

Thème : **Le VIH, le Sida et les familles**

Sujet : **GENRE ET COMPORTEMENT SEXUEL DES JEUNES
CONGOLAIS ACTUELLE FACE AU VIH/SIDA.**

Par

Gauthier MUSENGE MWANZA
Département de Sociologie
Chercheur au Centre d'Etudes Politiques
Université de Kinshasa

INTRODUCTION

Les défis liés au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et au Sida (syndrome de l'immunodéficience acquise) constituent actuellement le plus grand problème de santé en République Démocratique du Congo et au reste du monde, car c'est vers le milieu des années 1980 qu'on a admis que le sida était une crise mondiale¹. Depuis le début de l'épidémie du sida, 65 millions de personnes ont été infectées par le VIH. On estime qu'en 2002, le nombre de nouveaux cas d'infections au VIH s'élevait à 5 millions. A la fin de 2002, on estimait à 42 millions le nombre de personnes atteintes du VIH et du sida. Cette année 2005, 5 millions de personnes seront infectées par le VIH et 3 millions mourront du VIH et du sida. Car chaque jour, dans le monde, 14 000 personnes sont infectées par le VIH. En Afrique, on estime qu'un enfant devient orphelin à cause du sida toutes les 14 secondes. Afin de commémorer tous ceux qui en souffrent, le 1er décembre a été décrété Journée mondiale du sida.² Mais en République Démocratique du Congo, l'estimation du nombre de personnes congolaises de 0 à 49 ans (adultes et enfants) vivant avec le VIH/Sida en 2003 (en milliers) était de 1100, tandis que celle des femmes de 15 à 49 est de 570³.

¹ L. Liskin, R. Blackburn and J. Maier, "AIDS: A public health crisis", in *Population Reports*, Series L, n° 6, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul./Aug. 1986, p. 35.

² Source : www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailId=2253 Consultation, juillet 2005.

³ Source : http://www.unicef.org/french/infobycountry/drcongo_statistics.html Consultation, juillet 2005.

Bien qu'on ne s'en soit pas rendu compte au début, l'épidémie de VIH/Sida frappe surtout les jeunes en République Démocratique du Congo. Les statistiques du Programme Commun de Nations unies sur le VIH/Sida (ONU Sida) indiquent l'ampleur de la catastrophe parmi les jeunes : l'estimation de la prévalence du VIH en République Démocratique du Congo chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à la fin 1999 a évolué de 4, 3, 5 à 8 % pour les filles et de 1, 7, 3 à 3 % pour les garçons⁴.

Bien que les jeunes soient ceux qui pâtissent le plus du VIH/Sida, l'épidémie qui sévit parmi eux reste en grande partie invisible non seulement aux jeunes eux-mêmes mais aussi à l'ensemble de la société congolaise.

En effet, les jeunes sont souvent des vecteurs du VIH pendant des années sans savoir qu'ils sont infectés. Dans ces conditions, l'épidémie se diffuse au-delà des groupes à haut risque et atteint l'ensemble de population, ce qui rend d'autant plus difficile de la combattre.

Les estimations montrent une évolution géométrique de l'épidémie chez les filles par rapport à l'évolution arithmétique chez les garçons ; au moins 8 % de filles sont infectées et 3 % de garçons âgés de 15 à 24 ans. L'infection se diffuse dans les tranches d'âges plus jeunes quand les hommes choisissent comme partenaires sexuels des filles toujours plus jeunes. Beaucoup d'hommes croient, probablement avec raison, que les filles plus jeunes risquent moins d'être infectées par le VIH, tandis que d'autres pensent à tort que des rapports sexuels avec une vierge peuvent guérir du sida⁵.

Malgré l'épidémie de Sida, nombreux sont ceux qui continuent à avoir un comportement sexuel dangereux, même s'ils savent que les condoms empêchent la transmission des infections⁶. Il est peu probable que tous ces acteurs sexuellement actifs utilisent toujours le condom quand ils le devraient. Des normes sociales profondément

Les vocables "jeunes" et "adolescents" ont reçu diverses définitions. Pour l'OMS, on attend par adolescents les personnes de 10 à 19 ans et par jeunes la tranche d'âge plus large de 10 à 24 ans. Ces deux vocables sont employés de façon interchangeable ; c'est cette pratique que suit cette étude.

⁴ Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), 2000, p. 162.

⁵ A ce propos, lire :

- K. Stanecki, *Focus dialogue on HIV/AIDS and youth. Presented at the Focus Meeting on HIV*, Washington, D.C., May 24, 2001, 16 p.
- G. Rao Gupta, *The what, the why and the how. Presented at the 13th International AIDS Conference*, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000.
- United Nations Population Fund (UNFPA), *Partners for change: En listing men in HIV/AIDS prevention*, New York, UNFPA, 2000, 24 p.

enracinées encouragent les filles à courir des risques sexuels et découragent en même temps le recours aux condoms. La tradition veut que les femmes ne doivent ni parler de sexualité ni demander des condoms. La fille sait que son partenaire a des rapports sexuels en dehors d'elle, mais ne peut pas proposer des condoms par crainte que celui-ci la rejette. L'homme à son tour peut savoir que sa partenaire a d'autres partenaires sexuels mais se réserve de proposer le condom pour éviter une crise de confiance.

D'autres obstacles s'opposent aussi à l'emploi des condoms. Certains ne les aiment pas. Certaines filles croient, à tort, qu'elles ne courent que peu ou pas de risque de grossesse ou d'infections sexuellement transmissibles. Il y en a qui évitent les condoms parce qu'ils ne leur font pas confiance et n'aiment pas leur image. Dans la culture kinoise, certains cris initiés par les musiciens pour la jeunesse tel que "Etutana yango na yango", "Nzoto na nzoto e zoka", (pour dire : faire le rapport sexuel sans condom pour plus de plaisir) découragent l'emploi des condoms et encouragent les acteurs à prendre des risques. Les condoms empêchent les infections et la grossesse, mais uniquement quand on s'en sert correctement et constamment.

A la suite de cette évolution des préférences sexuelles, les filles sont infectées en moyenne dix ans plus tôt que les garçons ; c'est pourquoi, beaucoup d'entre elles vont mourir du sida à un âge moins avancé que les garçons⁷. Dans la crainte qu'il y ait plus d'hommes d'âge fécond que de femmes, notre attention porte sur les contextes sociaux des causes et conséquences de ce déséquilibre pouvant conduire les hommes à avoir des rapports sexuels avec des filles encore plus jeunes, augmentant ainsi le taux de séropositivité des adolescentes.

Tout en proposant des stratégies pouvant mettre fin à ce désastre, nous mettrons l'accent sur le rôle de la famille, celui de l'Etat et de la communauté internationale en insistant sur la capacité d'intervention limitée de chacun dans ce secteur.

⁶ Sur "http://www.unicef.org/french/infobycountry/drcongo_statistics.html", il est dit : 45 % de femmes congolaises de 15 à 24 ans (1998-2003) savent que les préservatifs peuvent prévenir le VIH.

Les deux phrases signifient : faire le rapport sexuel sans condom pour plus de plaisir.

⁷ K. Stanecki, *The AIDS pandemic in the 21st century: the demographic impact in developing countries*. Presented at the 13th International conference on AIDS, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000, p. 7.

