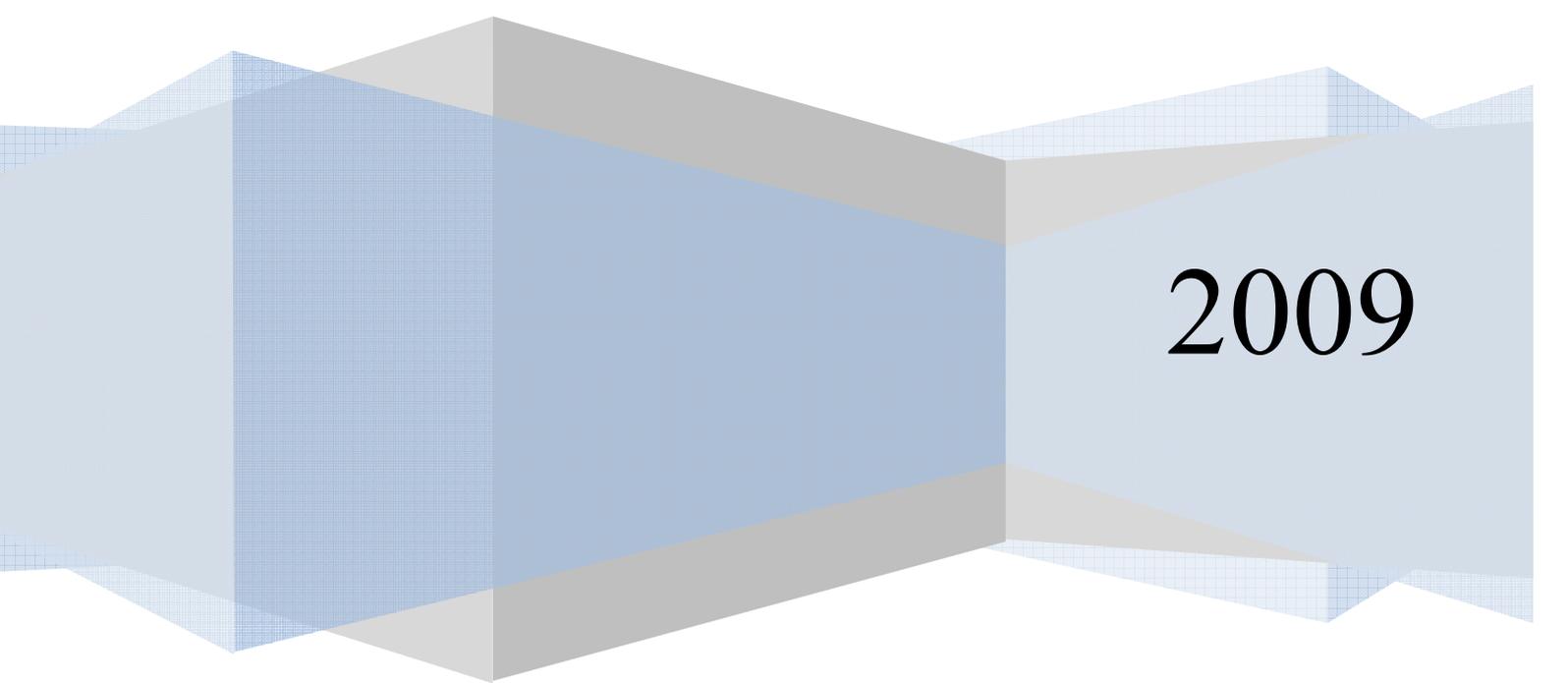


*Institut National de la Statistique
Kinshasa RD-Congo*

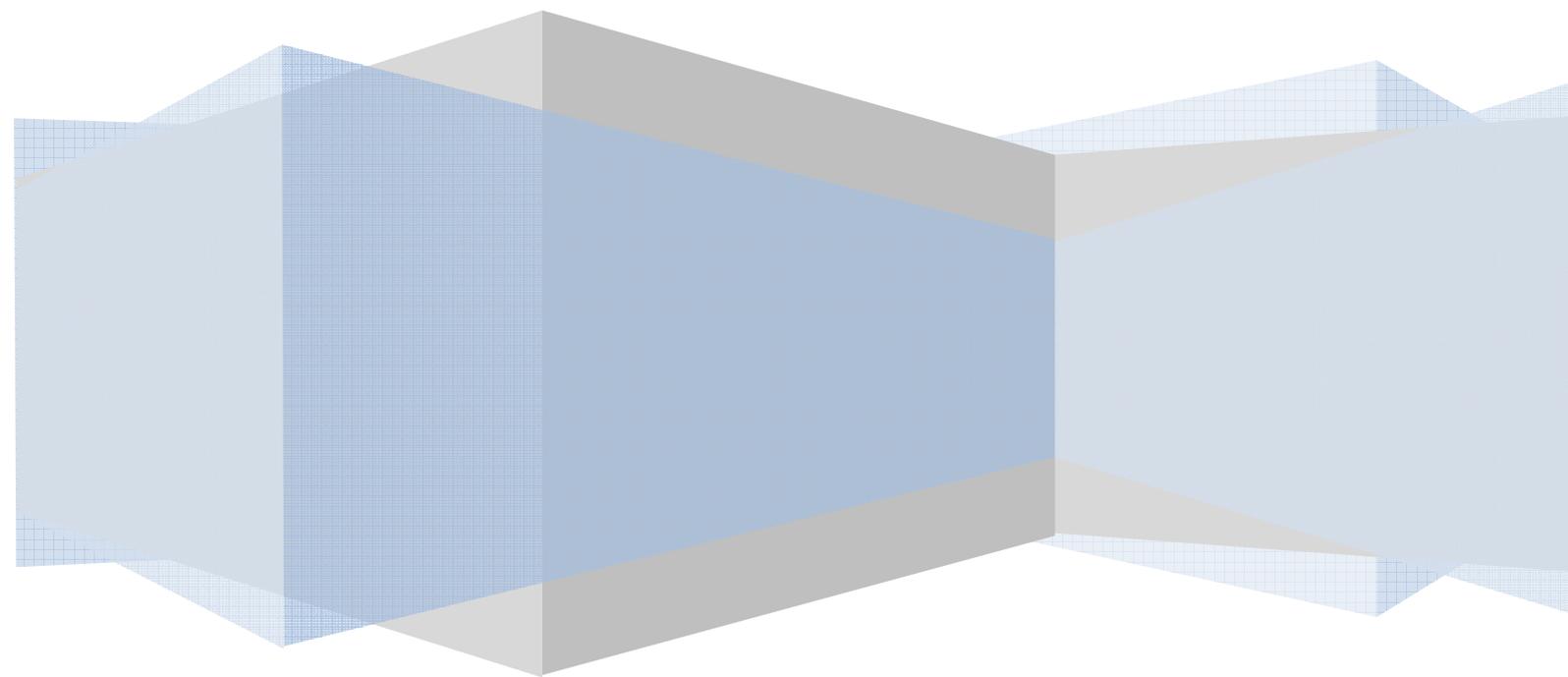
**L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU
VIH/SIDA EN RDC . Une
analyse secondaire de l'EDS-
RDC-2007**

