



Recherche exploratoire sur la représentation
sociale du VIH/sida chez les adolescents
vulnérables de Baçongo (Brazzaville)

Mémoire présenté par **Julie Godin**

2008-2009



Institut des Sciences Humaines et Sociales

**Recherche exploratoire sur la représentation sociale du VIH/sida
chez les adolescents vulnérables de Baongo (Brazzaville)**

Mémoire présenté par Julie Godin

**En vue de l'obtention du grade de maître en sciences de la population et du
développement**

Promoteur : Gautier Pirotte

Lecteurs : Jean-François Guillaume et Danièle Sondag-Thull

Année académique 2008 – 2009

« Impose ta chance, serre ton bonheur et va vers ton
risque. A te regarder, ils s'habitueront ».

René Char (Les Matinaux, 1950)

REMERCIEMENTS

Toute ma reconnaissance va à mon promoteur, Gautier Pirotte, pour son soutien et ses précieux conseils, lui qui m'accompagne depuis maintenant deux ans.

A mes lecteurs, Jean-François Guillaume et Danielle Sondag-Thull, pour leur disponibilité et leur attention à l'égard de mon travail.

A mes parents, pour leur confiance et leur soutien inconditionnels, sans eux, ce mémoire n'aurait pu être mené à bien. A mon amoureux, pour sa patience, et pour la sérénité qu'il m'insuffle à toute épreuve. Merci à mes plus proches amies, enfin, pour leur réconfort et leurs encouragements.

Nombreuses sont les personnes qui m'ont épaulée durant ces deux mois inoubliables passés à Brazzaville. Qu'elles reçoivent, toutes, ma plus sincère gratitude.

Merci à toute l'équipe de l'UNICEF à Brazzaville, et particulièrement à Koen, Martin, Chrystian, Magali, Solange, Hector, Salvator, Maryvonne et Godefroid. Merci aussi à Véronique pour tout le temps qu'elle m'a consacré et pour sa chaleur humaine.

Merci à Abdon Goudjo, Achille Lanzy et Ange Bissanga, du SEP/CNLS.

Merci à Joseph Likibi, Sorel et Trésor de m'avoir accueillie les bras ouverts. Merci à Maman Nkodia, merci à Elie et Roseline, merci à Viviane ainsi qu'à Sœur Anna.

Merci à Julie Bodin, pour la motivation qu'elle m'a transmise, pour l'aide, précieuse, qu'elle m'a apportée. Merci à Ida et Léonie de m'avoir emmenée avec elles sur le terrain.

Merci à toute l'équipe du CTA de Brazzaville, et en particulier à Guillaume et M. Parfait.

Merci à Anicet Moukouti.

Merci à Joseph, ainsi qu'à Julie et sa joyeuse équipe.

Merci à Rilana, d'avoir figé à jamais quelques moments de ces semaines passées à Brazzaville.

Merci, surtout, à tous les adolescents qui ont accepté de partager avec moi quelques fragments de leur vie.

Enfin, merci à la CIUF/CUD (Conseil interuniversitaire de la Communauté française de Belgique – Commission Universitaire pour le Développement, Rue de Namur, 72-74, 1000 Bruxelles – www.cud.be) qui, grâce à son intervention financière, a rendu possible le voyage réalisé dans le cadre du présent mémoire.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AEED	Action Espoir des Enfants en Détresse
ASI	Actions de Solidarité Internationale
ATTAC ³	Attaque contre la Drogue, la Prostitution Infantile et le Sida
CADFM	Centre d'Appui au Développement de la Fille-Mère
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CNLS	Centre National de Lutte contre le Sida
CNSEE	Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques
CSN	Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
EDR	Enfant(s) De la Rue
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Congo
EV	Enfant(s) Vulnérable(s)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GPA	Global Programme on AIDS
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JAS	Jeunesse Action Sida
MASSAHF	Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Famille
MPFID	Ministère de la Promotion de la Femme et de l'Intégration au Développement
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PURICV	Projet d'Urgence d'appui à la Réhabilitation et à l'Amélioration des Conditions de Vie
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RC	République du Congo
RS	Représentation Sociale
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA ou sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TME	Transmission de la Mère à l'Enfant
ULS	Unités de Lutte contre le Sida
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREAMBULE

Une invitation à l'ambiance de Brazzaville...