Les filles sont particulièrement vulnérables au VIH/Sida en raison des caractéristiques physiques, psychologiques, sociales et économiques de l'adolescence. Beaucoup d'adolescentes sont dans une situation de dépendance économique et manquent d'expérience sociale ; on ne leur a pas enseigné, ou elles n'ont pas appris, à se protéger contre l'infection, et elles ont en général moins accès aux soins de santé que les adultes. La culture et la société congolaises exercent des effets profonds sur le comportement et font souvent augmenter la vulnérabilité des jeunes filles au VIH/Sida. Les adolescentes ne sont souvent pas en mesure de bien comprendre la gravité de leur exposition au risque et les résultats dangereux qui peuvent en découler.

Le problème du genre soulevé ici peut être étendu à d'autres pays africains, voire d'autres pays en voie de développement, mais la République Démocratique du Congo est un pays-type où l'on peut facilement observer le phénomène de pauvreté fondée sur le genre infiltrée dans plusieurs secteurs de la vie nationale. La nature et l'ampleur de ce fléau varient considérablement d'une société à une autre. Bien sûr, ce sont les femmes qui écopent de la plus lourde partie du fardeau de ces inégalités. Mais ces dernières affectent la société dans son ensemble et portent préjudice à tous les citoyens. Pour cette raison, promouvoir l'égalité entre les genres s'avère d'une importance capitale pour notre pays : cette promotion favoriserait sa croissance globale.

Notre propos montre comment la pauvreté contribue à empirer les disparités fondées sur le genre. Les jeunes filles se retrouvent victimes par des inégalités, ce qui limite leur capacité de participer au développement et d'en tirer profit, car les inégalités fondées sur le genre entravent le développement. En bout de ligne, c'est la société congolaise entière qui doit défrayer les coûts de ce drame.

Le bien-être des gens se détériore ainsi que la capacité de croissance de la nation, jointe à celle de gouverner effectivement et, par conséquent, de réduire la pauvreté. Nous voulons montrer davantage les liens existant entre les questions relatives aux différences entre les genres, les politiques publiques et le développement. L'approche globale de cette étude s'est inspirée d'une saisie multidisciplinaire de la question du genre. Le but ultime est de savoir quels types de politiques et de stratégies

seront les plus aptes à promouvoir l'égalité entre les genres et à encourager un développement durable, tenant compte des réalités locales.

Hormis l'introduction et la conclusion, le corps de la présente lecture commence par répondre aux questions pourquoi et comment l'évolution géométrique de l'épidémie du VIH aux filles congolaises, une démarche exigeante en Sociologie. Ces points sont suivis d'une analyse sociologique de l'hétérosexualité des filles ; pour terminer par la réponse à la question comment faire, suggérant ainsi les modes d'actions utiles et nécessaires pour juguler cette épidémie mortelle. Ce dernier point marque le fondement de la tradition intellectuelle qui inspire notre observation.

1. SITUATION REELLE SUR LE TERRAIN

Pour bien entreprendre notre sujet, nous avons mené une enquête sur le terrain qui a porté essentiellement sur les filles de 10 à 25 ans. Faute de temps et de moyens disponibles, notre échantillon intentionnel a porté sur la ville de Kinshasa. Mais pour appréhender la différence entre la vie des filles en milieu rural et en milieu urbain, et saisir aussi la différence interethnique, nous avons administré notre questionnaire à quarante-six filles dont quatorze Kinois soit 30,4 % (nées et grandiées à Kinshasa) et trente-deux filles soit 69,5 % venues d'ailleurs ayant vécu tout au plus une année à Kinshasa.

Parmi les trente-deux filles venues d'ailleurs soit 69,5 %, vingt-trois soit 71,8 % sont venues des milieux ruraux divers. Il s'agit entre autre de trois filles soit 13 % venues de la province de l'Equateur (1 Ngombe, 1 Budja et 1 Mongo), cinq soit 21,7 % venues de la province de Bandundu (2 Yansi, 1 pende, 1 Mbala, 1Bunda), quatre soit 17,3 % sont du Kasai Occidental (1 Shilele, 1 Kuba), deux soit 8,6 % du Bas-Congo (1 Yombe et 1 Nianga), cinq soit 21,7 % sont du Kasai Oriental (2 Luba, 1 Kanioka, 1 Songye et 1 Tetela), quatre soit 17,3 % sont de province Orientale (1 Lokele, 1 Soko, 1

Le choix des enquêtées a été effectué par les filles (nos collaboratrices), de promotions respectives pour les étudiantes, et celles du quartier pour la cité (essentiellement Livulu à Lemba). Ce qui nous a facilité la sélection selon le lieu de provenance et selon l'ethnie de l'enquêtée. Quant au lieu d'enquête (le campus de l'Université de Kinshasa et notre quartier de résidence), nous avons tenu compte de facilité d'accès aux enquêtées.

Topoke, 1 Hema), une fille soit 4,3 % du Katanga (Luba), et 4,3 % autre du Sud Kivu (Shi).

De ces trente-deux filles soit 69 %, neuf soit 28,1 % sont venues des milieux urbains ou d'influence urbaine. Tous les 69 % sont étudiantes dont vingt-six soit 81,2 % en première année de graduat, quatre soit 12,5 % en deuxième et deux soit 6,2 % en troisième graduat de toutes les facultés de l'Université de Kinshasa et de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales, excepté les facultés de Sciences et Polytechnique. Seules trois soit 9,3 % sont mariées dont une soit 33,3 % a deux enfants, les deux soit 66,6 % n'en ont pas encore à cause, disent-elles, de la jeunesse du mariage.

De quatorze Kinois soit 30,4 %, il y a cinq élèves soit 35,7 %, deux écolières soit 14,2 % et sept soit 50 % filles qui ont abandonné l'école. Excepté les trois étudiantes mariées soit 6,5 %, toutes les autres (quarante-trois) c'est-à-dire 93,4 % sont célibataires, parmi lesquelles, onze soit 25,5 % sont mères dont cinq étudiantes soit 45,4 %, deux élèves soit 18,1 % et quatre non élèves soit 36,3 %. Toutes ces filles soit 100 % qui ont répondu à nos questions ont leur hymen perforé, c'est dire qu'elles sont sexuellement actives. Personne d'entre elles n'a connu les rapports sexuels avant dix ans. Mais douze soit 26 % disent avoir eu leur premier rapport sexuel avant quinze ans, vingt et un soit 45,6 % en ont eu avant vingt ans et treize soit 28,2 % avant vingt-cinq ans. Parmi les trois mariées soit 6,5 %, seule une soit 33,3 % a connu tous ses rapports sexuels avec son mari. De quarante-cinq restant soit 97,8 %, deux soit 4,4 % reconnaissent avoir passé leurs premiers rapports sexuels avec les adultes mariés dont elles ne savent pas estimer l'âge et une autre soit 2,2 % en a eu avec un adulte célibataire. Trente et un soit 68,8 % ont eu leurs premiers rapports sexuels avec les garçons de leur génération, mais sept soit 15,5 % se sont abstenues à la réponse ; quatre soit 8,8 % ne savent pas. Pour les restes de leurs rapports sexuels, toutes les quarante-cinq filles soit 97,8 % ont refusé de faire l'éventaire de leurs partenaires sexuels.

A la question de savoir si chacune d'elle a déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires adultes en âge d'une génération supérieure, à l'exception des premiers rapports sexuels, seul six soit 13 % en ont reconnu, vingt-quatre soit 52,1 % ont répondu négativement, neuf soit 19,5 % ont dit que c'est leur vie privée et sept soit

15,2 % se sont réservées à la question. Parmi les six soit 13 % qui ont passé des rapports sexuels avec des partenaires adultes, deux soit 33,3 % ont signalé le non usage du condom parce que, disent-elles, leurs partenaires n'en ont pas pris l'initiative. Une soit 16,6 % de ces six filles est kinoise, étudiante et issue d'une famille modeste. Celle-ci est prédotée par un partenaire adulte marié et père des enfants dans l'espoir de devenir deuxième épouse.

