

Vulnérabilité et stigmatisation face au VIH/SIDA : une analyse des tendances et des facteurs explicatifs à partir des données de l'enquête démographique et santé (EDS) au Congo Brazzaville

par
Appoline Manguengo

**Centre d'Etudes et de Recherche sur les Analyses
et Politiques Economiques (CERAPE)
BP 15397 Brazzaville Congo
Tel : 242 05 520 88 31 / 966 27 98 / 576 08 52
E-mail : mappolineflore@yahoo.fr
Cerape_congo@yahoo.fr**

Résumé

L'objectif de la présente étude est d'analyser les manifestations de stigmatisation des personnes socialement vulnérables face au VIH/SIDA et leurs conséquences sociales et économiques. En effet, le phénomène de stigmatisation est de plus en plus récurrent à l'endroit des personnes infectées ou malades du SIDA. Certains facteurs d'ordre économique, social peuvent expliquer son ampleur. Les stratégies mise en place comportent certaines limites et la méconnaissance ou l'absence des lois portant protection des personnes vivant avec le SIDA accentue cette stigmatisation à l'endroit de cette catégorie de personnes déjà vulnérables. La méthodologie de l'étude se fonde sur l'analyse de contenu du rapport de l'enquête démographique et de santé (EDS 2005), les données de cette enquête ainsi que des entretiens auprès des responsables des institutions en charge de la lutte contre le VIH/SIDA. La communication comporte trois sections. La première met l'accent sur la littérature faisant le lien entre le VIH et la pauvreté, la seconde montre la vulnérabilité, l'étendue du VIH et la stigmatisation au Congo et la troisième analyse les facteurs explicatifs et les stratégies de lutte contre la stigmatisation.

Mots clés : Vulnérabilité, stigmatisation, VIH/SIDA, enquête démographique et santé, Congo Brazzaville

Introduction

Le VIH/Sida serait apparu en 1981 et a causé près de 28 millions de victimes dans le monde, elle cause environ 8000 morts par jour et 6 millions par an (ONU/SIDA 2008). Aujourd'hui,

dans le monde, environ 33 millions de personnes vivent avec le VIH. Cette seule année 2007, 2 millions et demi de personnes ont été nouvellement infectées, et 2 millions de personnes sont décédées du sida.

Depuis plusieurs années, le signalement de discriminations à l'égard de personnes séropositives augmente ostensiblement. Dans les années 90, la discrimination était observée dans l'environnement social proche, l'accès aux soins et au milieu du travail. Aujourd'hui, ces discriminations atteignent de nouveaux milieux, tels qu'au palais de justice (Lyse Pinault, 2008).

Dans la sphère professionnelle, un tiers des personnes ont déclaré avoir été victimes de discriminations et presque autant se sont auto exclues du travail par crainte de subir des actes discriminatoires. 65, 2% veillent à ne pas parler de leur séropositivité au travail.

. En France, 6 300 personnes ont découvert leur séropositivité en 2006. 25 ans après les débuts de l'épidémie, les personnes séropositives sont toujours victimes de discriminations et souvent exclues de leurs milieux familiaux, amicaux ou professionnels. En France aujourd'hui, il est toujours aussi difficile de dire sa séropositivité. Face à cette réalité, AIDES continue son combat contre l'exclusion des personnes séropositives. Contre l'épidémie, il faut répondre aux préoccupations immédiates d'accès à la prévention et aux soins, mais aussi dénoncer le contexte social rendant les personnes plus vulnérables face au VIH/sida.

Contexte africain

Le bilan du Sida en Afrique est lourd. Les derniers chiffres publiés par l'ONU/SIDA rappellent que le continent demeure la région du monde la plus durement touchée par cette épidémie meurtrière. Sur les 40 millions de séropositifs recensés dans le monde en 2001, 28 millions sont des Africains. Au cours de la même année, 3,4 millions de personnes ont été infectées sur le continent, soit 2/3 du nombre total des nouvelles contaminations dans le monde (5 millions). Avec 2,3 millions de décès dus au Sida au cours de la même période sur un total de 3 millions, l'Afrique subsaharienne demeure la région du monde la plus infectée par le VIH. L'Afrique du Sud est le pays le plus affecté avec 4,7 millions de personnes contaminées, soit 1 sud africain sur 9. Mais c'est au Botswana que le taux de prévalence est le plus élevé avec 35% de la population adulte infectée.

Le VIH/SIDA constitue l'un des défis majeurs multidimensionnels pour l'Afrique. Il fragilise les couches sociales actives et essentielles à la croissance socioéconomique de L'Afrique. Nombreux sont les facteurs de cette pandémie en Afrique. En premier lieu viennent la pauvreté, l'ignorance, la violence dans les conflits et l'absence d'une prise de conscience de l'aspect destructeur du virus. Il faut y ajouter la faillite des systèmes sanitaires et éducationnels, le chômage croissant, la faible nutrition, les préjugés, la discrimination et la stigmatisation. Tout cela favorise l'expansion du sida qui représente un frein notable à l'éclosion économique de l'Afrique.

Le VIH/sida a eu un impact terrible sur la santé de la mère et l'enfant au cours des deux dernières décennies. Dans certains pays africains, on estime que le nombre de femmes enceintes séropositives se situe entre 20 et 30%, tandis que les taux de transmission mère enfant vont de 25 à 40%.

Contexte congolais

Au Congo, depuis la fin des conflits armés en 1999, on assiste à une accélération inquiétante de la propagation du VIH/sida sur l'ensemble du territoire national et particulièrement dans les deux principales villes (Brazzaville et Pointe-Noire) qui regroupent plus de la moitié de la population du pays .selon l'ONU/SIDA en l'an 2000, la prévalence chez les femmes était de 5% à Brazzaville et 14,7% à Pointe-Noire, et la moyenne était estimée en 10 et 12%, bien au – delà du seuil de 4% fixé par L'ONUSIDA pour contrôler la progression de la pandémie, n'échappe pas à ce triste constat. Les premiers cas de VIH/SIDA ont été observés dès 1983 à partir des évacués sanitaires de France. Ces cas étaient surtout recensés dans trois grandes villes du pays, Brazzaville, Pointe-Noire et Dolisie. Depuis lors, le VIH/SIDA a continué à détruire une large partie de la population active ; notamment celle comprise entre 15 et 49 ans. La prévalence est estimée à 5,3% en 2006 (ONUSIDA, 2006). Dès 1985, la création d'un comité scientifique de diagnostic et de lutte contre l'infection du VIH a constitué la première étape d'une stratégie globale de riposte. La mise en place, en 1987, d'un programme national de lutte a constitué la deuxième étape. Ce programme a permis la mise en œuvre d'un plan d'urgence à court terme, suivi de deux phases de plans à moyen terme (1989-1991 et 1996-98) financés par l'OMS.