« Il n'y a pas [...] à choisir entre les deux visages que Brazzaville nous offre depuis plusieurs décennies : Brazzaville la rieuse insouciante et Brazzaville la pleureuse inconsolée ; la furieuse et la douce ; la bâtisseuse prudente et la suicidaire démente » (Dorier-Apprill, Kouvouama & Apprill, 1998).

Brazzaville. Voilà maintenant plus d'un an que j'ai fait la rencontre de Brazzaville : une métropole à échelle humaine, aussi paradoxal que cela puisse paraître. Car c'est cela, Brazzaville. Face à Kinshasa dont elle est séparée par l'incommensurable fleuve Congo, on en parle comme d'un village. Brazzaville, c'est des odeurs, des bruits, des chants, des habitants, c'est des sentiments partagés, des rires exaltés, des pleurs aussi, étouffés.

C'est au détour des ruelles, au fil des *nganda*¹, au cours des multiples regards et sourires échangés, que l'on perçoit cet hédonisme, parfois débridé, caractéristique de Brazzaville. Au premier abord, la complainte sociale se fait discrète, la pauvreté quotidienne est masquée, comparée à sa congolaise de voisine, « Kin la belle » pour les uns, « Kin la poubelle » pour les autres. On dit qu'à Brazza, on ne meurt pas de faim comme à Kinshasa. Mais ne nous méprenons pas. Les difficultés de la vie des Brazzavillois sont multiples, qu'elles soient privées ou publiques, individuelles ou collectives, et ne peuvent échapper à l'œil du chercheur.

Dans l'humidité d'un dimanche soir, au bord du fleuve à Baongo, l'ambiance bat son plein à la Main Bleue. Dans ce bar-dancing, les « sapeurs », ambassadeurs les plus flamboyants de la culture urbaine congolaise, sorte de dandys arborant les couleurs les plus insolites comme une marque de bon goût, se déhanchent inlassablement aux rythmes de la rumba endiablée. A quelques kilomètres, le marché Total, le plus gros marché alimentaire de la ville. De jour, le traverser est un vrai périple pour une jeune *mundele*. C'est un lieu qui fourmille, on ne sait où donner de la tête, entre les mannes de manioc et les peignes à cheveux, entre les fripes et les poissons séchés, les

¹ Le bar, en lingala et en lari.

*maboké*². Là-bas, une maman vend ses mangues à la criée, ici, un vieux papa pousse la chansonnette tandis que le coupé-décalé s'échappe à tue-tête du *nganda* voisin. Et les taxis ! Ils n'en finissent pas de klaxonner, espérant ainsi se frayer un passage parmi les échoppes et les ordures qui jonchent le sol. Quel tintamarre, quelle effervescence, quelle vie ! Mais au-delà, il y a aussi ces enfants, qui travaillent et vivent dans la rue. Ils se faufilent à travers le marché, ils y vendent des sachets plastiques, y aident les mamans, mais ils volent aussi, dans les sacs, les sacs de filles comme moi, ils m'ont dit. La nuit tombée, ce marché se transforme, se métamorphose, l'ambiance se plombe et, le parcourant, je découvre le lieu de vie de ces adolescents, qui dorment à même le sol, sous les vieux étals. Non loin de là, Mabouaka, Jeanne d'Arc, Loco, autant de lieux de prostitution bon marché que ces adolescents fréquentent, mais que les policiers, aussi, arpentent.