Elle est prise en charge par son partenaire (opérateur économique) qui l'a recommandée aux études à l'université. La prédotée a accepté d'être sa seconde épouse pour résoudre aussi ses problèmes économiques.

Toutes ces filles soit 100 % connaissent le condom et son utilité. Personne d'entre elle n'a utilisé le condom féminin et laisse l'usage du condom masculin au seul libre choix du partenaire. Personne n'a le courage de recommander à son partenaire sexuel l'usage du condom.

La coutume, disent-elles, leur interdit d'initier l'usage du condom à l'homme. Toutes ces filles reconnaissent l'existence du VIH/Sida et son mode de transmission par le rapport sexuel. Elles attribuent à l'homme toute la responsabilité de transmission du VIH.

Elles disent toutes que le partenaire adulte paie bien, c'est-à-dire donne beaucoup d'argent aux jeunes filles, contrairement aux jeunes garçons de leur génération.

Aucune fille ne se reconnaît issue d'une famille riche. Dix-sept soit 36,9 % se disent de famille modeste, vingt-quatre soit 52,1 % sont de famille très pauvre et cinq soit 10,8 % n'ont pas répondu à la question. Quant à l'emploi des parents, les pères de 4,3 % (deux) de filles sont commerçants, ceux de seize soit 34,7 % de filles sont agriculteurs, six filles soit 13 % sont orphelines de père, sept filles soit 15,2 % ont des pères employés et neuf soit 19,5 % en ont artisans, trois filles soit 3,5 % n'ont pas déterminé l'emploi de leurs pères et 3,5 % autres filles sont de pères chômeurs. Au sujet de l'emploi des mères, excepté deux soit 4,3 % de filles orphelines de mère, dix-sept

filles soit 15,2 % sont de mère agricultrices, celles de cinq filles soit 10,8 % sont commerçantes, les mères de sept filles sont ménagères, celles de trois autres sont employées, huit mères se débrouillent dans la vente des biens divers et quatre filles soit 8,6 % n'ont pas précisé l'emploi de leurs mères.

Concernant le dialogue des filles avec leurs parents sur la sexualité, une fille soit 2,1 % tient facilement dialogue avec les deux parents ; onze soit 23,9 % préfèrent parler aux mères qu'aux pères ; trois filles soit 6,5 % trouvent mieux de parler aux pères qu'aux mères ; treize filles soit 28,2 % en parlent aux amies qu'aux membres de la famille ; onze soit 23,9 % communiquent avec la grand-mère et/ou la tante ; quatre soit 8,6 % causent bien avec les sœurs et/ou cousines et une fille soit 2,1 % n'a pas répondu à la question.

De ce qui précède, nous retenons que l'âge des premiers rapports sexuels varie beaucoup selon le sexe et selon le milieu. Les garçons déclarent plus souvent avoir de multiples partenaires sexuels et avoir des rapports avec des amies de rencontre. Par contre, les jeunes filles disent d'ordinaire qu'elles ont en leur premier rapport sexuel avec un partenaire qui est devenu leur ami ou leur fiancé. Il se peut cependant que les enquêtes ne rendent pas toujours compte de façon exacte du comportement des jeunes. Les garçons peuvent exagérer, puisque les normes culturelles encouragent et approuvent les expériences sexuelles des garçons, tandis que les filles peuvent au contraire, ne pas déclarer toutes leurs activités sexuelles parce que les normes culturelles prônent leur virginité avant le mariage. En outre, les différences entre les sexes parmi les jeunes séropositifs varient beaucoup en République Démocratique du Congo. Lorsque la transmission du VIH est en grande partie hétérosexuelle, il y a souvent plus de filles infectées que des garçons.

2. LE SIDA ET L'ACTIVITE HETEROSEXUELLE DES JEUNES CONGOLAISES

“Dans le monde entier, la transmission du VIH s’effectue, environ trois fois sur quatre, par les rapports sexuels. Parmi ceux-ci, les relations hétérosexuelles interviennent pour 75 % et les rapports sexuels entre hommes pour 25 % de cas. [...] En Afrique subsaharienne [...], la transmission par les rapports sexuels entre hommes et femmes domine de manière écrasante ; moins de 1 % des cas de contagion impliquent des relations homosexuelles”⁸.

Pour le cas de la République Démocratique du Congo, le VIH/Sida nous conduit à examiner ce qu’on entend par rapports sexuels, notamment l’activité hétérosexuelle, à cause de son approbation formelle dans la société congolaise. Toutes les autres pratiques sont les fruits de l’acculturation.

Depuis plus d’une décennie, on a l’impression que les jeunes congolaises de 15 à 20 ans deviennent sexuellement actives plus tôt que leurs homologues de générations précédentes. Des comparaisons entre les filles de cet âge par rapport aux femmes de plus de 45 ans ne révèlent aucune tendance universelle. Non seulement les données de notre propre enquête montrent que toutes nos répondantes sont sexuellement actives, mais aussi chaque année, de milliers de filles de moins de 20 ans accouchent et donnent naissance à des enfants non désirés. Un grand nombre de ces grossesses et de ces naissances ne sont pas souhaitées (de 93,5 % répondantes célibataires, 25,6 % sont mères des enfants non désirés).

En effet, l’âge moyen des filles au moment des premiers rapports sexuels a augmenté en ville comme à la campagne. Pour preuve, 26 % de nos répondantes disent avoir eu leur premier rapport sexuel avant quinze ans, 45,6 % en ont eu avant vingt ans et 28,2 % avant vingt-cinq ans. Etant donné que toutes les répondantes laissent l’initiative de l’usage du condom à leur partenaire et n’utilisant pas le condom féminin, le risque d’infection par le VIH durant les rapports non protégés est de deux à quatre

⁸ Banque Mondiale, *Faire face au sida. Les priorités de l’action publique face à une épidémie mondiale. Rapport de la Banque Mondiale sur les politiques de développement*, Washington, DC, 1997, pp. 24-25.

fois plus grand pour une femme que pour un homme.⁹ La transmission de l'homme à la femme est plus probable parce que, durant les rapports vaginaux, la femme expose une plus grande partie de son appareil génital aux sécrétions sexuelles de son partenaire. En outre, la concentration du VIH est en général plus élevée dans le sperme de l'homme que dans les sécrétions sexuelles féminines¹⁰.

Les filles courent encore plus de risques que les femmes adultes. Le vagin et le col de l'utérus des jeunes filles sont moins matures et résistent moins aux VIH et autres infections sexuellement transmissibles, telles que la chlamydia et la gonorrhée. Les changements qui se produisent dans l'appareil reproducteur durant la puberté rendent les tissus plus susceptibles à la pénétration du VIH. En outre, les changements hormonaux associés au cycle menstruel sont souvent accompagnés d'un amincissement du bouchon glaireux du mucus, qui est la couche de protection qui recouvre le col. Cet amincissement peut laisser plus facilement passer le VIH. Les jeunes filles ne produisent guère de glaire vaginale, qui n'oppose qu'un faible obstacle à la transmission du VIH.¹¹ Au fur et à mesure que se multiplient les études sur l'infection par le VIH qui englobent aussi bien les filles que les hommes, on constate que, pour des raisons inconnues, les filles deviennent plus malades que les hommes à charge virale plus faible.

