, sachant que votre partenaire court les risques de contamination ?

On constate que : 2 personnes interrogées sur 25 déclarent qu'ils sont en couple par prestige ou honneur ; 14 personnes par amour et les croyances religieuses, alors que 6 évoquent des intérêts économiques et sociales. Ces déclarations sont confirmées par les témoignages des personnels de santé.

Pour cerner le domaine des motivations, il convient d'interroger le système nerveux central notamment, l'hypothalamus qui est le siège des émotions et des fonctions vitales (la soif, la faim, etc.). La littérature, ne nous enseigne-t-elle pas que la faculté de jouir, comme celle de souffrir, est inscrite dans nos neurones et dans les synapses ?

Faisons une brève description de cette super structure du cerveau (l'hypothalamus) qui joue un rôle capital pour l'équilibration de l'organisme dont l'ablation d'une région suffit pour entraîner, la perte du comportement par exemple : boire, le dérèglement des battements cardiaques, la température du corps et la prise d'aliments ou la copulation. Cependant, la stimulation électrique de ces points précis à l'effet opposé à celui de l'ablation. [...] Sur cette carte de géographie hypothalamique, des signaux chimiques colorent de teintes différentes chacun de ces départements bien délimités les uns par rapport aux autres.

Le plus souvent, ces signaux sont des peptides : boire, avec l'angiotensine II, manger avec la cholécystokinine faire l'amour avec l'hormone LHRH... Une seule cellule, la cellule de Mautner, permet au poisson d'échapper à ses prédateurs. Quelques milliers de neurones, en un point précis de l'hypothalamus, décident en définitive de l'équilibre énergétique de l'homme et de la perpétuation de l'espèce. *La sensation de soif ou de faim, le désir sexuel ne conduit pas sur le champ à une prise de boisson ou d'aliment, ni l'accouplement ! il se crée plutôt un état de **motivation** qui pousse à boire, manger, à faire l'amour et qui s'efface après la satisfaction de ces désirs.* Pour Alexandre Bain : « tout état de plaisir répond à une augmentation, tout état de douleur à une dépression d'une partie ou de la totalité des fonctions vitales (cité par Changeux, 2017, p. 138-139). Nous voulons dire par là que le passage à l'acte est inscrit dans le cerveau des mammifères.

Qu'entendons-nous par motivation ?

Tout individu dispose d'une énergie physique et psychique (cette dernière étant la libido au sens freudien) où il puise des forces pour trouver dans son environnement les éléments nécessaires à ses besoins. Le processus mental qui mobilise cette énergie est désigné comme la perception d'un besoin, d'un désir, comme la motivation.

Le mot motivation serait créé dans les années 30 par deux psychologues pionniers, Ernest Dichter et Louis Cheskin, qui s'en disputeraient la paternité. Pour ses derniers, les motivations désignent l'ensemble des facteurs irrationnels et inconscients des conduites humaines.

Selon Dichter, « le bain culturel permanent dans lequel nous sommes impose une vision rationnelle du monde et des actions humaines. Nous nous faisons illusion en voulant que la

raison préside à nos motivations, alors qu'il vaudrait mieux tenir les sentiments pour une forme supérieure de raison... Le rationalisme est un fétichisme du XXe siècle. Notre culture ne nous permet pas de songer que l'irrationnel pur puisse être la clé de notre conduite. Et pourtant la plupart des religions et des systèmes politiques, certains aspects du comportement de l'homme, tels l'honneur, l'amour, l'affection, ne reposent nullement sur la raison » (cité par A. Mucchielli, 2015).

Pour Thérèse Yurén, « les motivations sont des structures normatives que le sujet a accepté intérieurement et qui guideront ses relations avec autrui et ses choix de valeurs » (Yurén Camarena et *al.*, 2000).

Les dictionnaires Robert et Larousse donnent deux définitions qui se complètent. Le premier la définit comme : « une action des forces conscientes et inconscientes qui déterminent le comportement » (sans aucune considération morale) et le second comme un processus physiologique et psychologiques responsables du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement ».

La motivation est donc une force qui pousse les individus à agir et à penser. En d'autres termes « tout comportement, toute sensation s'expliquent par la mobilisation interne d'un ensemble typologiquement de cellules nerveuses, un graphe qui lui est propre. La géographie de ce réseau détermine de manière critique la spécificité de la fonction. L'exemple de l'orgasme ou des émotions montre que les neurones engagés ici dans une sensation appartiennent à la fois à plusieurs centres : hypothalamus, système limbique, et aussi le néocortex » (Changeux, 2017, p. 125).

Les motivations dépendent du vécu des individus et de leur histoire. S'il en est ainsi, qu'est-ce qui pousse certaines personnes à vivre en couple discordant en dépit du risque de contamination ?

À cette question voilà quelques réactions des personnes interviewées.

« Je vis avec mon mari, c'est pour susciter le respect autour de ma personne. Je suis prostituée, un métier de la honte, il faut bien que je me cache dans un foyer. » ;

« Je suis motivée de vivre avec lui parce qu'il s'occupe financièrement de moi et ma famille. » (Enquêtée 1) ;

« Je suis avec lui par amour d'argent « apesa atala té », je m'en irai un jour, quand je me sentirai affaibli par la maladie » (enquêtée 8) ; je suis en couple à cause du soutien financier

que m'apporte mon mari. Mon petit commerce ne suffit pas pour payer le loyer, se nourrir mes besoins. » (Enquêtée 14).

« Le sida ne peut pas être la cause de séparation de notre union. Nous nous aimons et voulons voir grandir nos enfants » (Enquêtée 2) ; « Malgré ma sérologie positive, je suis fière d'être aimé par mon mari » (Enquêté 10). ; « Je reconnais avoir mal géré ma jeunesse, je mourrai stérile sans contaminer quelqu'un, ma religion ne me permet pas de faire du mal à une créature de Dieu. J'aime ma femme, elle m'aime aussi, je la préserve, elle me soutient beaucoup. Notre foi en Jésus-Christ ne nous autorise pas à nous séparer. Bientôt, nous allons officialiser notre union à l'état-civil et à l'église » (Enquêté 21).

Madame Miangounina, infirmière, gestionnaire de la pharmacie du centre de prise en charge des PVVIH de Mpaka. *« Les personnes de statut sérologique différent sont en couple pour plusieurs raisons : amour, ethnie, religion, argent... ».*

Dans une étude similaire au Burkina Faso, à la question de savoir, si la foi en Dieu à une influence sur la stabilité des couples discordants ? Monsieur Athanase Nikiemi répond :

« Oui ! Je dis oui sur la base d'expérience. J'ai eu à faire le suivi psychologique de nombre de personnes nouvellement infectées tout comme des gens déjà dans la phase maladie, et j'ai également eu connaissance de nombreux couples sérodifférents, dans le mariage comme avant le mariage et qui se sont acceptés qui vivent ensemble. Là-dessus, je dois dire que la foi en Dieu est un appui pour ces gens-là. Il y en a qui citent des versets bibliques et je crois qu'il y a un verset en corinthien qui dit que l'amour accepte tout, il endure tout, il pardonne tout... et nombre de couples font référence à ce verset pour dire qu'ils aiment et c'est ça l'essentiel. Pour eux, c'est un signe d'amour que d'accepter de vivre avec l'intéressé malgré son infection par le VIH ».

De ces discours, on retient que les intérêts économiques, la religion, le prestige, l'amour et la bonne observance du traitement expliquent la sérodiscordance au Congo. Au risque de se répéter, nous allons nous focaliser sur le prestige et l'amour, la religion et les intérêts économiques ayant été suffisamment développés dans les précédents chapitres. Toutefois, nous y reviendrons pour étayer certains propos.

Contrairement aux pays industrialisés, dans les sociétés traditionnelles d'Afrique, les adultes qui vivent seuls et sans enfants, sont mal vu par la société. Ceci eu égard à la conception que ces sociétés ont de l'homme qui représente une richesse. Le nombre de personnes dans la

société traditionnelle des seigneurs de la forêt est d'une importance capitale. Cette philosophie est d'ailleurs explicitement exprimée dans ce proverbe Bə́tí-faŋ « Mod ńnye ané akúma », "C'est l'homme, la véritable richesse". Et l'autre de dire : « O wóg nâ akúma, vəbod », "Si tu entends parler de richesse, sache qu'il ne s'agit que d'êtres humains". Il faut disposer du plus grand nombre possible d'Homme pour prospérer en termes de renommée, d'alliances, de crainte, mais plus important encore, un nombre élevé de bras est la garantie d'une prospérité économique. C'est ainsi que s'entend la réussite. Plus on aura de bras pour travailler, plus on aura des revenus consistants à la chasse, à la pêche et dans les champs. Le nombre d'un clan servait aussi à dissuader ceux qui avaient des vellétés de conquête. Comment donc, dans une telle société, aspirer au nombre si on ne contracte pas de mariage ? L'Homme Bə́tí ne conçoit pas qu'un homme ne veuille pas prendre d'épouse.

« alúg abé, ńkwe bidĩm » signifie en Bə́tí-faŋ, le mariage peut certes comporter des mauvais côtés, mais le célibat est tout simplement abomination". De ce fait, quelles que soient les réticences que l'on pourrait avoir concernant le mariage, c'est une nécessité primordiale que de contribuer à la fraternité et la consolidation du clan. Cette nécessité est d'ailleurs très clairement identifiable dans les interdits que les jeunes hommes célibataires doivent respecter à savoir : ne pas manger avec une spatule, de peur de devenir impuissant ; ne pas manger directement dans la marmite, de peur de demeurer célibataire ; ne pas aimer une parenté, de peur de contracter une malédiction ; ne pas aimer les femmes âgées ou les femmes mariées, de peur de demeurer célibataire (Mbarga, 2013).

Les gens se marient par rapport à l'influence de la société. Les célibataires sont considérés comme des Hommes qui n'ont pas le sens de la responsabilité. C'est cette conception qui est véhiculée dans la plupart des sociétés et pousse les adultes en Afrique à se marier à tout prix. Le mariage devient en ce moment non seulement un impératif, mais aussi un honneur pour soi, pour la famille et la société.

L'amour pour sa part, est un domaine très complexe dont il n'est pas toujours aisé de définir, compte tenu de son contenu ambigu et irrationnel.

Cette terminologie est utilisée pour désigner un sentiment intense d'affection ou un attachement qu'éprouve un individu envers ses semblables ou certaines choses.

On parle par exemple, d'amour d'argent, amour de la lecture, amour de la nature des animaux ou amour entre humains. Dans ce travail, nous allons nous focaliser sur l'amour entre les humains.

Commençons cet exposé par retracer l'histoire de l'amour dans le couple.

Que ce soit dans les vieilles civilisations occidentales ou les sociétés traditionnelles d'Afrique, la vie de couple n'était pas associée à l'amour. Les mariages étaient arrangés et les unions fondées sur les intérêts des familles et de la communauté. C'est ce que Ferry soutient dans son ouvrage : *la révolution de l'amour : pour une spiritualité laïque*. « Dans l'ancien régime, la cause comme la finalité du mariage n'entretiennent pas dans l'immense majorité des cas, aucun lien avec les affinités électives » (Ferry, 2010, p. 109). Un point de vue antérieurement partagé par Montaigne. « Un bon mariage, s'il en existe, refuse la compagnie et les manières de vivre de l'amour, il tache d'imiter celle de l'amitié. C'est une douce communauté de vie, pleine de continuité, de confiance et d'un nombre infini d'utiles et de solides services et d'obligations mutuelles. Aucune femme qui en savoure le goût ne voudrait tenir lieu de maîtresse et d'amie à son mari. Si elle est logée dans son affection en qualité d'épouse, elle y est logée bien plus honorablement et plus sûrement... Il arrive en ce domaine ce qu'en voit pour les cages, les oiseaux qui sont dehors désespèrent d'y entrer par un égal souci ceux qui sont dedans désespèrent d'en sortir ». Montaigne cité par ferry, p. 115.

L'historien Lebrun abonde dans la même direction, « je ne vois pas de mariages qui échouent et soient troublés plus tôt que ceux qui sont mis en route par la beauté et les désirs amoureux. Il faut des fondements plus solides et plus stables et y marcher avec précaution. Cette bouillante allégresse n'y est pas bonne » (P. Ariès cité par Ferry, p. 120).

Malgré les mariages qui étaient arrangés, il n'en demeure pas moins vrai qu'il existait une forme primitive d'affection ou amour rudimentaire.

Dans l'empire romain par exemple, certes, le choix du partenaire se base sur les alliances politiques, la richesse, les qualités physiques, morales du futur époux et de la notoriété de la famille ; il existe cependant une espèce de sentiment relayé au second plan qui naît dans la cohabitation. Cet amour n'a rien à voir avec l'amour passion ou l'amour physique, mais il est fait de respect et de tendresse réciproque, du partage des bonheurs (les enfants) ou des tristesses (maladie, décès) que la vie leur apporte » (Lebrun, 1998, p. 106).

Le sentiment amoureux au vrai sens du terme comprend deux dimensions : l'amour passion et l'amour romantique.

L'amour passion est apparu au XVII^e siècle. Pour Descartes, il a une origine naturelle, c'est-à-dire qu'il est une disposition du corps et non de l'esprit. « La préoccupation est alors souvent de le contrôler. La galanterie par exemple tente d'affaiblir les passions par le badinage. Cet amour, qui était d'une façon générale plutôt valorisé à l'époque, ne concernait pas le mariage. Mais dans le même temps, une tendance se dessine selon laquelle l'amour extraconjugal est honteux. C'est de là que découlera la notion d'adultère ».

S'agissant de l'amour romantique, il est apparu à la fin du XVIII^e siècle et a atteint son apogée au XIX^e siècle. Dans cet amour, l'attente qui fait augmenter l'intensité du sentiment, occupe une grande place, et ce qui est aimé, c'est l'unicité de la personne, et non pas l'idéalisation comme dans l'amour courtois.

Retenons que l'amour s'exprime par la tendresse, le respect, la sympathie, le partage des bonheurs et des tristesses (maladie, décès, etc.).

Dans l'histoire du mariage, Melchior-Bonnet et Salles ont montré que c'est par amour que Pauline et le vieux Sénèque décidèrent de mourir ensemble. « Malade, le vieux Sénèque quitte Rome pour un de ces domaines campagnards, malgré l'avis de son médecin, ce qui ne laisse d'inquiéter sa toute jeune femme Pauline et le vieux courtisan de philosopher, ma Pauline chérie me recommande d'avoir soin de ma santé. Comme à me ménager moi-même pour la ménager, elle. S'impose de vivre, quand l'intérêt des personnes aimées le recommande, compte parmi les devoirs de l'âme, elle veut mourir et je veux que, si elle commence à le faire, elle se ménage pour les siens. Y a-t-il rien de plus agréable que de voir chérir son épouse ? Voilà pourquoi je suis reconnaissant à ma chère Pauline pour les inquiétudes qu'elle a pour moi.

Pauline fait partie de ces femmes héroïques qui, dans les temps troublés, choisissent de partager le sort de leurs compagnons dans la mort. En 65, Sénèque, plus ou moins impliqué dans la conjuration de Pison, reçoit de Néron l'ordre de se suicider. Pauline veut mourir avec lui et les deux époux s'entaillent les veines» (Melchior-Bonnet et Salles, 2009, p. 155-156).

Il en est de même pour certaines femmes du Congo-Brazzaville qui suivirent leur mari RDC, expulsé de Brazzaville en 2013, malgré l'opposition des parents.

Plusieurs exemples peuvent être cités concernant les femmes et les hommes qui ont refusé de sacrifier leur amour sur l'autel de la maladie, aussi contagieuse soit elle. « Des couples, nous en avons rencontrés qui ont chacun son histoire. Une histoire unique, bouleversante. Cependant, le combat reste le même, vivre l'amour malgré les qu'en dira-t-on et les affres de la maladie qui ne manquent pas ».

Notons qu'au XXI^e siècle, l'amour occupe une place prépondérante dans le choix du conjoint et de l'avenir du couple aussi bien dans les sociétés occidentales qu'africaines. Les couples discordants n'échappent pas à cette logique.

Dans une étude similaire au Burkina Faso, M. Nikiema⁸⁶ avait reconnu le rôle de l'amour dans la formation et la stabilité des couples discordants.

« C'est vrai que dans la plupart des cas, les gens invoquent la foi et estiment que c'est la volonté de Dieu. Mais vous avez aussi des gens qui même sans avoir un repère d'une quelconque religion, sur la base de l'amour, décident de rester avec leur conjoint ou conjointe. L'amour est un sentiment très difficile à définir. Chacun va à l'amour à sa façon. Certains, quand ils vous décrivent à quel point ils aiment leur moitié, cela seul suffit pour qu'ils vivent avec lui ou elle sans autre forme de considération. En psychologie, nous prêtons plus attention aux dispositions inconscientes qu'aux dispositions conscientes. C'est pourquoi, quand vous discutez avec ces personnes-là, non seulement, ils ne savent pas pourquoi ils aiment, mais ils aiment un point, c'est tout. Tout ce qui porte sur l'affectivité, le sentiment, a une base inconsciente. Il y a des situations inconscientes qui nous fixent sur telle personne et pas telle autre. Nous n'en avons pas conscience ».

« Mon mari m'a dit que lui aussi veut boire les médicaments comme moi » (Enquêtée 19) ; « ma religion ne permet pas de divorcer, je l'aime, c'est mon soutien moral. Elle m'a pardonné de mon péché parce qu'elle m'aime et elle prie beaucoup. (Enquêté 9) ; « je suis motivé de vivre avec elle m'a pardonné et à accepter ma sérologie. Ce ne sont pas toutes les femmes qui raisonnent de la sorte, très sociable, elle me soutient et d'ailleurs me rappelle les heures de prises de médicaments. J'ai beaucoup de respect pour elle » (Enquêté 5).

M Nikiemi avait également abordé la question de la pitié, qui n'est pas sans intérêt dans l'acceptabilité du conjoint.

La pitié joue-t-elle un rôle dans l'acceptation du conjoint ou de la conjointe dans le couple sérodiscordant ?

« Vous savez, pour qu'il y ait de la pitié, il faut d'abord de l'amour. On ne peut pas avoir de la pitié pour quelqu'un tant qu'on ne ressent pas quelque chose pour la personne. »

⁸⁶ M. Athanase Nikiéma est psychologue et coordonnateur national de l'ONG américain spécialisé dans le renforcement des capacités des organisations à base communautaire qui interviennent essentiellement dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA

Pourtant certains pensent plutôt que c'est plus du suicide sinon de l'immaturité que de rester dans un couple sérodifferent avec le risque de s'infecter soi-même. Votre avis ?

« J'ai rencontré des gens qui m'ont dit que l'amour qu'ils portent pour l'autre, même s'ils devaient être infectés, ça ne leur posait pas de problème. Le plus important, c'est de vivre avec cette personne. J'ai aidé des gens qui, dans leur couple, malgré le fait que la conjointe fait tout pour ne pas infecter monsieur, par amour, monsieur s'est laissé infecter par le VIH parce qu'il ne supportait pas le fait que ce soit son épouse qui supporte seule le poids de l'infection. C'est pour vous dire jusqu'où peut aller l'amour sincère et véritable. C'est un sentiment puissant qu'on ne peut pas expliquer simplement par des mots. »

« Chez les Traoré, comme dans de nombreux couples sérodiscordants, la maladie semble plutôt être le ciment du foyer ».

Photo 9 : Groupe de Parole Burkina Faso



Est-il normal que dans le couple, l'un ou l'autre des conjoints veuille connaître l'origine de l'infection ?

« Très généralement, je le déconseille au couple sérodiscordant, et même à la personne infectée elle-même. Dans la prise en charge psychologique du client, nous demandons à la personne de ne pas chercher à savoir qui l'a infecté. Ni comment elle a été infectée, encore moins à quelle occasion l'infection a pu survenir.

C'est un processus qui aide la personne à dépasser un certain nombre de choses. Ce n'est pas mal de le savoir. Vous pouvez faire une introspection et arriver à savoir au détail près, le jour et la personne qui vous a infecté. Dans les couples sérodiférents, nous conseillons au conjoint non infecté de ne pas trop insister pour savoir d'où est venue l'infection. Quand c'est l'homme qui est infecté, c'est beaucoup plus facile de gérer la sérodiférence. Mais quand c'est la femme qui est infectée, c'est tout autre. Comme vous le savez, nous sommes dans des milieux culturels où cela est inacceptable. L'homme n'accepte pas ce genre de situation, alors que la femme est psychologiquement préparée au fait que son homme peut aller voir ailleurs. Mais l'homme n'est pas psychologiquement préparé aux écarts que pouvait avoir sa conjointe. Cependant, il y a des cas où des hommes ont fait preuve de maturité et ont accepté la nouvelle situation de leur conjointe en restant avec elle. Et même aller à la procréation. ».

Des conseils particuliers pour ceux qui ne connaîtraient pas l'aide psychologique qu'on peut leur apporter pour surmonter les difficultés ? « Il faut dire qu'au Burkina, la psychologie est très mal connue, si bien que la prise en charge psychologique en matière de VIH/sida l'est encore moins. La suggestion que moi, je donnerais, c'est que lorsque des gens se trouvent dans cette situation où que vous avez des parents, des amis, etc., qui vivent une telle situation, ce serait intéressant d'approcher les structures qui font la prise en charge des PVVIH et ces structures verront comment ils peuvent être mis en contact avec des psychologues. Dès que ce contact est établi, le reste se fera entre le client et le psy. Mais comme j'ai dit au début, la décision revient à l'intéressé. Nous, nous ne trouvons pas la solution ; nous proposons des solutions, et c'est à l'intéressé d'en choisir celle qui lui convient en fonction de la situation qu'il vit. Parce que d'une situation à une autre, les solutions ne sont pas passe-partout et une solution n'est pas applicable à tous les couples. Pour terminer, je dirai que nous n'encourageons pas les intéressés à aller à une union, quand ils se savent sérodiférents, mais nous ne les en dissuadons pas non plus. Nous donnons tout simplement un avis éclairé et il leur appartient de prendre la décision. Si la décision est de vivre ensemble, c'est tant mieux,

mais si la décision est de ne pas vivre ensemble, c'est tant mieux aussi. En amour, il ne faut jamais forcer la situation, il faut plutôt chercher la communication, le dialogue, chercher des gens qui peuvent vous accompagner, vous aider à avoir une compréhension mutuelle. ».

Cette situation des couples discordants au Burkina Faso reste valable dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne où sévit la pauvreté, la famine, la malnutrition, le sous-équipement, le tout exacerbé par les conflits armés.

Photo 10: Contrôle hebdomadaire une femme séropositive en couple discordant
(Burkina Faso)



VIII. 3. LE DÉSIR D'ENFANT OU DE MATERNITÉ

L'une des caractéristiques des populations africaines est sa forte fécondité malgré les programmes de planification familiale et le VIH/sida. Les études de cette dernière décennie établissent une similitude en ce qui concerne le désir d'enfant entre les personnes infectées par le VIH/sida et le reste de la population.

Pour Le Palec, « L'arrivée en 1996 des antirétroviraux très puissants a considérablement changé la donne pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les couples au sein desquels l'un ou l'autre des partenaires, voire les deux, sont séropositifs et en âge de procréer, sont de plus en plus demandeurs d'aide à la procréation avec un minimum de risque pour eux-mêmes et le (s) enfant(s) à venir.

L'africain en général et le congolais en particulier accorde une grande importance à la fécondité dans la détermination de l'image de la femme. La procréation est le fondement essentiel du mariage. Elle joue un rôle important, car c'est à travers elle que l'homme assure sa descendance et se pérennise. C'est ainsi que bien souvent, ou le mari prend une seconde épouse ou encore se sépare de sa femme en cas de stérilité de celle-ci ou la femme quitte son homme lorsqu'il s'avère stérile.

En d'autres termes, la stérilité est perçue et vécue comme un malheur radical. Le sida apparaît comme un révélateur de cette conception qui finalement n'a rien perdu de son acuité malgré les apparences.

Dans une étude en Côte d'Ivoire, Desgrées du loû a montré que les femmes qui avaient déjà des enfants avant leur infection ne sont pas victimes de répudiation ni d'abandon, même si le sida crée des tensions au sein de leur couple. Contrairement à elles, celles qui n'ont pas d'enfants avec leur conjoint font l'objet de répudiation et d'abandon.

L'exemple de B., 35 ans, qui a été répudiée par son époux parce que selon lui, elle ne pourra pas lui donner d'enfants, permet d'illustrer nos propos :

« Quand mon frère est allé le (son conjoint) voir pour lui demander pourquoi il m'a chassée de la maison, il a dit que j'ai le sida et que je pouvais plus avoir d'enfants ».

Dans la conception de beaucoup de personnes, le VIH/sida s'oppose à la procréation dans la mesure où celle-ci n'est pas séparée et séparable de la sexualité. Et cette conception, même s'il existe aujourd'hui des traitements permettant à la femme de procréer sans aucun risque d'infection pour l'enfant, reste toujours ancrée chez certaines personnes, tout comme les représentations sociales qui font du sida « une maladie des femmes » (Le Palec, 1996, p.155). Les données collectées au Congo sur le désir de maternité chez les couples discordants indiquent que : 9 personnes interviewées sur 25 déclarent désirer les enfants. Ce désir est presque identique pour les hommes que les femmes (respectivement 4 et 5). Aussi, 3 femmes sur 17 ont déclaré être enceintes pendant l'étude cf. tableau 44.

Pour les personnes qui ne désirent pas d'enfants, la raison évoquée est la crainte de contaminer le/la partenaire et l'enfant.

« *Nous n'avons plus envie d'un enfant de peur qu'il soit contaminé* » (enquêtee 2) ; « *Nous n'avons plus besoin d'un enfant, car ma femme avait subi une hystérectomie avant notre union. Compte tenu de ma sérologie, je ne ferai plus d'enfants hors foyer au risque de contaminer mon enfant* » (enquête 21).

Tableau 43 : Désir de maternité

Libellé	Femme	Homme
veut d'un enfant	5/17	4/8
ne veut pas d'un enfant	12/17	4/8
enceinte	3/17	

Source Exploitation par nous-même des données d'entretiens

‘Au Congo, le taux de transmission mère-enfant est estimé à 18,8%, 77% des femmes enceintes n'ont pas accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à L'enfant’ (MICS,2016).

Photo 11: Transmission mère-enfant (Congo-Brazzaville)



Quelques techniques d'accompagnements en AMP

Contrairement aux pays industrialisés où la prise en charge en AMP des couples ou l'un des partenaires est infecté par le VIH est effective, en Afrique subsaharienne en général et au Congo en particulier, par manque de structures appropriées, les spécialistes proposent aux couples qui désirent un enfant biologique la fécondation naturelle.

Cette méthode consiste en un rapport sexuel non protégé et programmé au moment de l'ovulation. Il s'agit d'une prise en charge médicale très semblable à celle d'un couple infertile. Cette pratique est courante dans les pays ne disposant pas de structures de prise en charge en AMP des couples dont l'un des partenaires est infecté. Elle comprend outre une évaluation clinique et biologique de l'infection par le VIH chez l'homme, des traitements, en cours et de leurs résultats, un bilan de fertilité de couple. Jusqu'à une période récente (1998), cette méthode était encore proposée par l'équipe du Pr Henrion de l'hôpital de Cochin, en France, encadrée par des mesures de réduction du risque. Cette méthode consiste en un rapport sexuel non protégé unique, lors de la ponte ovulaire de la femme avec l'hypothèse selon laquelle le risque de contamination est très faible lors d'un seul rapport sexuel (0,3 %). Face à cette méthode, les médecins demeurent sceptiques. « Cette méthode ne pouvait satisfaire totalement l'équipe, car cela signifiait prendre des risques calculés et assistés par un médecin. Éthiquement, il était difficile pour le médecin d'encadrer tels actes. Mais que proposer d'autre, car lorsqu'un couple était décidé à avoir un enfant, il pouvait être amené à prendre des risques démesurés. C'est pourquoi les médecins se devaient d'encadrer ces pratiques ».

« Il n'existe pas de structure de prise en charge, certaines femmes viennent nous voir étant enceintes, elles sont directement orientées chez la sage-femme alors que celles qui sont en désir de maternité sont dirigées chez le médecin » (Miangounina, infirmière).

Ce point de vue est également partagé par le docteur Issa SIRIBIE, dans le cas du Burkina Faso. (Entretien avec l'équipe du PNUD en 2010, sur les couples discordants au Burkina).

« Actuellement, lorsqu'un couple sérodifférent décide d'avoir un enfant, il ne faut pas faire dans la langue de bois ; il faut être honnête avec le couple et lui dire qu'il n'y a pas de risque zéro. Le couple sérodifférent ne peut en aucun cas avoir des rapports sexuels non protégés parce qu'il veut avoir un enfant et en même temps, penser que l'infection est impossible. On ne peut pas conseiller à un couple de choisir la période de fécondité et d'avoir des rapports sexuels non protégés, et dire que la probabilité de s'infecter est nulle. Il faut être sincère avec

les couples, il est très difficile dans notre contexte actuel pour les couples sérodifférents de procréer sans risque d'infection. Ce qui est préconisé d'ailleurs, c'est l'insémination. Si je ne m'abuse, il y a une clinique à Ouagadougou qui a un plateau technique qui peut aider les couples pour l'insémination. Il est évident qu'il y a des risques pour les couples sérodifférents de procréer. Mais dire aujourd'hui à un couple sérodiscordant de ne pas avoir d'enfant, ce n'est pas indiqué. Non, au contraire, il faut que les couples sérodiscordants sentent qu'ils sont comme les autres. Et ils sont vraiment comme les autres. Ils ne sont pas différents des autres couples. La seule différence, c'est que la grossesse a besoin, comme les autres grossesses même d'ailleurs, d'être suivie. Je veux dire qu'une femme n'a pas besoin d'être infectée par le VIH pour avoir un suivi scrupuleux de sa grossesse. Mais dans le cas de la femme séropositive, la différence, c'est que les consultations prénatales sont encore plus renforcées ».