Un mercredi matin, sous un soleil de plomb. Je m'approche de l'Espace Jarrot, quand un petit m'interpelle : « Hé ! Tu cherches l'Espace Jarrot ? C'est par là ! » Je me laisse guider par les chants et cris des enfants. Il y a une animation sans nom derrière le portail. J'ose à peine passer la tête, quand soudain, on m'ouvre la porte. On m'attend. Il est vrai qu'après moult péripéties routières, je suis quelque peu en retard...

² Mets cuits à l'étouffée dans une papillote de feuilles sauvages.

INTRODUCTION

Il chamboule les populations, dépasse les médecins. Là où il se loge, il n'épargne personne. Il révèle des enjeux de société, touche à des rapports entre l'individu et la collectivité. Le VIH/sida, c'est tout cela à la fois, et bien plus encore.

Le VIH/sida produit du sens et de l'interprétation en abondance, au Congo, comme ailleurs à travers le globe. L'élaboration des messages de prévention en devient presque un défi, tel un acrobate jonglant avec savoirs populaires, connaissances biomédicales, contraintes économiques, politiques, convictions magico-religieuses, tour à tour sous la coupe de l'anthropologue, de l'épidémiologiste, du conseiller technique, du médecin, du bailleur de fonds, aussi.

Dans ce cadre prend place cette recherche exploratoire³, qui porte sur la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents vulnérables – dont des « enfants de la rue » – de Baongo, arrondissement au sud de Brazzaville. On peut d'ores et déjà noter qu'elle s'articule en partie avec un stage réalisé au bureau local de l'UNICEF à Brazzaville, durant lequel j'ai développé un « Protocole de recherche sur la vulnérabilité des adolescents non scolarisés et déscolarisés au VIH/sida » dans une optique de renforcement de la prévention du VIH/sida auprès de ceux-ci. Effectivement, l'impact des actions de prévention s'avère particulièrement limité, au vu des pratiques et comportements à risque qui persistent chez ces adolescents.⁴

Ainsi, ma question de départ était la suivante : quels sont les éléments qui composent la représentation sociale des adolescents vulnérables de Baongo sur le VIH/sida ? Quelles sont leurs connaissances, quels sont les savoirs qu'ils mobilisent pour « raconter le sida » ?

En découlent des questions de recherches variées, dont les suivantes :

- Quelle est la prépondérance, à l'heure actuelle, des étologies divine et sorcière dans l'explication du VIH/sida chez les adolescents ?
- Quelle place attribuer réellement aux représentations sociales dans les dynamiques générales et les « stratégies » individuelles face à la menace du virus ?
- Quels sont les enseignements que l'on peut tirer d'une telle recherche pour participer au renforcement des messages de prévention contre le VIH/sida ?
- Quels enjeux sous-jacents une recherche dans le domaine de la prévention du VIH/sida révèle-t-elle ?

³ D'ores et déjà, je peux préciser que la méthodologie déployée, résolument qualitative, ainsi que le cadre théorique de la sociologie de l'enfance, encore quelque peu balbutiant, justifient, entre autres, le caractère exploratoire de cette recherche. Celui-ci sera explicité au fil de la première partie de ce mémoire.

⁴ Cf. *infra* Partie III, p.66 pour toutes précisions concernant ce stage et l'articulation du mémoire à celui-ci.

Sur un plan bibliographique, cette recherche paraît intéressante face aux lacunes existant en matière de recherche anthropologique sur le VIH/sida au niveau national, particulièrement en ce qui concerne les mineurs sexuellement actifs. De plus, les études relatives aux enfants de la rue – qui constituent la moitié des adolescents rencontrés – analysent essentiellement les « causes » qui les mènent dans la rue, les activités de survie qu'ils y exercent et les différentes situations de violence auxquelles ils sont exposés, rares sont celles qui abordent les représentations sociales de ces jeunes sur des questions telles que celle du VIH/sida.

Ainsi, concrètement, cette recherche exploratoire se décline en trois grandes parties.