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. En effet, selon l'EDS (2005), 72% des femmes et 84% des hommes de 15-49 ans ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms. En outre, à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permet d'éviter de contracter le VIH, 81% des femmes et 87% des hommes ont répondu de manière positive. Globalement, 65% des femmes et 77% des hommes savent que ces deux moyens permettent d'éviter le sida. Signalons aussi que pour 76% des femmes et 83% des hommes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/SIDA (CNSEE, 2006). La pauvreté catalyse la pandémie du VIH/SIDA, qui ravage des communautés et des économies locales et pousse des millions de personnes à vivre et à mourir dans la pauvreté. Les femmes et les enfants portent la majeure partie du fardeau du VIH/SIDA. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient et sont toujours soumises à de rudes épreuves de rejet, d'ostracisme, de jugements moralisateurs, en plus du fardeau quotidien de leur vécu physique et psychologique. Ainsi leur sentiment d'isolement s'est trouvé renforcé et pousse au désespoir.

Intérêt

Ce travail se justifie par le fait que le SIDA est une maladie dangereuse qui détruit le capital humain, réduit l'espérance vie à la naissance, et affecte les perceptions des autres, c'est dans cet optique que L'EDS apporte l'éclairage sur les personnes pauvres vivant avec le VIH/SIDA au Congo.

Une autre raison est liée à la discrimination dont les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont victimes. Cette discrimination détériore les relations sociales et entrave les droits des personnes malades. Elle peut aussi constituer un frein au dépistage de l'infection en poussant les personnes contaminées à refuser de reconnaître celle-ci et continuer à propager le virus. D'où l'importance d'analyser en profondeur les questions de stigmatisation et de discrimination. Cette proposition est conforme au sous thème de l'institut relatif à la pauvreté, la discrimination et le VIH. Les données utilisées proviennent d'une enquête nationale, ce qui contribuera à rendre plus robuste les résultats de la recherche.

Objectifs, questions de recherche et méthodologie

L'objectif général de la présente communication est d'analyser les manifestations de stigmatisation de pauvres face au VIH/SIDA et leurs conséquences sociales et économiques. De manière spécifique, il s'agit d'abord de décrire la situation des personnes socialement vulnérables atteintes du VIH/SIDA ; ensuite de montrer l'ampleur de la discrimination des personnes pauvres victimes du VIH/SIDA dans le cas des traitements et enfin de proposer des recommandations en matière de politique de prise en charge des personnes pauvres atteintes du VIH/SIDA au Congo et de campagne de sensibilisation.

Deux questions sont posées dans la problématique de cette étude à savoir : comment se manifeste la discrimination face au VIH/SIDA sur les pauvres ?; quels sont les facteurs qui expliquent cette stigmatisation et quelles sont les solutions ?

La méthodologie se fonde sur l'exploitation et l'analyse des données d'enquête démographique et de santé conduite par la Centre National des Etudes Économiques et des Statistiques (CNSEE) en 2005. L'échantillon des personnes enquêtées comptait 5879 ménages, 7051 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3146 hommes âgés de 15 à 59 ans.

Les variables qualitatives qui ont permis d'identifier les pauvres sont les suivantes :

- disponibilité de l'électricité ;
- provenance de l'eau utilisée pour la consommation ;
- disponibilité des toilettes ;

Les données ont été réparties en quintiles. Les quintiles 1 et 2 sont liés aux pauvres, et les quintiles 3, 4 et 5 aux non pauvres. Ainsi, la comparaison se fera entre les pauvres et les non pauvres. En outre, au cours de cette enquête, les données ont été collectées sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et sur la connaissance et les comportements vis-à-vis du VIH/sida.

Les variables qualitatives qui ont été utilisées pour analyser la stigmatisation envers les malades du VIH sont les suivants :

- acceptation de s'occuper d'une personne malade du VIH ;
- acceptation d'acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH ;
- autorisation qu'une enseignante vivant avec le VIH de continuer à enseigner ;
- acceptation du secret sur un malade du VIH.

L'approche comparative a permis de déterminer les différences de comportements entre les malades pauvres et riches.

Sur la base des données montrant le comportement de stigmatisation des pauvres, il a été identifié les principaux facteurs de stigmatisation et discrimination à trois niveaux :

- social ;
- économique
- juridique

Des entretiens ont été menés auprès des PVIH, des responsables du Conseil National de lutte contre le VIH, des hôpitaux où sont traités les malades du sida, pour obtenir les avis

différenciés sur les facteurs qui expliquent la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les pauvres et les solutions à suggérer pour éliminer ces aspects négatifs.

La démarche adoptée dans cette communication comprend trois sections. La première section porte sur la revue de la littérature. La deuxième section traite de la pauvreté et l'étendue du VIH et de la stigmatisation au Congo. Les facteurs explicatifs de la stigmatisation liés au VIH/SIDA sont abordés dans la troisième section.

Section 1. Revue de la littérature

Cette revue sera basée sur trois approches : la première concerne le VIH/SIDA et la pauvreté, la seconde le genre et enfin la dernière la discrimination, la stigmatisation et le VIH/sida.

1.1. Littérature sur le lien entre le VIH et la pauvreté

Selon le PNUD (2007), la pauvreté favorise la propagation du VIH. Les personnes vulnérables ont en effet moins accès à l'information sur la prévention de l'exposition au virus et moins d'options en matière de traitement lorsqu'ils sont infectés. A son tour, l'infection appauvrit les familles et les collectivités du fait de la maladie et du décès de soutiens de familles et des personnes soignantes. Les systèmes de santé des pauvres sont souvent dépassés et les ressources pour la prévention et le traitement sont limitées.

Selon PNUD (2001) le VIH/sida et la pauvreté sont liés. En effet, un pauvre avait plus ou moins de chance qu'un riche d'être affecté par le VIH/sida. « Le VIH touche un nombre plus élevé de pauvres que de riches, compte tenu tout simplement de la taille démographique de chacune de ces catégories socioéconomiques ». Et, « si, au départ, le VIH/SIDA a semblé toucher relativement plus d'hommes aisés suite à un comportement sexuel à risques, particulièrement auprès des prostituées, aujourd'hui le VIH/SIDA infecte autant les riches que les pauvres. » Mais, « la pauvreté est un facteur de causalité de la prostitution et de la migration, deux phénomènes fortement reliés à l'expansion du VIH/SIDA en Afrique.

« sans aucun doute, l'épidémie entraîne de graves conséquences au niveau social et économique pour les PVVIH et leurs familles, pour les différents secteurs économiques et sociaux, et pour le développement du pays en général : les ménages pauvres sont affectés par la réduction des revenus de la PVVIH lorsqu'elle est atteinte ; par la hausse considérable des dépenses médicales de la PVVIH et, malheureusement, par les dépenses funéraires lors du décès de la PVVIH, ceci en dépit de la solidarité communautaire et une certaine capacité de résistance de ces ménages ».

Selon UNFPA (2005), des centaines des milliers de femmes séropositives évitent les services de dépistage et de traitement par crainte d'être abandonnées et de tout ce qu'elles pourraient s'attirer de la part de leurs maris, familles, communautés et prestataires de soins de santé.