Les techniques préconisées en AMP sont les suivantes :

➤ IAD, insémination, avec sperme du donneur

Elle est initialement développée, pour les couples dont le conjoint est stérile, l'IAD est proposée aux couples où l'homme est séropositif. Cette méthode consiste à une insémination, avec le spermatozoïde d'un donneur anonyme dont il faut au préalable vérifier la séropositivité.

L'IAD est la seule technique sûre, hormis l'adoption, qui ne comporte aucun risque pour la mère et l'enfant. (Technique capable d'affirmer le risque zéro, conformément à la loi Bioéthique de juillet 1994) (Delvigne et *al.*, 1990 ; Jouanet et *al.*, 1990).

➤ IAC, insémination artificielle avec sperme du conjoint

Il s'agit de traiter *in vitro* les spermatozoïdes de l'homme séropositif et contrôler la séronégativité de la fraction spermatique obtenue après préparation. Si les spermatozoïdes obtenus par cette préparation sont dépourvus de virus, on réalise dans ce cas l'insémination *intra utérine*.

À ces procédures, on y associe la fécondation *in vitro* (FIV) et la Fécondation *in vitro* avec micro-injection (ICSI) pour les couples infectés par les femmes (Hamamar et Entezami, 2001).

Au terme de cette analyse, retenons que le désir de maternité chez les couples discordants en Afrique et au Congo, est étouffé par le poids de la maladie, la crainte de contaminer le/la partenaire séronégatif(ve) et l'enfant.

L'enfant occupe une place importante dans les sociétés africaines (enfant don de Dieu, réincarnation des défunts, source de richesse, assurance vie, valeur du couple, main d'œuvre...). « La place de l'enfant, dans les sociétés africaines traditionnelles varie d'une société à l'autre, mais au-delà de cette diversité, il y a une part d'uniformité qui se permet de dégager une représentation africaine de l'enfant. Celui-ci est à la fois don de Dieu, réincarnation des défunts, lien entre l'invisible et le visible, sécurité sociale des parents, valeur du couple. Le statut de l'enfant n'est pas différent selon l'origine de sa conception. La distinction entre l'enfant légitime versus enfant naturel n'est pas africaine. Dans certaines sociétés d'ailleurs, la femme avant de se marier teste sa fécondité. L'enfant qu'elle met au monde n'est pas considéré comme un enfant différent. Ils appartiennent tous à la communauté. En revanche, le statut de l'enfant est différent selon les circonstances ou l'ordre de naissance, selon son aspect physique » (Kuyu Mwissa 2005, p. 34).

Conclusion

En somme, dans le cadre de l'approche qualitative, nous avons examiné trois thématiques qui apportent des éclairages sur la connaissance des couples discordants au Congo et complètent les données qualitatives. Retenons que, la plupart des partenaires des personnes infectées vivant dans les couples discordants sont informés du statut sérologique de leurs conjoints. Trois moyens ont permis d'accéder à l'information : par l'intermédiaire d'un personnel de santé, à la suite d'un acte de soin ou par l'intéressé. De même, plusieurs facteurs sont associés à la formation et l'avenir des couples discordants au Congo entre autres : la baisse de la charge virale engendrée par une bonne observance du traitement ARV, la religion, les intérêts économiques et l'amour.

Aussi, le fait d'informer son/sa conjoint (e) de sa sérologie n'entraîne pas nécessairement des conflits dans le couple. Il est impérieux d'en tenir compte dans les stratégies de lutte contre le VIH/sida. Enfin, beaucoup de couples ne désirent pas d'enfants supplémentaires à cause du statut discordant ; ceux qui ont ce désir pratiquent la fécondation naturelle. Les quelques photos, ci-dessous illustrent les conditions de déroulement des entretiens, l'état du bâtiment, de la pharmacie et l'archivage des dossiers des malades.

Photo 12 : Entretien avec Femme séropositive en couple discordant



Photo 13 : État du bâtiment du Centre de prise en charge des PVVIH Mpaka



Photo 14 : Pharmacie du Centre de prise charge évangélique



Photo 15 : Gestionnaire de la pharmacie du centre



Photo 16 : Dépôt pharmaceutique du centre



Photo 17: Archivage des dossiers des PVVIH



CONCLUSION GÉNÉRALE

Depuis près de quatre décennies la pandémie du sida sévit dans le monde. Il ne se passe pas un seul jour sur la planète sans que l'on ne signale des décès et de nouvelles contaminations dus à l'infection par le VIH. Le « mal du siècle » détruit les vies, brise les foyers, fabrique des orphelins, veuves et veufs ; il sépare plus qu'il n'unit, éloigne plus qu'il ne rapproche. La simple évocation du mot « sida » fait se bousculer dans les têtes et les conversations une foule de mauvaises pensées. Ce triste bilan est la caractéristique des pays en développement et particulièrement de l'Afrique subsaharienne qui, malgré les avancées en matière de prévention et de prise en charge, se trouvent pris dans un cercle vicieux où les conditions socio-économiques, en s'aggravant, rendent les populations, les économies et les communautés encore plus vulnérables (Sarlon, 2002).

Le Congo n'est pas à l'abri de cette catastrophe sanitaire qui affecte tout individu sans distinction d'âge, de sexe et de situation matrimoniale. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à la problématique des couples discordants qui constituent un terrain favorable à la diffusion de l'infection.

En entreprenant cette étude nous nous étions fixés comme objectif fondamental de mettre à la disposition des chercheurs, des ONG et des associations qui militent dans la lutte contre le VIH/sida ainsi et des décideurs, des résultats qui permettraient d'élaborer des politiques adéquates d'intervention et de prise en charge de ces couples afin de limiter la propagation de l'épidémie.

Pour cela, un certain nombre d'objectifs spécifiques avaient été définis :

- déterminer les profils des couples discordants au Congo ;
- identifier les facteurs susceptibles de favoriser la formation des couples discordants ;
- analyser leur comportement sexuel et reproducteur ;
- identifier les principaux leviers sur lesquels s'appuyer pour infléchir le phénomène.

Pour tester l'hypothèse de recherche, nous avons eu recours à deux approches : quantitative (méthode descriptive et multidimensionnelle) et l'approche qualitative (analyse de contenu).

La méthode descriptive a permis à partir du test de χ^2 d'établir les relations existantes entre les variables indépendantes et la sérodiscordance. Au niveau bivarié, les variables telles que : l'âge, le nombre de partenaires, les rapports non protégés, le nombre d'enfants, la connaissance du statut sérologique, la religion, le niveau d'instruction, le niveau de vie et le nombre d'années de vie commune sont corrélées au phénomène étudié.

Pour l'approche multidimensionnelle, nous nous sommes appuyés sur la régression logistique ordonnée pas à pas qui a permis d'élucider les variables associées à la formation des couples discordants au Congo entre autres : le nombre de partenaires, la région de résidence, le nombre d'enfants, la durée d'union, l'âge, le niveau d'instruction, l'ethnie, les rapports protégés, la religion, le niveau de vie et la connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens a révélé que les intérêts économiques, la religion, l'amour sont les facteurs explicatifs de la sérodiscordance au Congo. On remarque également, que la plupart des partenaires des personnes infectées sont informés de l'état positif de leur conjoint. Il en est de même, pour le désir de maternité qui est étouffé par le poids de la maladie, la crainte d'infecter le partenaire et l'enfant. Ce désir est d'autant plus fort chez les couples non parents.

Notre hypothèse qui explique la formation des couples sérodiscordants au Congo à partir des caractéristiques socioculturelles notamment, la religion, l'ethnie et la région de résidence a été vérifiée.

Les limites de l'étude

Nous ne saurions terminer ce travail sans y relever quelques limites. En effet, pareille étude, il faut l'avouer d'emblée ne peut prétendre être exhaustive compte tenu de la délicatesse du sujet traité.

Au-delà des limites d'ordre méthodologique signalées plus haut en ce qui concerne l'approche quantitative (ESISC), nous relevons ici, quelques failles liées à la nature des données.

En Afrique et au Congo, les questions se rapportant à la sexualité, la procréation et le VIH/sida sont des sujets sensibles et tabous, car touchant à l'intégrité et la dignité humaine. Ce qui justifie souvent les refus, réticences, informations erronées collectées pendant les enquêtes. Ce qui confirme la thèse de Levinson (1997), qui postule que le nombre de partenaires sexuels est souvent sous-estimé par

les filles lors des enquêtes. « Malgré le fait que l'évolution des mœurs, concernant la sexualité féminine, conduit à ne plus fustiger celles qui ont plusieurs partenaires au cours de leur vie, toujours est-il que le nombre de partenaires déclaré par ces dernières est toujours sous-estimé par rapports aux garçons » (Levinson, 1997, p. 231). Il en est de même pour la fréquence des relations sexuelles et des rapports extraconjugaux.

Aussi, nous déplorons de n'avoir pas pu recueillir les opinions des partenaires séronégatifs(ves) des couples discordants ce qui aurait permis une compréhension du sujet.

Enfin, l'Homme est un tout, pour comprendre ses réactions, ses motivations, il faut le saisir dans une approche globale (holistique).

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) et l'analyse des classifications ont permis de construire une typologie en trois classes :

- La première classe (couples discordants, défavorisés économiquement). La plupart de ces couples vivent en milieu rural, ils sont âgés, pauvres, non instruits avec beaucoup d'enfants ;
- la deuxième classe (couples jeunes discordants). La majorité a moins de 5 ans de vie commune, niveau de vie moyen, avec au plus 2 enfants ;
- la troisième classe (couples discordants favorisés économiquement). Nombreux résident à Brazzaville et Pointe-Noire, ils ont un niveau de vie élevé, sont instruits et entre 3 à 4 enfants.

Que retenir de ces résultats ?

Malgré les avancées de ces dernières années en matière de prévention et de prise en charge des malades, en Afrique et au Congo le sida reste associé à la mort, les personnes atteintes sont considérées comme des « potentiels candidats à la mort ».

En revanche, nonobstant le caractère fatal qui est présenté ici, certains individus se satisfont de vivre en couple discordant et les éléments suivants expliquent cette attitude

Le déni de la maladie comme élément qui favorise la formation des couples entre personnes de statuts sérologique différents

Nous avons tenté de montrer tout au long de cette réflexion que la formation des couples discordants est tributaire des perceptions du risque. Certaines personnes sous-estiment le risque de l'épidémie pourtant, le danger est bien réel, les preuves sont palpables. Dans certains milieux du Congo-Brazzaville, on pense que le sida n'est ni une maladie nouvelle ni une maladie fatale comme on le

donne à entendre. Le sida existe au Congo depuis les temps anciens sous le nom du « Mouandza », c'est-à-dire du zona. Nos ancêtres guérissaient le « Mouandza » et nos féticheurs d'aujourd'hui continuent de le guérir (Elo-Dacy, 2013, p. 58).

« La perception du risque recouvre des attitudes, des croyances, des sentiments et des jugements qui sont propres à un risque donné. Elle peut être individuelle ou sociale. Longtemps opposée à l'approche scientifique ou objective, la perception du risque est de plus en plus reconnue comme une forme concurrente d'évaluation des menaces auxquelles sont confrontées nos sociétés » (kahneman *et al.*, 1982). Elle se distingue de l'analyse objective en ceci que les individus évaluent les dangers auxquels ils sont, ou croient être, exposés à travers leurs préférences, leurs valeurs, leurs modes de vie et leurs systèmes cognitifs (Short, 1984). Autrement dit, elle relève d'une rationalité individuelle qui mélange subjectivité et objectivité (Abenhaim, 1999). Pour certains auteurs, l'opposition avec la rationalité scientifique est bien moindre que ne laisserait apparaître une telle définition. Pour au moins deux raisons majeures : l'une relève de la place importante que tient l'incertitude dans l'analyse scientifique du risque qui oblige à privilégier certaines hypothèses et ne peut que très rarement se départir de jugement de valeur, de biais » (Setbon, 2000, p. 72).

Il importe de relever que le déni, la stigmatisation, la discrimination et le secret autour du VIH/sida perdurent, bien que la prévalence du VIH, le nombre des décès soient élevés dans de nombreux endroits. Ces quatre phénomènes ont plusieurs causes. Individuellement, les gens ne veulent pas reconnaître l'existence du VIH/sida dans leur communauté, qu'il constitue une menace personnelle réelle pour eux-mêmes et pour leur famille, qu'ils peuvent être déjà infectés et qu'ils peuvent transmettre le virus à leurs partenaires sexuels et d'injection de drogues. En outre, les gens ne veulent pas faire le test VIH ou révéler leur séropositivité VIH parce qu'ils craignent d'être rejetés par leurs partenaires, de subir la stigmatisation et la discrimination, et/ou d'être accusés d'avoir contaminé d'autres personnes. Enfin, la plupart des gens dans les pays en développement savent qu'ils n'auront pas accès aux médicaments ni au traitement qui pourraient ralentir la progression de la maladie ou soulager les souffrances. C'est ainsi que la crainte et le désespoir sont à l'origine et la conséquence du déni, de la stigmatisation, de la discrimination et du manque d'accès aux soins, situations qui incitent à rester secret à propos du VIH/sida (Timberlake, 2000, p. 9).

En ce qui concerne les déterminants socioculturels de la sérodiscordance au Congo.

Il ressort de nos analyses que certaines situations sociales telles que : la polygamie, le mariage par héritage (lévirat, sororat), les rapports extra-conjugaux prédisposent à la formation des couples discordants en Afrique et au Congo.

À ce sujet Elo-dacy (2013) pense qu'en Afrique comme au Congo, les traditions reconnaissent à un homme le droit d'avoir plusieurs épouses. Le code congolais de la famille autorise à un homme à avoir jusqu'à quatre épouses légitimes. Le fait pour un homme d'avoir plusieurs partenaires sexuels accroît pour lui-même et ses partenaires le risque de contracter le VIH/sida, et ce, d'autant plus que le mari polygame pratique avec ses épouses, des relations sexuelles non protégées. En outre, non-content d'avoir plusieurs épouses légitimes, beaucoup de Congolais ont de nombreuses liaisons sexuelles extraconjugales. Le phénomène dit deuxième bureau est suffisamment répandu et connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire longuement ici. À partir d'une observation empirique de la réalité congolaise, on peut émettre l'hypothèse qu'au Congo, les hommes ont en général plus de partenaires sexuels que les femmes. De ce fait, beaucoup de femmes infectées par le VIH l'ont contracté par l'intermédiaire de leur mari ou de leur partenaire régulier ou occasionnel. La polygamie officielle ou informelle est donc un déterminant culturel de la propagation du VIH/sida du fait qu'elle induit les relations sexuelles non protégées. (Elo Dacy, 2013 p. 54).

Il en est de même pour le mariage par héritage (lévirat, sororat) qui présente aussi des risques élevés de sérodiscordance, d'autant plus que les tests de dépistage de sida ne sont pas exigés avant la formation de ces unions. Elo-Dacy constate que dans la majorité des communautés ethniques, le droit coutumier impose à l'épouse d'un homme décédé de prendre pour nouvel époux un frère ou un parent proche du défunt.

Ce mariage est souvent contracté sans que l'on se soit au préalable renseigné sur les causes du décès du premier mari et sans que les futurs époux aient passé le test de sida. De sorte que, dans bien des cas, le nouveau mari hérite d'une épouse infectée par le VIH et court en conséquence le risque de contracter à son tour le virus et de le transmettre à ses autres partenaires s'il a des rapports sexuels non protégés avec son épouse séropositive. Dans un tel cas de figure, le lévirat constitue un facteur de risque de l'infection par le VIH. Ce raisonnement est défendu par Cissé (2007) qui estime, que la plupart des femmes sont infectées soit avant d'être en couple ou lors d'un mariage précédent (Congrès International de Bioéthique de Ouagadougou, 4-6 octobre 2007).

Nous avons également au cours des analyses montré que la persistance des logiques irrationnelles a un impact sur le VIH/sida et par conséquent sur la formation des couples sérodiscordants. On le sait, les Congolais sont fondamentalement animistes. Dans leur imaginaire, il n'y a ni maladie ni mort naturelle ; toute maladie ou tout décès d'un homme ou d'une femme est expliquée par la communauté comme la conséquence infaillible d'un sort jeté par un sorcier malveillant, généralement identifié comme étant un oncle, un père ou un proche parent, relativement âgé et socialement aisé.

Cette croyance superstitieuse conduit certains Congolais à consulter des féticheurs pour prétendument se protéger des mauvais sorts ; se croyants ainsi immunisés et mis à l'abri de toutes sortes de malédictions, ils pratiquent avec une superbe irresponsabilité des relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires. Le même esprit superstitieux conduit nombre de Congolais ayant contracté le VIH/sida à aller soit dans des églises où ils espèrent neutraliser le virus par la prière, soit chez les féticheurs où ils croient pouvoir guérir du virus par le recours aux pratiques fétichistes. Selon ces Congolais en effet, le mal étant soit un sort jeté par un sorcier, soit une malédiction divine, les remèdes ressortissent au même registre : dans un cas le pouvoir magique et bénéfique, dans l'autre, la prière. Cette vision obscurantiste du monde fondée sur l'ignorance, est à l'origine de nombreux comportements à risque et constitue un des facteurs de propagation de l'épidémie du sida au Congo.

« La foi est très importante dans une situation de maladie, pas seulement dans le cas du VIH, et l'espoir, c'est Dieu. C'est l'amour et Dieu qui sont notre réconfort, qui nous permettent de tenir et de poursuivre la route. Quand je vois mon couple, je vois que nous continuons de vivre comme les autres couples. Nul couple n'est à l'abri de cette infection. Malgré que les autres n'ont peut-être pas cette maladie, il y en a qui meurent tous les jours. Je sais qu'un jour, ça va nous arriver aussi, mais pour l'heure, nous nous essayons de vivre pleinement notre vie et la venue prochaine du bébé est importante pour notre famille. C'est vrai qu'il y a des moments où ce n'est pas facile pour nous. Mais comme je le dis, des gens tombent autour de nous et nous allons présenter nos condoléances ».

À ces situations, se greffent certains faits :

Le manque de dialogue entre parents et enfants sur les problèmes de sexualité. Rappelons que les questions touchant à la sexualité et au VIH/sida sont des sujets tabous et honteux en Afrique et Congo, que l'on ne saurait aborder avec les enfants. Pour reprendre Elo-Dacy « Dans les us et coutumes africaines et congolaises, tout ce qui touche à l'amour et à la sexualité a un caractère sacré ne peut être proféré en public ou en présence des enfants. Dans ce contexte, les parents éprouvent de la pudeur à parler des problèmes de sexualité avec leurs enfants. Tout au plus, une mère est-elle autorisée à parler avec sa fille de la période de ses règles, de sa période de fécondité et à lui prodiguer des conseils en cas de grossesse. D'éducation sexuelle, il ne sera jamais question.

Cette absence de dialogue entre parents et enfants sur la sexualité maintient les enfants dans l'ignorance des dangers que peuvent générer les pratiques sexuelles à risques. Elle est une des causes d'adoption par les enfants des comportements sexuels dangereux ».

L'infidélité des époux

Ce facteur est non négligeable. Les entretiens menés à Pointe-Noire ont révélé que parmi les personnes interrogées, quelques-unes reconnaissent avoir eu des rapports extraconjugaux. Dans un raisonnement analogue Cissé (2007) soutient que l'activité sexuelle hors mariage des femmes est non seulement fréquente, mais aussi très risquée, du fait qu'elles ne participent pas à la décision de l'utilisation du préservatif. Ce point de vue est aussi défendu par Elo-Dacy : « Un des facteurs comportementaux de la propagation du VIH/sida est constitué par le silence que les époux entretiennent sur leurs infidélités. En effet, dans un couple, il peut arriver que l'un des conjoints trompe l'autre. Cependant, aucun des conjoints indéliçats n'avoue à l'autre ses frasques extraconjugales. Ce black-out des époux sur leurs infidélités réciproques accroît le risque pour le couple de contracter le VIH ».

Nous avons évoqué également la crise morale de la société congolaise marquée par la dépravation des mœurs, la consommation des drogues, l'alcool, la prostitution, la désobéissance. Ce sont là autant de maux qui minent la société congolaise et contribuent à la propagation du sida et à la formation des couples discordants. Elo-Dacy reconnaît à cet effet que le Congo traverse aujourd'hui la plus grave crise morale de son histoire. Il est entré dans l'ère du « mbeba », c'est-à-dire du laisser-aller et du laisser-faire. Toutes les normes qui régissent la vie en société sont transgressées. Chacun fait ce qu'il veut, comme il veut quand il veut. Sur le plan des pratiques sexuelles, la crise morale se traduit par la luxure et un vagabondage sexuel exacerbé tant chez les hommes que chez les femmes. Certains hommes avouent sans gêne avoir eu entre 5 à 10 partenaires sexuels ; des jeunes filles de 15 à 20 ans ont eu entre 4 et 6 partenaires, voire plus. Cette multiplication des partenaires sexuels par les hommes et par les femmes, jointe à la réticence de l'utilisation du préservatif, font courir à la nation le risque de voir se décimer à l'horizon 2020 une part importante des ressources humaines indispensables à son développement.

Même chose pour les conditions de vie, car l'étude a montré que la pauvreté est un terrain favorable pour le VIH/SIDA. Les personnes se trouvant dans des situations de précarité développent diverses stratégies pour leur survie.

C'est ce que l'on observe chez les femmes et particulièrement les jeunes filles qui se prostituent pour survivre. Par imitation des femmes et maîtresses des nouveaux riches, la plupart d'entre elles veulent avoir chacune une villa somptueuse, une voiture de grand luxe, des bijoux en or, des vêtements de haute couture mondiale, des téléphones cellulaires, etc. Pour acquérir ces biens, ces femmes se lancent dans la prostitution informelle, changeant de partenaires comme elles changent

de vêtements. Cette course effrénée à l'argent facile fait de ces femmes des proies désignées des nouveaux riches qui ont avec elles des rapports sexuels non protégés. D'où des décès fréquents dans ces milieux. Dans la même veine, la pauvreté contraint certains hommes à des comportements à risques. En effet, la plupart des femmes ou des jeunes filles considèrent désormais l'acte amoureux comme un acte qu'elles doivent se faire payer, les hommes démunis qui n'ont pas les moyens de s'offrir une partenaire régulière, se replient sur les professionnelles du sexe. Or, ces dernières sont susceptibles de contracter le VIH/sida au cours des rapports fréquents et non protégés avec leur clientèle et donc de contaminer d'autres personnes dans la communauté.

La pauvreté oblige également certains hommes à des viols. Nous l'avons indiqué plus haut, l'acte amoureux étant devenu un acte commercial, certains hommes pauvres ne pouvant acheter les charmes d'une partenaire se livrent à des viols brutaux sur des femmes ou sur des jeunes filles sans protection aucune. Selon un rapport de l'Unicef et l'UNFPA, de 1999, 27 000 femmes et jeunes filles avaient été victimes de viols à Brazzaville. Le viol survient aussi entre hommes, surtout en milieu carcéral ou dans des camps de réfugiés.

Je préfère encore être riche et malade du SIDA que pauvre. Parce que là, tu supportes une double humiliation a déclaré un jeune Burkinabé de 30 ans affecté par la maladie lors d'un entretien avec la mission du PNUD au Burkina Faso en 2010.

En plus des facteurs explicatifs, nous avons démontré que les couples discordants ont un désir de maternité qui a longtemps été étouffé par le poids de la maladie. Avec l'amélioration de la qualité de vie des patients induite par les antirétroviraux (ARV) et face à ce désir devenant de plus en plus pressant, on propose à ces derniers la fécondation naturelle. « Cette méthode consiste en un rapport sexuel non protégé unique, lors de la ponte ovulaire de la femme avec l'hypothèse selon laquelle le risque de contamination est très faible lors d'un seul rapport sexuel (0,3 %). Malgré la pratique de cette méthode, les médecins demeurent très réservés : « cette méthode ne pouvait satisfaire totalement l'équipe, car cela signifiait prendre des risques calculés et assistés par un médecin. Éthiquement, il était difficile pour le médecin d'encadrer tels actes. Mais que proposer d'autre, car lorsqu'un couple était décidé à avoir un enfant, il pouvait prendre des risques démesurés. C'est pourquoi les médecins se devaient d'encadrer ces pratiques. Puis les techniques de détection du VIH dans le sperme ont progressé de telle sorte que d'autres méthodes de procréation pouvaient être envisagées et assistées médicalement sans engager de la même façon la responsabilité du médecin ». Soulignons que jusqu'en 1998, la fécondation naturelle est encouragée chez les couples discordants en France, malgré les progrès dans le domaine de l'accompagnement en AMP dans d'autres pays

européens (Italie, Angleterre, Espagne). Parmi les techniques utilisées, il y a l'insémination artificielle avec sperme de conjoint, (IAC), la fécondation in vitro (FIV) et la Fécondation in vitro avec micro-injection (ICSI).

Nous ne saurions terminer ce travail de thèse sans formuler quelques recommandations : nous exhortons les gouvernants, ONG et associations œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida à développer des stratégies encourageant les dépistages des couples en vue d'une prise en charge efficace. « Le sida est réputé comme une maladie fatale et une maladie honteuse, la plupart des Congolais ont peur de passer le test de sida. D'une part, ils considèrent que leur vie serait perturbée s'ils se savaient infectés par le VIH, d'autre part, ils redoutent, dans l'hypothèse d'un test positif, de devenir la risée de leurs concitoyens et surtout d'être mis au ban de la société, rejetés et isolés comme le sont aujourd'hui ceux des Congolais qui vivent avec le VIH et identifiés comme séropositifs ou malades du sida. Le refus de se faire tester empêche une personne de connaître son statut sérologique et peut la conduire à avoir des pratiques sexuelles à risque » (Elo Dacy, 2013, p.59).

« Aujourd'hui, l'un des combats de l'OMS, du personnel médical, c'est d'éviter qu'on ait des enfants qui naissent avec le VIH. Dans pratiquement tous les pays, il y a un programme qui existe qu'on appelle Programme prévention de la transmission mère-enfant (PPTME). Si je fais un petit récapitulatif, l'enfant peut être infecté en trois phases : pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, et au cours de l'allaitement. Aujourd'hui, le programme PPTME agit sur ces trois phases. Il y a des médicaments que la femme prend lorsqu'elle est enceinte, d'autres au moment de l'accouchement et, pendant l'allaitement, il y a encore des médicaments que l'enfant-même peut prendre, et tout cela contribue à diminuer le risque de transmission⁸⁷ ».

Nous encourageant également le renforcement du counselings⁸⁸ au niveau des couples, ce qui éviterait non seulement la contamination du partenaire séronégatif, mais le mettrait aussi en confiance.

⁸⁷ Entretien entre l'équipe du PNUD au Burkina Faso et Dr Issa SIRIBIE, médecin chef du centre médical de l'association « Espoir et vie » pour le suivi des personnes infectées par le VIH dans le cadre d'un avis médical sur les couples sérodifférents.

⁸⁸ Dans la culture anglo-saxonne, le terme de « counseling » est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counseling répond aux besoins de personnes qui cherchent l'aide d'une personne pour résoudre, dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortissent pas forcément de leur propre pathologie. Ces problèmes peuvent en effet être liés aux contraintes ou à un contexte spécifique avec lequel elles doivent. Selon Catherine Tourette-Turgis, le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causées à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés. Pour elle, "le counseling est une forme de « psychologie situationniste » : c'est

Pour finir, nous disons qu'il faut que la société comprenne que le VIH n'est pas une fatalité. Il faut que la société comprenne que de nos jours, on ne meurt plus du VIH. Il faut que notre société comprenne que le VIH en Occident est rentré dans le même registre que les maladies chroniques, c'est-à-dire des maladies qui nécessitent un traitement à vie. Vous vivez avec comme exemples, le diabète, l'hypertension artérielle, etc. Chez nous, en Afrique, et particulièrement au Congo, cela est en train de devenir une réalité parce que tous les patients dépistés tôt, suivis régulièrement, ont un taux de survie comparable à celui de quelqu'un qui n'est pas infecté.

la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse. En ce sens, le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social (Tourette-Turgis, 1996)

BIBLIOGRAPHIE

- Akoto E. 1985. *Mortalité infantile et juvénile en Afrique-Niveaux, caractéristiques, causes et déterminants*. Département de Démographie UCL, Ciaco Ed., Louvain-la-Neuve, 273 pp.
- Akoto E., Tabutin D. 1987. *Inégalités socio-économiques au sud du Sahara*, UCL, Institut de Démographie, Working Paper no. 138, 45 pp.
- Agbov V. et al., 2016. *Étude socioculturelle et anthropologique sur le phénomène de la sérodiscordance dans les districts sanitaires des lacs, du bas-mono et du golfe au Togo*, Rapport d'étude. Togo, juillet 2016, 62 p.
- Allen M. et al., 1992. *Isolation and Sequence of the cDNAs Encoding the Subunits of the Isozyme Form of Wheat Protein Synthesis Initiation Factor 4F*. *The Journal of Biological Chemistry* 267 (32): 23232-36.
- Amador, J, T Ch, et HW Helm J. 2005. « *Sex and generational differences in desired characteristics in mate selection* » 96 (1): 19-25 p.
- Amat-Roze, J.M. 2003. *L'infection à VIH/sida en Afrique subsaharienne, propos géographiques*, n° 111 : 117-55.
- Akouhaba, et Danish Institute for Human Rights. 2009. *La dot dans le code des personnes et de la famille des pays d'Afrique occidentale francophone : Cas du Bénin, du Burkina-Faso, de la Côte D'Ivoire et du Togo*. Copenhagen: Danish Institute for Human Rights.
- Aventin, L, et Huard P. 2000. *Le coût du SIDA dans trois entreprises manufacturières en Côte-d'Ivoire*. *Revue d'économie du développement*, 55-82 p.
- Bado J.P. 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*. Paris, Karthala
- Bakandaja Wa Pungu G. 1996. *Les droits du malade*, in *Annales de la Faculté de Droit*, volume XI-XXIV, Kinshasa, Presses, Universitaires du Zaïre, pp. 212-258.
- Balandier G. 1955. *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris. PUF,
- Barré-Sinoussi, F. 2007. *Virologie fondamentale de l'infection VIH*. In *VIH Edition 2007*, 3-9. Paris, France.
- Baumann H. et Westermann D. 1948. *Les peuples et civilisations de l'Afrique suivi de : Les Langues et l'éducation*. Paris, Payot.
- Bauni, E. et Obonyo J. 2000. *Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS: The Case of Nakuru District, Kenya*. *Studies in Family Planning* 31 (1) : 69-80 p.