Une première partie posera les bases nécessaires pour nous permettre d'entrer sereinement dans l'étude de la représentation sociale du VIH/sida proprement dite. En effet, il est essentiel de commencer par comprendre les tenants et aboutissants de la lutte contre le VIH/sida au Congo, ainsi que d'éclaircir l'optique théorique de l'étude exploratoire menée (concept de représentation sociale, sociologie de l'enfance, notions « d'adolescent vulnérable » et « d'enfant de la rue ») et la méthodologie mise en œuvre.

Une deuxième partie s'attachera, *via* une analyse thématique des entretiens semi-directifs menés auprès des adolescents, à dresser une typologie des éléments qui composent la représentation sociale du VIH/sida au niveau des adolescents vulnérables de Bacongo. Parallèlement à cela, je m'efforcerai de mettre en exergue, en temps utile, tant les expériences des adolescents – au moyen de l'analyse de leurs récits de vie – que divers éléments contextuels pertinents, approche importante dans la construction d'une représentation sociale.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, je reviendrai tout d'abord sur la racine de cette recherche, je réfléchirai à la pertinence d'une telle démarche, au poids à accorder concrètement à la « culture » dans l'analyse des facteurs qui sous-tendent les décisions et comportements des individus en matière de prévention du VIH/sida ; ceci afin de prendre des distances par rapport aux pièges culturalistes qui défient tout qui mène une recherche alliant « culture » et maladie. Puis, les messages de prévention contre le VIH/sida seront confrontés à l'étude des éléments de la représentation sociale des adolescents. Globalement, cette dernière partie reflète l'espoir de participer, un tant soit peu, aux réflexions qui, toutes ensemble, peuvent permettre de renforcer la prévention du VIH/sida auprès des jeunes, de manière générale.

PREMIERE PARTIE

Problématique, concepts et considérations méthodologiques

A travers cette première partie, nous allons poser les jalons, contextuels, théoriques et méthodologiques, qui vont nous permettre d'entrer dans le vif du sujet, autrement dit, dans l'étude de la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents vulnérables de Bacongo, arrondissement sud de Brazzaville. En effet, il nous faut avant tout comprendre les rudiments de la lutte contre le VIH/sida au Congo, éclaircir l'optique théorique de l'étude exploratoire menée ainsi que la méthodologie déployée. Je vous invite en outre à consulter la première annexe, qui porte sur les guerres à répétition qui se sont déroulées à Brazzaville et met en avant la spécificité de Bacongo.

Avant de poursuivre la lecture, il faut garder à l'esprit que cette première partie ne se veut pas exhaustive. Elle vise plutôt à fournir une base initiale, nécessaire à la bonne appropriation de la thématique par le lecteur, sur laquelle viendront ultérieurement se greffer des éléments complémentaires, en temps voulu.

1 La lutte contre le VIH/sida en République du Congo

Ce premier chapitre, qui va essentiellement traiter de l'architecture de la lutte contre le VIH/sida en République du Congo, nécessite deux remarques préalables.

D'une part, il dépasse l'optique purement descriptive, amorçant une certaine remise en question de la lutte contre le VIH/sida au Congo. Mais si le lecteur reste sur sa faim, qu'il ne perde pas de vue que les questionnements et débats se poursuivront davantage dans la troisième et dernière partie de cette recherche, suite à l'étude de la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents en question.

D'autre part, il ne faut pas oublier que nous traitons du champ précis de la prévention du VIH/sida, et plus exactement encore, de la prévention du VIH/sida auprès des jeunes⁵. Il va de soi qu'il y a des interactions avec les autres axes de la lutte, axes que nous exposerons de manière très sommaire dans ce chapitre, mais nous n'irons pas au-delà, tout comme il ne s'agira pas d'une analyse du système de santé congolais.