**XXVIème Congrès Général de la Population/
Marrakech, Maroc du 26 sept au 02 oct. 2009**

**Perpétue MADUNGU Tumwaka,
JACKIE KABWE Kabeya,
Elisabeth KAYIBA Mbelu.**



2009



L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA EN RDC . Une analyse secondaire de l'EDS-RDC-2007

Par :

Perpetue MADUNGU Tumwaka¹, Institut National de la Statistique, Kinshasa RDC , madungupetue@yahoo.fr

JACKIE KABWE Kabeya, Institut National de la Statistique, Kinshasa RDC , djack_kabwe@yahoo.fr

Elisabeth KAYIBA Mbelu, Institut National de la Statistique, Kinshasa RDC , kmbel1953@yahoo.fr

1. Introduction

Selon des estimations récentes de l'ONUSIDA, environ 16.000 nouvelles infections à VIH surviendraient chaque jour à travers le monde dont 90% en Afrique (UNAIDS/WHO, 1998). Parmi ces nouveaux cas d'infection, plus de 50% concerneraient les femmes.

En effet, beaucoup d'informations complémentaires suggèrent aujourd'hui une vulnérabilité accrue des femmes face aux IST classiques et à l'infection à VIH. Cette vulnérabilité tiendrait à de nombreux facteurs : déficit d'information sur les pratiques de prévention, impuissance à négocier des pratiques sexuelles à faible risque, déni d'un risque personnel encouru, peu ou pas d'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST).

En Afrique et en RDC des millions d'enfants perdent leurs parents, l'espérance de vie a baissé de plusieurs années, et tous les secteurs sont touchés à des degrés variables. Cet environnement de la pauvreté prédispose à certaines maladies. Le SIDA remet en cause la sécurité alimentaire, la productivité, la disponibilité des ressources humaines et le développement, et risque même de compromettre la sécurité nationale et régionale (Helen JACKSON, 2004). La pauvreté est liée à l'épidémie mais de manière complexe. Parfois le développement lui-même et les inégalités socio-économiques, plutôt qu'une grande augmentation absolue de la pauvreté en soi aggrave l'environnement de risque pour le VIH et le SIDA.

La spécificité de la RDC dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA est d'avoir non seulement été l'un des premiers pays à avoir été touché par la maladie mais également d'avoir été l'un des premiers terrains d'intervention d'organisations de lutte contre le sida, et ce grâce à une prise de conscience rapide des pouvoirs en place. Alerté par la croissance rapide et persistante du nombre de cas enregistrés suite au diagnostic des premiers cas en 1983, notamment, à l'Hôpital général de Kinshasa et aux formations médicales universitaires du pays, le gouvernement de la RDC a décidé en 1984 d'oeuvrer avec la communauté internationale afin de mieux jauger les dimensions du problème. Un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

¹ Correspondance a Perpetue MADUNGU Tumwaka
e-mail : madungupetue@yahoo.fr

a été mis sur pied et, celui-ci a, en 1987, élaboré un plan à court terme dont l'objet était d'évaluer l'étendue du problème dans le pays.

2. Contexte de l'étude

Selon le Programme National de Lutte contre le Sida, défi majeur en soi, l'épidémie du VIH/SIDA aggrave les nombreux autres défis auxquels la RDC doit faire face. L'épidémie pose un problème de santé publique extrêmement sérieux et constitue une menace pour le redressement économique et le développement du pays. Les données recueillies par le PNMLS estiment qu'il y a environ 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA en RDC, pour un taux de prévalence dans la population adulte d'environ 5 %, avec des variations provinciales allant de 3.1% à Kinshasa à 7.5% à Lubumbashi (PNMLS, 2005) .

Deux facteurs particulièrement inquiétants rendent la situation de la RDC encore plus difficile en matière de lutte contre le sida et font craindre une croissance exponentielle des taux de prévalence du VIH/SIDA :

- Bien que le taux soit relativement faible comparé aux moyennes régionales, le taux de prévalence en RDC a atteint le seuil critique de 5 pour cent, qui, selon les experts, est le taux de prévalence au-delà duquel l'épidémie amorce généralement une croissance exponentielle. Si les estimations actuelles venaient à être confirmées et si aucune action concertée n'était entreprise, le pays, de surcroît dans un contexte d'extrême pauvreté et de services sociaux inexistant, serait au bord d'un désastre humanitaire. Si rien n'est fait, la RDC devrait compter à partir de l'année 2006 au moins 900.000 nouveaux cas d'infection. Les personnes ayant développé la maladie mourraient dans les mêmes proportions.
- Paradoxalement, le conflit et l'isolement consécutif de certaines régions a également contribué à préserver certaines populations du VIH/SIDA. La réunification physique du pays présente par conséquent le risque d'une explosion de l'épidémie, par la contamination de populations jusque là isolées et préservées par d'autres populations issues de zones à forts taux de prévalence. On ne connaît pas aujourd'hui de manière précise la situation dans les provinces nouvellement réunifiées et qui furent ravagées par la guerre. Des études ponctuelles indiquent néanmoins que le taux d'infection pourrait atteindre 20 pour cent pour certaines populations à risque dans certaines provinces.

En définitive, l'on s'accordait à affirmer avec le PNLIS que Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en RDC est estimé à 1.3 millions, selon les statistiques recueillies en 2008 par le PNMLS comparativement à 2,6 millions de personnes en 2005 selon l'ONUSIDA. A dater de 2004, quelque 100 000 personnes avaient péri du SIDA et à la fin 2003, plus de 930 000 enfants étaient des orphelins du VIH/SIDA. La même source abonde à dire qu'en 2008, seules près de 20.000 des 400.000 personnes infectées recevaient un traitement antirétroviral, soit seulement près de 5% des malades du SIDA. Toutefois, les soins sont précaires même pour ceux qui en reçoivent (PNMLS, 2008).

Pour mesurer ainsi la prévalence du VIH en RDC, la pratique jusque là applicable consistait à l'observance des sites dits sentinelles auprès des femmes enceintes.

En 2007, la RDC a effectué son premier EDS et le taux du VIH a été mesuré en prélevant le sang de la population échantillonnée pour le tester dans les laboratoires. Pour la première fois le taux du VIH est estimé à 1,3% dans la population générale.

Ce travail va contribuer à documenter les études en rapport avec le VIH en RDC. Les données de l' EDS ont apporté une précision sûre et au sein de la population générale et ont permis d'identifier les facteurs qui déterminent le niveau d'infection (connaissances des pratiques de prévention, comportements et pratiques sexuels, utilisation des préservatifs, importance des IST classiques, accès aux soins de santé, etc.)¹.

Les résultats obtenus devraient être utilisés pour la conception des interventions dirigées contre le SIDA et servir comme base de référence au moment de l'évaluation de l'impact des interventions envisagées.

Cependant, pendant que toute la littérature existante a démontré que les femmes les moins instruites étaient vulnérables face à cette épidémie, la grande révélation des résultats de l'EDS - RDC sur le VIH est que la prévalence du VIH en RDC est plus élevée parmi les femmes les plus instruites comparativement aux moins instruites. Ce qui pousse tout observateur à se demander si l'éducation dont les bienfaits sont constatés partout ailleurs, ne se révèle pas être plutôt un facteur de risque d'infection à VIH en RDC ?