- Bazenguissa-Ganga, R. 1997. *Les voies du politique au Congo : essai de sociologie historique*. Collection « Hommes et sociétés ». Paris : Karthala.
- Becker, C. 1995. *L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal*, in J.P. Dozon, Laurent Vidal (éds), les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. Actes de l'atelier Gidis-CI-ORSTOM, Bingerville (Côte d'Ivoire) du 15 au 17 mars 1993, Paris, ORSTOM.
- Becker C. Dozon J. P. et al. 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar-Paris, CODESRIA-Karthala-IRD.
- Bélec, L. 2007. *Transmission sexuelle de l'infection par le VIH*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Bernard, N, et al. 2008. *Cause génétique de la résistance innée au VIH/SIDA*, juillet 2008
- Bensadon N, 1999. *Les de la femme : des origines à nos jours*, Paris, PUF, Collection « Que sais-je ? » 5^e édition corrigée.
- Bledsoe, Caroline H, et ed. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C, National Academies Press.
- Bledsoe, Caroline H., et Uche C. Isiugo-Abanihe. 1989. *Strategies of Child Fosterage among Mende 'grannies' in Sierra Leone*. African Reproduction and Social Organization, 442-74 p.
- Boily, M.C et al, 2010. *Recherches scientifiques sur les risques de transmission sexuelle de l'infection par le VIH*, juillet 2010.
- Boudon R. 2003. *Raison, bonnes raisons*. 1ere éd. Collection Philosophe en sciences sociales. Paris : Presses universitaires de France.
- Boudon R, et Besnard F. 2012. *Dictionnaire de la sociologie : les principaux concepts, les différents courants, les grands auteurs, les œuvres les plus importantes*. Essais et documents. Paris : Larousse.
- Boungou G, et al. 1989. *Peuplement et population du Mayombe*. in Revue des connaissances sur le Mayombe, Unesco, 157-86. Paris.
- Bourdieu P. 1980. *Le sens pratique. Le Sens commun*. Paris : Éd. de Minuit.
- Bourget P. 2017. *Je ne peux pas vivre sans défendre mes convictions*, 2017.
- Bozon M. 1998. *Amour, désir et durée de cycle de la sexualité conjugale et rapport entre homme et femme*. In *La sexualité aux temps du VIH/sida*.
- Bozon. 1991. *La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple*. Sciences Sociales et Santé 9 (4) : 69-88.

- Bozon M. et Héran F. 2006. *La formation du couple : textes essentiels pour la sociologie de la famille*. Paris : Découverte.
- Brent David A. et al. 2009. *Predictors of Spontaneous and Systematically Assessed Suicidal Adverse Events in the Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) Study*. American Journal of Psychiatry 166 (4) : 418-26 p.
- Bruel G. 1935, *La France équatoriale africaine*, Paris, Larose.
- Cahuzac E. et Bontemps. C. 2008. *Stata par la pratique : statistiques, graphiques et éléments de programmation*. College Station, Tex: Stata Press Publication.
- Caldwell J. et P Caldwell. 1990. High Fertility in Sub-saharan Africa. Scientific American 262 (5): 118-25 p.
- Caldwell J. 1993. *African families and AIDS: context, reactions and potential interventions, Health transition review: the cultural, social, and behavioural determinants of health*, 3: 16 p.
- Caldwell J. et Caldwell P. 1993. *Nature and limits of sub-saharan African Aids Epidemic: Evidence from Geographic and other patterns. in Population and Development Review. Caldwell, J, et Caldwell P. The African Aids Epidemic. in Scientific American, Vol., 274, n°3, pp. 62-68.*
- Calvez M. Lagrange H, et Lhomond B. 1997. *L'entrée dans la sexualité : les comportements des jeunes dans le contexte du SIDA*. La Collection « Recherches » à La Découverte. Paris : Editions La Découverte.
- Caselli G. et al., 2002. *Démographie : analyse et synthèse. 2 : Les déterminants de la fécondité*. Paris : Éd. de l'Institut National d'Études Démographiques.
- Castellan Y., 1977. *Univers de la psychologie*. Lidis. Paris.
- Cates w. 2003. *La stratégie dite de ABC à Z. Le préservatif est l'un des éléments d'une stratégie multidimensionnelle de prévention du VIH/Sida. In Network en Français, Family Health International, n°4, Vol. 22, pp.3-4.*
- Chakraborty et al. 2002. *Regulation of human trophoblast migration and invasiveness. Canadian Journal of Physiology and Pharmacology 80 (2).*
- Changeux, Jean-Pierre. 2017. *L'homme neuronal*. Fayard. Pluriel.
- Charon P. et al. 2018. *Commerce atlantique, traite et esclavage (1700-1848) : recueil de documents des Archives départementales de Loire-Atlantique*. Édité par Archives départementales de la Loire-Atlantique. Rennes : Nantes : Presses universitaires de Rennes PUR ; Loire Atlantique.

- Chemaitelly et al. 2014. *The risk of HIV transmission within HIV-1 sero-discordant couples appears to vary across sub-Saharan Africa*. *Epidemics* 6 : 1-9 p.
- Cherabi K, Fanget D. 1997. *Le VIH/sida en milieu arabo-Musulman Arcat-sida*.
- Cheval P. 1990. *Importance de la pathologie VIH dans le service de l'hôpital régional des armées de Pointe-Noire (Congo), A propos de 85 observations suivies en six mois d'août 1989 à Février 1990 Pointe-Noire*
- CNLS, 2004, Projet de lutte contre le VIH/ sida et de santé Rapport final, Brazzaville.
- CNLS 2012. *Enquête comportementale couplée à la sérologie VIH chez les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus en République du Congo*. Rapport final. Brazzaville.
- CNLS, 2014. *Cadre stratégique nationale de lutte contre le VIH/sida et les IST 2014-2018*.
- CNLS et Croix rouge française. 2016. *Note conceptuelle unique pour la tuberculose et le VIH*.
- Cohen, Myron, et al. 2011. *Essai HPTN 052 du traitement à la prévention ?* n° 67-68 : 19 p. Collectif, Sida : hier il ne frappait que les « homo » aujourd'hui, il menace tout le monde, in *La Semaine africaine*, n°1709 du 28 mai au 3 juin 1987.
- Collection Microsoft encarta, 2006, le sida.
- Connor E. M., et al. 1994. *Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment*. *New England Journal of Medicine* 331 (18): 1173-80.
- Coquery-Vidrovitch C, et Lassagne A. 2005. *le Congo au temps des grandes compagnies concessionnaires 1898-1930*. Edition de l'été des hautes études en sciences sociales, .
- Couderc N, Drouhin N, et Ventelou B., 2006. *SIDA et croissance économique : le risque d'une trappe épidémiologique*. *Revue d'économie politique* 116 (5) : 697.
- Croix rouge, et croissant rouge. 2008. *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2008, Réfugiés, guerre et VIH*.
- Cuellar, J.P de. 1993. *Revue Développement et coopération*, n° 3.
- Deniaud F., Livrozet J M., Rey J. L. 1991. *VIH et pratique rituelle en Afrique tropicale*. *Cahiers santé*, vol. I n° 4 : 327-333.
- Denis P, Becker C. 2006 *L'Épidémie du Sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens*. Paris, Karthala.
- De Singly, F. 2016. *Le soi, le couple et la famille*. Paris : Armand Colin.
- De Walque, D. 2006. *Discordant Couples-HIV infection among couples in Burkina Faso. Cameroon, Ghana, Kenya, and Tanzania* The World Bank.

- Delaunay V. 1994. *L'entrée en vie féconde : expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*. Études du CEPED, n° 7. Paris : Centre français sur la population et le développement.
- Delfraissy J. F. 2011. *De nouvelles études confirment l'impact des antirétroviraux contre la transmission du VIH*. In *Société internationale du sida*. Rome.
- Département de l'évaluation des opérations de la Banque mondiale. 2004. *Rapport annuel sur l'efficacité du développement 2004, contribution de la Banque mondiale à la réduction de la pauvreté*.
- Desgrées du Loû A. 2005. *Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne : Information du partenaire, sexualité et procréation*. Population 60 (3) : 221.
- Desgrées du Loû A., Brou H, Djohan G, et Tijou-Traoré A. 2007. *Le refus du dépistage VIH prénatal : étude de cas à Abidjan (Côte d'Ivoire)*. Cahier santé 17 (3) : 133-41.
- Desgrées-du-Loû A, et Orne-Gliemann J. 2008. *Couple-Centred Testing and Counselling for HIV Serodiscordant Heterosexual Couples in Sub-Saharan Africa*. *Reproductive Health Matters* 16 (32) : 151-61.
- Diata H. 1989. *Ajustement structurel au Congo*. Revue Tiers Monde 30 (117) : 187-202.
- Dozon J.P. Fassin D, 1989. *Raison épidémiologique et raisons d'État. les Enjeux sociopolitiques du sida en Afrique*. Sciences sociales et santé, 7/1., 21-36 (n° spécial : « Société à l'épreuve du sida »).
- Durkheim E. 1894. *les règles de la méthode sociologique*. Puf. Paris.
- Elbaz G. *Les Différentes couleurs du sida aux États-Unis*. Paris, l'Harmattan, 2004
- El Sanharawi, M., et Naudet F. 2013. *Comprendre la régression logistique*. Journal Français d'Ophtalmologie 36 (8) : 710-15.
- Ekanen Eta. 2005. *Conséquences, enjeux et réponses apportées au VIH en Afrique subsaharienne : état des connaissances*. Tours XXV^e Congrès international de la Population UISP, juillet 2005.
- Elo Dacy. 2013. *Les enjeux socioéconomiques et démographiques de la propagation du VIH au Congo*. In *VIH/sida, société et développement au Congo-Brazzaville*, 51-62 p.
- Evina Akam. 1989. *Infécondité et sous fécondité : Évaluation et recherche des facteurs. le cas du Cameroun*. Louvain-la-Neuve : UCL.
- Fargues. P. 1988. *Urbanisation et transition démographique : Quelles interrelations en Afrique*. n° 2 : 183-98 p.

- Farmer P. 1996. *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala, coll. Médecines du monde, (traduit de l'anglais ; titre original : AIDS and Accusation : Haïti and the geography of blame, Berkeley, University of California Press, 1992).
- Fee, Elizabeth, et Daniel M. Fox. 1992. *AIDS: the making of a chronic disease*. Berkeley : University of California Press.
- Ferry, L. 2010. *La révolution de l'amour : pour une spiritualité laïque*. Paris : Plon.
- Fischer G. N. 1987. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Montréal : Dunod ; Presses de l'Université de Montréal.
- Foucault M. 1997. *Il faut défendre la société*. Cours au collège de France. 1976, Paris, Hautes Etudes/Gallimard/Seuil. p. 232.
- Freud, S. 1915. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Traduit par B. Reverchon-Jouve. Paris, France : Gallimard.
- Freud, S, et Jankélévitch S. 2009. *Totem et tabou*. Paris : Payot & Rivages.
- Fridmann, S. 2004. *VIH et procréation ou désir d'enfant chez les couples sérodifférents pour le VIH. Quelles étaient les possibilités de prise en charge médicale en 2003 ? La Lettre de l'infectiologue 19 (3) : 84-88*.
- Gaimard M. 2011. *Population et santé dans les pays en développement*. Populations. Paris : L'Harmattan.
- Garenne M. 1995. *Impact démographique du sida en Afrique : données et interprétations*
- Girard, A. 1964. *Le choix du conjoint : une enquête psycho-sociologique en France*. Édité par Institut national d'études démographiques. Paris, PUF.
- Girard, P. M, Katlama C, et Pialoux G. 2007. *VIH. Rueil-Malmaison*, France : Doin.
- Goeb J. L. 2007. *Evaluation psychologique de 173 couples sérodifférents vis à vis du virus HIV au cours de leur démarche d'aide médicale à la procréation et évaluation des 102 bébés à un an de vie*. Paris 7 Denis Diderot.
- Gokaba, J.M. 2011. *La sexualité prémaritale des adolescents au Congo*. Saarbrücken, Allemagne : Édition Univ Européenne, 124 p.
- Gruénais M E. 1993. *Dire ou ne pas dire, Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo*. Atelier les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien. Bingerville (E.S.E.I). J. P. Dozon et Vital L, Centre Orstom de petit Bassam : 207-220.
- Gruénais M. E., et al. 1997. *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo : attitudes contradictoires*.
- Guerin, JF, et L Bujan. 1997. *le désir d'enfants chez les couples sérodifférents*. In compte rendu de congrès et revue de littérature internationale. Toulouse.

- Guillaume S. 2015. *De la peste à la tuberculose, les hommes face aux épidémies*. Atelier samedi des archives.
- Guthrie, Brandon L., de Bruyn G, et Carey Farquhar. 2007. *HIV-1-discordant couples in sub-Saharan Africa: explanations and implications for high rates of discordancy*. *Current HIV research* 5 (4) : 416-29.
- Gurvitch G. 1969. *La vocation actuelle de la sociologie*. T.2, Paris, PUF.
- Hagenbucher-Sacripanti, F. 1973. *Les fondements spirituels du pouvoir au royaume de Loango : République populaire du Congo*. Paris.
- Hagenbucher-Sacripanti F. 1992. *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*. Paris ORSTOM, Édition L'Harmattan, Coll. Études et thèses.
- Hagenbucher-Sacripanti F. 1994. *Les fondements spirituels du pouvoir au royaume de Loango : République populaire du Congo*. Paris.
- Hamamar S et Entezami F. 2001. *les couples sérodifférents pour le VIH : quelle aide médicale ? les Dossiers de l'Obstétrique*. n° 296 (juillet) : 17-21.
- Haupt, A. 2004. *Guide de démographie du Population référence Bureau*. Washington : Population référence bureau.
- Henry I. 1981. *Dictionnaire démographique multilingue*. Vol. Français.
- Heidi W. *Un carrefour épidémique : la tuberculose et le VIH*. OMS, avril 2006, document du PRB.
- Hirsch E. 2003. *VIH/sida : éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements*. Histoire et Sciences sociales, 753-760 p.
- <http://ethikasabati.blog4ever.com/blog/lire-article-132661-805244> *éthique du soin de la recherche et accès aux trai.html* Éthique-médecine/Sciences. 2003- Érudit. org, consulté le 13 Février 2017.
- Horizon/ONUSIDA, 2003. *L'éducation par les pairs et le VIH : expériences passées et perspectives*. Tulane University, 41 p.
- Hugues, S. et Malila, I., 1996, *Messages from the Urban Environment: The Social Construction of HIV/Aids in Botswana, paper presented at the Nineteenth SAUSSC Conference, Mmabatho, South Africa, 1-6th December*
- Hunt C. 1989. *Migrant Labour and Sexuality Transmitted Disease: Aids in Africa*. in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol, 30, n° 4, pp. 353-373
- IAS. 2017. Conférence internationale sur le sida, déclaration communautaire de Paris. In. Paris.

Ibeao-Bouya R. 1997. *L'Alimentation et la santé*. Brazzaville, Édition Rody Star.

INS-Congo, 2005. *Enquête démographique et de santé 2005*. Congo-Brazzaville.

INS-Congo, 2009a. *Enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida*. Congo-Brazzaville.

INS-Congo, 2009b. *Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida au Congo*.

INS-Congo 2011. *Enquête démographique et de santé*. Brazzaville (Congo).

Insee. 2015. *couples et famille*.

Irwin et al. 1991. *Knowledge, Attitudes and Beliefs about HIV Infection and AIDS among Healthy Factory Workers and Their Wives, Kinshasa, Zaire*. *Social Science & Medicine* 32 (8) : 917-30.

Itoua F. 1988. *Famille, enfant et développement en Afrique*. Édité par UNESCO. Paris.

Itoua-Ngaporo A. Les aspects cliniques du sida en Afrique. *La Revue du Praticien*, n°23, pp 2136-2140

Jackson H. 2004. *Sida Afrique, continent en crise, SAFAIDS, Harare*. *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/Sida*. Dakar Sénégal 6-8 août 2001, UNESCO 2002, Série spéciale n°14.

Javaugue F.C et al 2014a. *VIH : les virus et le nouveau visage moléculaire de la pandémie*. Paris, France : Hermann, DL 2014.

Kalimira Kachelewa, B, et F Kajiramugabe Maneraguha. 2017. Evaluation des Risques de contamination du VIH/SIDA chez les personnels soignants (PS) de l'hôpital général de référence (HGR) de Bagira à Bukavu RD Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 1 avril 2017.

Katlama, Christine, et Jade Ghosn. 2008. *VIH et sida : prise en charge et suivi du patient*. Elsevier Health Sciences.

Keele, B. F., et al. 2006. *Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Non pandemic HIV-1*. *Science* 313 (5786) : 523-26.

Kolley A., Le sida en Gambie, www.unesco.org/culture/aids Association canadienne de santé publique (ACSP). Enquête sur la prévention du VIH/sida et les politiques de santé publiques. www.cpha.ca/français/policy/HIV/Survey.html, consulté le 19 septembre 2019

Kouassi et Gokaba. 2013. Nouvelles infections du VIH selon les groupes d'exposition au Congo. Rapport d'étude CNLS. Congo.

Kouassigan G A. 1974. *Quelle est ma loi ? Tradition et modernisme dans le droit privé de la famille en Afrique noire francophone*. Collection du Centre de recherche, d'étude et de documentation sur les institutions et les législations africaines, 11. Paris : A. Pedone.

- Koumba, D. 2013. Croyances, attitudes et VIH/sida chez les populations de Divénié et de Ngoua II dans le département du Niari. In *VIH/sida, société et développement au Congo-Brazzaville*, 173-79.
- Kouton N. (2005) *Conséquences socioéconomiques du sida au Bénin : Qu'en dit la littérature existante ?* Tours XXV^e Congrès international de la population, UIESP, juillet 2005.
- Kouvouama A. et Elo-Dacy. 1985. *Conscience ethnique et conscience de class au Congo*. Annales de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Brazzaville. R Brazzaville : Publications de l'Université de Brazzaville, 277.
- Kuyu Mwissa C. 2005. *Parenté et famille dans les cultures africaines : points de vue de l'anthropologie juridique*. Questions d'enfances. Paris : Karthala.
- Kuzoe-Liengme, B, B Hirschel, et V Schiffer. 2010. « Swiss Statement » : *bilan deux ans après*. Médecine suisse : 714-20.
- Kwilu Landundu H. 2015. *Sociologie de la maladie et de la prise en charge des patients en République Démocratique du Congo*. Montpellier 3.
- Lagrange. 1997. *Précaution : préservatif et recours au test*. In *l'entrée dans la sexualité, les comportements des jeunes dans le contexte du sida, découverte*.
- Lapierre-Adamcyk E et Le Bourdais C. 2004. *Couples et familles : une réalité sociologique et démographique en constante évolution*.
- Lapika D. 2004. *Analyse de la dimension sociale du VIH/sida en RDC*. Banque mondiale, PNMLS, Kinshasa.
- Lapika D. et Kambamba S. 1997. *Étude ethnoculturelle sur le sida au Zaïre*, PNUD-OMS
- Laplantine, F. 1986. *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Science de l'homme. Paris : Payot.
- Le Ray, J. 1962. *La mise en valeur des foret du Nord Congo, Bois et forêts des tropiques*. In *Journal d'agriculture traditionnelle et botanique appliquée*, 84 :27-44.
- Lebrun, F. 1998. *La vie conjugale sous l'Ancien Régime*. Paris, France : A. Colin.
- Leech, J. Un sondage met à jour la violation des droits humains en Alberta
- Lemaire, J. G. 1979. *Le couple, sa vie, sa mort : la structuration du couple humain*. Paris, France : Payot.
- Lert F, Obadia Y. *Comment vit-on en France avec le sida ?* in *Population et Société*, novembre 2004.

- Levinson, S. 1997. L'organisation temporelle des premières relations sexuelles. In *L'entrée dans la sexualité, le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, La découverte, 227-45.
- Levi-strauss C. 1983. Histoire et ethnologie. In *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1217-31. Armand Colin.
- Lewin K. 1968. *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*. Place of publication not identified: Librairie Philosophique J.
- Liège P. 1972. « l'avenir du couple chrétien et de la famille ». In *couple et famille dans la société d'aujourd'hui*. 59 e semaines social, Metz.
- L'Impact, magazine d'information sur le sida, la santé reproductive et le genre en RD Congo, Kinshasa 2006.
- Locoh T. 2002. Facteurs de formation des couples. In *Démographie ; analyse et synthèse t.2 ; les déterminants de la fécondité*.
- Loriaux M. 2006. *La guerre du développement est-elle déjà perdue ou en voie d'être gagnée ?* colloque sur la formation et la recherche en science de la population pour le développement de l'Afrique, Yaoundé du 23 au 26 mai 2006.
- Loutfy M. 2013. *La communication du risque chez les couples sérodiscordants*. Catie : 1-23.
- Luca et Cavalli-Sforza F. 1994. Qui sommes-nous ? Une histoire de la diversité humaine. Traduit de l'italien par François Bran, Paris, Albin Michel.
- Maisonneuve J. 1966. Psychologie des affinités. Université de Paris.
- Marc C. 2014. Assistance médicale à la procréation chez les couples sérodifférents au VIH : l'expérience du CHU d'Amiens. France : de Picardie Jules Verne.
- Martin, P. 2006. *Les pandémies dans l'histoire depuis le Ve siècle av. J.-C.* Sedditan° 66 : 21-25.
- Marshall-Fratani R. et Péclard D. 2002. *Introduction. Les sujets de Dieu*. Politique africaine n°87, Octobre, 5-19 p.
- Masquelier, B, et Reniers G. 2018. *Sida et écarts d'espérance de vie entre Hommes et Femmes en Afrique*. Population et société, n° 554 (avril).
- Mastny L et Cincotta R. 2005. *À la recherche des rapports entre démographie et sécurité*. In *L'Etat de la planète, 2005 redéfinir la sécurité mondiale*, 265 p.
- Masuy-Stroobant, G, et Costa R. 2013. *Analyser les données en sciences sociales De la préparation des données à l'analyse multivariée*.

- Mbarga, J. P. 2013. *La valeur de la femme dans la société traditionnelle Bəati faŋ*. In *The Social dimensions of language*, 13. Département de Langues Africaines et Linguistique Université de Yaoundé I.
- Mbassa Souta, M. 2011. *Au cœur des us et coutumes du peuple bafia*. Paris : L'Harmattan.
- Mbokolo Elikia, 1984. *Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique*. in Augé M., Herzlich C., 1984, *Le Sens du mal*. Paris, Éditions des archives contemporaines, pp155-186.
- M'bon L. *Ravages du sida dans le monde. l'Afrique et l'Asie inquiètent*. in tam-tam d'Afrique, Brazzaville (Congo), n° 126, pp, 7-8.
- M'boussou, et al. 2003. *Situation sociale des orphelins du sida à Brazzaville. le VIH et les virus des hépatites*. Revue critique, de l'actualité scientifique internationale, n° 111.
- Melchior-Bonnet S et Salles C. 2009. *Histoire du mariage*. Bouquins. Paris : R. Laffont.
- Mellini L et al., 2004. *Le sida ne se dit pas, analyse des formes de secret autour du VIH/Sida*, Paris, L'Harmattan.
- Ministère de l'Agriculture de l'élevage et de la pêche. 2014. Recensement général de l'Agriculture (RGA 2014-2017). Rapport d'analyse.
- Ministère du plan, et PNUD. 2013. Rapport National de Suivi des Progrès vers l'Atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Congo-Brazzaville
- Ministère de la santé, de la solidarité et de l'action humanitaire, DGS, PNLs (2002), Rapport de la situation du VIH/Sida en République du Congo.
- Ministère de la santé publique/programme national de lutte contre le sida (1997) Bulletin de surveillance épidémiologique VIH/Sida/MST, Brazzaville janvier n°7.
- Ministère de la santé et de la population, 2003, Politique nationale de santé, S.I. Ministère de la santé, de la solidarité et de l'action humanitaire, 1997, Plan stratégique de lutte contre le sida au Congo, Programme national de lutte contre le sida (PNLS), Brazzaville (Congo).
- Ministère de la santé, 2006, Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida.
- Missié. J. P 2006. *Religion et identité ethnique. les églises de réveils au Congo*. Annales de la faculté des lettres et des sciences humaines, n°2, pp. 269-288.
- Montagnier, L, et Bourget P. 1986. *Vaincre le SIDA : entretiens avec Pierre Bourget*. Paris : Fondation internationale pour l'information scientifique : Cana.
- Mucchielli, A. 2015. *Les motivations*. Paris, PUF, QSJ.
- Mufune, P., 2003. *Les sciences humaines et les politiques sur le VIH/sida en Afrique*. In Bulletin du CODESRIA, n° 2, 3 et 4, pp. 48-53

- Musso-Dimitrijevic S. 2001. *L'étranger malade éléments d'histoire sociale, d'une cause.* in Fastin D. (dir)un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins. Rapport du CRESP.
- Musso-Dimitrijevic S. 2000. *L'accès aux soins des personnes du statut administratif précaires infectées par le VIH. Hommes et Migrations.* Santé, le traitement de différence. pp 88-93.
- Mwikisa C. N. 2000. *Impact et implications en termes d'investissement du VIH/sida sur le capital humain en Afrique subsaharienne.* in Bulletin du CODESRIA, n° 2, 3 et 4, pp. 65-68. Nath M B ; Genre, VIH et droits humains : Manuel de formation. New York : Unifem, 201 p.
- Nguembo J. 2007. *Problématique de la prise en charge des PVVIH/sida à l'Université Marien Ngouabi : enjeux et perspectives,* Communication au colloque international sur VIH, société et développement, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, mai 2007.
- Navarro R. 1998. *Violence des Gangs et agressions sorcières en milieu urbain africain.* in La Création sociale, n°3. Université Pierre Mendès France.
- Nthompagaze P. 2003. *Violation chez les femmes déplacées vivant avec le VIH/sida web-africa.org.* Revue canadienne VIH/sida et droit-Pubs. Cpha. Ca.
- Ndinga-Mbo A. 1984. *Introduction à l'histoire des migrations au Congo : hommes et cuivre dans le « Pool » et la Bouenza avant le XXe siècle.* Brazzaville, R.P. du Congo, Congo : P. Kivouvou.
- Ndinga-Mbo A. 2006. *Savorgnan de Brazza, les frères Tréchet et les ngala du Congo-Brazzaville (1878-1960),* Paris, l'Harmattan
- Nothomb, Dominique. 1982. *Le mariage en Afrique, réflexions à l'occasion du prochain synode des évêques.* NRT 114-6 (1992), p.852-869
- OMS. *Global Tuberculosis Control.* Rapport 2005, consulté en ligne sur le site www.who.int, le 23 mars 2015
- OMS. 2013. *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle.*
- ONUSIDA, *cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida,* juin 2002.
- ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida,* 2002.
- ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida,* 2003.
- ONUSIDA, *les femmes et le sida,* décembre 2004.

ONU/SIDA. 2016. *le Sida en chiffre, la journée mondiale de lutte contre le Sida*, édition 2016.

ONUSIDA. 2018. *Le sida en chiffres, la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida*.

ONUSIDA. 2019. rapport Onusida, 2019.

ONUSIDA. 2020. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020 : Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016

Ouedraogo W. S. *Modification des liens affectifs au VIH : une sociologie de la progression de l'infection au VIH dans les sociétés africaines*. in Bulletin du CODESRIA, n° 2, 3 et 4, pp. 95-101.

Ouattara, F, Vidal L, 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris, PUF.

Peter R et al 2006 Les défis mondiaux du VIH et du sida. Population Bulletin, Vol 61 n°1, PRB 2006.

Philipson T. et Posner, R. 1995. *On the Microeconomics of Aids in Africa*. in Population and Development Review, Vol.21 n° 4, pp. 835-848.

Pialoux, G. 2010. *Risque de transmission du VIH et couples sérodifférents dans la province de Henan en Chine*. vih.org. 2010.

Pisier E. 2007. *le droit de femmes*. Paris, Dalloz.

PNUD, Banque mondiale, et OMS. 1997. *Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales*. rapport du matériel didactique : Darda et Ndjamena, 6-24 octobre 1997. Thumbnail.

Prabonnaud F. 2017. *Au Congo-Brazzaville, les ruptures de stock d'ARV, un mal chronique*. VIH & SIDA AUJOURD'HUI, septembre, 29-32.

Rajafindrakoto M. et Roubaud F., 2001, les multiples facettes de la pauvreté dans un pays en développement : le cas de la capitale Malgache, 41 p.

RARS, Programme de dissémination de l'information sur les IST, VIH/sida du projet Horizon en Afrique de l'Ouest et du Centre. www.ref.sn/rars/actirech.htm.

Réjean, T. 2014. Prévention biomédicale. In. Québec.

République populaire du Congo. 1984. Loi n°073/84 du 17/10/1984 portant code de la famille.

RGPH-Congo. 2007. Recensement général de la population et de l'habitation, Congo-Brazzaville.