1.1 Situation de l'épidémie du VIH au Congo

Comme le réaffirme l'ONUSIDA dans son rapport mondial sur l'épidémie de 2008, « le VIH reste un problème de santé mondial d'une portée sans précédent. Inconnu il y a 30 ans, le VIH a déjà provoqué quelque 25 millions de décès dans le monde et entraîné de profonds changements démographiques dans les pays les plus fortement touchés » (ONUSIDA, 2008 : 31). Ainsi, « l'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH, avec 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH et 75%

⁵ Pour voir ce que l'on entend par les termes « adolescent » et « jeune », cf. *infra* Partie I, 2.2.1.1, p.19.

des décès dûs au sida en 2007 » (ONUSIDA, 2008 : 30). Nous allons le voir, la séroprévalence⁶ au Congo, par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne, est encore relativement « faible », comparée à certains pays voisins atteignant un taux de prévalence supérieur à 5% (p. ex. Gabon, Cameroun) voire à 15% (p. ex. Afrique du Sud, Swaziland, Zimbabwe).⁷

Ainsi, comme l'affirme l'Enquête Démographique et de Santé menée en 2005, « au Congo, les premiers cas de VIH/sida ont été observés dès 1983 » (CNSEE, 2005 : 199). Aujourd'hui, l'épidémie du VIH y est de type généralisé et en 2003⁸, le taux national de prévalence fut estimé à 4,1 %, avec des disparités entre les villes – de 1,3 % pour Impfondo à plus de 9% pour Dolisie – et les sexes. A Brazzaville, elle est de 3,3 %. Au niveau national, la séroprévalence est de 4,7 % chez les femmes, tandis qu'elle est de 3,6 % chez les hommes. En outre, le taux de prévalence du VIH est de 1,2 % chez les 15-19 ans. Enfin, si l'on regarde les taux de séroprévalence en fonction du niveau d'études, on observe qu'ils sont significativement inférieurs chez ceux qui ont atteint un niveau de scolarité égal ou supérieur au lycée (1,6 – 3,3 %) par rapport aux non scolarisés (4,4 %) ou à ceux dont la scolarité n'a pas dépassé le collège (4,1 – 4,9 %) (CNSEE, 2003). Notons qu'une seconde enquête de séroprévalence nationale du VIH au Congo est en cours.

Les chiffres de séroprévalence nationale présentés pour le Congo doivent être considérés avec précaution. Certes, ceux-ci nous permettent de nous faire une idée de l'ampleur de l'épidémie au Congo, mais ils font de l'ombre à la réalité. En effet, nombreux ont été ceux qui m'ont, sur le terrain, interpellée quant à ces données, selon eux inférieures à la réalité, pour toutes sortes de raisons, méthodologiques et pratiques notamment. Trop peu d'enquêtes fiables sont disponibles à l'heure actuelle. Ces chiffres restent dès lors de fragiles approximations.

1.2 Les acteurs de la lutte contre le VIH/sida au Congo-Brazzaville

Nous allons, dans cette section, voir quels sont, d'une part, les principaux acteurs de la lutte contre le VIH/sida à Brazzaville et d'autre part, les grands axes de celle-ci, avec un accent particulier sur la prévention du VIH/sida auprès des jeunes.

L'acteur principal de la lutte contre le VIH/sida au Congo est le « Centre National de Lutte contre le Sida » (CNLS), acteur étatique. Dans le cadre de ma recherche de terrain, j'ai été confrontée à trois types d'acteurs principaux : le CNLS, l'UNICEF et les ONG locales. Ainsi, pour comprendre l'organisation de la lutte contre le VIH/sida au Congo, il faut inévitablement passer par une compréhension du CNLS. Pour

⁶ La prévalence est « le nombre de personnes atteintes par une maladie donnée dans une population déterminée, depuis le début du comptage, sans distinction entre les anciens et les nouveaux cas, à un moment ou pendant une période donnée » (Act Up Paris > Sida, un glossaire, <http://www.actupparis.org/spip.php?mot744> [site consulté le 9 août 2009]). Dans le cas de l'infection au VIH, on utilise le terme « séroprévalence » pour désigner le nombre de personnes contaminées par le VIH.