La particularité de cette étude est de chercher à expliquer en se basant sur d'autres variables présentes dans la base EDS pourquoi les femmes les plus instruites sont les plus exposées en RDC.

L'école ne serait-elle pas le lieu d'un harcèlement sexuel qui augmente la vulnérabilité des femmes ? Ou ceci serait la résultante de leur mode de vie qui les exposerait plus que les autres groupes de la population ?

Le présent article qui utilise un sous- échantillon de la population âgée entre 15 et 49 ans, a pour objectif d'analyser le comportement sexuel des personnes instruites versus les non instruites selon le genre au regard des risques d'infection à VIH.

Nous essayons notamment de répondre à la question de savoir si l'instruction permet plus d'autonomie et donc l'adoption de comportements préventifs face aux risques d'infection à VIH ou si au contraire le milieu scolaire et professionnel sont plutôt les milieux d'un harcèlement sexuel qui augmente cette vulnérabilité.

Dans la suite du texte, nous faisons une brève revue de la littérature relative au harcèlement sexuel dans l'environnement scolaire et professionnel d'abord, nous décrivons ensuite les données et la méthode d'analyse, et enfin nous présentons les résultats avant de conclure cette réflexion.

3. Généralités sur l'étude

Dans ces généralités, ces papiers parlent sur les violences et le harcèlement sexuels dans le monde scolaire et professionnel afin de comprendre les théories explicatives du résultat paradoxal du VIH/SIDA observé par la suite

en RDC spécialement au sein du groupes des femmes les plus instruites et les plus riches.

- Le harcèlement sexuel dans l'environnement scolaire

Dans plusieurs domaines de la vie, la scolarisation des filles est reconnue comme un bienfait non seulement pour elles-mêmes mais pour l'ensemble de la société. Par exemple le lien positif entre instruction de la mère et survie de l'enfant a été abondamment documenté dans la littérature (Cleland et Van Ginneken, 1988). D'autres aspects de la santé de la reproduction ont un lien positif avec l'instruction de la femme (Elo, 1992; Baya, 1999; Zanou et al., 2002; Fassassi et Vimard, 2002).

Selon le rapport mondial 2002 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur « Violence et santé » l'école serait le lieu où la violence sexuelle est la plus répandue (Jejeebhoy et Boot, 2003). Ce phénomène serait le simple reflet du fait que les jeunes passent de plus en plus une longue période de leur adolescence dans l'environnement scolaire où ils apprennent à tisser et à négocier des relations.

Dans certains cas, l'environnement scolaire offrirait à certains adultes l'opportunité d'abuser de leur position d'autorité sur les jeunes, sous forme de harcèlement sexuel (Jejeebhoy et Boot, 2003). Une récente revue de la littérature relative à la violence sexuelle dans le secteur de l'éducation (citée par Jejeebhoy et Boot, 2003) suggère que les auteurs sont aussi bien les enseignants que les pairs. Les auteurs citent des études où les enseignants exigeraient des rapports sexuels en échange de notes ou tout simplement utilisent leur autorité pour contraindre les filles à des rapports sexuels. A Kinshasa, récemment, on parle de plus en plus des points sexuellement transmissibles. Aussi, la peur du harcèlement sexuel serait la raison souvent citée pour justifier le retrait des adolescentes de l'école (Mensch et Lloyd, 1998 ; Sathar et Lloyd, 1993 cités par Jejeebhoy et Boot, 2003) en Afrique Sub-Saharienne.

- Les violences et le harcèlement sexuels dans le monde du travail

Sur le lieu de travail, les femmes sont souvent exposées au harcèlement sexuel et aux violences. Il n'est pas rare que leur employeur ou leur supérieur hiérarchique leur impose des rapports sexuels en échange d'une embauche ou d'une promotion, ou pour éviter un licenciement. Dans un tel climat de violence quotidienne, il arrive que le simple fait d'anticiper ou de redouter la violence empêche la femme de refuser des rapports non désirés ou d'imposer l'usage du préservatif ou de tout autre moyen de protection(BIT,)

Le monde du travail reflète et parfois exacerbe les inégalités entre les hommes et les femmes et la discrimination présente dans l'ensemble de la société. Les femmes sont souvent dans une position de faiblesse et de dépendance sur les lieux de travail.

Des recherches menées au Kenya dans les industries d'exportation révèlent que les femmes considèrent la violence et le harcèlement comme un aspect normal de leur vie au travail : plus de 90% des femmes interrogées ont subi ou observé des abus sexuels sur leur lieu de travail(Oit, 2002).

4. Sources des données utilisées dans l'étude

En RDC comme dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne, la surveillance du VIH est largement basée sur des tests réalisés parmi la sous population des femmes enceintes, se rendant en consultation prénatale dans un certain nombre de formations sanitaires sélectionnées comme "sites sentinelles". L'estimation de la séroprévalence est faite à partir des tests réalisés sur les prélèvements sanguins anonymes effectués dans ce sous groupe de femmes. Les limites d'une telle approche sont évidentes lorsqu'on sait que pour environ 12 naissances sur 100 en RDC, la mère n'a pas été en consultation prénatale (EDS-RDC, 2007). On est donc en droit de s'interroger sur le niveau de représentativité des taux de prévalence qui en sont issus.

Notre étude est menée à partir des données issues de l'enquête démographique et de santé (EDS-RDC 2007). Selon les directives de surveillance du VIH de seconde génération, élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA, il est recommandé de réaliser, à intervalle régulier d'environ 3 à 5 ans, des enquêtes de prévalence du VIH dans la population générale. Ceci, dans le but d'obtenir une estimation fiable de la prévalence dans la population générale et de calibrer les paramètres des modèles d'estimation et de projection basés sur les données de surveillance sentinelle (ONUSIDA et OMS, 2005). L'Enquête Démographique et de Santé, réalisée en République Démocratique du Congo en 2007, dans le cadre du projet international Demographic and Health Survey, est la première enquête à effectuer un test du VIH dans la population générale de la RDC. Ce test de dépistage permet de lier les résultats aux principales caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus (EDS-RDC,2007).

Cette enquête a permis de collecter par interrogatoire direct les données sur les facteurs potentiels de risque de l'infection à VIH. Au cours de l'enquête le prélèvement du sang des individus sélectionnés au hasard ont été examinés. Les données de l'EDS présentent l'avantage d'être représentatives de l'ensemble de la RDC où elle a été réalisée à la différence de l'approche des "sites sentinelles".

- Méthodes d'analyse

L'analyse se structure en deux volets. Le premier consiste en une analyse descriptive et le second, en une analyse multivariée.

- Analyse descriptive

Le comportement de la population en général (scolarisée versus non scolarisée) en fonction du genre est examiné à travers la connaissance du sida, la multiplicité des partenaires, l'utilisation des préservatifs brefs les comportements sexuels à risque. Cette analyse permet d'avoir une idée sur le comportement sexuel de la population congolaise.