Rispel L. Allanise C et. Metcalf C. A. 2011. *We Keep Her Status to Ourselves': Experiences of Stigma and Discrimination among HIV-Discordant Couples*. in South

- Africa, Tanzania, and Ukraine*. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS 12 (1): 10-17.
- Rispel L C. et al. 2011. *Sexual relations and childbearing decisions of HIV-discordant couples: an exploratory study in South Africa and Tanzania*. Reproductive health matters 19 (37) : 184-93.
- Risson, A. 1994. *Analyse graphique d'une matrice de données : guide pratique*. Saint-Mandé (1 Av. Herbillon, 94160) : CISIA.
- Rouers, A. 2017. *Rémission du VIH : la liste des pistes de recherche s'allonge. la vie, au coeur de la recherche contre le VIH transversal* (85) : 19-20.
- Roura M. 2005. *Les interventions de prévention du VIH/sida dans les pays à faible prévalence : le cas de l'Albanie*. *Revue internationale des sciences sociales* 186 (4) : 703.
- Roussel, et P Thiriart. 1999. *les unions libres*. Vol. 28. Cahier québécois de démographie 1-2.
- Roux J. P., 1988, *Le Sang. Mythes. Symboles et réalités*. Paris, Fayard.
- Ruilin Ren. 2009. Échantillonnage, enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida.
- Rwenge, Mburano. 1999 Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse. *Vivre et penser le sida en Afrique*, 217-36.
- Sala-Diakanda D. M. 1988. *De l'émergence de politiques de population en Afrique*. Institut de Formation et de recherche démographiques (Yaoundé), 37-48.
- Samba René. 2014. *Impact socioéconomique du VIH/sida et développement durable en République du Congo*. In *Population, santé et développement au Congo*. L'Harmattan.
- Sanderson J. P. et Burnay N., 1999. Entre individus et ménage : à la recherche d'un indicateur de pauvreté. Application à la Belgique. in Tabitin D. et al., *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, éd. Academia Bruylant et l'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp. 601-622.
- Sarlon E. 2002. *Conséquences économiques du sida sur les sociétés africaines*. *Sida dans les pays en développement*, Adsp. n° 40 : 40-42.
- Second L. 2013. *La sainte Bible*, Nouvelle Édition de Genève.
- Setbon, M. 2000. *La normalisation paradoxale du sida*. *Revue française de sociologie* 41 (1) : 61-78.
- Sidibé M. 2011. *Communiqué de presse conjoint OMS/ONUSIDA*
- Soulet J. F. 1994 *L'histoire immédiate*. Paris, PUF, QSJ ?

- Tati G. 1994. *Un examen critique des programmes de maîtrise de l'urbanisation et de redistribution spatiale de la population du Congo*. In l'Évaluation des politiques et programmes de population, 249-60. Bangui du 2-4 juin 1993.
- Tchetgnia L. 2016. *Face au sida, quel comportement en Afrique ? l'exemple du Cameroun*. Populations. Paris : L'Harmattan.
- Thiaudière C. 2002. *Sociologie du sida*. La Découverte, Paris.
- Thoro. 2002. *Analyse de situation des Droits humains dans le contexte du VIH/sida*. Projet droits VIH/sida au Burkina Faso.
- Thystere-Thicaya J. P. 1992. *Itinéraire d'un africain vers la démocratie*. Genève, Éditions du tricolore.
- Tijou-Traoré A. 2006. *Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, sciences sociales et santé, 24 (2): 43-67.
- Tizio, S, et Flori Y A. 1997. *L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? Tiers-Monde* 38 (152) : 837-58.
- Tonda J. 2002 *Économie des miracles et dynamique de la subjectivation/civilisation en Afrique Centrale*. in R Marshal-Fratani et Péclard D, les sujets de Dieu. Politique africaines n°87, octobre.
- Tonwe-Gold B, Hirschel B. Les femmes africaines séropositives vivant en Suisse. Caractéristiques, survie et besoins en matière de soutien social. Revue infothèque Sida 2002/09 vol. 2002, n°3, p.44-50.
- Tourette-Turgis C. 1996. *Le Counseling : théorie et pratique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Touze V. et Ventelou B. *Sida et développement, un enjeux mondial*. Revue de l'observatoire Français des conjonctures économiques-Caim. Info.2002.
- UNFPA et PNUD. 1995. *Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994.
- UNESCO, ONUSIDA. 2001. *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida : Atelier sous-régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale à Dakar-Sénégal*. Site : www.unesco.org/culture/aids, consulté le 12 Octobre 2019
- UNFPA. *Du défi au consensus : la santé reproductive des adolescents en Afrique*. CEDPA Washington 1998
- UNFPA. *L'État de la population mondiale 1999 : 6 milliards, l'heure des choix*, New York 1999.

- UNFPA 2002. *L'État de la population mondiale 2000 : vivre ensemble dans les mondes séparés*. New York.
- UNFPA. 2002. *Comment caractériser la pauvreté*. In UNFPA, 2002, État de la population mondiale 2002 : Population, pauvreté et potentialités, pp. 13-17. Van Griensven G J P et Coutinho A. 1989. *Modes de transmission du VIH*. In *Sida et infection par VIH*. Paris, France.
- Vernazza, P., Hirschel B, Bernasconi E, et Flepp M. 2008. déclaration des chercheurs suisses sur le VIH/sida, journal des médecins Suisses. 89 (5).
- Vernazza P. et al., 2000. *Potent Antiretroviral Treatment of HIV-Infection Results in Suppression of the Seminal Shedding of HIV. The Swiss HIV Cohort Study. AIDS (London, England)* 14 (2): 117-21.
- Véron J. 2006. *L'urbanisation du monde*. Paris : La Découverte.
- Wahnich S. 2006. *Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique : trois méthodes d'approche des publics*. n° 6 : 8-12.
- Wakam J. 2002. *les facteurs de la Fécondité dans les pays du Sud*. In, Ecole d'Été 2002 :1-16. Louvain-la-Neuve.
- Warszawski J. 2008. *Comportements sexuels à risque de transmission du VIH ou d'autres germes pathogènes*. In *L'entrée dans la sexualité : les comportements des jeunes dans le contexte du Sida*, 257-349. la découverte.
- Willner, R. E. 1994. *Deadly deception the proof that sex and Hiv absolutely do not cause Aides*. Boca Raton, FL: Peltec Pub.
- World Health Organization. 2001. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Yurén Camarena et al., 2000. *Quelle éthique en formation ?* Paris ; Montréal, L'Harmattan Inc.
- Zougrana C. M. 1999. *la situation de l'infection à VIH au sahel. Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle dans les 9 pays du sahel*. CERPOD Bamako 1999.

INDEX ALPHABETIQUE

A	
abstinence	241
actes coïtaux	103
activité sexuelle	204
affaiblissement de l'autorité des parents .	150
âge d'entrée en union	81
antirétroviraux	105
attachement.....	116
B	
banalisation du VIH/sida	73
bonne observance	282
C	
charge virale indétectable.....	107
charge virale plasmique indétectable	108
choix du conjoint.....	114
complémentarité des besoins.....	115
conscience collective	124
crise morale	243
D	
déni de la maladie.....	291
désir de maternité	264
deuxième bureau	293
discrimination.....	163
dissonance cognitive.....	121
dot.....	84
doublément de la population	138
E	
espérance de vie	56
F	
fécondation in vitro	160
G	
groupe à risque	63
H	
homéostasie	68
I	
idéal du moi	117
identité	124
incidence du VIH.....	100
Indice Synthétique de Fécondité.....	138
insémination artificielle avec spermatozoïdes du conjoint.....	160
insertive	100
interaction sociale.....	121
J	
jaillissement d'énergie.....	116
L	
l'essai HPTN052	108
l'homogamie.....	115
l'hypothalamus	268
l'imaginaire collectif	76
la Fécondation in vitro avec micro-injection	160
le célibat définitif.....	90
les pulsions d'autoconservation.....	116
lévirat.....	243
libido.....	264
M	
mécanismes de défenses	117
moi conjugal	124
mortalité adulte.....	19
mortalité infantile	56
motivations	268
N	
nuptialité.....	89
O	
objet narcissique	117
orphelins du sida.....	59
homosexuels	
	31

P	
pauvreté	245
perception du risque	68
prévalence du VIH.....	63
prévention de la transmission mère-enfant	297
professionnelles du sexe.....	22
prophylaxie pré-exposition.....	106
pulsions de mort	117
R	
rapport sexuel non protégé	280
rappports hétérosexuels	39
rappports sexuels précoces	150
rationalité économique	124
récepteurs CD4.....	98
relations sexuelles réceptives	100
représentation d'autrui.....	118
Représentations du VIH/sida.....	68
résistance innée	103
risques de contaminations	161
S	
santé.....	17
sentiment amoureux	272
sentiment positif	265
séroconversions	108
stigmatisation.....	163
surinfection féminine.....	99
T	
Taux Brut de Natalité	138
Taux Global de Fécondité Générale	138
Tchicoumbi.....	81
tensions dans le couple	207
test de dépistage.....	196
toxicomanes.....	35
transmission par voie sexuelle.....	35
U	
utilisation systématique du préservatif	220
V	
valeurs culturelles	114
valeurs traditionnelles.....	204
VIH.....	19
VIH est de type généralisé.....	41
viols de masse.....	63
virémie.....	105

ANNEXES

ANNEXE I TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 44 : Sérodiscordance du VIH/SIDA dans 6 pays africains en %

Statut sérologique du couple	Burkina (n=2157)		Cameroun n=2015		Ghana n=1825		Kenya n=1088		Tanzanie n=2214		Congo n=2275	
	Ens	Couples infectés	Ens	Couples infectés	Ens	Couples infectés	Ens	Couples infectés	Ens	Couples infectés	Ens	Couples infectés
	Concordant négative	96,9	n. a	92,6	n.a.	95,8	n.a.	89	n.a.	90	n.a.	94,3
Concordant positive	0,45	14,83	2,35	31,68	0,91	22,05	3,6	33,36	2,7	24,79	1,00	19
Discordant homme	1,69	54,92	2,42	32,61	1,67	40,26	2,8	26,01	4,4	41,95	1,80	31
Discordant femme	0,93	30,24	2,65	35,69	1,58	37,68	4,4	40,62	3,5	33,24	2,90	50

Source : de walque, 2006 ; exploitation des EDS et enquête sida des pays africains qui figurent dans le tableau : (Burkina Faso, 2003 ; Cameroun, 2004 ; Ghana, 2003 ; Kenya, 2003 ; Tanzanie, 2003,2004 ; Congo,2009).

Tableau 45 : Situation des couples en rapport avec le VIH/SIDA dans certains pays africains en %

Pays et années d'enquêtes	Nbre de couples enquêtés	Concordants négatifs (%)	Concordants positifs (%)	Discordant homme positif (%)	Discordant femme positive (%)
Burkina Faso (2003)	2157	96,9	0,45	1,69	0,93
Cameroun (2004)	2105	92,57	2,35	2,42	2,65
Congo (2009)	2275	94,30	1,00	1,80	2,90
Ethiopie (2005)	2480	97,97	0,28	0,76	0,97
Ghana (2003)	1825	95,84	0,91	1,67	1,56
Guinée (2005)	1851	98,09	0,35	0,92	0,62
Côte d'Ivoire (2005)	1250	93,26	1,21	2,07	3,44
Kenya (2003)	1086	89,06	3,64	2,84	4,44
Lesotho (2004)	652	66,9	19,53	8,96	4,62
Malawi (2004)	1297	83,17	7,07	5,63	4,11
Niger (2006)	2035	98,87	0,17	0,57	0,37
Rwanda (2005)	2140	96,12	1,69	1,38	0,79
Sénégal (2005)	1197	98,72	0,45	0,44	0,37
Tanzanie (2003, 04)	2214	89,52	2,59	4,39	3,48
Zimbabwe (2005,06)	1847	72,51	14,59	7,62	5,25

Tableau 46 : Évolution des indicateurs du VIH/SIDA
(1984-2014)

Années	Pop totale	Espérance de vie	Prévalence	Pop totale avec VIH	Homme avec VIH	Femme avec VIH
1984	2013195	57,2	1,06	11192	5049	6143
1985	2071625	57,5	1,43	15607	7035	8572
1986	2131270	57,7	1,86	20986	9452	11534
1987	2192200	57,9	2,34	27330	12300	15030
1988	2254506	57,9	2,85	34430	15485	18945
1989	2318301	57,6	3,37	42257	18993	23264
1990	2383496	57,2	3,88	50514	22690	27824
1991	2450097	56,8	4,34	58666	26335	32332
1992	2518141	56,4	4,76	66698	29921	36777
1993	2587912	56	5,08	74098	33219	40879
1994	2659715	55,5	5,35	81009	36294	44715
1995	2733548	55	5,53	87053	38976	48077
1996	2809429	54,6	5,64	92126	41219	50907
1997	2887389	54,2	5,67	96237	43029	53208
1998	2966210	53,9	5,63	99235	44340	54895
1999	3044601	53,7	5,53	100997	45099	55898
2000	3122471	53,5	5,37	101574	45331	56243
2001	3199717	53,4	5,16	101072	45085	55987
2002	3276280	53,3	4,93	99620	44420	55200
2003	3354505	53,4	4,67	97493	43458	54035
2004	3436853	53,6	4,4	94978	42251	52726
2005	3523571	53,9	4,14	92284	40914	51371
2006	3615360	54,6	3,9	90105	39773	50332
2007	3711663	54,8	3,68	87897	38581	49316
2008	3805152	53,1	3,48	85849	37424	48425
2009	3897961	54	3,32	84530	36561	47969
2010	3989406	54,5	3,18	83459	35817	47642
2011	4079224	55	3,06	82774	35248	47526
2012	4167253	55,6	2,96	82385	34576	47810
2013	4254560	55,9	2,86	81526	33582	47944
2014	4342614	56	2,75	80690	32748	47942

Tableau 47 : Ratio personnel de santé/population (niveau national)

SPECIALITES	RATIO	NORMES OMS
Médecin	8764	1/10000
Dentiste	34464	1/1000
Pharmacien	18335	1/15000
Assistant sanitaire	901	
Sage-femme	213	1/3000
Infirmier diplômé d'état	583	1/5000

Source : nos propres calculs

Tableau 48 : Ratio personnel de santé/population par département

Départements	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Assistants sanitaires	Sages- femmes	Infirmiers diplômés
Brazzaville	4 248	58 785	10 805	2 853	163	351
Pointe-Noire	20139	54 485	26 313	16 146	517	846
Bouenza	29556	74 761	-	7 097	716	1 349
Cuvette	13686	6 274	17 687	8 739	688	751
Lékoumou	36 871	-	5 498	7 470	770	1 027
Cuvette ouest	13 961	-		10 058	771	926
Pool	54 300	-		16 299	1 399	1 260
Likouala	29 475	-	-	10 617	952	2 414
Plateau	28 621	-	19 917	10 309	875	1 500
Niari	29 501	19 444	26 395	3 726	42	489
Sangha	16 398	3 026	-	15 188	619	2 854

Source : INS, annuaire Statistique, 2009

Tableau 49 : Indicateurs de fécondité par milieu de résidence

Milieu résidence	TBN p. 1000	TGFG p. 1000	ISF
Rural	43,3	194,7	6,2
Semi-rural	39,3	159,0	4,9
Urbain	41,4	147,1	4,4
Congo	41,7	159,1	4,9

Source : INS-Congo

Tableau 50 : Taux de fécondité selon le milieu de résidence par âge

Âges	Congo	Rural	Semi-Urbain	Urbain
15-19	119,5	173,7	130,7	100,9
20-24	218,4	282,6	228,7	197,6
25-29	219,6	270,6	222,4	204,8
30-34	204,2	243,1	192,6	193,3
35-39	141,8	177,4	146,4	127,2
40-44	61,6	79,7	54,0	54,9
45-49	9,9	12,5	6,3	9,3
	975,0	1 239,6	981,0	887,9
ISF	4,9	6,2	4,9	4,4
ISF-EDS	4,8	6,1	4,8	3,8

Tableau 51 : Naissances vivantes selon le milieu de résidence par âge

Âges	Congo	Rural	Semi-Urbain	Urbain
15-19	23 433	7 015	3 080	13 318
20-24	41 748	11 140	4 844	25 777
25-29	37 614	9 311	3 804	24 520
30-34	28 979	7 753	2 861	18 377
35-39	16 250	5 016	1 898	9 323
40-44	5 333	1 864	546	2 913
45-49	660	248	48	364
Total	154 018	42 345	17 081	94 592
TBN	41,7	43,3	39,3	41,4
TBN-EDS	40,0	46,1	39,8	34,6
TGFG	159,1	194,7	159,0	147,1
TGFG-EDS	168,0	212,0	169,0	134,0
Nais. /J	422	116	47	259

Tableau 52 Indicateurs de fécondité

Milieu résid.	Pop. Totale	Pop. Féminine	Naissances	Nais. Ajustées
Rural	977121	217522	42179	42345
Semi-rural	434822	107443	17014	17081
Urbain	2284547	642884	94220	94592
	3696490	967849	153412	154018
Congo	3697490	968342	154018	
			1,003951	

Tableau 53 : Performance du système éducatif congolais
(2004-2012)

Indicateurs	2004-2005	2011-2012
Taux brut de scolarisation ensemble (%)	Plus de 100	120,69
Taux d'achèvement de l'enseignement primaire	67,65	80,6
Redoublement en % des inscrits		23
Indice de parité		0,97
taux d'admission au primaire	78	104,2
taux de rétention		77,35
taux net de scolarisation	86,8	89,5

Tableau 54 : Calcul des indices de Whipple, Myers et Bachi

	Hommes	Femmes	Ensemble
Indice de Whipple	1,08	1,12	1,10
Indice de Myers	5,5	7,2	5,6
0	0,8	1,6	1,2
1	-0,6	-1,4	-1,0
2	0,8	1,0	0,9
3	0,1	-0,6	-0,2
4	0,5	-0,5	0,0
5	0,6	0,9	0,7
6	-0,9	-0,5	-0,7
7	-0,6	-0,5	-0,5
8	-0,2	0,1	0,0
9	-0,4	-0,1	-0,3
Indice de Bachi	3,0	4,5	3,6
0	1,4	2,6	2,0
1	-0,3	-2,0	-1,2
2	0,9	0,8	0,8
3	-0,3	-1,0	-0,7
4	0,0	-0,6	-0,3
5	0,7	0,8	0,8
6	-0,7	-0,3	-0,5
7	-0,8	-0,4	-0,6
8	-0,5	-0,3	-0,4
9	-0,5	0,3	-0,1

- Modes de Calcul des indicateurs

:

1. Somme du nombre de personnes dont les âges se terminent par chaque nombre entier :
 - d'une part, pour les individus âgés de 10 ans et plus : $S_0, S_1, S_2, S_3, \dots, S_9$
 - d'autre part, pour les gens âgés de 20 ans et plus : S'_0, S'_1, \dots, S'_9 .
2. Pondération de ces sommes par des coefficients entiers (1 à 10 dans le 1^{er} cas et 9 à 0 dans le second cas respectivement).
3. On additionne les sommes pondérées pour aboutir à une « population fictive » de la façon suivante :

$$\begin{aligned}
 F_0 &= 1.S_0 + 9.S'_0 & F_1 &= 2.S_1 + 8.S'_1 & F_2 &= 3.S_2 + 7.S'_2 \\
 F_3 &= 4.S_3 + 6.S'_3 & F_4 &= 5.S_4 + 5.S'_4 & F_5 &= 6.S_5 + 4.S'_5 \\
 F_6 &= 7.S_6 + 3.S'_6 & F_7 &= 8.S_7 + 2.S'_7 & F_8 &= 9.S_8 + 1.S'_8 \\
 F_9 &= 10.S_9 + 0.S'_9
 \end{aligned}$$

N.B : La somme des coefficients dans chaque cas est égale à 10.

4. Calcul du pourcentage de chaque F_i par rapport au total des F_i .
5. Calcul des différences (écarts) entre ces pourcentages et 10% ; ceci détermine le coefficient de Myers ainsi que l'attraction (+) ou la répulsion (-) pour chaque chiffre.
6. Somme des valeurs absolues des écarts qui est l'indice de Myers.

Cet indice varie entre 0 (aucune distorsion sur les âges) et 180 (tous les individus recensés ont un âge terminé par le même chiffre).

Remarque :

- *Cet indice permet de connaître l'attraction ou la répulsion de certains chiffres, mais ne tient pas compte du fait que la préférence pour un chiffre peut être due à une préférence pour un âge donné, qui ne se retrouve pas pour les autres âges terminés par le même chiffre.*

Calcul des effectifs totalisés (âges totalisés) pour chaque chiffre :

$$\begin{aligned}
 0 &: 30 + 40 + 50 + 60 + 70 \\
 1 &: 31 + 41 + 51 + 61 + 71 \\
 2 &: 32 + 42 + 52 + 62 + 72 \\
 3 &: \frac{1}{2}.23 + 33 + 43 + 53 + 63 + \frac{1}{2}.73 \\
 4 &: \frac{1}{2}.24 + 34 + 44 + 54 + 64 + \frac{1}{2}.74 \\
 5 &: \frac{1}{2}.25 + 35 + 45 + 55 + 65 + \frac{1}{2}.75 \\
 6 &: \frac{1}{2}.26 + 36 + 46 + 56 + 66 + \frac{1}{2}.76 \\
 7 &: \frac{1}{2}.27 + 37 + 47 + 57 + 67 + \frac{1}{2}.77 \\
 8 &: 28 + 38 + 48 + 58 + 68 \\
 9 &: 29 + 39 + 49 + 59 + 69
 \end{aligned}$$

Calcul des effectifs totalisés des intervalles de référence pour chaque chiffre :

0 : $\frac{1}{2}.25 + 26 + 27 + \dots + 74 + \frac{1}{2}.75$
1 : $\frac{1}{2}.26 + 27 + 28 + \dots + 75 + \frac{1}{2}.76$
2 : $\frac{1}{2}.27 + 28 + 29 + \dots + 76 + \frac{1}{2}.77$
3 : $\frac{1}{2}.23 + 24 + 25 + \dots + 72 + \frac{1}{2}.73$
4 : $\frac{1}{2}.24 + 25 + 26 + \dots + 73 + \frac{1}{2}.74$
5 : $\frac{1}{2}.25 + 26 + 27 + \dots + 74 + \frac{1}{2}.75$
6 : $\frac{1}{2}.26 + 27 + 28 + \dots + 75 + \frac{1}{2}.76$
7 : $\frac{1}{2}.27 + 28 + 29 + \dots + 76 + \frac{1}{2}.77$
8 : $\frac{1}{2}.23 + 24 + 25 + \dots + 72 + \frac{1}{2}.73$
9 : $\frac{1}{2}.24 + 25 + 26 + \dots + 73 + \frac{1}{2}.74$

3. *Calcul des rapports (%) a/b pour chaque chiffre.*
4. *Calcul des écarts des rapports de c. à 10 % qui déterminent les attractions (+) ou les répulsions (-) pour chaque chiffre de 0 à 9.*
5. *Calcul de la somme des écarts positifs (égale aux écarts négatifs) qui détermine l'indice de BACHI (IB).*

L'indice de Bachi varie entre 0 (aucune distorsion sur les âges) et 90 (tous les individus recensés ont un âge terminé par le même chiffre).

2. *Régularité des structures par groupes d'âge (quinquennaux) et par sexe*

Indices de régularité de la structure par âge et par sexe ou **Indice combiné des Nations Unies (ICN)**

Le classement par groupes d'âge quinquennaux élimine les erreurs dues à certains chiffres mais pas complètement à cause des déplacements qu'il peut y avoir d'un groupe d'âge à un autre. Deux indices permettent d'évaluer la régularité des structures.

C1. Indice de la régularité de la structure par âge ou indice « rapport d'âges »

Calcul :

1. Faire le rapport (%) de l'effectif de chaque groupe d'âge par rapport à la moyenne des effectifs des groupes d'âge encadrant.
2. Calculer la différence de chaque rapport et 100.
3. Faire la somme des valeurs absolues de ces différences.
4. Calculer l'indice des âges = la moyenne des valeurs absolues de ces différences pour chaque sexe séparément (ou pour l'ensemble de la distribution).

C2. Indice de masculinité ou indice de « rapport de masculinité »

Calcul :

1. Calculer le rapport de masculinité pour chaque groupe d'âge (%), en général jusqu'au groupe d'âge 70-74 ans.
2. Calculer les différences entre les rapports successifs.
3. Calculer la somme des valeurs absolues des écarts.
4. Calculer l'indice de masculinité = la moyenne des valeurs absolue des écarts.

Tableau 55 : Valeurs propres, Trace de la matrice : 2.50000

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1	0,2575	10,30	10,30
2	0,2455	9,82	20,12
3	0,1784	7,14	27,26
4	0,1625	6,50	33,76
5	0,1512	6,05	39,81
6	0,1286	5,15	44,95
7	0,1245	4,98	49,93
8	0,1203	4,81	54,74
9	0,1167	4,67	59,41
10	0,1049	4,20	63,60
11	0,1003	4,01	67,61
12	0,0973	3,89	71,51
13	0,0957	3,83	75,33
14	0,0902	3,61	78,94
15	0,0799	3,20	82,14
16	0,0784	3,14	85,27
17	0,0727	2,91	88,18
18	0,0612	2,45	90,63
19	0,0524	2,10	92,73
20	0,0448	1,79	94,52
21	0,0421	1,69	96,21
22	0,0383	1,53	97,74
23	0,0229	0,92	98,66
24	0,0203	0,81	99,47
25	0,0132	0,53	100,00

**Caractérisation par les modalités des classes de la partition coupure
'a' de l'arbre en 3 classes**

Tableau 56 : Tris à plat des variables actives (Seuil :2.0%)

Région

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Brazzaville	9	9,00	9	9,00
Pointe-Noire	21	21,00	21	21,00
Sud	45	45,00	45	45,00
Nord	28	28,00	28	28,00

religion

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Catholique	27	27,00	27	27,00
Protestant	18	18,00	19	19,00
Eglise de Réveils	24	24,00	24	24,00
Autres croyances	33	33,00	33	33,00
Réponse manquante	1	1,00	Ventilée	

Niveau de vie

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Faible	64	64,00	64	64,00
Moyen	13	13,00	13	13,00
Elevé	26	26,00	26	26,00

Niveau d'instruction

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Primaire	25	25,00	25	25,00
Secondaire	69	69,00	69	69,00
Supérieur	9	9,00	9	9,00

Âges quinquennaux

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
25-29	13	13,00	13	13,00
30-34	23	23,00	23	23,00
35-39	26	26,00	26	26,00
40-44	25	25,00	25	25,00
45plus	16	16,00	16	16,00

Nombre total d'enfants

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
0 à 2enfts	23	23,00	23	23,00
3 à 4enfts	29	29,00	29	29,00
5enft+	51	51,00	51	51,00

Année de vie commune

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
0 à 4ans	23	23,00	23	23,00
5 à 9ans	22	22,00	22	22,00
10 à 14ans	19	19,00	19	19,00
15 à 19ans	18	18,00	18	18,00
20ans+	21	21,00	21	21,00

Connaissance sur le sida

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Bonne	48	48,00	48	48,00
Moyenne	37	37,00	37	37,00
Mauvaise	18	18,00	18	18,00

Utilisation du condom

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Poids avant apurement	Effectif après apurement	Poids après apurement
Non	81	81,00	81	81,00
Oui	19	19,00	19	19,00
Reponse manquante	3	3,00	3	3,00

Tableau 57 : Résultats de la caractérisation des axes factoriels 1 et 2 (Fichier Homme)

Variables	Modalités	signe au facteur le plus associé			
		Facteur 1		Facteur 2	
1. région					
	Brazzaville				
	Pointe-Noire				
	Sud				
	Nord				
2. religion					
	Catholique				
	Protestant				
	Réveils				
	Autres religions				
3. Niveau de vie					
	Faible	FAIBLE	+	FAIBLE	+
	Moyen				
	Elevé	ELEVE	-	ELEVE	-
4 Niveau d'instruction					
	Primaire				
	Secondaire				
	Supérieur				
5. Âges quinquennaux					
	25-29	25-29 ANS	-	25-29 ANS	+
	30-34				
	35-39				
	40-44				
	45plus	45 ANS PLUS	+		
6. Nombre total d'enfants					
	0 à 2enfts	0 à 2 ENFANTS	-		
	3 à 4enfts				
	5enft+		+		
7. Année de vie commune					
	0 à 4ans	0 à 4 ANS	-	0-4 ANS	+
	5 à 9ans				
	10 à 14ans				
	15 à 19ans				
	20ans+	20 ANS PLUS	+		
8. Connaissance sur le sida					
	Bonne				
	Moyenne				
	Mauvaise				
9. Utilisation du condom					
	Non				
	Oui				
10. Connaissance de son statut					
	Ne connaît pas				
	Connait				

Tableau 58 : Résultats de la caractérisation des axes factoriels 1 et 2 (Fichier Femme)

Modalités	Signe au facteur le plus associé			
	Facteur 1		Facteur 2	
1. région				
Brazza	BRAZZAVILLE	-		
Pointe-Noire			POINTE-NOIRE	-
Sud	SUD	+		
Nord			NORD	+
2. religion				
Catholique				
Protestant				
Eglises de Réveils				
Autres religions				
3. Niveau de vie				
Faible	FAIBLE	+		
Moyen				
Elevé	ELEVE	-		
4 Niveau d'instruction				
Primaire				
Secondaire				
5. Âges quinquennaux				
20-24				
25-29				
30-34				
35 plus	35 PLUS	+		
6. Nombre total d'enfants				
0 à 2enfts				
3 à 4enfts				
5enft+				
7. Année de vie commune				
0 à 4ans				
5 à 9ans				
10 à 14ans				
15 à 19ans				
20ans+	20 ANS PLUS	+		
8. Connaissance sur le sida				
Bonne				
Moyenne				
Mauvaise				
9. Utilisation du condom				
Non				
Oui				
10. Connaissance de son statut				
Ne connaît pas				
Connait				

Tableau 59 : Caractérisation par les modalités des classes de la partition (Fichier Homme)
 classe1/3 (Effectif :34, pourcentage 33,01