⁹ R. Royce et alii, "Sexual transmission of HIV", in *The New England Journal of Medicine*, 336 (15), April 1997, pp. 1072-1078. Aussi M. Ainsworth and M. Over, "Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic", in *World Bank Policy Research Report*, Washington, DC, Oxford University Press, oct. 1997.

¹⁰ S. Watsten and R. Laurich, "AIDS and women: A source-book", in *Phoenix*, Arizona, Oryx Press, 1991.

Chlamydia est une infection causée par plusieurs bactéries, principalement par chlamydia trachomatis. Cette bactérie vit exclusivement à l'intérieur des cellules, responsable de multiples affections chez l'homme, notamment urogénitales. Voir : www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailID=2208

La gonorrhée est une infection transmissible sexuellement causée par une bactérie nommée "gonocoque". Cette bactérie prolifère et se multiplie rapidement dans les endroits humides du corps, notamment le col de l'utérus, la bouche ou le rectum.

Source : www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailID=2209

¹¹ A. Iversen, "Genital shedding in women", in *AIDS Patient care*, 13(12), Dec. 1999, pp. 695-701.

Trois chercheurs américains de l'Université de Californie à San Diego (Shu-ichi Okamoto, Marcus Kaul et Stuart A. Lipton) viennent de découvrir que le VIH non seulement tue les cellules nerveuses mais empêche également au cerveau de s'auto-réparer, entraînant ainsi la démence¹².

En outre, les lésions et les ulcères causés par les IST (infections sexuellement transmissibles) fournissent des ouvertures par lesquelles le VIH peut passer d'une personne à une autre. La présence d'IST fait également augmenter celle de lymphocytes CD4 dans l'appareil génital. Or, ces lymphocytes sont vecteurs du VIH¹³. Ainsi, on peut freiner l'épidémie de VIH en République Démocratique du Congo en prévenant et en traitant les IST, on obtiendrait de meilleurs résultats plus l'on commencera tôt. Comme les filles congolaises se trouvent, en fait, au début de l'épidémie, le traitement peut alors réduire sensiblement la transmission de VIH.

Un groupe de quatorze chercheurs de Weatherall Institute of Molecular Medicine, MRC Human Immunology Unit, John Radcliffe Hospital, Oxford, vient de découvrir que les lymphocytes T des personnes infectées par le VIH-2 s'attaquent à une protéine que l'on retrouve également chez le VIH-1. La découverte est susceptible de permettre la mise au point de vaccins¹⁴.

¹² Shu-ichi Okamoto, Marcus Kaul and Stuart A. Lipton, "HIV/gp 120 decreases adult neural progenitor cell proliferation via check point kinase-mediated cell-cycle withdrawal and G1 arrest", in *Cell stem cell*, University of California, Sa Diego, Vol. 1, 16 August, 2007, pp. 230-236.

Lire aussi : <http://www.cellstemcell.com/content/article/fulltext?uid=PIIS1934590907000768>

Lymphocytes CD4: la fixation de la particule virale sur la cible cellulaire se fait par la liaison de la protéine du virus (gp 120) à la molécule CD4 (molécule membranaire extrêmement importante des lymphocytes). Les lymphocytes (qui sont des globules blanches) sont appelés lymphocytes CD4 ou T4. En fait, ils sont distingués d'une autre catégorie de lymphocytes appelés CD8 ou T8 qui ne sont pas infectés par le VIH.

Source : www.refer.ga/amic/article.php?id_article=1662

¹³ W. Levine et alii, "Increase in endocervical sexually transmitted diseases", in *Journal infectious diseases*, 177(1), jan. 1998, pp. 167-174.

¹⁴ The American Society for Clinical Investigation, "Robust Gag-specific T cell responses characterize viremia control in HIV-2 infection", in *Journal of Clinical Investigation* doi 10.1172/JCI32380 (2007).

Lire aussi: Source :

<http://www.jci.org/cgi/content/abstract/JCI32380v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Leligdowicz&andorexactfulltext=&and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Par contre, les résultats de deux nouvelles études en Ouganda et au Kenya, rendues publiques le 13 décembre 2006, indiquent en effet que les hommes circoncis ont entre 50% à 60% de chances en moins de contracter le VIH/sida via une femme infectée. Ils confirment ainsi ceux d'une expérience menée en Afrique du Sud. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida) a donc encouragé, des circoncisions de masse. Surtout en Afrique australe, particulièrement touchée par l'épidémie qui concerne quelque 24,5 millions d'Africains selon le rapport 2005 de l'Onusida. Le chirurgien urologue sénégalais Abou Soufiane Daffe explique pourquoi l'ablation du prépuce réduit les risques d'infection chez les hommes. Lors de rapports sexuels non protégés, le prépuce qui recouvre le gland peut constituer un réservoir de microbes, de germes et de champignons, à cause de la chaleur et de l'humidité qui caractérisent la muqueuse prépucciale, et ainsi favoriser les maladies sexuellement transmissibles. Par ailleurs, quand on garde le prépuce, on souffre beaucoup plus de microtraumatisme : ce sont des traumatismes non visibles à l'œil nu qui peuvent se produire à chaque fois que l'on veut décalotter pour nettoyer¹⁵.

Nous craignons qu'une pratique systématique de la circoncision conforte les hommes dans l'illusion qu'ils sont hors d'atteinte de la maladie. Or ils resteraient alors très nombreux, même circoncis, à risquer l'infection par le VIH au cours de leurs pratiques sexuelles, quel que soit le taux de protection oscillant selon les études entre 50 à 60 %.

L'illusion d'être protégé par la rigidité et l'épaisseur de la peau de leur membre, après sa cicatrisation post-traumatique, risque alors de vaincre un plus grand nombre d'hommes à ne plus se préoccuper ni de fidélité, ni de protection contre le VIH ... Au risque de devenir les meilleurs vecteurs de la maladie. Toutefois, des procédures de circoncision systématiques, réalisées dans des conditions d'hygiène et de prophylaxie complète, seraient un moyen recommandé de couper court à l'infection... des hommes. Il serait d'autant plus nécessaire de se préoccuper alors du sort des filles, et des moyens de protection spécifiques qu'elles requièrent.

¹⁵ Habibou Bangré, "Pourquoi la circoncision réduit-elle les risques de contracter le sida ? Explications du chirurgien urologue sénégalais Abou Soufiane Daffe".

Source : <http://www.afrik.com/article10892.html> Consultation, le 29/12/2006

3. LA VULNERABILITE DES FILLES DANS CE COMPORTEMENT A RISQUE

Les filles sont beaucoup plus vulnérables au VIH/Sida que leurs partenaires adultes. Comme leur développement social, émotionnel et psychologique n'est pas achevé, elles ont plus facilement un comportement à risque, souvent sans comprendre grand-chose au danger qu'il entraîne. En fait, un comportement sexuel dangereux est souvent un élément intrinsèque du comportement des adolescentes, qui englobe la délinquance et la rébellion contre l'autorité (parentale par exemple). Certaines opinions préconisent la prudence à l'égard d'une vue simpliste qui range les adolescentes parmi les groupes "vulnérables" ou "à risque". Une telle perspective peut fausser notre compréhension de la situation des filles, parce qu'elles ne forment pas un groupe homogène et, de plus, peuvent agir de façon indépendante. En même temps, les normes et les attentes sociales, ainsi que l'avis de leurs pairs, ont une incidence profonde sur le comportement des filles et font souvent augmenter leurs risques de santé.