En matière de prévention du VIH/SIDA, ces pratiques permettent de déterminer le degré de vulnérabilité de la population par rapport à tous les

comportements qui pourraient l'exposer davantage à des risques de contamination.

Pour une meilleure protection contre le VIH/SIDA, l'utilisation des préservatifs par la population sexuellement active devait être systématique, notamment lorsque les relations sexuelles interviennent hors union conjugale ; mais en est-il ainsi ?

- Analyse multivariée

Dans le second volet, nous utilisons une approche multivariée. Nous considérerons ainsi le statut sérologique comme étant la variable dépendante. C'est une variable dichotomique, codées «1» si le VIH est positif et «0» si le VIH est négatif. La variable dépendante subit l'influence d'une série de déterminants socio-démographiques parmi lesquelles l'âge, le milieu de résidence, la province, le statut professionnel, le niveau d'instruction et le niveau socio-économique de la population. Nous utilisons pour cette analyse, un modèle de régression logistique afin d'évaluer l'influence nette exercée par chaque facteur sur la variable dépendante.

Pour tout facteur retenu, une modalité de la variable est choisie comme référence à laquelle les autres sont comparées. Nous retenons comme référence, la catégorie qui a présenté une situation jugée positive de la variable lors de l'analyse bivariée. Pour l'analyse, les autres catégories sont comparées à cette catégorie de référence.

Nous présentons comme résultats, les risques relatifs et le niveau de signification (des probabilités) obtenu à partir d'un test bilatéral.

5. Principaux résultats

A. Caractéristique de la population étudiée

La majorité de la population a entendu parler du SIDA mais la connaissance complète du SIDA demeure faible

De la lecture du graphique 1 ci-dessus et du tableau 1 repris en annexe, l'on retiendra que la majorité de la population de la RDC est caractérisée par une connaissance plus ou moins bonne du Sida². Pour l'ensemble, plus de 9 personnes sur 10 ont déjà entendu parler du SIDA et seul près de 7% des femmes et des hommes non instruits possèdent une bonne connaissance du sida contre près de 30% de ceux qui sont instruits.

Cette connaissance a des variations statistiques très significatives entre le sexe et entre le niveau d'instruction des individus.

En effet, les chiffres nous apprennent que l'éducation semble favoriser la connaissance du VIH/Sida. Lorsque l'on considère la population qui a une bonne connaissance du SIDA, elle est de 7,7% au sein des femmes non instruites et 6,9% au sein des hommes non instruits contre respectivement 25,6% et 30,9% parmi les femmes et les hommes qui ont fréquenté l'école.

² Bonne connaissance de modes de transmission du VIH signifie être capable d'énoncer les trois principaux modes de transmission et d'identifier les connaissances erronées du VIH.

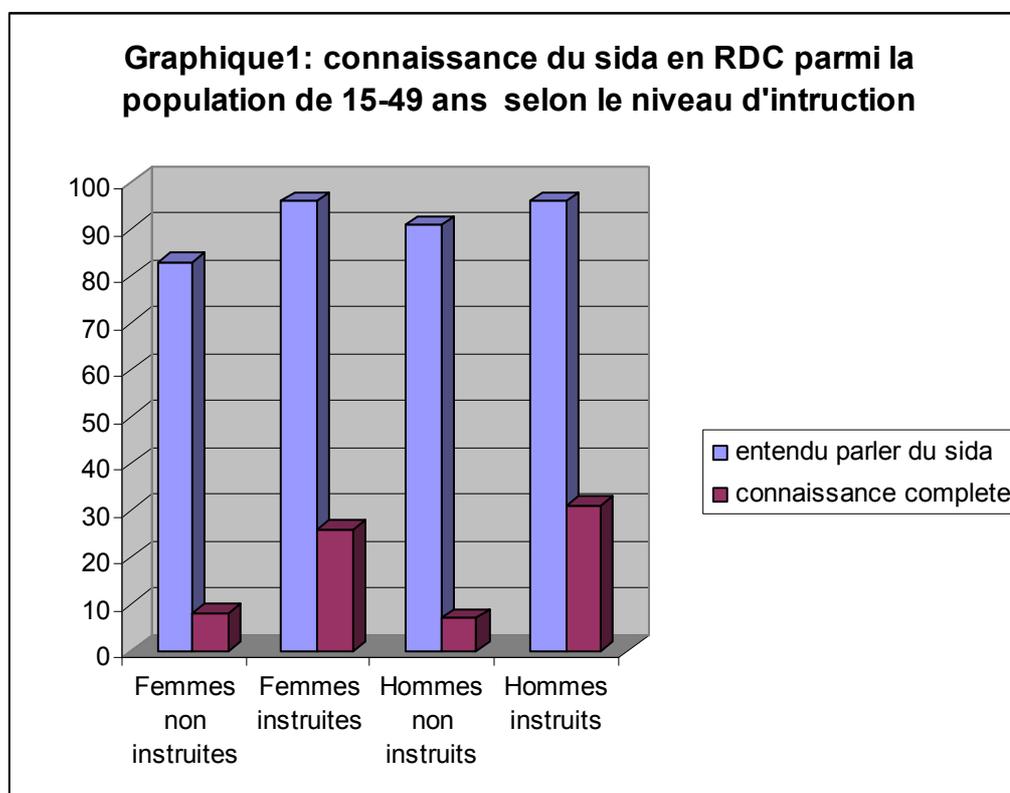
Du tableau 1 repris en annexe, il est ventilé clairement les distributions des variables explicatives de cette connaissance. Environ une jeune fille sur deux (47,8%) parmi celles qui n'ont pas été à l'école et à peu près 8 femmes sur 10 parmi celles qui ont été à l'école savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être en fait atteinte de VIH contre 63,6% des hommes non instruits et 8 hommes sur 10 parmi ceux qui ont été à l'école.

Cette connaissance est très différentielle en fonction du sexe que la personne soit éduquée ou non. En effet, les hommes sont plus nombreux à avoir une bonne connaissance du SIDA que les femmes.

La relation "instruction - connaissance du mode de transmission" est du même type que la relation " instruction et connaissance du sida ».

Ici encore, l'analyse selon le niveau d'instruction montre que le taux de connaissance de précautions permettant d'éviter le VIH/Sida croît avec l'augmentation du niveau d'instruction entre le sexe. En outre les hommes sont mieux informés que les femmes.

Pour la population de la RDC, le moyen de prévention le plus connu reste l'abstinence des rapports sexuels et cela aussi avec une différence très significative entre les femmes et les hommes instruits et ceux qui sont sans instruction. Viennent ensuite la fidélité au partenaire (63,9% des femmes non instruites, 83,4% des femmes instruites, 73,4% des hommes non instruits et 84,5% des hommes instruits) et l'utilisation des condoms déclarée connue par environ une personne sur 2 (40,2% des femmes non instruites, 63,9% des femmes instruites, 50,8% des hommes non instruits et 69,1% des hommes instruits).