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Valeur-Test
Année de vie commune	0 à 4 ans	58,82	22,33	5,94
Âges quinquennaux	30-34 ans	52,94	22,33	4,89
Âges quinquennaux	25-29 ans	35,29	12,62	4,49
Nombre total d'enfants	0 à 2 enfants	50,00	22,33	4,39
Niveau de vie	Moyen	32,35	12,62	3,82
Âges quinquennaux	40-44 ans	5,88	24,27	-3,00
Niveau de vie	Elevé	5,88	25,24	-3,14
Âges quinquennaux	35-39 ans	5,88	25,24	-3,14
Âges quinquennaux	45 et plus	0,00	15,53	-3,14
Année de vie commune	10 à 14 ans	0,00	18,45	-3,56
Année de vie commune	20 ans plus	0,00	20,39	-3,82
Nombre total d'enfants	5 enfants plus	8,82	49,51	-5,87

Classe : 2/3 (Effectif :26, Pourcentage : 25,24

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Valeur-Test
Niveau de vie	Elevé	92,31	25,24	8,82
région	Pointe-Noire	53,85	20,39	4,37
religion	Protestant	46,15	17,48	3,91
Niveau d'instruction	Supérieur	26,92	8,74	3,15
Âges quinquennaux	35-39 ans	46,15	25,24	2,51
région	Brazzaville	23,08	8,74	2,43
religion	Autre croyances	11,54	32,04	-2,46
Âges quinquennaux	30-34 ans	3,85	22,33	-2,55
région	Sud	19,23	43,69	-2,75
Niveau d'instruction	Primaire	3,85	24,27	-2,78
région	Nord	3,85	27,18	-3,11
Niveau de vie	Faible	7,69	62,14	-6,54

CLASSE 3 / 3 (Effectif : 43, Pourcentage : 41.75)

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Valeur-Test
Nombre total d'enfants	5enfants+	86,05	49,51	6,31
Niveau de vie	Faible	95,35	62,14	6,09
Âges quinquennaux	45 et plus	30,23	15,53	3,23
région	Sud	62,79	43,69	3,12
Année de vie commune	20 ans plus	32,56	20,39	2,34
région	Brazzaville	0,00	8,74	-2,52
Âges quinquennaux	30-34 ans	9,30	22,33	-2,52
Connaissance sur le sida	Bonne	30,23	46,60	-2,64
région	Pointe-Noire	4,65	20,39	-3,29
Âges quinquennaux	25-29 ans	0,00	12,62	-3,30
Nombre total d'enfants	3 à 4 enfants	9,30	28,16	-3,52
Nombre total d'enfants	0 à 2 enfants	4,65	22,33	-3,62
Année de vie commune	0 à 4 ans	0,00	22,33	-4,92
Niveau de vie	Elevé	0,00	25,24	-5,36

Tableau 60 : Caractérisation par les modalités des classes de la partition (Fichier Femme)

Classe : classe 1/3 (effectif : 31, pourcentage 30,10) femme

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Niveau de vie	Niveau_Elevé	67,74	25,24	80,77	6,15
Région	région Pointe-Noire	58,06	20,39	85,71	5,81
Niveau d'instruction	Instr_Secondaire	90,32	56,31	48,28	4,59
Région	Région_Brazzaville	29,03	8,74	100,00	4,31
Nombre total d'enfants	Enfts_0 à 2	58,06	38,84	45,00	2,39
Région	Région_Nord	9,68	27,18	10,71	-2,49
Années de vie commune	cohabit_20 plus	0,00	20,39	0,00	-3,55
Niveau d'instruction	Instr_Primaire	9,68	43,69	6,67	-4,59
Région	region_Sud	3,23	43,69	2,22	-5,68
Niveau de vie	Niveau_Faible	9,68	62,14	4,69	-7,18

Classe : classe 2/3 (effectif : 39, pourcentage 37,86) femme

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Niveau de vie	Niveau_Faible	87,18	62,14	53,13	4,03
Âges quinquennaux	âge_20-24	35,90	16,50	82,35	3,85
Religion	religion_Protestant	38,46	22,33	65,22	2,79
Région	region_Nord	43,59	27,18	60,71	2,67
Niveau d'instruction	Instr_Primaire	61,54	43,69	53,33	2,65
Années de vie commune	cohabit_0 à 4ans	38,46	24,27	60,00	2,36
Niveau d'instruction	Instr_Secondaire	38,46	56,31	25,86	-2,65
Nombre total d'enfants	Enfts_5plus	5,13	29,13	6,67	-4,25
Région	région_Pointe-Noire	0,00	20,39	0,00	-4,26
Années de vie commune	cohabit_20plus	0,00	20,39	0,00	-4,26
Niveau de vie	Niveau_Elevé	0,00	25,24	0,00	-4,96
Âges quinquennaux	âge_35plus	7,69	38,84	7,50	-5,14

Classe : classe 3/3 (effectif : 33, pourcentage 32,04) femme

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Âges quinquennaux	âge_35plus	90,91	38,84	75,00	7,48
Années de vie commune	cohabit_20plus	63,64	20,39	100,00	7,37
Nombre total d'enfants	Enfants_5plus	72,73	29,13	80,00	6,43
Région	region_Sud	66,67	43,69	48,89	3,02
Niveau de vie	Niveau_Faible	81,82	62,14	42,19	2,68
Âges quinquennaux	âge_25-29	3,03	19,42	5,00	-2,85
Âges quinquennaux	âge_30-34	6,06	25,24	7,69	-3,03
Âges quinquennaux	âge_20-24	0,00	16,50	0,00	-3,20
Années de vie commune	cohabit_5 à 9ans	0,00	23,30	0,00	-4,11
Nombre total d'enfants	Enfts_0 à 2	9,09	38,84	7,50	-4,27

Régression logistique

Tableau 61 : Modèle saturé ou final (Fichier Homme)

Variable/ modalités	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
URBAIN	.7530	.5120	2.1630	1	.1414	.0143	2.1233
BRAZZAVILLE	-.2288	.5981	.1463	1	.7021	.0000	.7955
PTE-NOIRE	.1874	.6134	.0933	1	.7600	.0000	1.2061
SUD	.1703	.4387	.1507	1	.6979	.0000	1.1856
TEKE	-.1755	.3303	.2824	1	.5951	.0000	.8390
MBOCHI	-.0015	.4130	.0000	1	.9972	.0000	.9985
AUTRE	-.2060	.3969	.2694	1	.6038	.0000	.8138
CATHOLIQUE	.6149	.3048	4.0704	1	.0436	.0508	1.8494
PROTESTANT	.7657	.3199	5.7279	1	.0167	.0682	2.1505
REVEIL	.1566	.3291	.2264	1	.6342	.0000	1.1695
FAIBLE	.7121	.4478	2.5289	1	.1118	.0257	2.0382
ELEVE	.7127	.3504	4.1381	1	.0419	.0516	2.0395
SECONDAIRE	-.2855	.3153	.8199	1	.3652	.0000	.7516
SUPERIEUR	-.0859	.4350	.0390	1	.8435	.0000	.9177
30-34	.4042	.3697	1.1956	1	.2742	.0000	1.4981
35-39	.2949	.4033	.5346	1	.4647	.0000	1.3430
40-44	.3225	.4395	.5384	1	.4631	.0000	1.3805
45 PLUS	-.2407	.5345	.2028	1	.6525	.0000	.7861
0 à 2	-11723	.3310	12.5474	1	.0004	-.1147	.3096
5 PLUS	.1131	.2760	.1679	1	.6820	.0000	1.1197
0-4	.8139	.3433	5.6197	1	.0178	.0672	2.2566
10-14	-.2159	.3560	.3678	1	.5442	.0000	.8058
15-19	.3009	.3892	.5978	1	.4394	.0000	1.3511
20 PLUS	.6606	.3935	2.8185	1	.0932	.0319	1.9360
6 à 10	.6255	.4087	2.3421	1	.1259	.0207	1.8692
11PLUS	1.4346	.3699	15.0389	1	.0001	.1275	4.1979
BONNE	.4084	.2682	2.3182	1	.1279	.0199	1.5044
MAUVAISE	.6665	.3610	3.4096	1	.0648	.0419	1.9475
OUI	.7484	.2676	7.8219	1	.0052	.0852	2.1135
DEJA	-.2415	.2555	.8933	1	.3446	.0000	.7855

Tableau 62 : Modèle saturé ou final (Fichier Femme)

Variable/Modalités	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp (B)
URBAIN	.6087	.4964	1.5038	1	.2201	.0000	1.8381
BRAZZAVILLE	-.1331	.5846	.0518	1	.8200	.0000	.8754
POINTE-NOIRE	.6650	.6002	1.2275	1	.2679	.0000	1.9446
SUD	.8315	.4274	3.7843	1	.0517	.0489	2.2967
TEKE	.5763	.3103	3.4485	1	.0633	.0441	1.7794
MBOCHI	.6459	.4347	2.2082	1	.1373	.0167	1.9077
AUTRES	1.0127	.3661	7.6521	1	.0057	.0870	2.7531
CATHOLIQUE	.4535	.3546	1.6357	1	.2009	.0000	1.5738
PROTESTANT	.1748	.3711	.2220	1	.6375	.0000	1.1910
REVEIL	.0597	.3614	.0273	1	.8688	.0000	1.0615
FAIBLE	.7320	.4297	2.9019	1	.0885	.0348	2.0793
ELEVE	.4887	.3557	1.8877	1	.1695	.0000	1.6301
SECONDAIRE	.5279	.2851	3.4276	1	.0641	.0437	1.6953
25-29	.8034	.3658	4.8251	1	.0280	.0615	2.2332
30-34	.7991	.4369	3.3451	1	.0674	.0425	2.2236
35 PLUS	1.1992	.5042	5.6574	1	.0174	.0700	3.3173
0 à 2	.0516	.3112	.0275	1	.8682	.0000	1.0530
5 PLUS	-.2828	.3370	.7044	1	.4013	.0000	.7536
0-4	.5715	.3393	2.8377	1	.0921	.0335	1.7709
10-14	.1388	.3759	.1363	1	.7119	.0000	1.1489
15-19	.3561	.4533	.6171	1	.4321	.0000	1.4277
20 PLUS	.5489	.5047	1.1831	1	.2767	.0000	1.7314
6 à 10	.9459	.2438	15.0584	1	.0001	.1323	2.5752
11 PLUS	.8025	.3856	4.3304	1	.0374	.0559	2.2310
BONNE	-.0179	.2589	.0048	1	.9450	.0000	.9823
MAUVAISE	.3800	.3247	1.3697	1	.2419	.0000	1.4623
OUI	.9643	.3038	10.0740	1	.0015	.1040	2.6230
DEJA	-.0996	.2581	.1490	1	.6995	.0000	.9052

Figure 50: Fécondité selon le milieu de résidence

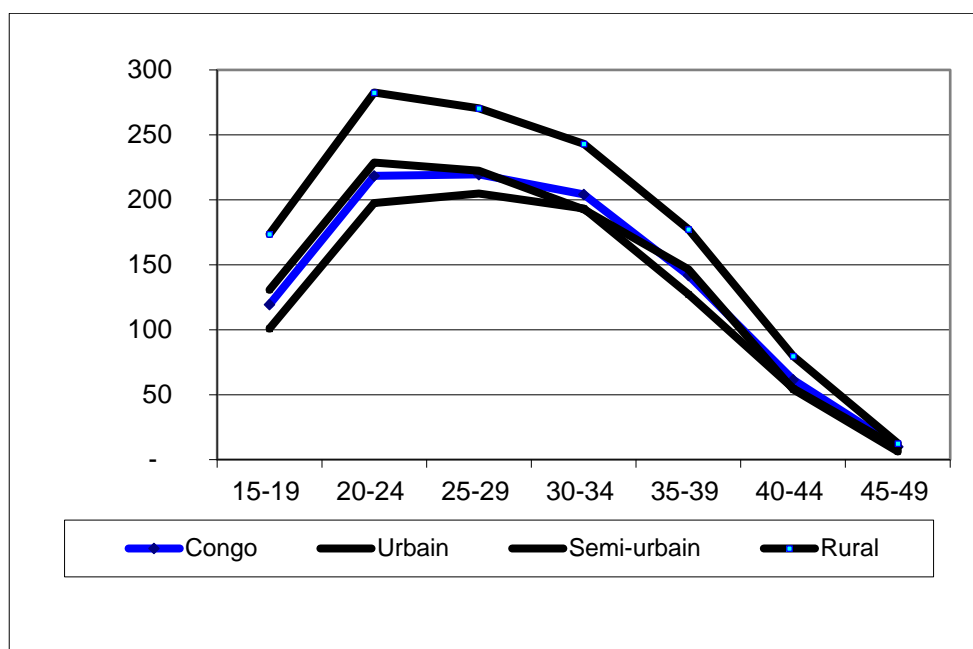


Figure 51: Indice Synthétique de fécondité à 40-49 ans par milieu de résidence en 2007

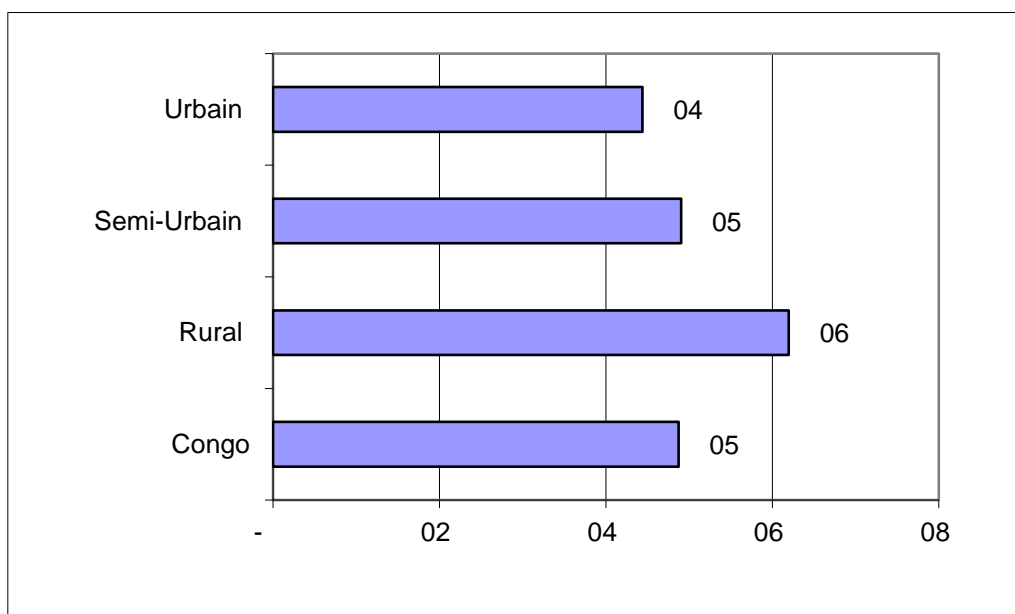


Figure 52 : Dendrogramme 1 Homme

Classification hiérarchique directe

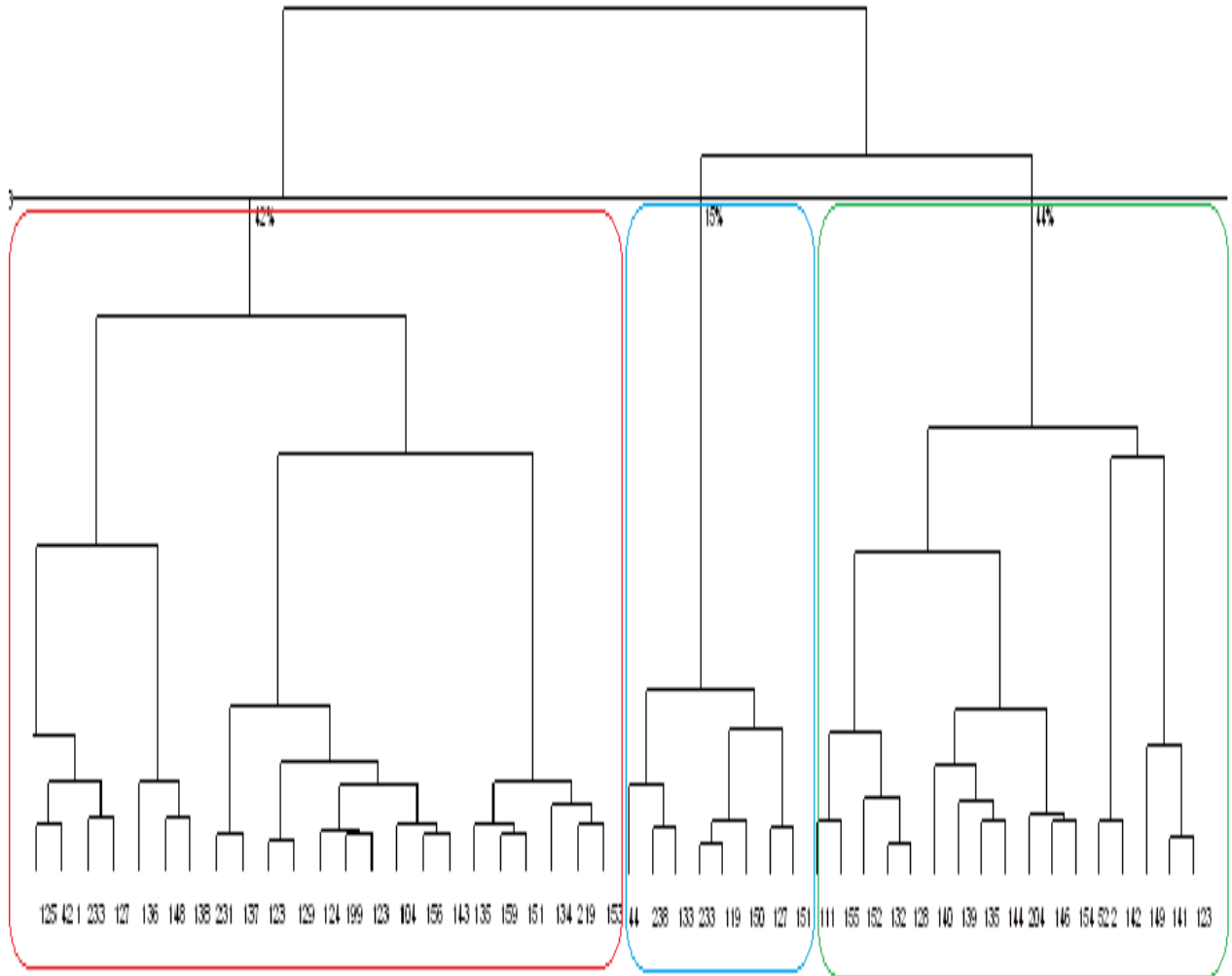


Figure 53 : Dendrogramme 2 homme

DESCRIPTION DES 50 NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES						
NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
156	43	59	2	2.00	0.00600	***
157	129	44	3	3.00	0.00633	***
158	128	132	6	6.00	0.00637	***
159	119	100	3	3.00	0.00642	***
160	46	87	2	2.00	0.00655	****
161	143	156	4	4.00	0.00668	****
162	123	141	6	6.00	0.00680	****
163	61	64	2	2.00	0.00690	****
164	54	97	2	2.00	0.00735	****
165	160	124	4	4.00	0.00757	****
166	151	127	4	4.00	0.00859	****
167	163	51	3	3.00	0.00860	****
168	133	102	3	3.00	0.00875	*****
169	161	104	6	6.00	0.00896	*****
170	21	125	3	3.00	0.00901	*****
171	153	93	3	3.00	0.00933	*****
172	154	146	5	5.00	0.00958	*****
173	150	159	7	7.00	0.00958	*****
174	48	99	2	2.00	0.00978	*****
175	144	135	6	6.00	0.00991	*****
176	142	26	3	3.00	0.01090	*****
177	155	111	5	5.00	0.01091	*****
178	138	148	9	9.00	0.01142	*****
179	60	147	3	3.00	0.01155	*****
180	172	90	6	6.00	0.01184	*****
181	171	134	5	5.00	0.01343	*****
182	175	139	8	8.00	0.01439	*****
183	158	152	9	9.00	0.01460	*****
184	169	165	10	10.00	0.01717	*****
185	178	136	12	12.00	0.01752	*****
186	168	22	4	4.00	0.01770	*****
187	174	170	5	5.00	0.01832	*****
188	181	167	8	8.00	0.01845	*****
189	184	157	13	13.00	0.02193	*****
190	182	140	11	11.00	0.02205	*****
191	162	149	11	11.00	0.02560	*****
192	187	179	8	8.00	0.02712	*****
193	183	177	14	14.00	0.02803	*****
194	166	173	11	11.00	0.02915	*****
195	180	190	17	17.00	0.03271	*****
196	189	164	15	15.00	0.03329	*****
197	194	186	15	15.00	0.03679	*****
198	195	193	31	31.00	0.06516	*****
199	185	192	20	20.00	0.06644	*****
200	191	176	14	14.00	0.08386	*****
201	188	196	23	23.00	0.08548	*****
202	200	198	45	45.00	0.09049	*****
203	201	199	43	43.00	0.11320	*****
204	202	197	60	60.00	0.14494	*****
205	204	203	103	103.00	0.17456	*****

Capture rectar

Figure 54 : Dendrogramme 1 Femme

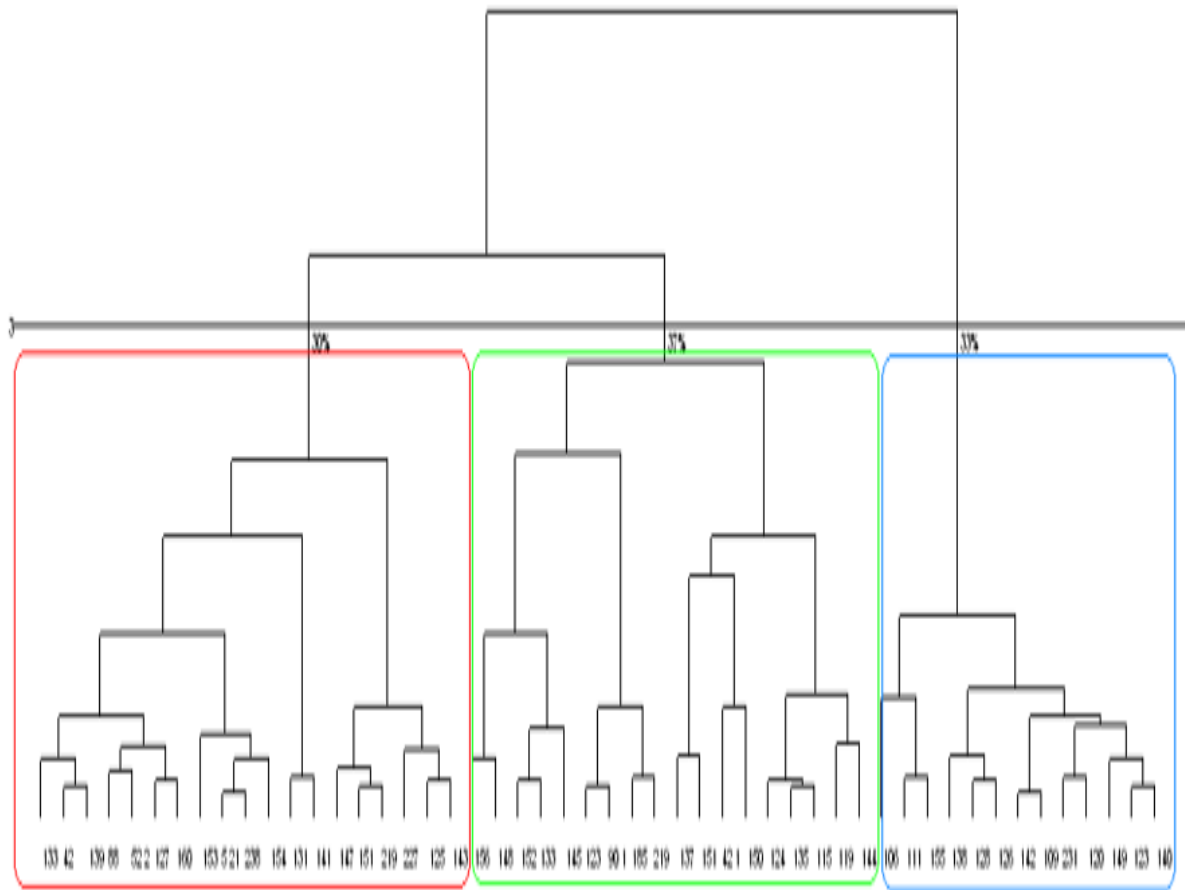


Figure 55 : Dendrogramme 2 Femme

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
156	43	59	2	2.00	0.00600	***
157	129	44	3	3.00	0.00633	***
158	128	132	6	6.00	0.00637	***
159	119	100	3	3.00	0.00642	***
160	46	87	2	2.00	0.00655	****
161	143	156	4	4.00	0.00668	****
162	123	141	6	6.00	0.00680	****
163	61	64	2	2.00	0.00690	****
164	54	97	2	2.00	0.00735	****
165	160	124	4	4.00	0.00757	****
166	151	127	4	4.00	0.00859	****
167	163	51	3	3.00	0.00860	****
168	133	102	3	3.00	0.00875	*****
169	161	104	6	6.00	0.00896	*****
170	21	125	3	3.00	0.00901	*****
171	153	93	3	3.00	0.00933	*****
172	154	146	5	5.00	0.00958	*****
173	150	159	7	7.00	0.00958	*****
174	48	99	2	2.00	0.00978	*****
175	144	135	6	6.00	0.00991	*****
176	142	26	3	3.00	0.01090	*****
177	155	111	5	5.00	0.01091	*****
178	138	148	9	9.00	0.01142	*****
179	60	147	3	3.00	0.01155	*****
180	172	90	6	6.00	0.01184	*****
181	171	134	5	5.00	0.01343	*****
182	175	139	8	8.00	0.01439	*****
183	158	152	9	9.00	0.01460	*****
184	169	165	10	10.00	0.01717	*****
185	178	136	12	12.00	0.01752	*****
186	168	22	4	4.00	0.01770	*****
187	174	170	5	5.00	0.01832	*****
188	181	167	8	8.00	0.01845	*****
189	184	157	13	13.00	0.02193	*****
190	182	140	11	11.00	0.02205	*****
191	162	149	11	11.00	0.02560	*****
192	187	179	8	8.00	0.02712	*****
193	183	177	14	14.00	0.02803	*****
194	166	173	11	11.00	0.02915	*****
195	180	190	17	17.00	0.03271	*****
196	189	164	15	15.00	0.03329	*****
197	194	186	15	15.00	0.03679	*****
198	195	193	31	31.00	0.06516	*****
199	185	192	20	20.00	0.06644	*****
200	191	176	14	14.00	0.08386	*****
201	188	196	23	23.00	0.08548	*****
202	200	198	45	45.00	0.09049	*****
203	201	199	43	43.00	0.11320	*****
204	202	197	60	60.00	0.14494	*****
205	204	203	103	103.00	0.17456	*****

Capture rectan

ANNEXE II : GUIDES D'ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES
ESISC-2009

Thèse de doctorat

Titre : sérodiscordance du VIH/SIDA et vie des couples. Profil, facteurs de survie et prise en charge (approche comparative entre le Congo et la France)

Jean-Martin GOKABA sous la direction du Pr Maryse GAIMARD

(Centre Georges Chevrier UMR CNRS 7366, Université de Bourgogne Franche-Comté)

Fiche d'informations complémentaire

- Caractéristiques sociodémographiques du patient

Sexe

Age

Département

Localité de résidence

Niveau d'instruction

Milieu de socialisation

Religion

Catégorie socioprofessionnelle

- **thème fécondité, nuptialité et sexualité**

s/s thème Fécondité

- nombre d'enfant
 - Fille
- Garçon
 - Décès
 - Actuellement enceinte (Femme)
 - Désirez-vous un enfant si oui ? comment le faire étant donné que vous êtes malade ?

s/s thème Mariage

- Age au premier mariage
- Durée de la vie commune/ cohabitation/mariage
- I. Type d'union (monogamie, polygamie)
 - A. Age du conjoint
 - A) Niveau d'instruction du conjoint
 - Catégorie socioprofessionnelle du conjoint
 - Nombre d'union contracté

s/s thème sexualité

- Âge au premier rapport sexuel
- Activité sexuelle récente
- Nombre de partenaire sexuel

- Rapports sexuels extraconjugaux
- Utilise ou non le préservatif au cours des rapports sexuels
- Rapports sexuels extraconjugaux (nombre de partenaire)

2- Evaluation des connaissances sur le VIH/SIDA

- Connaissance des voies de transmissions
- Connaissance des moyens de prévention
- Connaissance de la transmission mère enfant

3-Situation dans la maladie

- L'infection a eu lieu dans le mariage ou avant ?
- Ton conjoint connaît –il ton statut sérologique ?
- Il y'a-t-il des tensions dans le couple lié au statut discordant ?
- êtes-vous victime de la stigmatisation de la part de votre conjoint ?

Partie réservée au médecin

Nom, prénom facultatif, service

- depuis combien de temps le patient est sous traitement ARV
- Le traitement est-il suivi normalement et sans interruption
- Etat physique du patient
- la charge virale détectable ou non, quantité ? peut-elle transmettre ou non le VIH au partenaire (norme)
- existe –il un centre de prise en charge en AMP pour les couples discordants sinon comment assistez-vous les couples désireux de procréer ?

S/S thème Psychologue (accompagnement)

Dernier mot.

Thèse de doctorat

Titre : sérodiscordance du VIH/SIDA et vie des couples. Profil, facteurs de survie et prise en charge (approche comparative entre le Congo et la France)

Jean-Martin GOKABA sous la direction du Pr Maryse GAIMARD

(Centre Georges Chevrier UMR CNRS 7366, Université de Bourgogne Franche-Comté)

Grille d'entretien pour l'enquête complémentaire auprès du personnel de santé.

I- Identification

Nom et Prénoms, Sexe, Age, Structure de rattachement, Grade, Fonction, Nombre d'année d'exercice dans la structure ?

II- Conditions de travail et évaluation des connaissances du personnel soignant

(Structure, logistique, moyen de prévention pour le personnel etc.)