Les filles peuvent éprouver des difficultés particulières pour comprendre les risques du VIH/Sida. Comme celui-ci a une longue période d'incubation, un comportement à risque peut ne pas avoir des conséquences immédiatement apparentes. En même temps, les coûts sociaux éventuels que représente, pour une fille, la prévention de l'infection par le VIH (y compris la perte de la relation, la perte de confiance et la perte de l'acceptation par leurs pairs) peuvent être trop élevés pour la plupart des adolescentes. En outre, souvent les filles n'ont pas conscience de ce qui constitue un comportement sexuel à risque. Même si elles comprennent de façon générale les risques du VIH/Sida, elles croient qu'elles n'y sont pas vulnérables.

Même quand elles connaissent le risque, certaines filles peuvent n'en faire aucun cas. D'autres peuvent avoir sciemment un comportement sexuel à risque, notamment dans notre culture où le mariage a une grande importance et où la situation des filles congolaises est fonction du mariage et des enfants. A Kinshasa par exemple, la "chasse" aux garçons est très compétitive. C'est pourquoi, les filles qui sont menacées de se voir remplacées par d'autres filles peuvent accepter des relations sexuelles non protégées afin de renforcer leurs chances de mariage.

Certaines filles continuent même à avoir un comportement sexuel dangereux après avoir reçu un diagnostic sur le VIH. Pour d'autres filles, l'expérience sexuelle est un rite de passage. La propension à courir des risques prend toutes sortes de formes.

En outre, beaucoup de filles sont angoissées et gênées en présence de la sexualité en partie parce que la société congolaise les a socialisées ainsi. Même les filles qui savent comment se protéger contre le VIH/Sida n'ont souvent pas le savoir-faire social leur permettant d'y parvenir. Maintes fois, l'angoisse et l'appréhension les empêchent d'employer des préservatifs parce qu'il faut alors que le partenaire sexuel le sache et donne son accord.

Certaines filles ont peur de demander à leurs partenaires de décrire leurs antécédents sexuels par crainte de compromettre leurs relations. C'est pourquoi elles préfèrent s'estimer "sans danger", au lieu d'avoir la gêne de prendre des précautions pour assurer leur sécurité.

Enfin, d'autres filles sont extrêmement sensibles aux commentaires de leurs pairs. Les perceptions de ce que pensent leurs pairs ont souvent, notamment parmi les adolescentes plus âgées, une influence plus grande sur le comportement sexuel et autres comportements dangereux que celle des parents et d'autres adultes. Le comportement sexuel des amies exerce une influence sur celui des filles. Quand les adolescentes croient que de l'avis de leur pairs, des rapports non protégés ne sont pas dangereux, elles sont alors plus susceptibles d'avoir elles-mêmes ce genre de rapports. C'est ainsi qu'elles ridiculisent leurs pairs qui ne parviennent pas à conserver un copain parce qu'elles refusent d'avoir avec lui des rapports sexuels.

4. LE SIDA ET LES CONDITIONS FEMININES DANS LA CULTURE CONGOLAISE

Les Africaines sont les principales victimes du sida. Quelles sont les causes de cette féminisation de l'infection ? L'absence d'éducation, la violence faite aux femmes, les viols, les mariages fréquents des jeunes filles avec des hommes plus âgés expliquent entre autres cet état de fait. [...] Les hommes violents ont un risque accru d'être eux-mêmes séropositifs par rapport à ceux qui ne sont pas.¹⁶ Il y a en particulier dans la société congolaise toute une série de pratiques et traditions culturelles qui font augmenter le risque de VIH/Sida pour les filles.

Au début de la crise, c'est-à-dire au commencement des années 1980, on faisait du Sida un problème de comportement individuel. Mais, aujourd'hui, au moment où l'épidémie a atteint des proportions catastrophiques, on se rend compte que c'est aussi une énorme crise sociale. Les normes et attentes sociales, ainsi que les attitudes et les politiques des communautés vis-à-vis des rôles et du comportement des jeunes filles, contribuent à leur exposition au VIH/Sida et rendent plus difficile la lutte contre l'épidémie ; certaines pratiques culturelles intensifient le risque.

Dans la société congolaise, on attend des femmes qu'elles subordonnent leurs propres intérêts à ceux de leurs partenaires, c'est ce qu'on apprend aux jeunes filles. Avec de telles attentes, les jeunes filles se sentent souvent incapables de se protéger contre l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées. Souvent, les adolescentes sont l'objet de contraintes et de sévices. Certaines filles sont contraintes par la force ou par la ruse pour avoir des rapports sexuels. Parfois, elles acceptent d'avoir de tels rapports sexuels par crainte d'être harcelées ou abusées si elles refusent. D'autres sont assaillies par leurs partenaires. La violence fondée sur le genre a des liens étroits avec le VIH/Sida.

Souvent, le comportement sexuel est jugé en fonction de deux normes différentes. La virginité est la norme traditionnelle pour les filles tandis qu'on attend à ce que les jeunes hommes aient des aventures sexuelles. Par crainte de soupçon,

¹⁶ Source : <http://www.excelafrica.com/actualites/femmes/all.asp> Consultation, juillet 2005.

beaucoup de filles ne peuvent pas demander des informations au sujet de la sexualité et la façon de se protéger. Cependant, l'infidélité du mari est jugée chose normale et acceptable. Le vocable qui désigne un homme ayant de multiples partenaires sexuels est le meilleur compliment qu'on puisse faire. Dans certaines communautés, la virginité est jugée antisociale et malsaine, et les vierges sont qualifiées de "frigides".

5. LE SIDA, LA PAUVRETE ET LE DENUEMENT DES FILLES CONGOLAISES

"Désormais, le sida est en grande partie une maladie du dénuement".¹⁷

Une analyse de septante-deux pays effectuée par la Banque Mondiale montre que, sur le plan national, un faible revenu par personne et une répartition inégale des revenus sont tous deux associés à des taux élevés d'infections par le VIH.¹⁸

Dans un climat de dénuement, les jeunes filles se trouvent dans une situation particulièrement dangereuse. Par simple observation, nous constatons que les adolescentes issues de familles pauvres et instables sont plus susceptibles d'avoir des expériences sexuelles que les filles issues d'un meilleur milieu.

Souvent, ces filles pauvres recherchent le soutien d'hommes et échangent des faveurs sexuelles (et partant, le risque d'attraper le VIH) contre la sécurité. Les risques sont plus grands quand les hommes sont plus âgés. Dans les milieux où la pauvreté accrue a rendu le mariage traditionnel plus difficile à organiser, les filles rivalisent entre elles pour attirer l'attention d'hommes plus âgés, qui sont mieux établis que les jeunes hommes. Souvent, cette pratique s'explique par le fait que les parents s'attendent à recevoir de leurs enfants un soutien financier. De même dans les milieux des étudiantes, le chaos économique a amené de nombreuses étudiantes à préférer des hommes âgés qui peuvent mieux prendre soin d'elles. Ce qui justifie le phénomène "chic-chèque-choc" à l'Université de Kinshasa.

¹⁷ www.who.int/whr/1995/evolution.html

¹⁸ M. Ainsworth and M. Over, "Confronting AIDS: Public priorities in global epidemic", in *World Bank Policy Research Report*, Washington, DC, Oxford University Press, Oct. 1997.

Bien que cette situation réponde à des mobiles complexes, les filles ont parfois des rapports avec des hommes plus âgés appelés “papa mouchina” qui leur font des cadeaux.