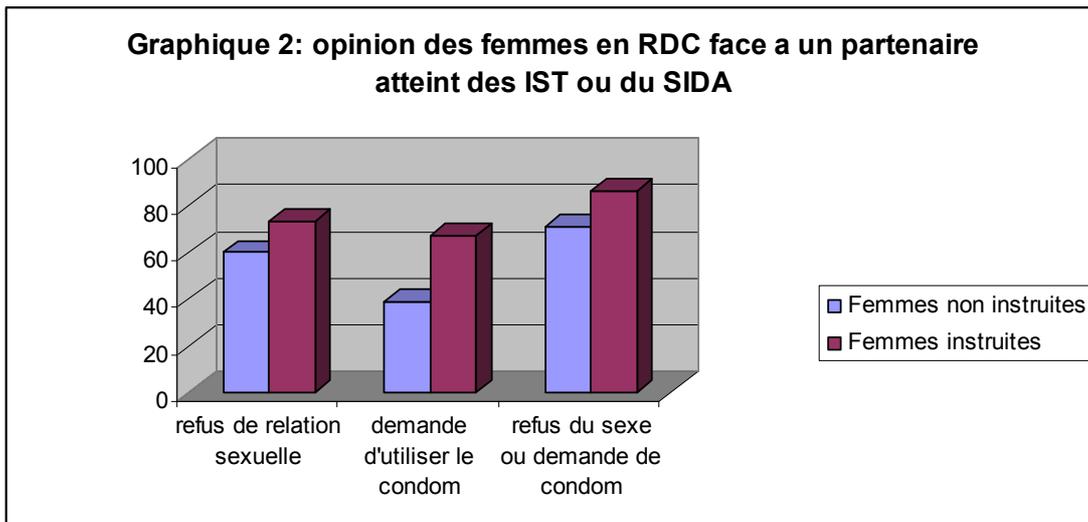


Des inégalités selon le niveau d'instruction en matière des attitudes et opinions des femmes face au VIH SIDA

Les attitudes³ des femmes vis-à-vis du sida se présentent d'une façon acceptable quoi que leurs pratiques sexuelles à risque face au sida restent à désirer.

En effet 8 femmes instruites sur 10 se déclarent prêtes à refuser les relations sexuelles si elles savent que leurs partenaires sont atteints du VIH ou des IST.

A ce niveau également ces attitudes présentent des inégalités en faveur des femmes instruites. Elles sont plus nombreuses que celles qui sont non instruites à se dire prêtes à refuser les rapports sexuels, à demander l'utilisation des préservatifs ou à exiger les deux pratiques (73% refuseraient les rapports sexuels, 66,7% demanderaient d'utiliser le condom et 85,7% refuseraient les relations sexuelles ou exigeraient d'utiliser le préservatif) face à un partenaire jugé malade que leurs paires non instruites (59,7% refuseraient les rapports sexuels, 39,0% demanderaient d'utiliser le condom et 71,1% refuseraient les relations sexuelles ou exigeraient d'utiliser le préservatif). Et pour toutes ces catégories les différences sont statistiquement très significatives selon le niveau d'instruction avec une plus- value inférieure à 0,05.



La question qui se pose est donc celle de savoir si les opinions de ces femmes seraient cohérentes lors de leurs pratiques sexuelles ? Car le taux d'infection risque d'augmenter tant que les gens continueront à adopter des comportements sexuels à risques.

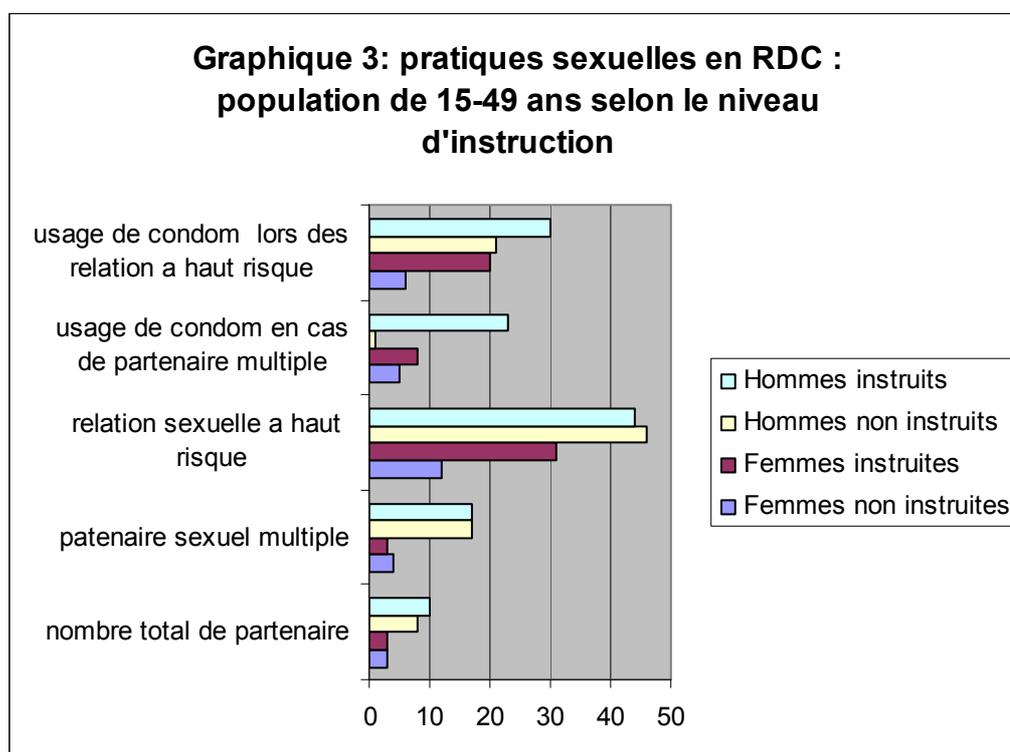
Une faible propension à se protéger contre le virus

Les pratiques sexuelles en cours dans une population renseignent sur son degré d'exposition au VIH. En RDC la prévalence de l'utilisation des condoms

³ EDS-RDC n' a pas collecté les opinions des hommes en matière du VIH , c'est pourquoi nous présentons ici seulement les opinions des femmes à qui la question a été posée.

reste faible malgré toute l'influence des médias. Mais le recours aux relations sexuelles à haut risque reste élevé comme l'on peut s'en rendre compte dans ce graphique 3 qui suit.

Les rapports sexuels sont considérés à hauts risques lorsqu'ils ont lieu avec des partenaires extraconjugaux et non cohabitants. Les résultats du tableau 2 ont montré que parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête EDS, 19 % ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Cette proportion atteint 31% parmi les femmes ayant un niveau d'instruction contre 12 % chez les femmes sans instruction. Et seules près de 20% d'entr'elles ont déclaré utiliser des condoms lors de ces relations sexuels à hauts risques.



Naturellement ce sont les congolais qui recourent plus aux partenaires sexuels multiples que des congolaises avec une différence statistique très significative tant sur la prévalence de ce recours comme le montre le tableau 2 repris en annexe que sur le nombre total des partenaires sur la durée de vie.