Connaissances sur les avancées scientifiques dans le domaine du sida. (Pratique de l'AMP aux couples dont un partenaire est positif, efficacité des ARV, le TRUVADA)

III- Situation des patients

Sont-ils reçus en couple ou individuellement ? Si individuellement comment entreprendre une action efficace en vue de préserver le partenaire négatif d'une éventuelle contamination ?

Statut sérologique (le conjoint non infecté connaît-il ou non le statut séropositif de son partenaire

Il y a-t-il eu des déclarations de divorce/séparation de couples suite au statut sérodifférent ?

Quels moyens sont utilisés par ces couples pour éviter de contaminer le partenaire négatif.

IV- Prise en charge

Observance du traitement, charge virale, état physique, gestion des médicaments.

Au niveau de la prise en charge psychologique comment ça fonctionne ?

Accompagnez-vous en AMP (Aide médicale à la procréation) les couples sérodifférents qui désirent un enfant ? si non comment gèrent-ils leur désir de maternité ?

D'après vous qu'est ce qui peut expliquer que les personnes de statuts sérologiques différents vivent en couple ?

V- Dernier mot

**ENQUÊTE DE SÉROPRÉVALENCE ET SUR LES INDICATEURS DU SIDA
RÉPUBLIQUE DU CONGO**

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE
CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ÉTUDES ÉCONOMIQUES (CNSEE)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
(CNLS)

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE/No DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE STRUCTURE																			
NUMÉRO DE GRAPPE																			
DÉPARTEMENT																			
COMMUNE/DISTRICT																			
ARRONDISSEMENT/COMMUNAUTÉ																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																			
BRAZZAVILLE, POINTE NOIRE, DOLISIE, NKAYI, AUTRES VILLES, RURAL (BRAZZAVILLE=1, POINTE NOIRE=2, DOLISIE/NKAYI=3, AUTRES VILLES=4, RURAL=5)																			

VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR
				MOIS
				ANNÉE
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	ENQUÊTEUR
RÉSULTAT	_____	_____	_____	RÉSULTAT
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES
*CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ PRÉCISER _____				TOTAL PERS. DANS MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> No. DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>

CHEF D'ÉQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	NOM _____
DATE _____	DATE _____	DATE _____

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour le Ministère du Plan et de l'Aménagement du territoire et le Ministère de la santé. Nous effectuons une enquête nationale concernant divers problèmes de santé. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. L'entretien dure habituellement entre 10 et 15 minutes.

Dans le cadre de cette enquête, nous voudrions tout d'abord vous poser quelques questions sur votre ménage. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. La participation à cette enquête est totalement volontaire. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante, ou vous pouvez interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉ: _____

SI ENQUÊTÉ NE SAIT PAS SIGNER, METTRE UNE CROIX

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR: _____

DATE _____

POUR ATTESTER QUE LE CONSENTEMENT A ÉTÉ LU ET QUE LA RÉPONSE ENREGISTRÉE CI-DESSOUS EST EXACTE

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE..... 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE..... 2 → FIN



TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ELIGIBILITÉ	
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?		ÉTAT MATRIMONIAL		
<p>N U M L I G N E</p> <p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LE NOM DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q.2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE.</p> <p>POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLS. 5 À 16 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>		<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS.</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>			<p>Quel âge a (NOM) ?</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ/ NA JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE</p>	<p>ENCERCLER LE N°. DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ET TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01
	02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02
	03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03
	04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04
	05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05
	06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06
	07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07
	08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08

CODES POUR Q. 3 : LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 08 = FRÈRE OU SŒUR |
| 02 = MARI OU FEMME | 09 = NEVEU/NIÉE |
| 03 = FILS OU FILLE | 10 = NEVEU/NIÉE PAR ALLIANCE |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 11 = AUTRES PARENTS |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE | 12 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/ DU CONJOINT |
| 06 = PÈRE OU MÈRE | 13 = SANS LIEN DE PARENTÉ |
| 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE | 98 = NE SAIT PAS |

SI ÂGÉ DE 0-17 ANS					SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		
SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES					INSTRUCTION		
N U M L I G N E	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	5-24 ans	
						Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?	Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?
(1)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL. <input type="text"/>	O N 1 2
02	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
03	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
04	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
05	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
06	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
07	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2
08	1 2 8 ↓ ALLER À 12	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER À 14	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2

CODES POUR Q. 15 : NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	PRÉSCOLAIRE = 0	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1er CYCLE = 2	SECONDAIRE 2nd CYCLE = 3	SUPÉRIEUR =4	
	MOINS D'UNE CLASSE ACHÉVÉE = 0					
CLASSE	0	CP1=1 CP2=2 CE1=3 CE2=4 NSP=8	CM1=5 CM2=6 NSP=8	Sixième = 1 Cinquième = 2 Quatrième = 3 Troisième = 4 NSP=8	Seconde = 1 Première = 2 Terminale = 3 NSP=8	1ère Année = 1 2è Année = 2 3è Année = 3 4è An. et + = 4 NSP=8

						SI 15 ANS OU PLUS		
RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS		LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ELIGIBILITÉ
N U M L I G N E	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE	ENCERCLER LE N ^o . DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ET TOUTES LES FEMMES DE 14 À 49 ANS
	APRÈS AVOIR LISTÉ LE NOM DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q.2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLS. 5 À 16 POUR CHAQUE PERSONNE.							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
09			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	ANNÉES		09
10			1 2	1 2	1 2			10
11			1 2	1 2	1 2			11
12			1 2	1 2	1 2			12
13			1 2	1 2	1 2			13
14			1 2	1 2	1 2			14
15			1 2	1 2	1 2			15
16			1 2	1 2	1 2			16

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Q.3 LIEN DE PARENTÉ

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

2A) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ?

OUI INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

NON

2B) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ?

INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ?

INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

01=CHEF DE MÉNAGE
02=MARI/FEMME
03=FILS/FILLE
04=GENDRE/BELLE-FILLE
05=PETIT-FILS/PETITE FILLE
06=PÈRE/MÈRE
07=BEAU-PÈRE/BELLE MÈRE
08=FRÈRE/SŒUR

N U M L I G N E	SI ÂGÉ DE 0-17 ANS				SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		
	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				INSTRUCTION		
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI DESSOUS.	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire 2008-2009 ?
(1)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
09	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 12		O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 14		O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL 	O N 1 2
10	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
11	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
12	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
13	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
14	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
15	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2
16	1 2 8 ↓ ALLER À 12		1 2 8 ↓ ALLER À 14		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE		1 2

Q.3 LIEN DE PARENTÉ

09=NEVEU/NIÈCE
10=NEVEU/NIÈCE PAR ALLIANCE
11= AUTRES PARENTS
12=ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/
DU CONJOINT
13=SANS LIEN DE PARENTÉ
98=NE SAIT PAS

Q. 15 : NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	PRÉSCOLAIRE=0	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1er CYCLE = 2	SECONDAIRE 2nd CYCLE = 3	SUPÉRIEUR =4
CLASSE	MOINS D'UNE CLASSE ACHÉVÉE = 0				
	0	CP1=1 CM1=5 CP2=2 CM2=6 CE1=3 CE2=4	Sixième = 1 Cinquième = 2 Quatrième = 3 Troisième = 4	Seconde = 1 Première = 2 Terminale = 3	1 ^{ère} Année = 1 2 ^{ème} Année = 2 3 ^{ème} Année = 3 4 ^{ème} An. et + = 4

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																														
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT 11 DANS PARCELLE 12 DU VOISIN 13 PUITS PROTÉGÉ DANS PARCELLE 21 FORAGE/PUITS À POMPE 22 PUITS NON PROTÉGÉ DANS PARCELLE 31 PUBLIC 32 EAU DE SURFACE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 RIVIÈRE/FLEUVE/MARIGOT 43 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 52 EAU EN BOUTEILLE 53 AUTRE 96																															
102	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils ?	CHASSE D'EAU 11 FOSSE/LATRINES AMÉLIORÉES ... 12 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES 13 PAS DE TOILETTES/NATURE 14 AUTRE 96	→ 104																														
103	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2																															
104	Dans votre ménage, y a-t-il :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L'électricité ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une radio/radio cassette ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une télévision ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un téléphone fixe ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un téléphone portable ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un ordinateur ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un réfrigérateur/congélateur électrique, à gaz ou à pétrole ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un réchaud/cuisinière à gaz ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un réchaud à pétrole ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité ?	1	2	Une radio/radio cassette ?	1	2	Une télévision ?	1	2	Un téléphone fixe ?	1	2	Un téléphone portable ?	1	2	Un ordinateur ?	1	2	Un réfrigérateur/congélateur électrique, à gaz ou à pétrole ?	1	2	Un réchaud/cuisinière à gaz ?	1	2	Un réchaud à pétrole ?	1	2	
	OUI	NON																															
L'électricité ?	1	2																															
Une radio/radio cassette ?	1	2																															
Une télévision ?	1	2																															
Un téléphone fixe ?	1	2																															
Un téléphone portable ?	1	2																															
Un ordinateur ?	1	2																															
Un réfrigérateur/congélateur électrique, à gaz ou à pétrole ?	1	2																															
Un réchaud/cuisinière à gaz ?	1	2																															
Un réchaud à pétrole ?	1	2																															
105	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ 01 GAZ BOUTEILLE/NATUREL 02 PÉTROLE 03 CHARBON DE BOIS 04 BOIS À BRÛLER 05 CHARBON, LIGNITE 06 SCIURE/COPEAUX DE BOIS 07 PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE 95 AUTRE 96																															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
106	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES 21 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI 31 VINYLE/LINO/GERFLEX 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE 96	
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAILLE/CHAUME/NATTE 11 MATÉRIAU MODERNE TÔLE 21 TUILE 22 AUTRE 96	
108	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE BATTUE 11 PAILLE/CHAUME/NATTE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES 21 BRIQUE EN TERRE NON CUITE... 22 TÔLE 23 MATÉRIAU MODERNE BRIQUE CUITE 31 CIMENT/AGGLO/PARPAING 32 AUTRE 96	
109	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :		
	Une montre ?	MONTRE 1	2
	Une bicyclette ?	BICYCLETTE 1	2
	Une mobylette ou une motocyclette ?	MOBYLETTE 1	2
	Une voiture ou un camion ?	VOITURE/CAMION 1	2
	Une pirogue sans moteur ?	PIROGUE SANS MOTEUR ... 1	2
	Un bateau/pirogue hors-bord ?	PIROGUE HORS-BORD 1	2

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉ:

COMMENTAIRES CONCERNANT DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE: _____ DATE: _____

**ENQUÊTE SUR LA SÉROPRÉVALENCE ET LES INDICATEURS DU SIDA
RÉPUBLIQUE DU CONGO**

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE
CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ÉTUDES ÉCONOMIQUES (CNSEE)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
(CNLS)

IDENTIFICATION														
NOM DE LA LOCALITÉ _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE/No DE MÉNAGE _____														
NUMÉRO DE STRUCTURE	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>													
NUMÉRO DE GRAPPE														
DÉPARTEMENT														
COMMUNE/DISTRICT														
ARRONDISSEMENT/COMMUNAUTÉ														
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)														
BRAZZAVILLE, POINTE NOIRE, DOLISIE, NKAYI, AUTRES VILLES, RURAL (BRAZZAVILLE=1, POINTE NOIRE=2, DOLISIE/NKAYI=3, AUTRES VILLES=4, RURAL=5)														
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ _____														
SEXE DE L'ENQUÊTÉ (MASCULIN = 1 ; FÉMININ = 2)														

VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table>
RÉSULTAT	_____	_____	_____	ENQUÊTEUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
CODES 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ				

LANGUE DE L'INTERVIEW (FRANÇAIS=1, LINGALA=2, KITUBA=3, AUTRE=4)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
INTERPRÊTE (OUI=1, NON=2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DATE _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	DATE _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	DATE _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ(E)

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour le Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire et le Ministère de la Santé. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes et aux hommes sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au pays pour mettre en place des services de santé. Cet entretien dure généralement entre 20 à 30 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SI NE SAIT PAS SIGNER, METTRE UNE CROIX

SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉ _____

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____

POUR ATTESTER QUE LE CONSENTEMENT A ÉTÉ LU ET QUE LA RÉPONSE ENREGISTRÉE CI-DESSOUS EST EXACTE

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE MINUTES	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né(e) ?	MOIS NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENTS	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	
104	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 110
105	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 2 nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR/SUPÉRIEUR TECHNIQUE/PROFESSIONNEL 4	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1ER CYCLE	SECONDAIRE 2ND CYCLE	SUPÉRIEUR
	MOINS D'UNE CLASSE ACHÉVÉE = 0			
CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année ou + = 4

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
110	FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		→ 113
111	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 119
112	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire, ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 119 → 114
113	Est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 119
114	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour maladie, vacances, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 119
115	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 119
117	Au cours des 12 derniers mois, qu'avez-vous fait la plupart du temps ?	ALLER À L'ÉCOLE/ÉTUDIER 01 CHERCHER UN TRAVAIL 02 RETRAITÉ 03 TROP MALADE POUR TRAVAILLER 04 HANDICAPÉ/PEUX PAS TRAVAILLER 05 MÉNAGÈRE/SOINS ENFANTS 06 AUTRE 96	
119	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN 00	→ 121
120	Au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous absenté(e) de votre communauté pendant plus d'un mois de suite ?	OUI 1 NON 2	
121	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 01 PROTESTANT 02 MUSULMAN 03 KIMBANGUISTE 04 ARMÉE DU SALUT 05 ZÉPHIRIN/MATSOUANISTE/NGUNZA 06 ADVENTISTE/JEHOVA 07 ANIMISTE 08 EGLISE DE REVEIL 09 AUTRE 10 AUCUNE 11	
122	Quelle est votre ethnie ? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. ENREGISTRER LE CODE DU GRAND GROUPE. POUR LES ETRANGERS, ENREGISTRER « ETRANGER »	<input type="text"/> <input type="text"/>	
123	FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		→ 201
124	Certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?	OUI 1 NON 2	→ 201

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
125	Quel âge aviez-vous quand vous avez été circoncis ? INSISTER POUR OBTENIR AU MOINS UNE ESTIMATION	MOINS DE 5 ANS/PETITE ENFANCE 1 5- 9 ANS 2 10 ANS OU PLUS 3 NE SAIT PAS 8	
126	Qui a procédé à la circoncision INSISTER POUR DETERMINER S'IL S'AGIT DE PERSONNEL DE SANTÉ.	PERSONNEL DE SANTÉ 1 AUTRE 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
210	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		301
211	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		214
212	Je voudrais maintenant vous parler de votre dernière naissance, que l'enfant soit encore en vie ou non. En quel mois et en quelle année avez-vous eu votre dernière naissance ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE 9998	→214
213	Il y a combien d'années environ que vous avez eu votre dernière naissance ?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
214	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	

SECTION 3. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	PASSER À	
301	HOMME <input type="checkbox"/> ↓ Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	FEMME <input type="checkbox"/> ↓ Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1	→ 304	
			OUI, VIT AVEC UN HOMME/FEMME . . . 2		→ 304
			NON, PAS EN UNION 3		
302	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ 1	→ 320	
			OUI, A VÉCU AVEC HOMME/FEMME . . 2		
			NON 3		
303	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUF/VEUVE 1	→ 310	
			DIVORCÉ(E) 2		
			SÉPARÉ(E) 3		
304	Est-ce que votre femme/ partenaire vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	Est-ce que votre mari/ partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC LUI/ELLE 1		
			VIT AILLEURS 2		
305	Avez-vous plus d'une épouse ou avez-vous plus d'une femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1	→ 307	
			NON 2		
			NSP 8		
306	En tout, combien avez-vous d'épouses ou d'autres partenaires avec qui vous vivez actuellement ?	En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement ?	NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98		
307	HOMME <input type="checkbox"/> ↓ VÉRIFIEZ 305 : (1) SI UNE FEMME/PART. (1) Dites-moi le nom de votre femme (la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié). SI PLUS D'UNE FEMME/ PARTENAIRE Dites-moi le nom de chacune de vos femmes actuelles (et/ou de chaque femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié). ENREGISTRER LE/LES NOMS ET NUMÉROS DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR L'ÉPOUX/LES ÉPOUSES ET LE/LES PARTENAIRES VIVANT COMME ÉTANT MARIÉS. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. POSER 308 POUR CHAQUE PERSONNE	FEMME <input type="checkbox"/> ↓ Dites-moi le nom de votre mari (de l'homme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariée).	NOM	NUMÉRO DE LIGNE	308 Quel âge avait votre femme/ mari/ partenaire à son dernier anniversaire? ÂGE
			<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	PASSER À
309	VÉRIFIER 307. HOMME A <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓		HOMME A PLUS D'UNE FEMME <input type="checkbox"/>	→ 318A
310	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	→ 318 → 318A
318	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre femme/partenaire ?	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98	
318A	Je voudrais maintenant vous parler de votre première femme/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre première femme/partenaire ?	Je voudrais maintenant vous parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre premier mari/partenaire ?	ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 320
319	Quel âge aviez-vous quand vous avez-commencé à vivre avec elle ?	Quel âge aviez-vous quand vous avez-commencé à vivre avec lui ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
320	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.			
321	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu des rapports sexuels pour la première fois ?		N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/FEMME/PARTENAIRE. 95	→ 350
324	VÉRIFIER 103 : ÂGE <input type="checkbox"/> 15-24 ↓		ÂGE <input type="checkbox"/> 25-49	→ 328A
325	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?		OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 8	
328A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.			
329	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.		IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 331 → 331 → 331 → 349

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
330	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		JOURS 1 <input type="text"/> SEMAINES 2 <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/>	JOURS 1 <input type="text"/> SEMAINES 2 <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/>
331	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde, troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 333) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 333) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 333) ←
332	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
333	Quelle était votre relation avec cette (seconde, troisième) personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Vivez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI/FEMME 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (ALLER À 333C) ←	MARI/FEMME 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (ALLER À 333C) ←	MARI/FEMME 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (ALLER À 333C) ←
333A	VÉRIFIER 307 ET 310:	MARIÉ UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉ PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (ALLER À 333C) ←	MARIÉ UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉ PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (ALLER À 333C) ←	MARIÉ UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉ PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (ALLER À 333C) ←
333B	VÉRIFIER 321:	1ère FOIS AVEC 1er MARI/ FEMME <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLER À 333D) ↓	1ère FOIS AVEC 1er MARI/ FEMME <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLER À 333D) ↓	1ère FOIS AVEC 1er MARI/ FEMME <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLER À 333D) ↓
333C	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la 1ère fois avec cette personne ?	IL Y A..... JOURS..... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>	IL Y A..... JOURS..... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>	IL Y A..... JOURS..... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>
333D	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personnes : une fois, deux fois ou plus ?	UNE FOIS 1 DEUX FOIS 2 PLUS 3	UNE FOIS 1 DEUX FOIS 2 PLUS 3	UNE FOIS 1 DEUX FOIS 2 PLUS 3
341	Mis à part [cette/ces deux personne(s)], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOUR À 330 ← À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 343) ←	OUI 1 (RETOUR À 330 ← À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 343) ←	
342	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
343	FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		→ 349
344	VÉRIFIER 333 (TOUTES LES COLONNES) : AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/> AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>		→ 346
345	VÉRIFIER 333 ET 331 (TOUTES LES COLONNES) : CONDOM UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/> PAS DE CONDOM UTILISÉ OU CONDOM PAS UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>		→ 349 → 348
346	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé une personne en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 349
347	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2	→ 349
348	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un condom au cours des rapports sexuels chaque fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
349	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIVEZ '95'.	NBRE. DE PARTENAIRE AU COURS DE LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
350	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?	OUI 1 NON 2	→ 401
351	Où est-ce ? Y a-t-il un autre endroit ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MEDICO-SOCIAL G ASS. CONGOLAISE DE BIEN ÊTRE FAMILIALE H PHARMACIE I AUTRE SOURCE TRADI-THÉRAPEUTE J CENTRE MÉDECINE SPIRITUELLE K VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE L BOUTIQUE/MARCHÉ M BAR/BOÎTE DE NUIT/HÔTEL N PARENTS/AMIS O AUTRE ENDROIT X	
352	Si vous le vouliez, pourriez-vous, vous-même, vous procurer un condom ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 4. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 501
402	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
403	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
404	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
405	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
406	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
407	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
408	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
409	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé :		
	Au cours de la grossesse ?	GROSSESSE 1 2 8	
	Pendant l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1 2 8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT 1 2 8	
410	VÉRIFIEZ 409: AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 412
411	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
412	Avez-vous entendu parler de médicaments spéciaux antirétroviraux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière pour leur permettre de vivre plus longtemps ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
413	FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		→ 424
414	VÉRIFIEZ 212 ET 213: AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→ 424
	DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JAN. 2007 OU MOINS 3 ANS	DERNIÈRE NAISS. AVANT <input type="checkbox"/>	→ 424
		JAN. 2007 OU 3 ANS OU PLUS	→ 424
414A	VÉRIFIEZ S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES PRÉSENTES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ		
415	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 424

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
416	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Quelque part d'autre ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOMICILE VOTRE DOMICILE A AUTRE DOMICILE B SECTEUR PUBLIC HÔPITAL C CENTRE DE SANTÉ/SMI D POSTE DE SANTÉ E SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE F CABINET MÉDECIN PRIVÉ G CABINET SOINS INFIRMIER H CENTRE MÉDICO-SOCIAL I CENTRE MÉDECINE SPIRITUEL J AUTRE X																	
417	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
418	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	OUI 1 NON 2																	
419	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 424																
420	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2																	
421	Où avez-vous effectué le test ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/SMI 12 LABORATOIRE NATIONAL 13 CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 LABORATOIRE 23 CENTRE MÉDICO-SOCIAL 24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN ÊTRE FAMILIAL 25 AUTRE 96																	
422	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 425																
423	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 431																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
424	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 429
425	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
426	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il obligatoire ?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
427	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
428	Où avez-vous effectué le test ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/SMI 12 LABORATOIRE NATIONAL 13 CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 LABORATOIRE 23 CENTRE MÉDICO-SOCIAL 24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN ÊTRE FAMILIALE 25 AUTRE 96	→ 431
429	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 431
430	Où est-ce ? Y a-t-il un autre endroit ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI B LABORATOIRE NATIONAL C CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) D SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE E CABINET MÉDICAL F LABORATOIRE G CENTRE MÉDICO-SOCIAL H ASS. CONGOLAISE DE BIEN ÊTRE FAMILIAL I AUTRE X	
431	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
432	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
433	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt(e) à prendre soin de lui/d'elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
434	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer d'enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

SECTION 5. IST


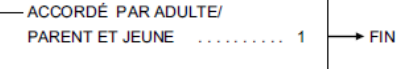

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
501	<p>VÉRIFIER 401:</p> <p><input type="checkbox"/> A ENTENDU PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?</p> <p><input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>			
502	<p>VÉRIFIER 321:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 510		
503	<p>VÉRIFIER 501: A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>		→ 505		
504	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			
505	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis?</p> </td> <td style="text-align: center;"> <p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?</p> </td> </tr> </table>	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?</p>				
506	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?</p> </td> <td style="text-align: center;"> <p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p> </td> </tr> </table>	<p>Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?</p>	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
<p>Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?</p>	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p>				
507	<p>VÉRIFIER 504, 505, ET 506:</p> <p>A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		→ 510		
508	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 504/505/506), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 510		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
509	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Un autre endroit?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/SMI B</p> <p>POSTE DE SANTÉ C</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE D</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ E</p> <p>CABINET SOINS INFIRMIER F</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL G</p> <p>ASS. CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>TRADI-THÉRAPEUTE J</p> <p>CENTRE MEDECINE SPIRITUELLI. K</p> <p>VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE L</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ M</p> <p>AUTRE ENDROIT X</p>									
510	ENREGISTRER L'HEURE.	<p>HEURE <table border="1" data-bbox="1198 759 1283 808"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTES <table border="1" data-bbox="1198 808 1283 857"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>									

SECTION 6. TEST DE VIH

CETTE PAGE DOIT ÊTRE DÉTRUITE À LA FIN DE L'ENQUÊTE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	VÉRIFIER Q.103 : ÂGE 15-17 <input type="checkbox"/> ÂGE 18-49 <input type="checkbox"/>		→ 604
602	VÉRIFIER Q.302 : NON EN 302 <input type="checkbox"/> (JAMAIS EN UNION) ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 604
603	TROUVER LES PARENTS OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. (SI LE JEUNE EST INDÉPENDANT, ÉCRIRE UNE NOTE EN BAS DE PAGE POUR LE SIGNALER ET PASSER À Q.604). ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. ENREGISTRER '00'	NOM _____ <input type="text"/>	
604	LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉ. ENCERCLER LE CODE '1' SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LE TEST DE VIH ET CODE '3' SI IL/ELLE REFUSE. POUR LES HOMMES/FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À Q.603 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENT LUI-MÊME. ENCERCLER CODE '2' SI LE PARENT/AUTRE ADULTE REFUSE. ENCERCLER CODE '1' SEULEMENT SI LES DEUX CONSENTEMENTS ONT ÉTÉ OBTENUS. Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer au test de VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test de VIH est effectué dans cette enquête pour mesurer la gravité du problème du sida au Congo. Pour ce test, nous utilisons quelques gouttes de sang prélevées d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services gratuits de test et de conseils pour le VIH. Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire oui pour le test, ou non. C'est votre décision. PARENT : Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test de VIH ? ENQUÊTÉ : Acceptez-vous de participer au test de VIH ?	ACCORDÉ PAR ADULTE/ PARENT ET JEUNE 1 REFUSÉ PAR PARENT/ AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 REFUSÉ PAR L'ENQUÊTE ... 3 SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉ ADULTE OU DU PARENT/ PERSONNE EN CHARGE DU JEUNE _____ SIGNATURE DU JEUNE _____ SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR POUR ATTESTER QUE LE CONSENTEMENT A ÉTÉ LU ET QUE LA RÉPONSE ENREGISTRÉE EST EXACTE _____ NOUBLIER PAS DE SIGNER	→ 606 → 606
605	ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI COLLEZ LA SECONDE ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE ET LA TROISIÈME ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DU PRÉLÈVEMENT SANGUIN.	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
606	RÉSULTATS DU PRÉLÈVEMENT	PRÉLÈVEMENT EFFECTUÉ 1 ABSENT 2 REFUSÉ 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
607	<p>LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉ. ENCERCLER LE CODE '1' SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LES TESTS SUPPLÉMENTAIRES ET CODE '3' SI IL/ELLE REFUSE.</p> <p>POUR LES HOMMES/FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À Q.603 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENT LUI-MÊME. ENCERCLER CODE '2' SI LE PARENT/AUTRE ADULTE REFUSE. ENCERCLER CODE '1' SEULEMENT SI LES DEUX CONSENTEMENTS ONT ÉTÉ OBTENUS.</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ de conserver une partie de l'échantillon de sang au laboratoire pour être utilisé dans le futur pour des tests ou recherches. Nous ne savons pas exactement quels tests seront effectués.</p> <p>Aucun nom ou aucune autre donnée qui pourrait vous identifier (vous/NOM DE L'ADOLESCENT) ne sera lié à l'échantillon de sang. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.</p> <p>Si vous ne voulez pas que l'on conserve l'échantillon de sang pour une utilisation future, (vous/NOM DE L'ADOLESCENT) vous pouvez quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Nous autorisez-vous à conserver l'échantillon de sang pour des tests ou recherches futures ?</p>	 <p>ACCORDÉ PAR ADULTE/ PARENT ET JEUNE 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSÉ 3</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉ ADULTE OU DU PARENT/ PERSONNE EN CHARGE DU JEUNE</p> <p>_____</p> <p>SIGNATURE DU JEUNE</p> <p>_____</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR POUR ATTESTER QUE LE CONSENTEMENT A ÉTÉ LU ET QUE LA RÉPONSE ENREGISTRÉE EST EXACTE</p> <p>_____</p> <p>SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, FAIRE UN ASTÉRIX AU BIC BLEU (*) EN BAS ET À GAUCHE DU PAPIER FILTRE*.</p>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE _____ DATE _____

ANNEXE III : TEXTES REGLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL

DE LA REPUBLIQUE DU CONGO

paraissant le jeudi de chaque semaine à Brazzaville

DESTINATIONS	ABONNEMENTS			NUMERO
	1 AN	6 MOIS	3 MOIS	
REPUBLIQUE DU CONGO	24.000	12.000	6.000	500 F CFA
	Vote aérienne exclusivement			
ETRANGER	38.400	19.200	9.600	800 F CFA

□ Annonces judiciaires et légales et avis divers : 460 frs la ligne (il ne sera pas compté moins de 5.000 frs par annonce ou avis).
Les annonces devront parvenir au plus tard le jeudi précédant la date de parution du "JO".
□ Propriété foncière et minière : 8.400 frs le texte. □ Déclaration d'association : 15.000 frs le texte.

DIRECTION : TEL./FAX : (+242) 281.52.42 - BOÎTE POSTALE 2.087 BRAZZAVILLE - Email : journal.officiel@sgg.cg
Règlement : espèces, mandat postal, chèque visé et payable en République du Congo, libellé à l'ordre du **Journal officiel**
et adressé à la direction du Journal officiel et de la documentation.