Selon African Studies Center (2003), la pauvreté et le VIH/sida sont interdépendants. La pauvreté est un facteur déterminant des comportements qui exposent l'individu au risque d'infection par le VIH, tandis que la pauvreté amplifie l'incidence du VIH/sida. La réalité du VIH/sida peut facilement entraîner une intensification de la pauvreté et même pousser à la pauvreté des individus non pauvres.

Par ailleurs, les liens théoriques entre le VIH/SIDA et la pauvreté sont complexes et diversifiés. En effet, il existe une interaction entre le VIH/SIDA et la pauvreté. La pauvreté

peut contribuer à la propagation du VIH/SIDA et à son tour, le VIH/SIDA peut contribuer à intensifier la pauvreté. L'appréhension de ces liens peut être faite à deux niveaux : il s'agit du niveau micro et du niveau macro.

Les liens indirects entre la pauvreté et le VIH/SIDA au niveau micro

Au niveau micro, la pauvreté se caractérise par une faible dotation en capital physique, financier, humain et social. Ces insuffisances ont pour conséquences la réduction des capacités des populations pauvres à l'accès des meilleures opportunités économiques et à la santé. La pauvreté est souvent associée à un faible niveau de scolarisation et à un faible accès aux services de santé. Du fait de la restriction des choix des populations pauvres en matière de développement d'activités génératrices de revenus, celles-ci adoptent des stratégies de survie qui peuvent avoir un impact sur leur comportement sexuel et de recherche de santé favorable à la propagation du VIH/SIDA. Selon le PNUD (2004), le Burkina Faso par exemple qui compte une population estimée à 13 millions d'habitants est caractérisé par son extrême pauvreté et se classe au 175ème rang sur 177 pays sous-développés avec un IDH estimé à 0,302. Par ailleurs, Guiella et Woog (2006) soulignent que l'on assiste également au développement de la prostitution juvénile. En effet, 35% des filles et 5% des garçons de 12-19 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels en échange de cadeaux ou d'argent. Chez les filles 95% ont reçu de l'argent, 33% des vêtements, 13% des bijoux et 9% de la nourriture.

Les liens directs entre la pauvreté et le VIH/SIDA

La personne pauvre infectée par le VIH du fait de ses faibles capacités à accéder de façon précoce à une prise en charge médicale, à une alimentation équilibrée, à une hygiène de vie appropriée, son état de santé peut rapidement s'altérer et évoluer vers la phase maladie qui est le SIDA. De même, l'infection par le VIH/SIDA, réduit considérablement la dotation en capital de la personne et du ménage consécutif à la diminution de la production agricole, des activités pastorales, de la réduction ou de la perte de salaire aggravé par les dépenses de santé ou les coûts funéraires. En terme de capital physique, on assiste dans la plus part des cas à la vente des actifs productifs tels que le bétail, les biens immobiliers (UCAD 2006).

Par ailleurs, l'étude sur le VIH et la pauvreté au Burkina Faso révèle que l'épidémie du VIH/Sida entraîne sans aucun doute de graves conséquences au niveau social et économique pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs familles, pour les différents secteurs économiques et sociaux, et pour le développement du pays en général. En effet, les ménages pauvres sont affectés par la réduction des revenus de la PVVIH lorsqu'elle est atteinte, par la hausse considérable des dépenses médicales de la PVVIH et malheureusement, par les dépenses funéraires lors du décès de la PVVIH. Elle soutient par ailleurs que si, au départ, le VIH/SIDA a semblé toucher relativement plus d'hommes aisés suite à un comportement sexuel à risques, particulièrement auprès des prostituées, aujourd'hui le VIH/SIDA infecte autant les riches que les pauvres (PNUD 2001).

Cependant, une étude réalisée par Bounou Bazika J.C et Miyouna. P.R. (2007) portant sur les activités génératrices de revenu des jeunes à Ewo, a montré que celles-ci sont des facteurs permettant d'améliorer le comportement des jeunes face au risque et de les préserver de la contamination au virus du SIDA. De même, cette étude montre que le changement de comportement des jeunes intervient avec l'accroissement de revenus, le contrôle élevé et/ou l'autonomie, les nouvelles compétences et l'occupation du fait de la réduction de l'oisiveté due à la réalisation d'une activité économique.

Au niveau meso/macro économique

Au niveau macro, la relation entre le VIH/SIDA et la pauvreté se traduit par une faible réponse institutionnelle à la pandémie et des problèmes de gouvernance pour y faire face. Le système de santé est généralement confronté à une réponse inadéquate en quantité et en qualité pour la prévention du VIH/SIDA et la prise en charge des PVVIH ; ce qui aura pour conséquences l'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA et du nombre de personnes ayant développé le SIDA, l'augmentation du nombre de décès et d'orphelins du SIDA. Cette situation a un impact sur les performances économiques du pays caractérisé par une surcharge des coûts liés à la prise en charge des malades et des orphelins ; ce qui contribue à la détérioration des équilibres budgétaires se traduisant par une dégradation de l'offre de services sociaux de base (éducation, santé, eau potable) donc compromettant de façon significative la réduction de la pauvreté (Guiella et Woog 2006).

L'épidémie de VIH/sida représente une lourde charge pour toute économie et, à plus forte raison, pour les économies fragiles qui caractérisent en général les pays où le taux de prévalence du VIH est élevé. On a entrepris des études dans nombre de pays gravement touchés pour analyser sous forme de modèle les répercussions du VIH/sida sur la croissance économique. Dans certains cas, on a estimé que les retombées seraient « peu importantes ». Dans d'autres, on a déterminé que le Produit Intérieur Brut annuel serait inférieur dans une proportion allant de 2 à 4 % à ce qu'il aurait été si l'épidémie n'était pas survenue. En dehors de ses effets sur le Produit Intérieur Brut, l'épidémie de VIH/sida risque d'exacerber l'inégalité des revenus et d'augmenter la pauvreté (UN 2004).

Selon le genre

Selon ICW¹ (2004), l'inégalité de genre dans les relations personnelles, dans la population active, dans la communauté, et dans les cercles politiques, touchent les femmes du monde entier. Les inégalités augmentent la vulnérabilité des femmes face à la pauvreté et vice-versa: les deux ont des répercussions graves sur leur capacité à jouir de leurs droits humains.

L'inégalité de genre et la pauvreté non seulement augmentent les risques de transmission du virus, elle rend aussi les femmes plus vulnérables à son impact que les hommes. La survie à court terme force les femmes à développer une gamme de stratégies pour s'en sortir avec des implications variables sur leur bien-être et leur santé à long terme (Jackson 2006). Au Congo Brazzaville par exemple, la proportion des femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 43% contre 33% (Ministère du plan 2006a). Ces chiffres corroborent les résultats du Ministère du plan (2006b), qui stipulent que la pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain et que selon le genre, les femmes restent la couche la plus vulnérable.