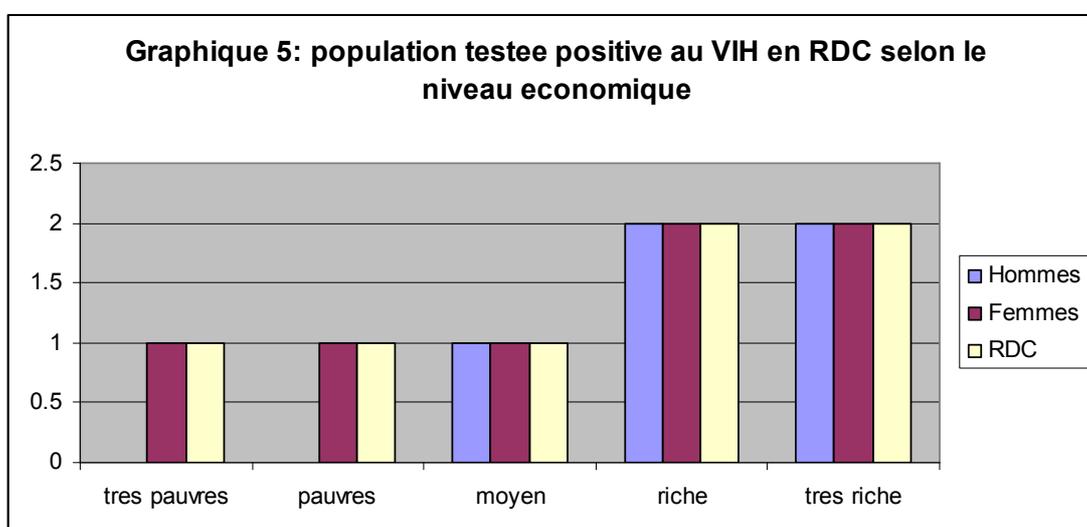
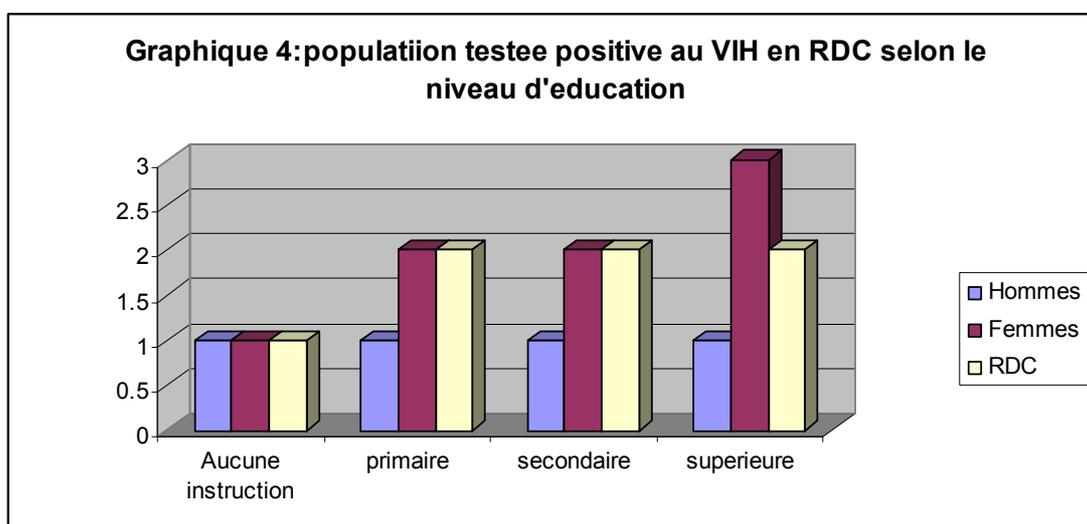
Mais en général, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à utiliser des condoms avec des partenaires sexuels multiples pour se protéger qu'elles soient instruites ou non (moins d'une femme sur 10). Par conséquent, on observe en RDC que les femmes semblent adopter des pratiques sexuelles à risque de plus en plus importantes face au VIH/SIDA.

B. Risques relatifs d'infection à VIH par la population de la RDC

Les femmes les plus instruites et les plus riches sont les plus atteintes par le virus du VIH/SIDA

Les deux graphiques ci-dessus (4 et 5) font clairement apparaître les inégalités observées dans la prévalence de la population infectée au VIH en RDC. Ce sont donc les femmes qui ont un niveau d'éducation supérieure et celles appartenant au quintile des plus riches qui présentent la prévalence la plus élevée. Paradoxalement, les femmes les moins instruites et celles qui sont les plus pauvres ont une très faible prévalence du VIH.

En effet, les femmes qui ont un niveau d'éducation supérieure ont 5 fois plus de risque d'attraper le Sida que celles qui sont sans instruction (3,2% contre 0,6%). Et ce risque est double auprès des femmes riches par rapport aux pauvres (1,2% contre 2,3%). Retenons aussi surtout que cette prévalence se caractérise par une relation positive avec le niveau d'éducation et le niveau de richesse. Ce qui paraît paradoxal. (Voir aussi tableau 2).



- ***les hommes riches du milieu urbain et les femmes qui travaillent parmi les personnes les plus exposées au VIH/SIDA***

Afin de mettre en lumière les facteurs importants de différenciation du risque de l'infection à VIH, les variables explicatives sont prises en compte simultanément dans un même modèle.

Le tableau 3 fournit la distribution de la population pour chaque catégorie des variables exogènes retenues. Afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons transformé les coefficients en probabilités, puis calculé des risques relatifs en rapportant la probabilité d'une catégorie donnée de la variable à celle de la catégorie de référence (tableau 5).

Il se dégage de cette analyse multivariée que le risque d'être infecté au VIH est très lié aux hommes appartenant au groupe économique le plus riche et ceux qui vivent en milieu urbain.

Aucune signification statistique n'a été observée avec les autres variables présentes dans le modèle.

Pour les femmes, le risque d'être infecté au VIH/SIDA est statistiquement très significatif pour celles appartenant au groupe des femmes qui travaillent.

Pour les autres groupes sociaux pris en compte par le modèle, les différences entre la catégorie de référence et les autres catégories ne sont pas statistiquement significatives.

6. Discussion

Ces résultats confirment la longue littérature existante en matière du VIH/SIDA en démontrant que les femmes sont infectées de plus en plus tôt partout où le sexe hétérosexuel est responsable de l'épidémie. En effet l'âge moyen à l'infection au VIH en RDC est de 28 ans pour les femmes et 31 ans pour les hommes.

L'influence positive de l'instruction sur les connaissances des comportements sexuels à risques observés en RDC sont en accord avec les résultats d'études réalisées ailleurs (Banza baya, 2006). En effet une étude menée auprès d'environ 16 000 jeunes dans neuf pays de la Caraïbe révèle que les plus importants facteurs de protection contre les risques d'infection à VIH ont trait à l'éducation (YouNet, 2004).

Les opinions des femmes sur le comportement à adopter face à un partenaire sexuel atteint des IST ou du VIH obéissent aussi à une relation positive par rapport à l'éducation.