S O M M A I R E

PARTIE OFFICIELLE

- LOI -

3 juin Loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le
SIDA et protection des droits des personnes
vivant avec le VIH..... 687

PARTIE NON OFFICIELLE

ANNONCE

- Associations..... 693

PARTIE OFFICIELLE

- LOI -

Loi n° 30 - 2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH

L'Assemblée nationale et le Sénat
ont délibéré et adopté ;

Le Président de la République promulgue
la loi dont la teneur suit :

TITRE I: DISPOSITIONS GENERALES

Article premier : Au sens de la présente loi, les termes et concepts suivants sont définis ainsi qu'il suit :

a) **VIH** : le virus de l'immunodéficience humaine, responsable du SIDA ;

b) **SIDA** : le syndrome d'immunodéficience acquise. Il s'agit du stade ultime de l'infection à VIH et qui se caractérise par l'apparition des maladies opportunistes et l'augmentation de la charge virale ;

c) **ARV** : les antirétroviraux sont des médicaments utilisés dans le traitement de l'infection à VIH et du SIDA, qui ont pour but d'empêcher la multiplication du virus dans l'organisme ;

d) **IST** : les infections sexuellement transmissibles;

e) **Maladie opportuniste** : toute maladie dont l'apparition ou l'aggravation est directement ou indirectement liée à l'infection à VIH ;

f) **Personne vivant avec le VIH** : toute personne infectée par le VIH, qu'il s'agisse du séropositif asymptomatique ou de la personne au stade de SIDA maladie ;

g) **Stigmatisation** : le fait de pointer du doigt un individu, de lui faire porter un stigmate du fait de son statut sérologique relatif au VIH ;

h) **Discrimination** : toute distinction, exclusion, préférence ou restriction fondée sur le statut sérologique relatif au VIH réel ou supposé, qui a pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité des chances ou de traitement ;

i) **Acte public** : comprend : toute communication au public, y compris sous forme orale, écrite ou imprimée, par voie d'affichage, de radiodiffusion, de télédiffusion, de visionnage de bande magnétoscopique ou autre matériel d'enregistrement ; toute autre conduite observable par le public, y compris les actions et gestes et le port ou l'étalage de vêtements, de signes, de drapeaux, d'emblèmes et d'insignes, et la distribution ou la diffusion de tout document au public.

Article 2 : Les personnes vivant avec le VIH ont droit à la santé et au travail. L'Etat, les pouvoirs publics, les associations subventionnées et la famille ont obligation de les protéger et de les assister.

Ont également droit à la santé, au travail et à la protection de l'Etat et des pouvoirs publics, les groupes vulnérables et à risque.

Article 3 : Tout comportement, tout fait discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'envers les groupes les plus vulnérables et à risque est interdit.

TITRE II : DES OBLIGATIONS

Chapitre 1 : Des obligations de l'Etat, des pouvoirs publics et des associations subventionnées

Article 4 : L'Etat et les pouvoirs publics doivent mettre en place tous les mécanismes appropriés et édicter toute disposition législative et réglementaire nécessaire pour lutter contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et assurer leur prise en charge globale.

Article 5 : L'Etat et les pouvoirs publics ont l'obligation d'apporter un soutien aux institutions et associations oeuvrant dans la prévention de l'infection à VIH et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Article 6 : Toute institution ou association subventionnée par les pouvoirs publics doit disposer des personnels ayant les qualifications requises pour la fourniture des services dans le cadre de la lutte contre le VIH et le SIDA.

Chapitre 2 : Des obligations de la famille

Article 7 : Sont tenus à l'obligation de fournir des aliments aux personnes vivant avec le VIH lorsque celles-ci ne peuvent pas subvenir à leurs besoins vitaux par elles-mêmes, le conjoint, les père et mère, frères et soeurs, les enfants légitimes ou adoptés.

TITRE III : DE LA PREVENTION, DU DEPISTAGE ET DES SOINS

Chapitre 1 : De la prévention

Article 8 : La prévention du VIH constitue une obligation pour toutes les institutions et organisations publiques et privées.

L'Etat et les pouvoirs publics sont tenus de sensibiliser les populations, en particulier les membres des groupes les plus vulnérables et à risque sur la nature, les causes, les modes de transmission, les conséquences, les moyens de prévention et de prise en charge du VIH et du SIDA.

La prévention du VIH se fait par le biais de la communication pour le changement de comportement, qui doit :

- employer des approches dont le succès est avéré ;
- être adaptée à l'âge, au genre, et s'attaquer aux constructions sociales et culturelles, notamment aux rapports inégaux entre les genres ;
- être menée dans les écoles et autres institutions d'apprentissage, dans les prisons et autres lieux de détention, sur les lieux de travail ainsi que dans les communautés urbaines et rurales;
- être guidée par les preuves sur les opportunités potentielles et les barrières au changement de comportement et assurer que l'information, l'éducation et la communication se traduisent par des changements de comportements ;
- faire face à la stigmatisation et à la discrimination et s'attaquer aux informations erronées relatives au VIH, aux personnes vivant avec le VIH, aux membres des groupes les plus vulnérables et à risque ;
- promouvoir l'acceptation des personnes vivant avec le VIH et des membres des groupes les plus vulnérables et à risque ;
- concevoir des messages et stratégies appropriés visant les groupes vulnérables et marginalisés.

L'Etat collabore avec les acteurs pertinents des secteurs public et privé et assure l'implication significative des personnes vivant avec le VIH, dans la mise en oeuvre des activités de prévention du VIH.

Article 9 : Les ministères en charge des enseignements sont tenus d'intégrer l'instruction sur la nature, les causes, les modes de transmission, les moyens de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles dans les institutions publiques et privées aux niveaux primaire, secondaire et supérieur, y compris dans les écoles et structures de formation spécialisées d'autres secteurs.

Dans l'application des dispositions du présent article, les ministères susmentionnés doivent s'assurer que :

- le contenu, la portée et la méthodologie des enseignements sur la prévention et la prise en charge du VIH à chaque niveau d'éducation sont basés sur des informations appropriées selon l'âge, scientifiquement correctes et conformes aux droits humains ;
- tout enseignant ou instructeur de cours sur la prévention et la prise en charge du VIH et du SIDA aux termes du présent article a reçu une formation adéquate et est dûment qualifié pour enseigner pareils cours .

Le contenu du cours :

- favorise l'égalité entre les hommes/garçons et les femmes/filles ;
- dénonce toute forme de violence envers les femmes et les filles ou toute forme d'exploitation sexuelle des enfants ;
- affirme la capacité de chacun à négocier ses rapports sexuels et autres de manière à se protéger, à protéger les autres en réduisant ou en éliminant les risques de transmission du VIH, et à éviter la

- violence et la coercition sexuelles ;
- développe l'estime de soi et autres aptitudes à la vie quotidienne.
- les cours promeuvent l'acceptation des personnes vivant avec le VIH et des membres des groupes les plus vulnérables et à risque.

Article 10 : L'Etat doit s'assurer que les moyens de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles, y compris les préservatifs masculins et féminins de qualité, sont disponibles, accessibles et abordables pour toute la population.

Article 11 : Le ministre chargé de la santé détermine par voie réglementaire, les mesures appropriées en vue d'assurer aux personnels de santé et au public, une prévention au VIH.

Ces mesures ont trait, notamment :

- à la garantie des mesures minimales de biosécurité en faveur des personnels attachés aux établissements de soins de santé et autres, manipulant du matériel biologique d'origine humaine ;
- aux normes de sécurité concernant les transfusions de sang, de constituants sanguins ou des produits sanguins ;
- à l'accès à temps et gratuit à la prophylaxie post-exposition en cas d'exposition au VIH.

Chapitre 2 : De la prévention en milieu carcéral

Article 12 : Le ministre en charge de la justice, de concert avec le conseil national de lutte contre le SIDA et le ministère de la santé, est tenu de concevoir et mettre en oeuvre des programmes d'information et d'éducation dans toutes les prisons, pour contribuer à prévenir la propagation du VIH ou d'autres maladies transmissibles par le sang, et pour traiter la toxicomanie chez les détenus.

Dans l'élaboration de ces programmes, le ministère en charge de la justice utilise le matériel susceptible d'être efficace dans la réduction de la transmission de maladies transmissibles par le sang, aussi bien dans les prisons qu'à l'extérieur des prisons consécutivement à la libération des détenus, et fournir des informations sur les traitements, les soins et le soutien.

Article 13 : Le ministère en charge de la justice a obligation de rendre accessibles aux détenus, les préservatifs et autres matériels favorisant les rapports sexuels sans risque, ainsi que des informations adéquates sur leur utilisation et leur importance dans la prévention de l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le ministère en charge de la justice conçoit un plan de distribution des préservatifs qui protège l'anonymat des détenus et la santé des fonctionnaires de la prison.

Le ministère en charge de la justice doit évaluer périodiquement quelles informations et quelles mesures de prévention du VIH sont nécessaires pour protéger la santé des détenus, à la lumière des don-

nées les plus exactes sur les activités à risque dans les prisons, et doit avoir le pouvoir d'appliquer ou de faire appliquer ces mesures.

Chapitre 3 : De la protection des femmes, des filles et autres groupes vulnérables et à risque

Article 14 : Le Conseil national de lutte contre le SIDA veille au respect des différences de sexe et de genre dans la prestation de services d'éducation, d'information, de formation, de conseil avant et après le test, de communication de résultats du test de dépistage du VIH, de soins de santé et d'autres services en rapport avec le VIH autorisés par la présente loi.

Article 15 : Le Conseil national de lutte contre le SIDA, en consultation avec les ministères concernés et les principaux intervenants, conçoit et applique des stratégies, politiques et programmes qui respectent, protègent et réalisent les droits fondamentaux des femmes et des filles dans le contexte de l'épidémie du VIH.

Ces stratégies, politiques et programmes doivent notamment aborder les sujets suivants :

- l'égalité des femmes et des filles à la maison et dans la vie publique ;
- les droits et responsabilités des femmes et des hommes liés à la sexualité et à la procréation ;
- le droit des femmes de refuser d'avoir des rapports sexuels et le droit et la capacité de négocier des rapports sexuels sans risque et le droit d'accès autonome aux services de santé et de procréation ;
- la responsabilité des hommes de participer également à la santé sexuelle et génésique et d'en assumer les conséquences ; d'éviter le viol, l'agression sexuelle et la violence familiale, dans le mariage et hors mariage ; et de s'abstenir de tous rapports sexuels avec des mineurs; les stratégies pour augmenter les possibilités des femmes dans l'éducation, l'économie, l'emploi et le leadership ;
- la sensibilisation des fournisseurs de services et l'amélioration des services de soins de santé et de soutien pour les femmes ;
- les stratégies visant à réduire les inégalités dans les lois formelles et les coutumes en ce qui a trait au mariage, au divorce, à la propriété, à la garde des enfants, aux successions et autres ;
- les effets des traditions religieuses et culturelles pour les femmes et les filles dans l'optique de promouvoir la pleine réalisation des droits.

Article 16 : Les femmes vivant avec le VIH, qui sont enceintes ou qui planifient une grossesse bénéficient de conseils, d'informations et de services suffisants leur permettant de prendre des décisions éclairées et volontaires sur toutes questions relatives à leur santé et à leur grossesse, y compris :

- un test du VIH, accompagné de conseil avant et après le test ;
- des options pour protéger leur santé compte tenu de leur séropositivité, et des options pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant avant, pendant et après la naissance.

Chapitre 4 : Du dépistage et des soins

Section 1 : Du caractère volontaire du dépistage

Article 17 : Le test de dépistage du VIH est un acte volontaire. Il est effectué dans des laboratoires publics ou privés qui remplissent les conditions et normes fixées par le ministère en charge de la santé.

Article 18 : Nul ne peut conduire un test de dépistage du VIH sur une autre personne, sauf :

- avec le consentement libre et éclairé de la personne à dépister ;
- lorsque la personne à dépister est âgée de 15 ans ou moins, avec le consentement libre et éclairé d'un parent ou du représentant légal de cette personne ;
- avec le consentement libre et éclairé du représentant légal de la personne ou du conjoint de la personne, ou d'un parent de la personne, ou d'un enfant âgé de 18 ans ou plus, de la personne, lorsque la personne à dépister a un handicap qui, de l'avis de la personne conduisant le dépistage, la rend incapable de comprendre le sens et les conséquences du test de dépistage.

Section 2 : De l'obligation d'information du médecin et des personnels de santé

Article 19 : Le médecin traitant ou, par délégation, tout autre membre du personnel médical ou des affaires sociales dûment formé en matière de conseil et de dépistage est tenu d'informer toute personne ayant fait la démarche de dépistage volontaire du résultat du test, en respect des normes professionnelles y relatives.

Article 20 : La personne fournissant des services de traitement, de soins ou de conseils à une personne vivant avec le VIH doit encourager cette personne à informer son ou sa partenaire sexuel(le) de son statut sérologique. Cette personne peut, si elle le demande, recevoir, ou être référée aux services compétents pour un appui psychologique, social ou juridique en vue de faciliter la révélation de son statut sérologique.

Article 21 : Le conseil préalable au test doit précéder tout test de dépistage du VIH.

Le conseil préalable au test inclut, au minimum, les informations suivantes :

- la nature du VIH et du SIDA ;
- la nature et le but du test du VIH ;
- les avantages cliniques et en termes de prévention du test de dépistage du VIH, et les risques potentiels tels que la discrimination, l'abandon et la violence ;
- les services disponibles en cas de résultat positif ou négatif au VIH, y compris la disponibilité ou non des antirétroviraux ;
- le fait que les résultats du test sont traités confidentiellement et ne sont pas divulgués ;
- le fait que le patient a le droit de refuser le test ;

- le fait que refuser le test de dépistage n'affectera pas l'accès aux services qui ne dépendent pas de la connaissance du statut sérologique relatif au VIH ;
- l'opportunité de poser des questions à la personne fournissant les services de santé.

Article 22 : L'annonce du résultat du test de dépistage doit se faire dans le cadre d'une seconde séance de conseil, le conseil post-test.

Lorsque le résultat du test est positif, la personne fournissant les services de traitement, de soins ou de conseils :

- doit informer et conseiller la personne dépistée, ou dans le cas de personnes reconnues mentalement incapables ou des enfants de 15 ans ou moins, leurs parents ou leur représentant légal sur les questions appropriées, notamment :
- les conséquences médicales liées au fait de vivre avec le VIH ;
- les modes de prévention et de transmission du VIH et des autres infections opportunistes ;
- l'importance de la révélation de son statut à son conjoint ou ses partenaire(s) sexuel(s);
- les services de soins médicaux, psychologiques et sociaux disponibles ;
- doit orienter la personne dépistée vers les centres appropriés pour le traitement et le suivi.

Section 3 : De l'obligation de confidentialité

Article 23 : Le conseil et le dépistage volontaire du VIH sont confidentiels.

Le médecin ainsi que toute personne pouvant avoir connaissance dans l'exercice de ses fonctions du statut sérologique relatif au VIH d'une autre personne, est tenu au respect du caractère confidentiel des résultats du test de dépistage du VIH.

Article 24 : Toute divulgation du statut sérologique relatif au VIH de la personne est une violation de la confidentialité et du secret médical, si elle émane de personnes ayant eu connaissance dudit statut dans l'exercice de leur fonction, excepté dans les cas suivants :

- lorsque la divulgation est faite à la personne ayant subi le test ou avec l'autorisation écrite de la personne ayant subi le test ;
- lorsque la divulgation est faite conformément aux dispositions de la présente loi relatives au dépistage d'un mineur ou d'une personne souffrant d'un handicap ;
- dans le cas prévu à l'article 15 de la présente loi ;
- lorsque la divulgation est faite avec l'accord de la personne ayant consenti au test de dépistage, à une personne fournissant des services de santé qui est directement impliquée dans la fourniture de soins à cette personne ;
- lorsque la connaissance du statut sérologique à VIH de la personne est nécessaire à la prise de décisions cliniques dans le meilleur intérêt de

cette personne;

- lorsque la divulgation est faite suite à l'injonction d'une juridiction, du fait que l'information contenue dans le dossier médical est absolument pertinente pour la procédure devant ladite juridiction.

Article 25 : L'accès au fichier des personnes vivant avec le VIH, dans les formations sanitaires, est strictement réservé aux personnels de santé et des affaires sociales en charge des personnes vivant avec le VIH.

Toutefois, toute personne vivant avec le VIH a le droit de consulter son dossier médical et de demander, le cas échéant, la correction des données inexactes.

Section 4 : De l'obligation de soigner

Article 26 : Aucun agent de santé ou établissement de soins de santé recevant une personne infectée par le VIH ou malade du SIDA ne peut lui refuser les soins qu'exige son état.

Les personnes vivant avec le VIH ont un accès gratuit aux services de santé, y compris l'accès aux antirétroviraux et la prise en charge des maladies opportunistes. Ces services de santé incluent les traitements palliatifs et les soins de prise en charge de la douleur et des autres symptômes associés au SIDA.

TITRE IV : DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Chapitre 1 : De l'interdiction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

Article 27 : Toute discrimination à l'encontre d'une personne, un parent ou un associé de cette personne, fondée sur le motif de sa séropositivité réelle ou supposée, est interdite.

Article 28 : Commet une infraction quiconque, par un acte public, incite à la haine ou au mépris envers une personne ou un groupe de personnes au motif que cette personne ou les membres de ce groupe vivent avec le VIH ou sont soupçonnés de vivre avec le VIH.

Article 29 : Les enfants dont le père et /ou la mère vivent avec le VIH ne peuvent se voir refuser, pour cette raison, l'admission et le séjour dans des centres d'enseignement public ou privé, ni faire l'objet d'une discrimination pour quelque motif que ce soit.

Les centres d'accueil pour enfants orphelins ou en difficulté ne peuvent refuser de recevoir un enfant en raison du statut sérologique relatif au VIH ou du statut de ses parents vivants ou décédés.

Chapitre 2 : De la sécurité de l'emploi

Article 30 : Toute discrimination du candidat à une embauche sur la base du statut sérologique relatif au VIH est prohibée.

N'est cependant pas discriminatoire au sens de la

présente loi, l'obligation faite à tous les postulants à un emploi public ou privé de présenter une attestation d'aptitude physique rendu nécessaire par la nature ou la spécificité de l'emploi à occuper.

Article 31 : Le travailleur vivant avec le VIH doit être maintenu dans son emploi avec les avantages que la loi lui reconnaît, jusqu'au stade où il est reconnu inapte à cause de sa maladie.

Cette inaptitude est constatée par le médecin agréé et est régie, quant à ses conséquences, par les dispositions du code du travail.

Lorsque le travailleur vivant avec le VIH au stade de SIDA est jugé médicalement inapte à occuper son poste, l'employeur doit, dans la mesure du possible, lui trouver un poste qui convient à son état de santé.

Article 32 : Le licenciement d'un travailleur vivant avec le VIH au stade de SIDA ne peut intervenir qu'après la suspension du contrat de travail pendant au moins six mois. Les conventions collectives peuvent prévoir des périodes de suspension plus longues.

Le statut sérologique relatif au VIH d'un travailleur ne peut constituer pour l'employeur, ni motif d'affectation, de refus de promotion, de mutation ou de refus d'avantages quelconques, ni un critère de sélection en cas de licenciement pour motif économique ou de mise en chômage économique ou technique.

Article 33 : L'employeur a l'obligation de faire régner, sur les lieux de travail, une atmosphère de nature à éviter le rejet ou l'humiliation des personnes vivant avec le VIH.

Article 34 : Les frais médicaux et pharmaceutiques des travailleurs vivant avec le VIH sont pris en charge par l'employeur, dans les proportions fixées par les conventions et accords collectifs.

Chapitre 3 : De la protection de la population carcérale

Article 35 : Les détenus ont le droit de faire, gratuitement et en toute confidentialité, la démarche de dépistage volontaire du VIH.

Aucun test concernant le VIH ne peut être administré sans le consentement libre et éclairé du détenu, et seulement dans l'optique de lui fournir des traitements, des soins et du soutien.

Article 36 : Les renseignements concernant l'état de santé et le traitement médical des détenus sont confidentiels, et les interventions médicales doivent être conçues de manière à préserver la confidentialité des services fournis aux détenus.

Les renseignements mentionnés à l'alinéa 1 sont conservés dans des dossiers accessibles uniquement aux professionnels de la santé et en aucun cas au personnel non médical de la prison.

Les dossiers ou les documents concernant les détenus

ne doivent porter aucune marque, étiquette, tampon ou autre signe visible qui puisse indiquer leur séropositivité, sauf les indications nécessaires inscrites dans le dossier médical conformément aux normes professionnelles reconnues pour la consignation de renseignements cliniques pertinents sur un patient.

Les renseignements mentionnés à l'alinéa 1 du présent article ne peuvent être communiqués qu'avec le consentement du détenu et dans le respect des principes équivalents à ceux qui sont généralement appliqués dans la communauté, concernant la divulgation.

Article 37 : Dans les établissements de détention, tout acte de discrimination à l'encontre d'un détenu pour le motif de son infection à VIH, de son diagnostic de SIDA ou pour tout autre motif lié à son état de santé est interdit.

Les détenus vivant avec le VIH doivent :

- être gardés avec la population carcérale générale, sauf s'ils ne peuvent obtenir les soins qu'exige leur état dans ce lieu ou que leur éloignement est nécessaire pour les protéger contre les autres détenus ;
- profiter des mêmes possibilités que les autres détenus de participer aux programmes d'éducation, d'emploi, de formation professionnelle ou autres sauf si l'assignation à des tâches spécifiques est cliniquement recommandée ;
- avoir accès à toute forme de services, de conseil et de soutien offerts par l'institution et, dans la mesure du possible, aux services de conseil et de soutien de la communauté locale.

Article 38 : L'autorité habilitée peut, à tout moment, accorder une libération conditionnelle ou inconditionnelle à un détenu :

- qui est en phase terminale ;
- dont l'état de santé physique ou mentale est susceptible de se détériorer gravement si le détenu demeure incarcéré ;
- pour qui le maintien de l'incarcération constituerait un châtiment excessif que l'on ne pouvait pas raisonnablement prévoir au moment de la détermination de sa peine.

Article 39 : La distribution et la possession de préservatifs et autres matériels favorisant les rapports sexuels sans risque dans les prisons ne constituent pas une infraction criminelle ou une faute administrative.

Les préservatifs et autres matériels favorisant les rapports sexuels sans risque ne sont pas retenus comme éléments de preuve de rapports sexuels dans la poursuite d'une infraction criminelle ou dans une procédure administrative.

Chapitre 4 : De la liberté de circuler

Article 40 : Le statut sérologique ne peut constituer une entrave à la libre circulation et à l'immigration.

TITRE V : DE LA TRANSMISSION INTENTIONNELLE DU VIH

Article 41 : Toute transmission intentionnelle du VIH à autrui est un crime passible des peines prévues à l'article 46 de la présente loi.

Article 42 : Nul ne peut être poursuivi ni jugé aux termes de cette loi ou de toute autre loi pour transmission du VIH, ou pour exposition au VIH lorsque ladite transmission ou exposition résulte des cas suivants :

- la transmission du VIH de la mère à l'enfant avant la naissance de celui-ci, pendant l'accouchement ou au cours de l'allaitement ;
- un acte qui ne comporte aucun risque significatif de transmission du VIH ;
- une personne vivant avec le VIH qui ne connaissait pas son statut sérologique positif au moment de la commission de l'acte ;
- une personne vivant avec le VIH qui a pratiqué des relations sexuelles sans risques ;
- une personne vivant avec le VIH qui a informé son ou sa partenaire sexuel (le) de son statut sérologique avant l'acte comportant un risque significatif de transmission du VIH ;
- une situation dans laquelle le partenaire sexuel connaissait le statut sérologique positif de la personne vivant avec le VIH ;
- une personne vivant avec le VIH qui a manqué d'informer son partenaire sexuel du fait d'une peur justifiée de dommages sérieux de la part de celle-ci.

TITRE VI : DE LA REPRESSION DE LA STIGMATISATION ET DES ACTES DISCRIMINATOIRES

Article 43 : Quiconque aura réalisé un test de dépistage du VIH sans le consentement libre et préalable de la personne intéressée, en dehors du dépistage dans le cadre du don de tissus, sang ou organe, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois mois et d'une amende de cent mille à deux cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 44 : Tout agent de service de santé qui aura refusé de communiquer le résultat du test de dépistage du VIH à une personne ayant fait la démarche de dépistage volontaire sera puni d'une amende de cent à deux cent mille francs CFA.

Article 45 : Tout agent de service de santé qui aura divulgué le résultat du test de dépistage du VIH d'une personne à autrui, en dehors des conditions fixées à l'article 19, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois mois et d'une amende de cent mille à deux cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 46 : Toute personne vivant avec le VIH, connaissant son statut sérologique relatif au VIH, qui aura transmis intentionnellement le VIH à autrui, en dehors des exceptions définies à l'article 42 de la pré-

sente loi, sera punie de travaux forcés à temps.

Article 47 : Toute personne qui, en l'absence de toute obligation professionnelle, aura propagé des informations justes ou non concernant le statut sérologique d'autrui, ou aura tenu des propos haineux ou méprisants sur les personnes vivant avec le VIH, sera punie d'un emprisonnement de trois à six mois et d'une amende de cent mille à trois cent mille francs CFA, ou l'une de ces peines seulement.

Article 48 : Tout agent de santé qui aura refusé de fournir des soins à une personne vivant avec le VIH en raison de son statut sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois mois et d'une amende de cent mille à trois cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Si le refus de fournir les soins a entraîné la mort de la personne, l'auteur sera puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de cinq cent mille à un million de francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 49 : Quiconque aura stérilisé ou tenté de stériliser une femme en raison de son statut sérologique relatif au VIH, sans son consentement donné par écrit ou devant deux témoins majeurs au moins, sera puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de trois cent mille à un million de francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 50 : Toute personne qui se sera opposée ou aura tenté de s'opposer au traitement médical d'une personne vivant avec le VIH ou qui aura interrompu ce traitement, sera punie de la peine d'un an à trois ans d'emprisonnement et d'une amende de trois cent mille à six cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 51 : Quiconque aura été reconnu coupable de stigmatisation et de discrimination à l'égard d'une personne vivant avec le VIH, dans les conditions définies aux articles 23 à 37, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cent mille à trois cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement.

Article 52 : Le ministre chargé de la santé peut ordonner, pour une durée de trois mois, la suspension de toute association ou institution, ou la fermeture de tout laboratoire qui agit en violation des dispositions des articles 18 et 24 de la présente loi.

En cas de récidive, la dissolution de l'association ou la fermeture définitive du laboratoire est ordonnée par décision de justice à la requête du Procureur de la République.

TITRE VII : DISPOSITION FINALE

Article 53 : La présente loi sera publiée au Journal officiel et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Brazzaville, le 3 juin 2011

Par le Président de la République,

Denis SASSOU-N'GUESSO

Pour le ministre d'Etat, coordonnateur du pôle de la souveraineté, garde des sceaux, ministre de la justice et des droits humains, en mission,

Le ministre de l'intérieur et de la décentralisation,

Raymond Zéphirin MBOULOU

Le ministre de la santé et de la population,

Georges MOYEN

PARTIE NON OFFICIELLE

ANNONCE

ASSOCIATIONS

Département de Brazzaville

Création

Année 2011

Récépissé n° 105 du 10 mars 2011. Déclaration au ministère de l'intérieur et de la décentralisation de l'association dénommée : "**COLLECTIF DES ASSOCIATIONS POUR LA PAIX, LA RECONSTRUCTION ET LE DEVELOPPEMENT**", en sigle "**C.A.P.R.D.**". Association à caractère socioéconomique. *Objet* : renforcer et harmoniser l'action des associations membres du CAPRD dans les domaines socioéconomiques et culturels, dans le respect de la souveraineté des objectifs fondamentaux de chacune d'elles ; contribuer à la création et à la réhabilitation des infrastructures d'intérêt communautaire. *Siège social* : locaux de la délégation générale chargée de la promotion des valeurs de paix et de la réparation des séquelles de guerre, Baongo, Brazzaville. *Date de la déclaration* : 10 janvier 2011.

Récépissé n° 131 du 24 mars 2011. Déclaration au ministère de l'intérieur et de la décentrali-

sation de l'association dénommée : "**CERCLE BON-DEKO**". Association à caractère culturel et socioéconomique. *Objet* : développer les actions économiques et socioculturelles ; promouvoir l'amour, la solidarité et l'entraide entre les membres. *Siège social* : 139, rue Loudima, Ouenzé, Brazzaville. *Date de la déclaration* : 26 janvier 2011.

Récépissé n° 191 du 11 mai 2011. Déclaration au ministère de l'intérieur et de la décentralisation de l'association dénommée : "**ESPACE NSANA-MADZAKA POUR L'ENVIRONNEMENT ET LA NATURE**", en sigle "**ENMEN**". Association à caractère socioéconomique et environnemental. *Objet* : conserver et protéger l'environnement, la nature, les biodiversités et les écosystèmes ; améliorer les conditions de vie des chasseurs, des pêcheurs, des éleveurs et des agriculteurs afin d'augmenter leurs capacités de production ; promouvoir le développement durable. *Siège social* : 2, rue Mbiemo, Baongo, Brazzaville. *Date de la déclaration* : 26 avril 2011.

Récépissé n° 203 du 18 mai 2011. Déclaration au ministère de l'intérieur et de la décentralisation de l'association dénommée : "**ASSOCIATION JEUNESSE ET OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT**". Association à caractère socioéconomique. *Objet* : réaliser les objectifs du millénaire pour le développement du Congo afin d'assurer un mieux être social, physique et intellectuel des populations. *Siège social* : 50, rue Sainte-Marie, quartier Moukoundzi-Ngouaka, Makélékélé, Brazzaville. *Date de la déclaration* : 26 avril 2011.

Année 2009

Récépissé n° 112 du 22 avril 2009. Déclaration au ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation de l'association dénommée : "**FONDATION SUR UN PIED D'EGALITE ANTENNE - CONGO**". Association à caractère sociosanitaire. *Objet* : l'assistance multiple aux personnes vivant avec handicap ; la construction / réhabilitation et/ou l'équipement des centres orthopédiques et des centres de rééducation fonctionnelle ; la chirurgie orthopédique des enfants de douze (12) mois et jeunes de seize (16) ans présentant des malformations congénitales; la rééducation fonctionnelle des personnes vivant avec handicap. *Siège social* : rue Léfini, quartier 10 maisons, Mougali, Brazzaville. *Date de la déclaration* : 31 décembre 2008.