1.2. Les liens entre discrimination, stigmatisation et VIH/Sida

D'après une étude menée dans les quatre pays (Burkina Faso, Inde, Zambie et Equateur), les PVVIH sont victimes de discrimination et de stigmatisation à cause de l'association entre le VIH/SIDA et certains comportements et groupes de population. La crainte d'être discriminé

¹ International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)

ou stigmatisé fait que peu de personnes révèlent leur statut VIH ou même se font dépister pour connaître leur statut (HORIZON 1998-2001).

« La stigmatisation liée au VIH/SIDA est provoquée par un mélange détonnant de honte et de peur parce que la sexualité ou la toxicomanie qui transmettent le VIH sont voilées de tabous et de jugements moraux et de peur car le SIDA est relativement nouveau et considéré comme mortel. Répondre au SIDA par la condamnation ou par les insultes à l'égard des personnes vivant avec le SIDA ne fait que repousser l'épidémie dans la clandestinité en créant les conditions idéales à la propagation du VIH. La seule manière de gagner des points contre l'épidémie consiste à remplacer la honte par la solidarité et la peur par l'espoir ».

La stigmatisation et la discrimination visent et blessent ceux qui ont le moins de chance de jouir de leurs droits humains : les plus pauvres, les moins instruits et les plus marginalisés. En fait, la stigmatisation, la discrimination et les violations de droits de la personne constituent un cercle vicieux, elles se créent, se renforcent et se perpétuent mutuellement.

« *La stigmatisation et la discrimination accroissent la vulnérabilité des individus et, en les isolant et les privant de traitement, de prise en charge et de soutien, elles aggravent l'impact de l'infection* » (ONUSIDA 2002).

Selon ONUSIDA (2007), la stigmatisation peut conduire à la discrimination et à d'autres violations des droits de l'être humain, ce qui affecte fondamentalement le bien-être des personnes vivant avec le VIH. Partout dans le monde, on a observé des cas bien documentés des personnes vivant avec le VIH qui se voient refuser, entre autres, le droit aux soins de santé, à l'emploi, à l'éducation et à la libre circulation.

Ainsi, la stigmatisation et la discrimination liée au VIH sont une violation des droits de l'homme. La stigmatisation est décrite comme un processus dynamique de dévalorisation qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres.

La discrimination est la conséquence de la stigmatisation. Elle consiste à faire des choses ou à oublier de faire des choses découlant de la stigmatisation dirigées à l'encontre des personnes qui sont stigmatisées. Ainsi, la discrimination renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne (ONUSIDA 2005).

Un programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) a été mis en œuvre. Celui intervient dans deux domaines thématiques inter-dépendants portant sur l'extension de la protection sociale aux exclus et sur les approches intégrées d'inclusion sociale. Malgré ces efforts, l'Afrique en Général et le Congo en particulier est encore loin de répondre à la totalité d'objectifs visés par ce programme (BIT 2003). Ainsi donc, selon ONUSIDA (2002), le VIH/SIDA est considéré comme une maladie taboue, une maladie de honte. L'entourage de ceux qui la portent est généralement hostile. La Personne Vivant VIH (PVVIH) est sujette à des moqueries. Elles se trouvent dans une position de faiblesse d'abondant et d'isolement extrême.

Section 2. Vulnérabilité, étendue du VIH et stigmatisation au Congo

Selon l'ONUSIDA (2007), la vulnérabilité est un état résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque de VIH. Ces facteurs sont notamment les suivants : (1) absence des

connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger et protéger les autres ; (2) facteurs liés à la qualité des services et à la couverture (par exemple: inaccessibilité des services due à la distance, au coût ou à d'autres facteurs) ; et (3) facteurs sociétaux tels que violations des droits humains, ou normes socioculturelles. Ces normes peuvent consister en pratiques, en croyances et en lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, lesquelles ont de ce fait de la difficulté à bénéficier ou à faire usage des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ainsi que des produits correspondants. Ces facteurs, seuls ou associés, peuvent créer une vulnérabilité au VIH individuelle et collective, ou l'intensifier.

2.1. Vulnérabilité et étendue du VIH au Congo

Plus de 25 ans après la découverte des premiers cas, l'épidémie du VIH/SID reste la crise humanitaire la plus grave et la plus prolongée dans le temps, jamais connue par l'humanité. Cette pandémie n'a épargné aucune nation et touche plus durement les plus pauvres d'entre elles. Le cercle vicieux pauvreté -VIH est universellement connu au Congo, selon l'enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005), 50,1% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les personnes démunies sont souvent amenées à avoir des comportements et pratiques sexuels à risques pour répondre à leurs besoins élémentaires. Il sied de notifier que le taux de prévalence dans la population générale de 15-49 ans est de 3,2% et ce taux est nettement plus élevé chez les femmes (4,1%) que chez les hommes (2,1%) (ESISC-I 2009).

2.1.1. Vulnérabilité des jeunes face au vih/sida

Selon le CNLS (2008), les jeunes constituent la population la plus vulnérable face à la contamination au VIH/SIDA. En effet, l'enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du Sida du Congo (ESISC-1) a montré que les jeunes âgés entre 15 et 24 ans constituent une population à risque dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et l'on remarque pour cette catégorie un phénomène social qui est celui de la multiplication des partenaires sexuels. De même, les résultats de l'EDS (2005), montrent que la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant une connaissance complète sur le SIDA était de 10 % chez les jeunes femmes et de 22% chez les jeunes hommes. Par ailleurs, la proportion du même groupe d'âge ayant déjà entretenu des rapports sexuels avant l'avant l'âge de 15 ans était de 23,5 % chez les jeunes femmes et de 26,9 % chez les jeunes hommes. En ce qui concerne le test de dépistage au VIH/SIDA, le pourcentage est de 2,7 % chez les jeunes femmes et de 2,0% chez les jeunes hommes.

2.1.2. Vulnérabilité, genre et VIH/sida

Selon Helene Jackson (2004), du fait de leur statut socio-économique, politique, juridique et culturel et même biologique différent, les femmes sont touchées par le VIH/SIDA différemment des hommes. En effet, au Congo par exemple, les commerçantes font aussi

l'objet du harcèlement de la part des clients. Certaines utilisent le commerce comme une activité de façade leur permettant d'être en contact avec les hommes et fournir des prestations sexuelles marchandes du fait de la pauvreté. De même, certaines femmes chef de ménage qui ont en charge des enfants sont aussi amenées à avoir un ou plusieurs partenaires pour subvenir aux besoins économiques de la famille. Selon le CNLS (2008), la tendance à la fidélisation de ses relations limite la possibilité de recours au préservatif.

2.1.3. Vulnérabilité socio-économique

Au Congo, l'absence d'une culture de dialogue dans les couples, le faible accès aux services d'informations, la stigmatisation et la discrimination dans les familles apparaissent comme les principaux facteurs de vulnérabilité de la femme au VIH (Nkou 2007). Or, en l'absence d'actions en faveur du changement des normes sociales en matière de genre, le fait de prendre connaissance de sa séropositivité a très peu d'effets sur la vie sexuelle de la femme. Dans ce travail, 33% des femmes ont affirmé continuer à avoir eu des rapports extraconjugaux majoritairement non protégés après avoir pris connaissance de leur séropositivité.