Les difficultés économiques, les troubles civils et des guerres ont poussé de plus en plus des filles à quitter leur foyer pour venir se prostituer en ville, faire des voyages mercantiles. Beaucoup d’entre elles ont alors de multiples rapports sexuels qui entraînent un risque de VIH et, partant, un risque de transmission du virus d’un endroit à l’autre.

A la suite de la pauvreté, le manque de choix est aussi une des grandes raisons qui poussent beaucoup de filles à devenir des professionnelles du sexe. Le VIH se répand le plus rapidement et le plus profondément dans des milieux où règnent la pauvreté, l’impuissance et le manque d’information¹⁹, situations dans lesquelles se trouvent un grand nombre de filles. Le sida est en grande partie une maladie des marginaux.²⁰

6. PARTICIPATION DES PARENTS ET DES FAMILLES

Bien entendu, les parents exercent une influence considérable sur le comportement sanitaire de leurs enfants. En sus des parents, d’autres membres adultes de la famille et de la communauté exercent la même influence sur le comportement sanitaire des enfants.

Des études montrent que les filles courent moins de risques si elles vivent dans un milieu familial stable qui les soutient dans un esprit positif et où les parents les surveillent.²¹ L’affection des parents aide à empêcher les adolescentes d’avoir des problèmes de comportement, tels que la violence et la délinquance.

¹⁹ www.hsph.harvard.edu/lead_initiatives/marketing_health/dangerous.html juillet 2005.

²⁰ www.aids-law.ca/Maincontent/issues/aboriginals/finalreports/juriabo/e-funding.pdf juillet 2005.

²¹ - R. Blum et alii, *Protecting teens : Beyond race, income and family structure*, St. Paul, University of Minnesota, 2000, 40 p.

- D. Kirby, *Emerging answers : Research findings on programs to reduce teen pregnancy*, Washington, DC, National campaign to prevent teen pregnancy, may 2001, 187 p.

Les communications entre parents et enfants au sujet de la sexualité sont souvent difficiles dans la société congolaise. Aussi bien les parents que les enfants se sentent maintes fois gênés lorsqu' il s'agit de parler de la sexualité et ils évitent donc d'évoquer la question. Dans d'autres familles, la communication avec les parents au sujet de la sexualité est souvent unilatérale, les parents se bornant essentiellement à avertir des dangers des rapports sexuels.

Dans certaines cultures congolaises, la tradition veut que les parents ne parlent pas de sexualité à leurs enfants. Ce rôle incombe aux grands-parents, aux tantes et aux oncles. Aujourd'hui, l'éclatement des cultures traditionnelles a laissé aux parents le soin de parler à leurs enfants du VIH/Sida et de la sexualité ; beaucoup d'entre eux sont mal préparés pour cette tâche.

7. PRINCIPES SOCIOLOGIQUES DE L'HETEROSEXUALITE DES JEUNES CONGOLAISES

Nous sommes en Sociologie du passage à l'acte qui analyse ce phénomène en termes d'écologie humaine²². Dans cette perspective, la société congolaise acquiert une double dimension. Elle est d'abord le lieu où se façonne un genre de vie sexuel spécifique, induisant des attitudes, des valeurs et des comportements qui forment une culture propre à la pudeur et aux mœurs sociales. Cette culture congolaise est caractérisée par la rationalité des manières d'agir et des activités sexuelles. Les rapports hétérosexuels ne sont recommandés qu'entre époux pour le plaisir et pour la reproduction en vue de perpétuer l'harmonie conjugale et la race humaine. Ainsi, l'individu se protège contre toute maladie sexuellement transmissible, contre les tensions et conflits sociaux. L'individu se protège en réagissant par des comportements étudiés, rationnels. Mais la société congolaise est aussi un espace où se

- S. Lammers et alii, "Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years", in *Journal of adolescent health*, 26 (1), pp.42-48, jan 2000.

-M. Resnick, "Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health", in *Journal of the American medical association*, 270 (10), sep. 1997, pp.823-832.

²² J. Etienne, *Dictionnaire de sociologie. Les notions, les mécanismes et les acteurs*, Paris, Coll. Initial, 2^{ème} Hatier, 1997, p. 144.

déroulent des processus de compétition et de sélection entre individus et groupe pour le pouvoir, le plaisir, l'avoir et le prestige. Ce qui entraîne souvent les actes de déviance, impudique et de dépravation de mœurs.

L'analyse écologique identifie ces actes déviants qui polluent l'harmonie sociale et qui entraînent l'anomie et l'extinction des congolais. Cette anomie expliquant cette crise sociale s'exprime sous forme économique (anomie aiguë) et dans son aspect social (anomie chronique ou durable). La forme aiguë correspond soit à une situation de crise et de misère que connaissent les filles, soit à une situation de crise de prospérité de la part des hommes (partenaires des filles). Dans le premier cas, les filles perdent leurs repères parce qu'elles sont déclassées à la suite d'un revers de fortune. Dans la situation de la crise de prospérité, les hommes sont désorientés parce que leurs ambitions deviennent sans bornes. Quant à l'anomie durable ou chronique, l'organisation sociale de la société congolaise est caractérisée par un affaiblissement de la régulation des rapports sexuels.

Le comportement sexuel dont il s'agit ici se réalise concrètement ; c'est-à-dire de façon personnelle, entre homme et fille en chair et en os depuis quelques décennies en République Démocratique du Congo. Ce qui nous permet de penser en termes d'« espèce » de comportement plutôt que d'actes spécifiques.

Mais pour analyser et comprendre ce comportement social, nous nous référons à la Sociologie de Raymond Boudon²³ qui, par des méthodes strictement individualistes, procède à des actions d'un, de quelques, ou de nombreux individus séparés. Elle repose sur deux grands principes : l'individualisme méthodologique et la rationalité située. Elle propose, par ailleurs, un mode d'explication des phénomènes macro-sociaux en termes d'« effets émergents ».

1. L'individualisme méthodologique

Dans cette perspective de R. Boudon, le sida doit être analysé ici comme la résultante d'actes sexuels individuels dont nous devons comprendre le sens. Cet

²³ R. Boudon, *Les méthodes quantitatives en sociologie*, 1967.

entendement suppose que l'individu est le point de départ de toute analyse sociologique et s'oppose ainsi au holisme méthodologique qui s'en tient à la mise en évidence de régulations sociales, expliquées par l'action de forces sociales qui détermineraient le comportement des acteurs.

Cependant, l'individualisme méthodologique de R. Boudon ne doit pas être confondu avec l'atomisme qui suppose des acteurs complètement isolés les uns les autres. Tout au contraire, nous considérons que l'acte sexuel avec une adolescente n'est pas dans le vide social mais qu'il est inséré dans un contexte social plus ou moins contraignant. Nous distinguons deux systèmes d'interactions : le système fonctionnel dans lequel les acteurs sont liés par le rôle social et le système d'interdépendance, dans lequel ils agissent en fonction de leur seul intérêt. Le comportement de chaque acteur est évidemment autonome dans le second cas que dans le premier. Cependant, la marge de manœuvre de l'acteur est beaucoup plus large qu'on ne le dit, même dans le système fonctionnel, car les prescriptions de rôles sont ambivalentes et laissent à chaque acteur une marge d'interprétation importante.

Par ailleurs, comprendre le comportement sexuel des acteurs n'implique pas de reconstituer leurs motivations complexes dans chaque rapport sexuel, mais seulement reconstruire, de manière schématique, un peu à la manière d'une enquête policière (en recoupant et en confrontant les différentes données disponibles sur l'acteur et sur son contexte d'interaction) les raisons qui suffisent à rendre compte de son comportement. Cette reconstitution sera d'autant plus facile à réaliser que l'on supposera un acteur rationnel.