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE DU CONGO

Unité*Travail*Progrès

Décret n° 2008 - 128 du 23 juin 2008
instituant un régime de gratuité pour la prise en charge du
traitement antipaludique, antituberculeux et des personnes vivant
avec le VIH/SIDA

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n°014-92 du 29 avril 1992 portant institution du plan national de
développement sanitaire ;

Vu la loi n°5-2008 du 15 février 2008 portant loi de finances exercice 2008 ;

Vu le décret n°2000-187 du 10 août 2000 portant règlement général sur la
comptabilité publique ;

Vu le décret n°2007-615 du 30 décembre 2007 portant nomination des membres
du Gouvernement.

DECRETE :

Article premier : Il est institué un régime de gratuité pour la prise en charge du
traitement antipaludique, antituberculeux et des personnes vivant avec le
VIH/SIDA.

Ce régime de gratuité s'applique :

- à la consultation, aux examens biologiques et aux médicaments
antipaludéens chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 15 ans
atteints du paludisme ;
- à la consultation, aux examens biologiques et aux médicaments
antituberculeux chez les malades atteints de la tuberculose ;
- aux examens biologiques et aux médicaments anti-rétroviraux chez les
personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Article 2 : Sont concernées pour l'application du régime de gratuité visé à l'article premier du présent décret :

- les structures publiques de santé ;
- les structures privées de santé admises à participer à l'exécution du service public.

Article 3 : Des arrêtés interministériels fixent les modalités d'application du présent décret.

Article 4 : Le présent décret qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistré, publié au Journal Officiel et communiqué partout où besoin sera.

2008 - 128

Fait à Brazzaville, le 23 juin 2008



Denis SASSOU N'GUESSO.-

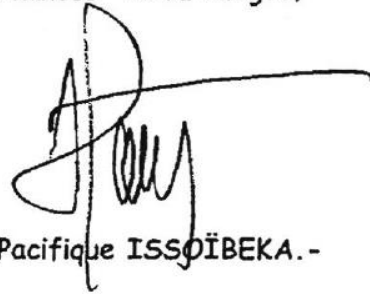
Par le Président de la République,

La ministre de la santé, des affaires
sociales et de la famille,



Emilienne RAOUL.-

Le ministre de l'économie, des
finances et du budget,



Pacifique ISSOÏBEKA.-

ANNEXE IV : DETAILS SUR CHAQUE ENQUETE

Enquête 1, (femme de 48 ans). « Je suis de l'ethnie Pounou, c'est depuis 5 ans que je vis avec mon mari, nous avons une fille qui est âgée de 4 ans. Je ne me souviens plus du nombre de partenaires que j'ai connu dans ma vie. Par crainte des tensions dans le foyer, je ne peux pas informer mon mari de ma sérologie. Le préservatif n'est pas systématique dans notre union, j'ai conscience que mon mari encourt le risque, mais j'avais besoin d'un mari et faire des enfants. À propos du nombre de partenaires, je ne sais plus. Quant au désir de maternité, il y est, puisque nous avons le projet d'une deuxième fille. Je suis sous des antirétroviraux et une bonne observance du traitement. Également, j'ai une bonne connaissance du VIH. Je l'aime, il s'occupe financièrement de moi et ma famille. »

Enquête 2, (femme âgée de 46 ans). « Je suis téké, nous vivons ensemble depuis 10 ans, je ne sais plus le nombre exact de partenaires dans ma vie. Mon mari connaît ma sérologie, nous n'utilisons pas le préservatif, il n'y a plus de désir d'enfant. J'ai une parfaite connaissance du sida et des moyens de prévention. Je suis sous traitement depuis février 2011, avec une bonne observance. Le sida ne peut pas être la cause de notre séparation ».

Enquête 3, (homme, 39 ans). « Père d'une fille née d'une première union, je suis en couple depuis 2 ans, ma femme est couturière et mère de 2 enfants. Elle ne connaît pas ma sérologie, car j'ai peur qu'elle me quitte ou me traduise devant les juridictions, c'est mon secret jusqu'à la mort. Je connais les voies de transmissions du sida et les moyens de préventions. Le désir d'enfant y est, la preuve ma femme est enceinte de 4 mois. Je suis sous traitement depuis décembre 2016, mes CD4 sont vérifiés chaque 6 mois. Un jour, j'informerai ma femme. Je l'aime, je prie qu'elle ne soit pas contaminée ».

Enquête 4, (homme, 23 ans). « Je vis en couple depuis 2017, ma femme est commerçante, âgée de 20 ans. Elle ne connaît pas mon statut sérologique cependant, je sais qu'elle est séronégative puisqu'elle m'avait montré les résultats de son test. Je suis sous traitement depuis 2016, avec une bonne observance du traitement, contrôle des CD4 et connaissance de la charge virale. Je n'ai pas de rapports sexuels hors mariage. Il n'y a rien de sorcellerie dans le sida, juste avoir un comportement préventif. En ce qui concerne le désir d'enfant, nous attendons d'avoir assez d'argent. »

Enquête 5, (homme, 53 ans). « Je suis polygame, ma sérologie a été découverte dans le mariage, le 20 décembre 2016, à la suite d'une crise de paludisme. Ma femme connaît ma sérologie. Le préservatif est utilisé de manière systématique. Je suis sous traitement, avec une bonne observance ; elle m'a pardonné et accepté cette situation. Rares sont les femmes qui raisonnent comme ça. Elle me soutient, me rappelle les heures de prises des médicaments. »

Enquête 6, (femme, 38 ans). « Ethnie Bembé, c'est depuis 2 ans que je suis en couple. Mon mari à 40 ans, séronégatif et ne connaît pas ma sérologie. Le préservatif n'est pas une priorité dans notre union, car nous avons le désir d'enfant. Je suis attachée à la médecine traditionnelle pour éviter que mon mari et d'autres personnes connaissent ma situation. J'ignore le nombre de partenaires, les mécanismes de transmissions du sida et les moyens de préventions sont connus. Mon mari m'aime, il n'a pas d'enfant, je lui donne cette chance. Je suis sous ARV depuis novembre 2014, après la mort de mon premier mari.

Enquête 7, (homme, 55 ans) « En couple depuis 2012, j'ai eu trois enfants dans un précédent mariage dont un est vivant. C'est à la suite d'un zona intercostal que j'ai été dépisté positif en 2009. Ma femme est âgée de 50 ans, elle est cultivatrice et à un niveau du secondaire. Je ne peux pas me rappeler du nombre de partenaires, car je connais les femmes depuis l'âge de 15 ans. À propos du préservatif, je n'aime pas, il retient mon plaisir. Notre statut est connu des parents, puisque les tests étaient effectués avant de se mettre en union. Il n'y a jamais eu de tensions dans notre couple. Je suis sous ARV, avec une bonne observance. Mon dernier mot, j'ai l'espoir de vivre encore longtemps, ma femme et ma famille me soutiennent »

Enquête 8, (femme, 41 ans). « Je suis originaire de la RDC, professionnelle de sexe, déclarée séropositive le 17 août 2011. C'est depuis le 12 septembre 2011, que je suis sous traitement. Mon mari est congolais de Brazzaville, père de 5 enfants, divorcé, et manutentionnaire au port maritime de Pointe-Noire. Il ne connaît pas ma sérologie, il se contente de son résultat et pense que mon statut est négatif 'Zoba mobali'. Je ne peux rien lui dire, c'est mon secret jusqu'à la mort. Nous n'avons pas d'enfant, je vis avec lui par amour d'argent 'apesa à tala té', je m'en irai quand je me sentirai affaibli par

la maladie. »

Enquête 9, (homme, 46 ans). « Je suis père de deux enfants, nous sommes en couple depuis 15 ans, j'ai connu ma sérologie le 1er mars 2018, à la suite d'une perte pondérale. Je suis sous traitement depuis le 7 mars 2018. En dehors du corps médical, personne ne connaît mon statut. J'ai exhorté ma femme à faire le test qui s'est avéré négatif. Le préservatif est utilisé systématiquement dans notre couple. J'ai une bonne connaissance du VIH/sida et des moyens de préventions. Nous ne désirons plus d'enfants, ma femme me soutient moralement. »

Enquête 10, (femme, 49 ans). « Téké du pool, je vis avec mon conjoint depuis 3 ans, comme 2^e épouse. Ma sérologie est connue en 2015, à la suite des fortes fièvres (standard à 40 °C). Mon mari connaît mon statut et pense qu'il s'agit d'une injustice de la nature. Le préservatif n'est pas systématique dans notre union. Nous n'avons pas de désir de maternité, puisque j'ai l'âge de la ménopause. Je suis sous ARV, avec une bonne observance. Je vis en harmonie avec mon époux ».

Enquête. 11, (femme, 36 ans). « Je suis en couple depuis 2016. Par manque de satisfaction sexuelle, j'ai eu des rapports sexuels hors mariage non protégés, qui sont certainement la cause de mes malheurs. J'ai une bonne connaissance des modes de contaminations et moyens du sida. La sorcellerie ne peut pas transmettre le VIH/sida. Mon mari est séropositif, chaque 6 mois, la société (MTN) en collaboration avec le CNLS organise des tests de dépistage pour ses agents. Je n'ai jamais exigé l'usage du préservatif de peur d'être suspectée par mon mari.

Je n'ai pas un désir d'enfants, mon mari non plus, il a 11 enfants et 6 petits-fils ».

Enquête 12, (femme, âgée de 41 ans). « Je suis en couple depuis 10 ans, c'est pendant les consultations prénatales que ma sérologie a été révélée. J'ai informé mon mari, une année après, sur demande de la sage-femme principale. Notre pasteur pense qu'il s'agit d'un mauvais sort de ma famille qui ne veut pas de cette union. Le statut discordant de notre couple est connu, ma belle-mère a même demandé un divorce, mon mari s'est opposé. Nous sommes rejetés par la famille. Le préservatif n'est pas utilisé dans notre union, car c'est 'démoniaque'. Aussi, nous n'avons pas de désir de maternité. Je bénis Dieu pour mon foyer, je l'aime. »

Enquête. 13, (femme, âge de 50 ans). « Nous sommes en couple depuis 2015, je suis séropositive depuis 2007, à la suite de fortes fièvres, zona intercostal, conjonctivite récidive et perte pondérale. J'ai eu des rapports hors mariages non-protégés. Mon mari ne connaît pas mon statut, j'ai peur qu'il me traduise devant la justice, c'est mon secret jusqu'à la mort. Pas de désir de maternité, je suis sous traitement depuis 2007, avec une bonne observance. La charge virale coûte 25 000 frs CFA (38,1 €), je me contente des CD4, 10 000 frs CFA soit (15,2 €) frs à l'hôpital militaire. Je vis avec lui parce qu'il me soutient financièrement ».

Enquête 14, (femme, 25 ans). « Ethnie Kamba, en couple depuis 2015, c'est à la suite d'un zona intercostal et une fièvre à long court, que j'ai été testée positive au VIH en décembre 2017. Le statut discordant n'a pas entraîné des tensions dans notre couple. J'ai une bonne connaissance du sida (les voies de transmissions et les moyens de préventions). Aussi, je suis sous traitement antirétroviral depuis six mois ; le préservatif est utilisé de manière systématique, il n'y a plus de désir d'enfants dans notre couple. Nous nous aimons ».

Enquête 15, (femme, 38 ans). « Ethnie mbamba, je suis en couple depuis 3 ans, mon statut sérologique est connu depuis 2014. Mon mari était informé par le corps médical pendant l'accouchement. Il était d'abord indifférent, s'en est suivi, des discussions avant que la situation se normalise. Notre sexualité est gérée par le préservatif depuis deux ans, l'âge de notre dernier enfant. Je suis sous traitement depuis 4 ans avec une bonne observance. Mon mari m'aime, je l'aime ».

Enquête 16, (homme, 46 ans). « Ethnie lari, je suis en couple depuis 4 ans et séropositif le 12 novembre 2017 à la suite d'une fièvre pondérale et diarrhée à long court. Ma femme est séronégative, son dernier test remonte en mars 2018, il connaît mon statut. Les rapports sexuels hors mariage non protégés, j'en ai eu par ignorance. C'est notre secret, pas question de divulguer l'information. Nous n'avons plus de désir de maternité.

Enquêtée 17, (femme, 45 ans). « Professionnelle de sexe, je vis en couple depuis 10 ans, j'ai eu plusieurs partenaires sexuels. Mon mari et ma famille ne connaissent pas mon statut sérologique. C'est en janvier 2018, que j'ai été dépistée positive, pas de désir

de maternité. Mon traitement est bien toléré, bien respecté. Un jour, j'informerais mon mari de ma sérologie. Aussi, si Dieu me prête vie, j'abandonnerai ce métier. Je vis avec lui par prestige par honneur. Car le destin de tout individu, c'est de se marier ».

Enquête 18, (femme, 56 ans). « Ethnie lari, je suis en couple depuis 5 ans, pas de rapports extra-conjugaux, pas de préservatif dans le couple. C'est depuis le, 5 novembre 2009 que je suis sous ARV, avec une bonne observance. J'ai informé mon mari de ma sérologie dès notre première rencontre. Il m'aime et m'encourage à suivre normalement le traitement. Nous n'utilisons pas le préservatif. Aussi, il souhaite prendre les médicaments pour se prévenir de l'épidémie. J'aime ce monsieur parce qu'il est tendre, doux. Il est mon ami de tous les jours, n'a pas peur de sida. Il me dit de temps en temps "à cet âge le sida peut m'accompagner petit à petit" ».

Enquête 19, (homme, 40 ans) « Séropositif depuis 2006, j'ai rencontré ma femme en 2010. Elle connaît ma sérologie avant notre union. Après plusieurs tests, elle est séronégative, c'est un miracle. Notre situation est connue des parents qui ne voulaient pas de cette union. Nous avons 3 enfants (2 filles, 1 garçon) tous négatifs. Nous ne connaissons pas de tensions dans notre couple. J'aime ma femme, elle m'aime ».

Enquête 20, (homme, 45 ans). « C'est dans le couple que j'ai informé ma femme de ma sérologie, par l'intermédiaire du médecin. Nous n'avons pas un désir de maternité, l'utilisation du préservatif est systématique. Mon statut est connu des parents de ma femme qui sont opposés à notre union. Aux membres de ma famille qui réclament un enfant, je réponds, j'ai abusé de ma jeunesse, je mourrai stérile. La religion m'interdit de faire le mal à une créature de Dieu. J'aime ma femme, elle m'aime, rien ne peut nous séparer ».

Enquête 21, (femme, 39 ans). « Je suis en couple depuis 2009 et dépistée positive en 2010. C'est pendant la césarienne que j'ai été transfusé par du sang contaminé ; mon mari a fait son test de dépistage en 2018, négatif. Nous avons 3 enfants qui sont tous séronégatifs. Le préservatif n'est pas utilisé dans notre couple, je suis enceinte de 6 mois. J'ai une parfaite connaissance du sida et des moyens de préventions.

Il n'y a pas de tensions dans notre couple.

Nous gardons le secret, mon mari me soutient, pas de maladies opportunistes ».

Enquête 22, (homme, 57 ans). « Séropositif depuis 2010, j'ai 3 enfants de mère différentes ; je suis en couple depuis 2014. Les parents de ma femme sont informés de ma sérologie, raison pour laquelle ils s'opposent à cette union. Nous nous aimons par amour et non pour un quelconque intérêt. Le préservatif est utilisé de façon systématique dans notre couple, je respecte mon traitement ».

Enquête 23, (femme, 38 ans). « Nous sommes en couple depuis 2013, en novembre 2014, j'ai découvert ma sérologie, à la suite d'un test de dépistage. Informé, mon mari a fait trois tests successifs tous négatifs. Le statut discordant a généré des tensions dans notre union. Mon mari m'avait quitté pendant 3 mois, aujourd'hui, le tout s'est arrangé, la preuve, c'est lui qui m'accompagne ce matin. Nous voulons d'un enfant raison pour laquelle le préservatif est facultatif. J'ai une bonne connaissance du sida et des moyens de préventions ; il n'y a pas la sorcellerie dans cette histoire. Je suis contente de l'amour que me témoigne mon mari. Mon plus grand souhait, c'est qu'il ait zéro contamination par le VIH d'ici l'an 2030 ».

Enquête 24, (homme, 45 ans). « Depuis deux ans, je vis en union libre avec une femme de 30 ans, fille mère (2 enfants), actuellement enceinte, elle est suivie en privé par une sage-femme. Je suis sous traitement depuis décembre 2016, mes CD4 sont connus chaque 6 mois. Ma femme ne connaît pas ma sérologie ; c'est un secret jusqu'à ma mort. J'ai peur qu'elle me quitte ou me traduise en justice. Un jour, je vais l'informer ».

Enquête 25, (femme, 46 ans). « Ethnie Moudondo, nous sommes en couple depuis 3, j'ai eu 3 enfants dans mon premier mariage. Mon mari connaît mon statut sérologique, nous utilisons le préservatif à vie. Notre couple ne connaît pas de tensions, nous sommes mariés à l'état-civil suivant le régime de la communauté des biens et à l'église. Quel que soit le problème, notre foi chrétienne ne tolère pas le divorce. Pour la maternité, le temps viendra avec l'aide de Dieu lorsque les CD4 vont augmenter ».

Témoignages des agents de santé évoluant dans le centre de prise en charge de M'paka

Infirmière 1 « le dépistage du VIH est anonyme, volontaire et individuel. Les patients viennent en couple ou individuellement. Le counseling pré-dépistage est un moment qui prépare les personnes infectées à l'annonce des résultats du test. Il faut dire que

nombreux connaissent le statut sérologique surtout si c'est la femme qui est porteuse du virus.

À propos des tensions, au niveau du centre nous avons assistés à des séparations à l'annonce des résultats du test. Pour les moyens de préventions, le préservatif reste le plus efficace que nous conseillons. Il convient de souligner que les ARV sont certes gratuits cependant, le contrôle des CD4 et la charge virale sont payants ».

Infirmière 2 « nous recevons les patients célibataires et mariés. Pour les couples discordants, l'accent est mis sur l'utilisation systématique du préservatif, pour préserver le/la partenaire d'une éventuelle contamination. Il importe de souligner que l'annonce des résultats est une épreuve délicate que le counseling pré-test prépare. Le message positif permet de rassurer les individus, apaiser les tensions au sein des couples dont un partenaire est porteur du virus. Malgré les conseils, les séparations sont parfois enregistrées à l'annonce des résultats. Le préservatif est le seul moyen de prévention proposé, car ce n'est pas possible de parler d'abstinence. Nous participons certes, à quelques séminaires, mais ce n'est pas suffisant, nous sommes en marges des avancées scientifiques. Les malades ont des difficultés pour faire un bilan biologique par faute de moyens financiers, certains sont abandonnés par les familles ».

En ce qui concerne la prise en charge, elle n'est pas globale, nous sommes butés par les finances. Par exemple, un perdu de vue ne peut pas être rappelé par manque de téléphone. Aussi, à cause de la famine, certains malades ne suivent pas normalement le traitement.

À propos du désir de maternité, soulignons qu'il n'existe pas dans le pays de structures appropriées prise en charge en AMP des couples discordants. La seule méthode conseillée pour ceux qui désirent un enfant biologique, c'est un rapport non protégé au moment de l'ovulation ».

Infirmière 3, âgée de 41 ans. « Les patients viennent parfois individuellement ou en couple, le conseil que nous donnons, c'est l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels. Chez certains patients, le test de dépistage ou l'annonce des résultats est un tabou. Le centre n'est pas bien équipé, pas de renforcement des capacités pour les agents, la prise en charge des malades est incomplète. En dehors de l'approvisionnement en ARV, il n'y a pas de prise en charge psychologique, ni alimentaire. De même, pas de structures appropriées pour l'AMP. Ne sachant pas à quel saint se vouer, les malades

arrivent dans nos services souvent enceintes, et nous les conduisons chez la sage-femme pour le suivi de la grossesse. La plupart des enfants nés ici sont séropositifs. »

Infirmier 4, 39 ans. « Nous recevons les malades en couple ou individuellement. Pour la protection du partenaire, nous conseillons l'utilisation du préservatif. Il faut souligner que certains couples connaissent leur statut avant de venir au centre. Ils sont informés des voies de transmissions du VIH et les moyens de préventions. Au niveau du centre, notre action se limite à l'approvisionnement en médicaments et parfois le counseling ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES.....	7
LISTE DES PHOTOS.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
RÉSUMÉ.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	16
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	28
CHAPITRE I CONTEXTE DU VIH/SIDA DANS LE MONDE ET AU CONGO- BRAZZAVILLE	30
I. 1. <i>ON NE GUÉRIT PAS ENCORE DU VIH, AUCUN VACCIN N’EXISTE POUR LE MOMENT, LA RECHERCHE AVANCE.....</i>	30
I. 1.1. Une brève histoire de l’épidémie	31
I.1.2. À propos de l’origine africaine du VIH/Sida	32
I.1.3 Structure, réplication virale et modes de transmissions.....	34
I.1.3.1. Structure et réplication virale.....	34
I.1.3.2. Modes de transmissions du VIH	35
I.2. <i>DISTRIBUTION SPATIALE DE L’ÉPIDÉMIE A L’ÉCHELLE MONDIALE</i>	35
I.2.1. L’Afrique subsaharienne face à l’infection par le VIH	37
I.2.2. La situation du VIH en Asie et dans le Pacifique	38
I.2.3. Le Sida dans les Caraïbes et en Amérique Latine.....	39
I.2.4. L’Amérique du Nord et le VIH/sida	39
I.2.5. Situation de l’épidémie en Europe	40
I.3. <i>L’INFECTION PAR LE VIH/SIDA, UNE PRÉOCCUPATION POUR LES POPULATIONS DU CONGO</i>	43
I.3.1. Analyse de l’évolution des principaux indicateurs du VIH/sida	45
I.3.2. L’examen des progrès en rapport l’OMD 6, combattre le VIH/sida... ..	48
I.4. <i>LES CONSEQUENCES DU VIH/SIDA.....</i>	54
I.4.2. Impact du sida sur le plan social	59
I.4.3. Impact du sida sur le fonctionnement des services.....	63
I.4.4. Impact sur l’économie.....	64
I.5. <i>PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DU VIH/SIDA</i>	67
I.5.1 Représentations du VIH/sida dans le monde occidental	68
I.5.2. Les représentations du VIH/sida en Afrique et au Congo	70
I.5.3. Ce que les jeunes pensent du sida. Cas de Brazzaville	73
CHAPITRE II VIE DES COUPLES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO	75
II. 1. <i>CE QUE REPRÉSENTE VIVRE EN COUPLE POUR LE CONGOLAIS ?.....</i>	76
II. 1.1. Fonction de reproduction ou biologique.....	76

II. 1.2. Fonction économique	77
II. 2. FORMES ET CARACTÉRISTIQUES DES UNIONS.....	80
II. 3. ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE NUPTIALITÉ SELON LES TROIS DERNIERS RECENSEMENTS (1974, 1984, 2007).....	89
II. 3.1. Le célibat définitif en augmentation depuis quatre décennies.....	90
II. 3.2. Intensité de nuptialité.....	91
II. 3.3. L'âge moyen au premier mariage	92
CHAPITRE III ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS ET RÉFÉRENCES THÉORIQUES	95
III. 1. ÉTAT DE LA QUESTION SUR LES COUPLES DISCORDANTS.....	97
III. 1.1. L'AMP chez les couples discordants	97
III. 1.1.1. Les travaux précurseurs de l'équipe Italienne.....	98
III. 1.1.2. L'AMP chez les couples discordants en Angleterre, Espagne, France et aux États-Unis	98
III. 1.2. Risque de transmission sexuelle du VIH dans un couple discordant.....	99
III.1.3. Les facteurs associés à la transmission du VIH dans un couple discordant .	104
III.1.3.1. Les facteurs biomédicaux.....	104
III.1.5. Dimension socioculturelle de la sérodiscordance	110
III.2. QUELQUES RÉFÉRENCES THÉORIQUES	112
III.2.1. Les théories de l'homogamie	113
III.2.2. Théories de la complémentarité et similitude	115
III.2.3. Théorie de l'attachement.....	116
III.2.4. Théorie objectale	116
III.2.5. Théories de la croyance sociale.....	117
III.2.6. Schéma conceptuel et formulation de l'Hypothèse.....	122
III. 2.7. Hypothèse de recherche	125
DEUXIÈME PARTIE CADRE CONTEXTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE.....	128
CHAPITRE IV PRÉSENTATION DU TERRAIN D'ÉTUDE	130
IV.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE	130
IV.1.1 Organisation administrative, relief et climat.....	130
IV.2. POPULATION ET CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES.....	132
IV.2.1. Volume, structure de la population et urbanisation	132
IV.2.2. À propos de la fécondité	138
IV.3. CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES, CONTEXTE HISTORIQUE ET POLITIQUE	141
IV.2.1. Composition ethnolinguistique	141
IV.2.2. Contexte historique et politique	143
IV.4. CONTEXTE ÉCONOMIQUE, ÉDUCATION ET SYSTÈME DE SANTE.....	148
IV.4.1. Économie peu structurée en quête de diversification.....	148
IV.4.1.1. Les effets de la crise économique de 1980 à 1990.....	149
IV.4.1.2. De la crise économique à la crise morale.....	150
IV.4.2. Éducation, facteur de développement, lutte contre la pauvreté et le VIH ...	151
IV.4.3. Un système de santé en pleine reconstruction	151
IV.4.3.1. L'organisation du système sanitaire congolais	152

IV.4.3.2. Prise en charge des couples sérodiscordants.....	160
CHAPITRE V ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE.....	165
V. 1. APPROCHE QUANTITATIVE.....	165
V.1.1. Sources de données	165
V. 1.2. Outils de collecte de données	166
V. 1.2.1. Questionnaire individuel (femme et homme).....	167
V. 1.2.2. Test de dépistage du VIH	167
V. 1.3. Évaluation de la qualité des données.....	170
V. 1.3.1. Détermination des taux de non-réponse	170
V. 1.3.2. Évaluation de la qualité des données sur l'âge.....	172
V. 1.4. Limite des données de l'ESISC-09	177
V. 1.5. Construction des indicateurs	178
V. 1.5.1. Variable expliquée ou variable dépendante.....	178
V. 1.5.2. Indicateur du niveau de vie	180
V. 1.5.3. Connaissance des mécanismes de transmission du VIH/sida	180
V. 1.6. Méthodes d'analyse.....	181
V. 1.6.1 Analyse descriptive	182
V. 1.6.2. Analyse explicative	183
V. 2. APPROCHE QUALITATIVE.....	185
V. 2.1. Distinction entre les approches qualitative et quantitative.....	186
V.2.2. Enquête complémentaire	187
V.2.2.1. Entretien semi-directif.....	187
V.2.2.2. Déroulement des entretiens	188
V.2.3. Analyse de contenu	188
V.2.4. Caractéristiques sociodémographiques de la population interviewée.....	189
TROISIÈME PARTIE : TYPOLOGIE ET ESSAI D'EXPLICATION	193
CHAPITRE VI CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET TYPOLOGIE DES COUPLES DISCORDANTS AU CONGO	195
VI. 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	195
VI. 1.1 Distribution de la population échantillonnée	195
VI. 1.2. Niveau national et variations régionales de la sérodiscordance.....	200
VI. 1.2.1 Niveau national ou global	200
VI.1.2.2. Variations des taux de sérodiscordance par département	201
VI. 1.3. Différentiels de la sérodiscordance (analyses bivariées)	203
VI. 1.3.1. Analyse des caractéristiques socio-culturelles et économiques.....	203
VI. 1.3.2. Examen des caractéristiques sociodémographiques	210
VI.1.3.3. Connaissance, attitudes et comportements à l'égard du VIH/sida.....	215
VI. 2. TYPOLOGIE DES COUPLES SÉRODISCORDANTS.....	221
VI. 2.1.1. Choix des facteurs	222
VI.2.1.2. Critères de l'AFCM	224
VI.2.2. Analyse des classifications (principes et critères).....	225
VI. 2.2.1. Présentation des résultats (homme).....	225
VI. 2.2.2. Interprétation des résultats pour l'Analyse des classifications	230
VI.2.2.3. Présentation des Résultats (Femme)	232

VI.2.2.4. Interprétation du graphique des modalités Femme	235
VI. 2.2.5. Analyses des classifications (femme) :	236
CHAPITRE VII ESSAI D'EXPLICATION DE LA SERODISCORDANCE DU	
VIH/SIDA AU CONGO.....	238
<i>VII.1 EFFETS NETS DES VARIABLES EXPLICATIVES</i>	240
VII.1.1 Caractéristiques socioculturelles et économiques	240
VII.1.1.1. La région de résidence, appartenance ethnique	240
VII.1.1.2. Effet de la religion	243
VII. 1.1.3. Les conditions économiques	245
VII.1.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	247
VII.1.3 Connaissance, attitude et comportement à l'égard du VIH/sida.....	249
VII. 1.4. Mécanismes d'influence des différentes variables (hommes).....	253
VII.1.5. Mécanismes d'influence des différentes variables (femmes).....	256
CHAPITRE VIII VIE DES COUPLES SERODISCORDANTS. ANALYSE DES	
DONNEES QUALITATIVES COMPLEMENTAIRES	259
<i>VIII. 1. CONNAISSANCE DE LA SÉROPOSITIVITÉ DU CONJOINT</i>	262
<i>VIII. 2. QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES PERSONNES VIVANT EN</i>	
<i>COUPLE DISCORDANT ?</i>	267
<i>VIII. 3. LE DÉsir D'ENFANT OU DE MATERNITÉ</i>	277
CONCLUSION GÉNÉRALE	289
BIBLIOGRAPHIE	299
INDEX ALPHABETIQUE.....	315
ANNEXES.....	318
ANNEXE I TABLEAUX ET FIGURES	319
ANNEXE II : GUIDES D'ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES ESISC-2009	341
ANNEXE III : TEXTES REGLEMENTAIRES.....	370
ANNEXE IV : DETAILS SUR CHAQUE ENQUETE.....	381

Figure 56 : Cartographie des couples discordants au Congo