S'il est évident que la vulnérabilité de la femme est aussi celle de l'homme, il est urgent de promouvoir le dialogue entre hommes et femmes en vue du changement de certaines normes sociales et culturelles qui accentuent la vulnérabilité de la femme face au VIH/sida. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la promotion socio-économique des femmes sont également indispensables pour rompre la chaîne de contamination chez les femmes vivant avec le VIH.

2.1.4. Aspects économiques de la vulnérabilité

Du point de vue économique, trois aspects peuvent être évoqués en matière de vulnérabilité. Il s'agit de la pauvreté, de la dépendance économique et de la prostitution

2.1.4.1. Pauvreté

Le cercle vicieux Pauvreté-VIH est universellement connu. Au Congo, selon l'Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005), 50,1 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le CNLS (2008) souligne à cet effet que, les personnes démunies sont souvent amenées à avoir des comportements et pratiques sexuels à risques pour répondre à leurs besoins élémentaires.

2.1.4.2. Dépendance économique de la femme

La contribution des femmes aux dépenses du ménage montrent que seulement 19% des femmes qui gagnent de l'argent couvrent la totalité des dépenses du ménage avec leurs gains (EDS 2005). On constate que parmi les femmes de 45-49 ans, et parmi celles en rupture d'union cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elles concernent plus d'un tiers des femmes (respectivement 34% et 35%). Parmi les non instruites (24%), celles de Pointe-Noire (29%) et celles ayant au moins cinq enfants (27%), la proportion des femmes dont le revenu couvre la totalité des dépenses du ménage est plus élevée que la moyenne nationale.

A l'opposé, dans l'environ 13% des cas, les femmes ne contribuent à pratiquement aucune dépenses du ménage. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge passant de 41% chez les jeunes de 15-19 ans à 3% chez les femmes de 45-49 ans. Ce sont surtout les célibataires et

les femmes sans enfant qui ne prennent financièrement en charge aucune dépense du ménage (respectivement, 31% et 35%). Enfin, un peu plus de deux femmes sur cinq (43%) couvrent au moins la moitié des dépenses du ménage par leurs gains. Il s'agit principalement des femmes de 45-49 ans (46%) de celles en rupture d'union (38%) et de celles d'instruction (50%) ; de même, parmi celles ayant au moins cinq enfants, parmi celles de la région sud et celles des ménages les plus pauvres, environ la moitié utilise leurs gains pour couvrir au moins la moitié des dépenses du ménage.

2.1.4.3. La prostitution

La pauvreté amplifie le phénomène de prostitution. Elle concerne par ailleurs, les femmes ayant des partenaires multiples et qui fournissent des prestations sexuelles marchandes. Trois catégories peuvent être distinguées :

La première catégorie concerne les femmes qui fournissent des prestations bon marché et qui ont tendance à exiger le préservatif avec les clients ordinaires. Ces femmes ont souvent un ou plusieurs clients réguliers appelés « Loves » qui, en général, assurent le paiement du loyer et des ordonnances en cas de maladies, et avec qui elles ont des relations sexuelles sans préservatifs. Lorsqu'elles commencent à perdre des clients à force d'exiger le préservatif, ces femmes finissent par accepter des rapports sexuels non protégés (EDS 2005).

La deuxième catégorie concerne les prostituées mobiles ou « filles faisant la vie des blancs ». Il s'agit de jeunes filles qui fréquentent les Boîtes de nuit et Bars des villes. Elles y fournissent des prestations sexuelles à des meilleurs prix que celles qui reçoivent à domicile. Ces filles exigent souvent des rapports protégés, mais accèdent souvent aux demandes de personnes qui augmentent la mise pour obtenir des rapports non protégés. Elles perdent aussi tout contrôle en cas de consommation excessive d'alcool ou de drogue. Elles ont aussi tendance à abandonner le préservatif lorsque le client se fidélise. Il faut noter que, Certaines de ces prostituées voyagent d'une ville vers l'autre pendant les périodes de paiement de salaires ou en cas d'activité entraînant un afflux de fonctionnaires en mission dans une ville.

La troisième catégorie est celle des Jeunes filles dites libres « bordels » : Il s'agit des jeunes de moins de 30 ans qui ne sont pas des prostituées en temps que tel, mais sont disposées à offrir des services sexuels pour des raisons de survie. Dans la plupart de cas, il s'agit de jeunes filles mères, qui prennent en charge un ou plusieurs enfants sans source précise de revenus. Elles vivent avec une grand-mère, une mère ou une tante, parfois même avec un père et doivent apporter une contribution à la popote de la famille. Elles mobilisent ainsi les ressources pour la survie soit en ayant plusieurs partenaires réguliers, soit en acceptant des rapports occasionnels moyennant de l'argent. Ces filles n'ont pas de prix fixé pour les prestations sexuelles; elles comptent sur la bonne volonté des hommes. Elles ne se considèrent pas et ne souhaitent pas être considérées comme des prostituées, c'est à dire des filles qui « font la vie ».

2.2. Stigmatisation face au VIH

La stigmatisation, la discrimination, et l'exclusion sociale sont des causes de risque et de vulnérabilité face au VIH, et des conséquences de la séropositivité. L'être humain est par nature faite pour vivre en société, et sa santé physique et mentale est altérée lorsqu'il est isolé et coupé de son groupe social (Jenkins & Sarkar, 2007). Les attitudes stigmatisantes par

rapport au VIH et vis-à-vis des personnes les plus exposées au risque d'infection tirent leur origine principalement dans 1) la crainte de la contagion – la maladie constituant une source de stigmatisation depuis la nuit des temps ; 2) les présomptions négatives fondées sur des valeurs, à propos des personnes vivant avec le VIH– ce qui alimente les préjugés et la discrimination (CIRF, 2006a).

La stigmatisation a été décrite comme un processus dynamique qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Associée au VIH, la stigmatisation s'observe à plusieurs niveaux, et tend à s'appuyer sur des pensées négatives déjà implantées et les renforcent en associant le VIH et le SIDA à des comportements d'ores et déjà marginalisés (ONUSIDA 2005).

2.2.1. Attitude de tolérance selon le groupe d'âge et le bien-être

Dans le cadre de cette étude, quatre variables qualitatives liées à la stigmatisation envers les malades du VIH ont été identifiées (EDS 2005). Il s'agit entre autres de l'acceptation de s'occuper d'une personne malade du VIH ; l'acceptation d'acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH ; l'autorisation qu'une enseignante vivant avec le VIH de continuer à enseigner ; l'acceptation de garder le secret sur un malade du VIH.