2. La rationalité située

La rationalité postulée dans ce cas tient compte des ressources matérielles et humaines de l'acteur et des contraintes structurelles de l'acte sexuel. Le comportement du congolais sera considéré comme rationnel à chaque fois que celui-ci pourra invoquer de "bonnes raisons" pour expliquer ses actions ou ses croyances relatives à l'acte sexuel et au sida.

Il y a aussi la rationalité atténuée : rationalité par rapport aux valeurs, rationalité par rapport à la tradition et même une rationalité psychologique. L'extension du concept de rationalité permet de faire entrer dans ce cadre d'analyse pratiquement tous les comportements sociaux, y compris l'émotion ou la passion.

3. Les effets émergents

Le sida doit être analysé comme “des effets émergents” résultant de l'agrégation des comportements individuels : l'agrégation simple et l'agrégation complexe. L'agrégation simple consiste à considérer le sida comme le résultat de la sommation des comportements individuels. Mais ce qui nous intéresse plus particulièrement est “les phénomènes d'agrégation complexes” susceptibles d'engendrer des effets pervers, c'est-à-dire la mort, non désirée par les individus.

8. LES CONSEQUENCES DE LA SEXUALITE A RISQUE

Des niveaux élevés de séropositivité dans une population de plus en plus jeunes indiquent que la société congolaise n'a pas réussi à protéger les enfants. Ce faisant, le pays met en jeu son avenir. Si les niveaux de prévalence du VIH augmentent surtout pour les filles, non seulement les conséquences pour la santé seront inquiétantes mais les conséquences démographiques, économiques et sociales le seront aussi.

A cause de la forte mortalité des filles imputable au sida, la population congolaise va diminuer progressivement. Dans les années qui viennent, l'espérance moyenne de vie à la naissance pourrait diminuer petit à petit jusqu'à l'extinction. En outre, la perte des filles à la suite du sida va sans doute causer une diminution de la productivité dans le pays. Le VIH/Sida va probablement se solder par de graves pénuries de main-d'œuvre et des besoins de protection sociale.

Il est plus difficile d'évaluer et de prédire l'impact social et économique du VIH/Sida que de faire des projections démographiques. En effet, il n'y a aucun territoire du pays où l'épidémie de sida ait déjà atteint un plateau pour les filles. De même, il n'est pas facile de mesurer certains des impacts du VIH/Sida, par exemple le

désespoir et la douleur. Quoi qu'il en soit, il est probable que la mort prématurée d'un si grand nombre de filles conduira à des pénuries de main-d'œuvre et créera de nouveaux besoins de protection sociale.

Au fur et à mesure que les filles seront de plus en plus nombreuses à mourir du sida, d'autres filles de plus en plus jeunes deviendront responsables de la gestion dans certaines familles. Dans d'autres, les adolescentes élèvent les enfants et prennent soins de leurs parents. En l'absence d'une telle intervention, les familles entières pourront disparaître. Comme le sida prélève une forte ponction sur le budget familial, il reste moins d'argent pour l'éducation des enfants, les soins de santé et autres besoins.

9. UNE STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN FAVEUR DES JEUNES CONGOLAISES

Les dispositifs de lutte contre le sida en République Démocratique du Congo doivent correspondre au profil épidémiologique de l'infection. Néanmoins, comme plusieurs infections par le VIH se produisent durant l'adolescence, il semble essentiel de centrer la stratégie sur les filles. La formule la plus efficace consisterait à viser à la fois les filles et les groupes à haut risque . Une autre raison de centrer les efforts de prévention sur les filles est que, parce qu'elles ont été récemment infectées, les filles séropositives sont extrêmement contagieuses.

En effet, le VIH est le plus contagieux quand les charges virales présentes dans le sang sont élevées, si bien que le délestage de VIH se fait dans de nombreux liquides organiques. Normalement, il y a deux périodes de ce genre. La première, qui est celle de l'infection primaire, a lieu aussitôt après l'infection par le VIH et ne dure que quelques mois. La deuxième période se situe à la fin, quand l'infection par le VIH conduit au sida²⁴.

Le groupe à haut risqué est défini pour la plupart de cas comme étant les personnes qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire pendant les six derniers mois.

²⁴ - W. Cartes, M. Chesney and M. Cohen, "Primary HIV infection. A public health opportunity", in *American journal of public health*, 87 (12), Dec. 1997, pp. 1928-1930.

Ainsi, nous référant à la Population Reports²⁵, une stratégie visant à lutter contre le VIH/Sida parmi les filles s'articulerait en dix points que nous formulons comme suit :

1. Il est essentiel d'avoir une optique stratégique nationale, au lieu d'un très grand nombre de projets ;
2. Le soutien de la communauté locale et internationale doit faciliter les changements individuels de comportement ;
3. Un leadership national et local est indispensable ;
4. L'éducation sur le sida dans les écoles peut retarder le début des rapports sexuels et faire augmenter l'emploi du préservatif. Il est important de tenir compte des commentaires des pairs qui encouragent un comportement dangereux ;
5. Diverses communications dans les médias doivent toucher efficacement les filles par le biais d'émissions de spectacles et conduire à un comportement sain ;
6. Une meilleure accessibilité des préservatifs, y compris dans le cadre d'un marketing social et en s'adressant à d'autres sources privées, peut augmenter leur emploi par les filles ;
7. Des consultations, des tests et des recours volontaires peuvent amener certaines filles à modifier leur comportement pour éviter de transmettre le VIH à autrui ;
8. Le traitement et la prévention des IST peut faire fortement diminuer la transmission du VIH ;
9. Les parents et d'autres adultes peuvent être d'importants partenaires pour la prévention du VIH ;

- R. Royce et alii, "Sexual transmission of HIV", in *The New England journal of medicine*, 336 (15), Apr. 1997, pp. 1072 – 1078.

²⁵ "Les jeunes et le VIH/Sida. Pouvons-nous éviter la catastrophe ?", in *Population Reports*, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Serie L, 12 (3), 2001, pp. 32-34.

10. Les efforts déployés pour améliorer la situation sociale et économique des filles sont d'utiles compléments des autres efforts.

De même, certains facteurs peuvent empêcher ou atténuer les efforts de prévention du sida, il faut les éviter. Il s'agit de :

1. Quant on s'attache uniquement aux aspects sanitaires de l'épidémie sans envisager aussi d'autres aspects, dont l'éducation, les niveaux de vie et les répercussions plus générales sur la société congolaise entière et les communautés locales ;
2. Quand on omet de trouver les publics secondaires, tels que les parents, les enseignants et les autres adultes, ainsi que les populations à risque d'infection et de transmission du VIH (les professionnelles de sexe, les enfants des rues, les orphelines, les militaires et les immigrants) ;
3. Quand on refuse de donner aux filles des informations qui les aideraient à se protéger de l'infection par le VIH ;
4. Quand on ne s'attaque pas aux causes profondes de la vulnérabilité ;
5. Quand on stigmatise les filles atteintes du VIH/Sida ;
6. Quand on adopte des plans et des programmes fondés sur les fonds disponibles ou sur l'intérêt des donateurs, au lieu de le faire en fonction des besoins et de stratégies éprouvées ;
7. Quand on met sur pied des programmes à l'intention des filles sans y faire participer les filles elles-mêmes.