Paradoxalement, la grande révélation de cette analyse est qu'en RDC le SIDA a une prévalence qui augmente avec le niveau d'éducation et du bien être des femmes. Nous expliquons ce phénomène par le fait qu'en RDC, les pratiques sexuelles des femmes instruites les exposent 4 fois plus au risque d'attraper le virus comparativement à celles des femmes moins instruites. Elles sont plus nombreuses que leurs paires à avoir les relations sexuelles non protégées. En réalité, cette proportion atteint 53% parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur contre 12 % chez les femmes sans instruction (EDS, 2007). On constate en outre, que parmi les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche, la proportion ayant eu des rapports

sexuels à hauts risques est nettement plus élevée que dans les autres quintiles : 31 % contre 18 % au plus dans les autres quintiles (EDS-RDC, 2007). Ceci nous permet d'affirmer que pour le cas de la RDC, l'éducation et la richesse des femmes n'influencent pas positivement l'adoption des pratiques sexuelles responsables face au VIH. Mais plutôt d'autres facteurs.

En Afrique, culturellement les femmes subissent la multiplicité des partenaires des hommes sous forme de la polygamie et d'autres libertinages sexuels. Comme résultante essentielle des stéréotypes de cultures ou les idéaux de masculinité incluant la force, le courage et la domination, et chose importante, elles acceptent que les hommes ont une libido qui leur permet de ne pas prendre de responsabilité en ce qui concerne le sexe (HELLEN JACKSON, 2004)

En outre, l'injustice entre les sexes, les violences et le risque du VIH existent aussi entre les gens riches, notamment quand la richesse et le pouvoir d'achat financier des hommes sont nettement supérieurs à celui des femmes (Ellen Jackson, 2004). Par conséquent, il est évident que les hommes séropositifs infecteront un plus grand nombre de femmes dans leur vie que les femmes séropositives n'infecteront d'hommes.

A ce propos des études montrent que les facteurs socioéconomiques, culturels, religieux, politiques, juridiques et autres sont tous importants pour déterminer « l'environnement à risque » dans lequel les gens vivent et l'environnement à risque est différent pour les hommes et pour les femmes... La façon dont l'environnement à risque touche les individus dépend d'un nombre de facteurs dans l'environnement externe et de la personne concernée, y compris son âge, son sexe, son éducation, sa position et son autosuffisance socio-économiques, ses valeurs culturelles, les rapports de force, ses opinions religieuses, sa personnalité et ses compétences pour la vie. (Ellen Jackson, 2004).

En plus, l'on trouve aussi dans ces résultats que l'effet de la richesse et du milieu de résidence demeure significatif en analyse multivariée pour les hommes confirmant l'affirmation de l'exposition des femmes vivant en milieu urbain face au risque du VIH. Ces hommes les plus riches atteints du VIH propagent la maladie auprès des femmes instruites et moins pauvres qui font partie de leur milieu de socialisation car ce sont ces femmes qui travaillent pour la plus part du temps dans les « bureaux » du secteur formel en RDC. C'est pourquoi le statut professionnel des femmes a été testé très significatif statistiquement pour les femmes en multivariée.

CONCLUSION

L'EDS a apporté une baisse significative dans les chiffres du taux du VIH en RDC. En effet, le taux du VIH/SIDA estimé à 1,3% est très bas par rapport à ceux que rapportaient les données issues des sites sentinelles : 4,9%. Mais

ce qui reste certain, c'est que la RDC est toujours classée parmi les pays considérés à séroprévalence intermédiaire.⁴

Cette étude cherchait à expliquer les fortes prévalences des taux du VIH observées parmi les groupes des femmes très instruites et riches en RDC comparativement à d'autres groupes sociaux.

En effet, il a toujours été démontré que le fait d'avoir une instruction à la différence du manque d'instruction est plutôt associé à des comportements susceptibles de réduire les risques d'infection à VIH pour la femme.

En RDC, la population instruite est plus nombreuse à avoir une bonne connaissance du SIDA que la population non instruite.

L'utilisation du préservatif est très limitée dans la population en général.

Le taux d'utilisation des préservatifs est plutôt important chez les hommes que chez les femmes quel que soit leur niveau d'instruction. Les femmes instruites sont plus nombreuses à avoir des relations sexuelles à haut risque que celles qui sont moins instruites. Il en résulte un taux d'infection à VIH un peu plus élevé chez les femmes (1,9%) que les hommes (0,9%) avec des pics auprès de la population des femmes qui ont un niveau d'éducation supérieure (3,2%) que celles qui sont sans instruction (0,6%) et auprès de celles qui sont riches (2,2%) comparativement à celles qui sont pauvres (1,2%).

Or, à en croire les théories scientifiquement exposées en matière du VIH, les femmes ayant un niveau d'éducation supérieure et qui sont supposées être les plus informées sur la prévention de l'infection par le VIH et qui en outre ne sont pas pauvres, entendu par là qu'elles n'ont pas seulement que le sexe pour survivre, devraient constituer les groupes sociaux les plus protégés parmi les femmes. Que justifie donc cette situation ?

Une esquisse d'explication a été présentée par les pratiques sexuelles à haut risque observées dans ces groupes de femmes comparativement à d'autres groupes sociaux. Ces pratiques seraient puisées dans la culture africaine. Mais pourquoi les femmes pauvres et moins instruites ne puiseraient pas dans cette culture pour s'exposer autant que leurs paires ? Pouvons-nous penser aux violences et harcèlement sexuels que subiraient ces femmes à l'école comme sur les lieux de service ? Les études futures plus approfondies apporteraient sûrement une lumière sur cette question.

Les programmes de sensibilisation ont intérêt à cibler ces groupes de femmes dans la politique de lutte contre le VIH/SIDA en RDC .

Références

- BANZA BAYA Fréquentation scolaire des jeunes filles et risques d'infection à VIH : espoir ou inquiétude ? Le cas de Bobo-Dioulasso in *Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19*, p 73- p.93, Burkina Faso, Université de Ouagadougou,

⁴ On parle de faible séroprévalence chez les adultes (généralement entre 15-49 ans) quand elle est inférieure à 1% , intermédiaire quand elle est entre 1% -5%) et forte quand elle est de 5% ou plus.

- JACKSON HELLEN(2004), SIDA Afrique : continent en crise, Lusaka, 2004
- KANDALA N., The epidemiology of HIV infection in Zambia, in AIDS care, p 812-819, London, 2008
- MADUNGU TUMWAKA Perpetue (2004), l'exploitation sexuelle des enfants à Kinshasa, communication présentée à la 4ème conférence Africaine sur la population organisée par l'Union pour l'Étude de la population Africaine(UEPA), Tunis décembre 2004
- OIT(*International Labour Rights Fund*) OIT SIDA, *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*, Genève .
- REPUBLICQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO(2007), *Enquête démographique et de santé, rapport général, Kinshasa, 2007*
- UNAIDS(2002) Reports on the global HIV/AIDS epidemic, Geneva, UNAIDS
- UNAIDS(2003) Accelerate action against AIDS in Africa , Geneva ,UNAIDS

Annexe 1: Tableau 1 : Connaissance, attitude et pratique de la population congolaise de 15-49 ans vis-à-vis de sida selon le niveau d'instruction