Ainsi, les résultats de l'enquête, en tenant compte du groupe d'âge et des quintiles du bien être économique, se résument dans les tableaux ci-après :

Tableau 1. Acceptation de s'occuper d'une personne malade du VIH

Caractères sociodémographiques	Pourcentage d'hommes	Pourcentage des femmes
Groupe d'âge		
15-24	87,9	75,5
25-29	92,4	82,1
30-39	92,1	83,0
40-49	94,7	85,5
Quintiles de bien-être Economique		
Le plus pauvre	89,5	70,0
Second	90,3	74,3
Moyen	89,3	79,5
Quatrième	89,0	85,1
Le plus riche	94,9	87,9

Source : EDS 2005

Il ressort du tableau 1 que 87,9% des hommes et 75,5% des femmes âgées entre 15-24ans seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/SIDA. Pour la tranche d'âge allant de 25-29 ans, 92,4% des hommes et 82,1 des femmes seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/SIDA. Concernant la tranche d'âge allant de 30-39 ans, 92,1% d'hommes et 83,0% des femmes accepteraient de s'occuper d'un parent vivant avec le VIH/SIDA. Suivant la tranche d'âge des 40-49 ans, 94,7% des hommes et 85,5% des femmes se sont exprimés dans le même sens.

En tenant compte des quintiles de bien-être économique, les résultats révèlent que plus 89,0 % des hommes sont prêts à s'occuper d'un parent vivant avec le VIH/SIDA. Cependant, le

pourcentage des femmes reste faible en comparaison à celui des hommes du fait que les femmes sont généralement considérées comme des êtres fragiles. Ce pourcentage varie entre 70,0% à 87,9%. Nous constatons par ailleurs que, plus la situation du bien-être s'améliore, plus le pourcentage des femmes qui acceptent de s'occuper d'un parent vivant avec le VIH/SIDA augmente. De ce premier tableau, nous pouvons retenir que les hommes sont moins stigmatisants que les femmes, ensuite les femmes vulnérables sont plus stigmatisantes que les femmes riches.

Le tableau 2 traduit l'expression des hommes et des femmes selon les différents groupes d'âge et selon les quintiles du bien être économique sur l'acceptation d'acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH/SIDA.

Tableau 2. Acceptation d'acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH

Caractères sociodémographiques	Pourcentage d'hommes	Pourcentage des femmes
<i>Groupe d'âge</i>		
15-24	59,6	43,4
25-29	70,9	51,7
30-39	68,1	49,7
40-49	66,5	49,1
<i>Quintiles de bien-être Economique</i>		
Le plus pauvre	57,7	30,0
Second	63,1	39,4
Moyen	64,5	45,0
Quatrième	66,3	54,6
Le plus riche	69,8	62,1

Source : EDS 2005

Il ressort de ce tableau que 59,6% des hommes et 43,4% des femmes âgées de 15-24 ans achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. De même, 70,9% des hommes et 51,7% des femmes âgées de 24-29 ans achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH et 68,1% des hommes et 49,7% des femmes âgées de 30-39 ans achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. Pour ce qui est de la tranche d'âges 40-49ans, 66,5% des hommes et 49,1% des femmes afficherait le même comportement.

Par contre, pour le quintile le plus vulnérable, on constate que 57,7 % des hommes contre 30,0% des femmes achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. Pour le quintile moyen, 64,5% des hommes contre 45,0% des femmes achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH. Enfin le quintile le plus riche 69,8% des hommes contre 62,1% des femmes achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH.

Tableau 3. Autorisation qu'une enseignante vivant avec le VIH de continuer à enseigner

Caractères sociodémographiques	Pourcentage d'hommes	Pourcentage des femmes
<i>Groupe d'âge</i>		
15-24	51,1	51,6

25-29	55,9	57,1
30-39	61,1	55,9
40-49	62,7	61,5
Quintiles de bien-être économique		
Le plus pauvre	42,4	48,1
Second	51,6	52,0
Moyen	51,9	54,1
Quatrième	58,6	56,1
Le plus riche	70,1	62,8

Source : EDS 2005

La lecture de ce tableau montre, que toutes les tranches d'âges se sont prononcées de manière assez relative. En effet, le pourcentage des hommes accordant à une enseignante vivant avec le VIH le droit de continuer à enseigner est relativement proche à celui des femmes. Ce pourcentage varie entre 51,1% et 62,7% chez les hommes contre 51,6% et 61,5% chez les femmes. En tenant compte de la vulnérabilité, l'on remarque les pourcentages des ménages les plus vulnérables qui autoriseraient une enseignante vivant avec le VIH de continuer à enseigner sont les plus faibles (42,4% chez les hommes et 48,1% chez les femmes). Par contre les quintiles les plus riches présentent les plus grands pourcentages avec 70,1% chez les hommes et 62,8% chez les femmes.

Tableau 4. Acceptation de garder le secret sur un malade du VIH

Caractères sociodémographiques	Pourcentage d'hommes	Pourcentage des femmes
Groupe d'âge		
15-24	44,1	22,0
25-29	49,6	23,6
30-39	57,3	26,7
40-49	57,7	25,8
Quintiles de bien-être économique		
Le plus pauvre	50,5	36,5
second	50,8	27,3
moyen	52,7	21,5
Quatrième	51,0	18,7
Le plus riche	49,6	18,8

Source : EDS 2005

Généralement, il est admis que le secret médical est l'un des premiers moyens de lutte contre la stigmatisation face aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. A cet effet, les résultats de l'enquête démographique et de santé montrent que le pourcentage des hommes se prononçant sur le secret médical est deux fois plus élevé en comparaison à celui des femmes. En effet, ce pourcentage varie entre 44 et 57% chez les hommes et entre 22 et 25 % chez les femmes.

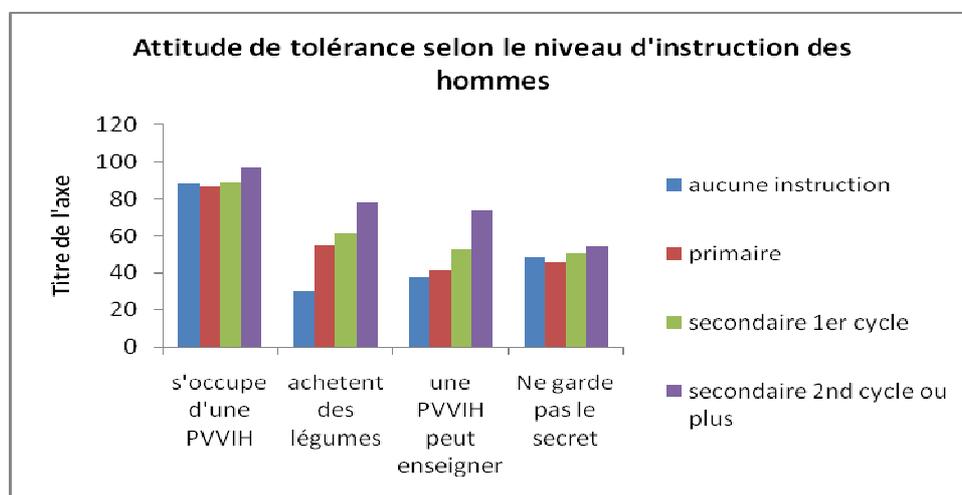
En tenant compte du bien être, le pourcentage des hommes qui acceptent de garder le secret sur un malade du VIH, selon qu'ils soient vulnérables ou riche est relativement proche. En effet, il ne varie que de 0,9 %. Par contre, au niveau des femmes, l'on remarque que, plus le ménage est vulnérable plus il accepte de garder le secret médical.