Pour que cette stratégie de lutte contre le VIH/Sida réussisse, les réactions du programme doivent se fonder sur des recherches formatives et sur des évaluations des besoins. Au fur et à mesure que la stratégie est exécutée, le suivi et l'évaluation de l'impact aident les partenaires à voir ce qui réussit et ce qui ne réussit pas, et à savoir si les ressources sont utilisées à bon escient. La preuve de l'impact du

programme sur le comportement est le but des programmes de prévention du sida. Comme les adolescentes risquent fort d'avoir été infectées, beaucoup d'entre elles peuvent se trouver au stade primaire, qui est le plus virulent, pendant lequel un changement de comportement pourrait être particulièrement efficace pour réduire la transmission du VIH.

CONCLUSION

Ailleurs, la jeunesse est une période d'épanouissement et de jouissance, car elle est le moment d'études et/ou du travail ; mais en République Démocratique du Congo, elle est exploitée et perdue. Or l'excès d'exploitation et de misère engendre la résignation et l'inertie, d'où naît la notion tentante d'une culture de la pauvreté. Bien que l'humanité aujourd'hui soit jeune, elle a produit les hommes et des femmes, des jeunes et des adultes. Ces catégories constituent deux faces complémentaires qui engendrent partout et en même temps richesse et pauvreté, lesquelles sont toutes deux des obstacles à la libération des jeunes filles congolaises.

La prise de conscience nécessaire, c'est de reconnaître l'unité de ces mécanismes qui détermine l'exploitation et l'inégalité qui créent et recréent les écarts entre les catégories sociales, entre sexes, entre majorités et minorités sociales. La prise de conscience peut devenir une force matérielle, capable de transformer les rapports sociaux.

Les sociologues congolais sont invités à mettre sur pied des stratégies réalistes de lutte contre le VIH/Sida. Le secteur santé ne peut, à lui seul, surmonter cette épidémie. Le moment est venu d'agir, bien qu'il soit trop tard pour certaines. Les perspectives de survie des jeunes congolaises diminuent quand nombreuses meurent du sida et quand la productivité se ralentit. C'est uniquement si on agit dès maintenant de façon décisive pour surmonter le VIH qu'on pourra être sûr que les filles congolaises d'aujourd'hui auront un avenir d'adultes.

Toutefois, on peut avoir de l'espoir, même dans les territoires les plus durement touchés par le VIH/Sida. La grosse majorité des jeunes filles ne sont pas

affectées. La stratégie proposée peut éventuellement inverser la tendance, si on la met en œuvre vigoureusement et si on la diffuse largement. Cette stratégie de prévention du sida qui vise les filles est novatrice, créative et générale. Elle concerne à la fois le comportement individuel qui fait courir des risques aux jeunes filles et la série de conditions sociales, économiques et culturelles qui contribuent à un comportement dangereux.

Le gouvernement congolais, les ONG, la communauté internationale, les scientifiques et le secteur privé devraient travailler de concert si la société congolaise veut empêcher que des générations successives succombent au fléau du VIH/Sida.

Il est recommandé que les filles soient mises au centre de la stratégie de prévention, dans une vaste alliance d'organisations de santé publique, d'éducation, de développement et de politique publique.

En empêchant l'infection par le VIH de se diffuser parmi les filles, on aiderait aussi à réduire la spirale des coûts de traitement et à libérer des ressources susceptibles d'être employées pour répondre à d'autres besoins du pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ainsworth, M., and Over, M., "Confronting AIDS : Public priorities in a global epidemic", in *World Bank Policy Research Report*, Washington, DC, Oxford University Press, oct. 1997.
2. Banque Mondiale, *Faire face au sida. Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale. Rapport de la Banque Mondiale sur les politiques de développement*, Washington, DC, 1997.
3. Blum, R. et alii, *Protecting teens: Beyond race, income and family structure*, St. Paul, University of Minnesota, 2000.
4. Boudon, R., *Les méthodes quantitatives en sociologie*, 1967.
5. Cartes, W., Chesney, M. and Cohen, M., Primary HIV infection. A public health opportunity, in *American journal of public health*, 87 (12), Dec. 1997, pp. 1928-1930.

6. Cameron, D. et alii, "Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men", in *Lancet*, 2(8660), Aug 1989, pp. 403-407.
7. Etienne, J., *Dictionnaire de sociologie. Les notions, les mécanismes et les acteurs*, Paris, Coll. Initial, 2ème Hatier, 1997.
8. Iversen, A. et alii, "Cervical human immunodeficiency virus type 1 shedding is associated with genital β -chemokine secretion", in *The journal of infectious diseases*, 178(5), Nov. 1998.
9. Iversen, A., "Genital shedding in women", in *AIDS Patient care*, 13(12), Dec. 1999, pp. 695-701.
10. Kirby, D., *Emerging answers : Research findings on programs to reduce teen pregnancy*, Washington, DC, National campaign to prevent teen pregnancy, may 2001.
11. Lammers, S. et alii, "Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years", in *Journal of adolescent health*, 26 (1), pp.42-48, jan 2000.
12. Levine, W. et alii, "Increase in endocervical sexually transmitted diseases", in *Journal infectious diseases*, 177(1), jan. 1998.
13. "Les jeunes et le VIH/Sida. Pouvons-nous éviter la catastrophe ?", in *Population Reports*, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Serie L, 12 (3), 2001, 39 p.
14. Liskin, L., Blackburn, R. and Maier, J., "AIDS: A public health crisis", in *Population Reports*, Series L, n° 6, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul./Aug. 1986.
15. ONUSIDA, *Programme commun des Nations Unies su le VIH/Sida 2000*.
16. Rao Gupta, G., *The what, the why and the how. Presented at the 13th International AIDS Conference*, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000.
17. Resnick, M., "Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health", in *Journal of the American medical association*, 270 (10), sep. 1997, pp.823-832.
18. Royce, R. et alii, Sexual transmission of HIV, in *The New England journal of medicine*, 336 (15), Apr. 1997, pp. 1072 – 1078.
19. Shu-ichi Okamoto, Marcus Kaul and Stuart A. Lipton, "HIV/gp 120 decreases adult neural progenitor cell proliferation via check point kinase-medatcd cell-cycle withdrawal and G1 arrest", in *Cell stem cell*, University of California, Sa Diego, Vol. 1, 16 August, 2007, pp. 230-236.

20. Stanecki, K., *Focus dialogue on HIV/AIDS and youth. Presented at the Focus Meeting on HIV*, Washington, D.C., May 24, 2001, 16 p.
21. Stanecki, K., *The AIDS pandemic in the 21st century: the demographic impact in developing countries. Presented at the 13th International conference on AIDS*, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000.
22. United Nations Population Fund (UNFPA), *Partners for change: Enlisting men in HIV/AIDS prevention*, New York, UNFPA, 2000.
23. Watsten, S. and Laurich, R., *AIDS and women: A source-book*, in *Phoenix*, Arizona, Oryx Press, 1991.
24. <http://www.afrik.com/article10892.html>
25. <http://www.cellstemcell.com/content/article/fulltext?uid=PIIS1934590907000768>
26. www.aids_law.ca/Maincontent/issues/aboriginals/finalreports/juriabo/e-funding.pdf
27. www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailId=2208
28. www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailID=2209
29. www.deal.org/DefaultSite/index_f.aspx?DetailId=2253
30. www.excelafrica.com/actualites/femmes/all.asp
31. www.hsph.harvard.edu/lead_initiatives/marketing_health/dangerous.html
32. www.refer.ga/amic/article.php3?id_article=1662
33. www.unicef.org/french/infobycountry/drcongo_statistics.html
34. www.who.int/whr/1995/evolution.html