Variables selectionnes	Femmes			Hommes		
	Non instruites	instruites	p-value	Non instruites	instruites	p-value
Population ayant déjà entendu parler du sida						
Oui	82,7	96,3	<0,001	91,0	97,9	<0,001
non	17,3	3,7	<0,001	9,0	2,1	<0,001
Connaissance des moyens de prevention du SIDA						
-Utilisation des condoms lors de tout rapport sexuel	40,2	63,9	<0,001	50,8	69,1	<0,001
- limiter les rapports sexuels a un seul partenaire sexuel fidele et non infecte	63,9	83,4	<0,001	73,4	84,5	<0,001
- Utiliser les condoms lors de tout rapport sexuel et limiter les rapports sexuels a un seul partenaire sexuel fidele et non infecte	36,0	59,2	<0,001	45,9	63,4	<0,001
- s'abstenir des rapports sexuels	64,4	81,5	<0,001	71,7	97,9	<0,001
Connaissances completes du sida						
- une personnes paraissant en bonne sante peut avoir le sida	47,3	79,3	<0,001	63,6	82,5	<0,001
- le sida ne peu etre transmis par les piqures de moustiques	32,3	60,7	<0,001	45,1	63,6	<0,001
- le sida peut etre transmis par des moyens surnaturels	40,1	53,3	<0,001	43,5	62,5	<0,001
- une personne peut etre contaminee en partageant le repas d'une personne infectee par le sida	7,7	25,6	<0,001	57,3	77,6	<0,001
- pourcentage ayant une connaissance complete du sida	38,2	75	<0,001	6,9	30,9	<0,001
Opinions de la femme sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint quand elle sait que conjoint a une IST						
- refuser les rapports sexuels	59,7	73,4	<0,001	na	na	na
- demander l'utilisation de preservatis	39,0	66,9	<0,001	na	na	na
- refuser le rapport sexuel ou demander l'utilisation des Preservatifs	71,1	85,7	<0,001	na7.9	na	na
Pratique sexuelle a risque						
- Nombre total des partenaires au cours de la duree de vie	2,8	2,7	0,29	7,9	9,7	0,37
- pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels et plus au cours de 12 derniers mois	3,9	2,9	0,76	16,7	16,9	0,19
- pourcentage ayant eu des rapports sexuels a haut risque au cours de 12 derniers mois	12,0	31,0	<0,000	45,8	44,3	0,28
- pourcentage ayant utilise un condom au lors du dernier rapport sexuel parmi ceux qui ont eu 2 partenaires sexuels et plus au cours de 12 derniers mois	4,6	7,9	0,08	1,0	23,1	<0,001
- pourcentage ayant utilise un condom au lors du dernier rapport sexuel parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels a haut risque et plus au cours de 12 derniers mois	6,0	20,1	<0,000	20,6	30,1	<0,001

Annexe 2 : Tableau 2 :proportion de la population testee positive au VIH en RDC selon certaines variables selectionnees

Variabiles selectionnees	Femmes	p-value	Hommes	p-value	Ensemble
Groupe d age					
15-19	0,7	0,69	1,7	0,42	1,2
20-24	0,4		0,3		0,4
25-29	2,9		0,8		1,9
30-34	1,6		0,8		1,2
35-39	2,1		1,8		1,9
40-44	4,4		2,7		3,5
44-49	1,1		0,6		0,6
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	0,6	0,46	0,7	0,14	0,6
Primaire	2,1		0,5		1,5
Secondaire	1,6		1,2		1,4
superieur	3,2		0,7		1,4
situation d'emploi (12 derniers mois)					
Ne travaille pas	1,5		0,9	0,26	1,2
travaille	1,7		1,02		1,3
Milieu de residence					
Urbain	2,4	0,42	1,3	0,12	1,9
Rural	1,02		0,6		0,8
Provinces					
Kinshasa	1,4	0,51	1,5	0,16	1,4
Bas-congo	1,1		2,0		1,6
Bandundu	2,1		1,2		1,7
Equateur	2,3		1,0		1,7
Orientale	0,2		0,7		0,4
Nord-kivu	2,2		1,7		1,9
Maniema	1,9		1,7		1,8
Sud-kivu	0,9		2,0		1,5
Katanga	1,1		1,5		1,3
Kasai-oriental	0,5		1,5		1,3
Kasai-occidental	1,4		1,2		1,3
Niveau economique					
Le plus pauvre	1,2	0,63	0,1	0,34	0,6
Les pauvres	1,4		0,1		0,8
Moyen	1,2		0,7		1,0
Les riches	1,8		2,1		1,9
Les plus riches	2,3		1,6		2,0
Ensemble	1,6		0,9		1,3

* les donnees presentent les proportions et la population totale concerne de ce groupe entre parentheses

ANNEXE 3 :

Tableau 3 : Risque relatif au VIHde la ppulation de la RDC par sexe

variables	Hommes			Femmes		
	OR	CI 95%	sig	OR	CI 95%	sig
Groupe d age						
15-19	1	Reference		1	reference	
20-24	0,67	0,25-1,78		0,69	0,39-1,22	
25-29	1,2	0,48-3,25		0,86	0,48-1,4	
30-34	1,41	0,54-3,68		1,00	0,56-1,81	
35-39	1,41	0,50-3,93		0,69	0,38-1,42	
40-44	1,33	0,45-3,97		0,96	0,48-1,90	
44-49	0,89	0,26-3,08		1,11	0,53-2,28	
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1	Reference		1	Reference	
Primaire	0,44	0,18-1,02		1,21	0,73-2,03	
Secondaire	0,51	0,22-1,16		1,32	0,73-2,38	
superieur	0,33	0,80-1,27		0,60	0,13-2,75	
situation d'emploi (12 derniers mois)						
Ne travaille pas	1	Reference		1	Reference	
travaille	1,027	0,51-2,09		1,54	1,01-2,33	*
Milieu de residence						
Urbain	0,34	0,13-0,86	*	1,05	0,61-1,81	
Rural	1	Reference		1	Reference	
Provinces						
Kinshasa	0,61	0,16-2,28		1,15	0,44-3,05	
Bas-congo	0,67	0,17-2,60		1,75	0,68-4,51	
Bandundu	1,42	0,48-4,24		1,08	0,40-2,94	
Equateur	1,67	0,56-5,09		1,05	0,39-2,84	
Orientale	0,72	0,20-1,49		0,65	0,21-2,07	
Nord-kivu	1,20	0,37-3,87		1,66	0,66-4,20	
Maniema	1,47	0,47-4,62		1,65	0,65-4,17	
Sud-kivu	0,45	0,10-1,95		2,01	0,80-5,08	
Katanga	0,58	0,16-2,15		1,39	0,53-3,64	
Kasai-oriental	0,36	0,50-1,58		1,09	0,41-2,88	
Kasai-occidental	1	Reference				
Niveau economique						
Le plus pauvre	1	reference		1	Reference	
Les pauvres	0,68	0,32-1,47		1,32	0,71-2,45	
Moyen	0,60	0,26-1,38		1,19	0,64-2,23	
Les riches	1,11	0,45-2,76		1,20	0,59-2,42	
Les plus riches	3,93	1,11-14,04	*	1,61	0,68-3,80	

* significatif seulement dans l'analyse multivariee