2.2.2. Attitude de tolérance selon le niveau d'instruction

Selon EDS 2005, les résultats montrent que la très grande majorité de la population congolaise a fréquenté l'école. En effet, seulement 7% des femmes et 2% des hommes n'ont aucune instruction. Cependant, chez les femmes, on constate des disparités importantes selon les milieux de résidence : les proportions de femmes sans aucune instruction sont élevées dans le nord et le sud (respectivement, 11% et 13%) et très faibles dans les villes de Brazzaville et Pointe Noire (environ 3%). On constate que la proportion de femmes et d'hommes sans aucune instruction diminue au fur et à mesure que le niveau de richesse du ménage s'améliore, passant, chez les femmes, de 17% dans les ménages les plus pauvres à 2% dans les plus riches. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 4% et 2%.

Par ailleurs, en tenant compte des facteurs explicatifs, la répartition des enquêtés se présente de la manière suivante :

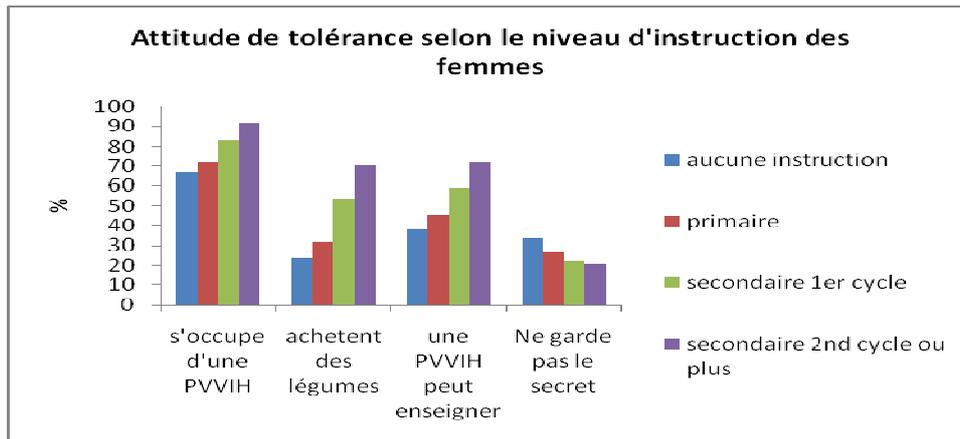
Graphique 1 : Attitude de tolérance selon le niveau d'instruction des hommes



Source : EDS, 2005

Le graphique 1 montre que la proportion des hommes qui acceptent de s'occuper d'un parent ayant le VIH/sida ainsi que pour les trois autres facteurs de stigmatisation est plus élevée pour les personnes ayant atteint un niveau d'instruction élevé en comparaison avec les sans instruction. En effet, pour les quatre facteurs, seule la proportion des personnes qui pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder un secret reste élevée soit 48,2% comparativement à ceux ayant atteint le niveau secondaire 1^{er} cycle, soit 45,5 %.

Graphique 2 : Attitude de tolérance selon le niveau d'instruction des femmes



Source : EDS, 2005

Il ressort du graphique 2 que la proportion des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction et qui seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida est toujours faible comme pour le cas des hommes, soit 66,8%. Cependant, en tenant compte du facteur lié à la non divulgation du secret médical, 33,5% des femmes non instruites pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder le secret des membres de la famille vivant avec le VIH contre, 20,5 % des personnes ayant le niveau d'instruction le plus élevé.

Une analyse comparative selon les sexes montre que le comportement des femmes est relativement différent de celui des hommes. En effet, si pour le cas des hommes, le niveau d'instruction influence les comportements dans la quasi-totalité des facteurs de stigmatisation, chez les femmes par contre, on observe un effet contraire sur le dernier facteur qui est celui lié au secret médical.

Section 3. Facteurs explicatifs et stratégies de lutte contre la stigmatisation

A partir des entretiens menés auprès des responsables du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), du Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC) et dans les centres de santé intégrés à Brazzaville, trois facteurs peuvent expliquer la stigmatisation. Il s'agit des facteurs sociaux, économiques et juridiques.

3.1. Les facteurs sociaux

L'un des facteurs identifiés par les responsables de ces institutions est celui des lié à la peur. En effet, du point de vue social la stigmatisation peut revêtir deux formes. Une forme interne liée à la peur que ressent la personne séropositive ou malade à l'égard des autres, et une forme externe liée au comportement des autres à l'endroit de la personne malade. En ce qui concerne la forme interne, les responsables ont fait remarquer que les personnes malades du SIDA au niveau du Congo, affichent généralement un comportement de gêne, de malaise, de méfiance qui rend difficile les rapports entretenus sur leur lieu de travail. Au niveau externe, les personnes séropositives sont confrontées à plusieurs difficultés dont celle liée au recrutement. Les personnes séropositives sont généralement recrutées dans les ONG à caractère humanitaire. Au niveau des institutions légales, on observe une tendance au licenciement. A titre d'illustration, « une enseignante interviewée par la télévision nationale après l'interview de la première Dame du Congo s'est vue licenciée par son directeur d'école du fait qu'elle avait parlé de son statut sérologique » (RENAPC 2011).

Un autre phénomène observé est celui du dépistage avant l'emploi ou avant l'attribution d'une bourse d'études. Ces phénomènes observés au niveau de Brazzaville alimentent et renforcent la stigmatisation du fait qu'ils amènent à l'exclusion.

3.2. Les facteurs économiques

Parmi les facteurs économiques identifiés par les responsables des institutions l'absence d'emploi a été citée en premier lieu, ensuite vient l'absence de revenu et enfin la pauvreté. L'absence d'emploi pousse à la dépendance augmentant ainsi les charges des familles et suscite généralement le rejet. L'absence de revenu accroît l'incapacité des personnes d'assurer une prise en charge médicale et du fait de la détérioration de l'état de santé et de l'impossibilité de travailler conduisent à la pauvreté.

Selon une étude menée par l'ONUSIDA (2003) à Brazzaville et à Pointe-Noire, les ménages avec un patient du VIH/SIDA dépensent en moyenne deux fois plus que pour les autres dépenses de santé. Dans la rubrique santé, près de 80% de dépenses sont affectées aux patients du VIH/SIDA plutôt qu'aux autres membres du ménage qui sont malades.

Il sied de noter qu'au Congo, le dépistage et l'accès aux anti-rétrovirus sont gratuits, ainsi selon les responsables cette accessibilité a permis aux personnes déjà malades de continuer à travailler et de suivre le traitement. Cependant, le nombre de malades ayant accès aux ARVs demeure limité.

3.3. Les facteurs juridiques

Le Congo a élaboré en 2006 un projet de loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles. Cependant, ce projet de loi n'a pas encore été adopté par le parlement, condition sine qua non pour sa promulgation. Il faut rappeler que cette situation n'a pas permis la mise en place d'un cadre formel de protection des droits des personnes vivant avec le VIH (CNLS 2008).

La situation semble évoluer positivement puisqu'à l'heure actuelle, des lois visant à protéger les personnes malades du SIDA ont été votées par l'Assemblée nationale, et l'on s'attend à leur promulgation afin de légitimer leur application. Il faut cependant noter qu'en 2005, le Ministère de la Justice et des droits humains avait élaboré un avant projet de loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes victimes de violences sexuelles en République du Congo. Cet avant projet de loi comprend : (i) une définition des mesures particulières à prendre par les responsables de santé publique concernant la prévention, le dépistage volontaire et diagnostic de l'infection à VIH, (ii) des mesures de protection des personnes vivant avec le VIH contre la discrimination, (iii) des mesures de protection des personnes victimes de violences sexuelles, (iv) des sanctions attachées à la violation des dispositions de la loi.

Ce projet a été soumis au Gouvernement pour validation et transmission au Parlement. Le retard pris dans le processus de validation de cette loi n'a pas permis de mettre en place des programmes spécifiques de prise en charge juridique des personnes infectées par le VIH. En attendant la promulgation de la loi, l'unité de lutte contre le SIDA du Ministère de la Justice a élaboré un guide d'information sur le VIH et les droits humains qui sert de document de base pour la sensibilisation des personnes vivant avec le VIH et les communautés. Pour garantir l'application de cette loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH et des

personnes victimes de violences sexuelles, un paquet de services juridiques a été également défini et consigné dans un guide.

3.4. Stratégies de lutte contre la stigmatisation

En matière de lutte contre le VIH/SIDA, le Congo a élaboré un document stratégique 2009-2013 orienté vers cinq axes prenant en compte différents domaines. L'axe stratégique 2 portant sur le renforcement de services de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH a comme entre autres objectifs accroître de moins de 25 % à plus de 50 % la proportion des adultes de 15-49 ans ayant des attitudes de tolérances à l'endroit des personnes vivant avec le VIH. Cet objectif vise ainsi l'intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à travers les orientations suivantes :

- assurer l'adoption, la promulgation et la diffusion de la loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH ;
- organiser chaque année une campagne de lutte contre la stigmatisation et la discrimination marquée par des discussions dans les quartiers, les entreprises, avec des agents de santé avec la participation des personnes vivant avec le VIH ;
- promouvoir la participation active des personnes vivant avec le VIH dans les activités de lutte contre le VIH à tous les niveaux.

L'axe stratégique 3 portant sur la réduction de la vulnérabilité au VIH et au SIDA passe entre autres par l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables. Plusieurs stratégies sont ainsi combinées pour répondre à cette exigence parmi lesquelles figurent l'appui au développement des activités génératrices de revenus et l'appui à la formation et à l'insertion professionnelle. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de 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.

Les interventions sont les suivantes :

- Promouvoir le recrutement et l'utilisation des personnes vivant avec le VIH dans les structures de coordination et de soins ;
- Mettre en place un dispositif de sensibilisation, de formation et de facilitation de l'accès aux microcrédits en vue du développement d'activités génératrices de revenus pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables ayant participé aux activités de prévention du VIH/SIDA ;
- 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.

Conclusion et recommandations

Au regard de tout ce qui précède, le problème de stigmatisation est récurrent à l'endroit des personnes malades du SIDA à Brazzaville. Les différentes mesures prises et les stratégies mises en place comportent encore des limites. Les entretiens menés auprès des responsables de différentes institutions ont montré qu'il est important de vulgariser la loi portant sur la protection des personnes vivant avec le VIH, de sensibiliser la population sur les méfaits de la stigmatisation à travers les médias, les églises, etc. en associant à chaque activité les personnes déjà victimes de cette forme de stigmatisation liée au VIH/SIDA.

Bibliographie

- **African Studies Center** (2003). HIV/AIDS and failed development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html (accessed 6 January 2005).
- **BIT** (2003), Contribution à la lutte contre le VIH/SIDA dans l'économie informelle : Le rôle actuel et potentiel des systèmes de protection sociale Décentralisés, Document de travail, Genève.
- **CNLS** (2008), cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2009-2013, Brazzaville.
- **ENTR'AIDES** (2008), « Jusqu'où ira la discrimination ?, le Sida reste toujours une des principales causes de décès dans le monde », n°29 février 2008.
- **Evian C. et al.**, 2004, 'Prevalence of HIV in workforces in southern Africa, 2000-2001. *South African Medical Journal*, 94(2):125-130'
- **Guiella G. et woog V.** (2006), *Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : Résultats d'une enquête nationale en 2004 / Occasional Report No. 21 / avril.*
- **Horizon** (1998-2001), Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA aux activités des ONG de lutte contre le SIDA, d'octobre 1998 à août 2001.
- **ICW** (2004), Les femmes séropositives, la pauvreté et l'inégalité des genres, Londres.
- **Jackson H.** (2004), Sida Afrique continent en crise, Asdi, Safaids et UNFPA.
- **Lyse Pinault** (2008), « La coalition des organismes communautaires Québécois de la lutte contre le Sida est partenaire de AIDES » in Jusqu'où ira la discrimination ? ENTR'AIDES n°29 février 2008.
- **Ministère du plan** (2006a), Enquête démographique et santé du Congo, (EDSC-I) 2005, Brazzaville.
- **Ministère du plan** (2006b), Enquête congolaise auprès des ménages (ECOM 2005), Brazzaville.
- **Miyouna P.R. et Boungou Bazika J.-C.** (2007), « Activités de génératrices de revenus et risque face au VIH/SIDA des jeunes à Ewo en République du Congo », communication présentée à la 5e Conférence internationale sur la population africaine Arusha (Tanzanie)
- **Nkou J.C.** (2007) fidélité conjugale et vulnérabilité de la femmes au vih.

- **ONUSIDA** (2002), Campagne mondiale sur le SIDA 2002-2003 contre la discrimination et la stigmatisation, Genève, mai 2002.
- **ONUSIDA** (2002), Campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003 cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associée au VIH/SIDA, Genève, juin 2002.
- _____ (2005), Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : études de cas des interventions réussies, Genève.
- _____ (2007), Rapport annuel : *Connaître son épidémie*, Genève.
- _____ (2008), Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, Genève.
- **PNUD** (2001), « VIH/SIDA et pauvreté au Burkina-faso ».
- **Samoah-Odei E, Garcia-CallejaJM, BoermaT**, 2004, "HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40"
- **UN** (2004), The impact of AIDS, Dept. of Economic and Social Affairs. Population Division, Washington D.C.