⁷ ONUSIDA, *Ripostes des pays > Régions > Afrique subsaharienne*, <http://www.unaids.org/fr/CountryResponses/Regions/SubSaharanAfrica.asp> [site consulté le 2 juillet 2009].

⁸ La première enquête de séroprévalence nationale du VIH a été menée en novembre 2003 auprès des adultes âgés de 15 à 49 ans, au niveau des chefs-lieux des départements et des principales villes du Congo. Une enquête de séroprévalence a également été menée auprès des femmes enceintes en 2005.

ce faire, je vais notamment me baser sur le « Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2009-2013 »⁹ (ci-après « CSN 2009-2013 »), document officiel de la lutte contre le VIH/sida au Congo pour les années à venir. Dès lors, avant de revenir sur l'historique du CNLS et de voir quels sont ses grands axes d'action pour les prochaines années, nous allons brièvement faire le point sur l'UNICEF et les ONG avec lesquelles j'ai collaboré.¹⁰

1.2.1 Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Divers bailleurs de fonds internationaux interviennent dans cette lutte, tels que l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale, le PNUD, l'ONUSIDA, etc. Comme nous le savons déjà, j'ai réalisé un stage à l'UNICEF, c'est par conséquent le seul de ces organismes que j'ai approché de près. Dès lors, pour des raisons de concision, je ne vais pas m'étendre sur les autres organismes internationaux de développement.

L'UNICEF est un organisme du système des Nations Unies qui « est chargé par l'Assemblée générale des Nations Unies de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement »¹¹. A cette fin, l'UNICEF s'appuie sur la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989, New York).¹²

Selon le rapport annuel (2008) d'UNICEF Congo :

« en collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, l'UNICEF soutient le gouvernement congolais dans ses efforts pour développer des politiques sociales en faveur des enfants et des femmes du Congo et améliorer leur accès à des services sociaux de base de qualité, les informations et les fournitures indispensables au respect de leurs droits à la survie, à l'éducation et à la protection, avec une attention particulière accordée aux populations autochtones et à la lutte contre le VIH/sida » (UNICEF Congo, 2008 : 3).

Ainsi, l'UNICEF développe trois programmes sectoriels (survie et développement de l'enfant ; éducation de base et égalité des genres ; protection des enfants et des femmes) et deux programmes transversaux (lutte contre le VIH/sida ; communication et planification des politiques sociales).

Dans le secteur du VIH/sida, il faut bien comprendre que l'UNICEF a pour rôle d'appuyer le gouvernement, à travers le CNLS. Il s'agit donc d'apporter un appui financier et technique, mais aussi de réaliser diverses actions de plaidoyer auprès du gouvernement. Concrètement, l'UNICEF, dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, a donc peu de rapports directs avec les organisations de la société civile.¹³ Le CNLS est en quelque sorte un intermédiaire « obligé ». Par conséquent, on en arrive à la conclusion

⁹ Selon le CNLS, ce document se veut être un « document consensuel qui prend en compte les contributions de tous » – secteur public, secteur privé et société civile – car issu d'une « approche largement participative » (CNLS, 2008 : 8).

¹⁰ L'annexe 2 (p.XII) est une note, brève, sur les autres acteurs de la lutte, à savoir : le secteur public autre que celui de la santé, les confessions religieuses et le secteur privé.

¹¹ UNICEF, *A propos de l'UNICEF : qui nous sommes*, http://www.UNICEF.org/french/about/who/index_mission.html [site consulté le 2 juillet 2009].

¹² Pour plus d'information sur l'UNICEF, veuillez consulter le site officiel de l'organisme : <http://www.UNICEF.org/french/index.php> [site consulté le 2 juillet 2009].

¹³ Pour plus de précisions concernant la notion de « société civile », veuillez consulter : PIROTTE G., 2007, *La notion de société civile*, La Découverte, Paris (Coll. Repères).

selon laquelle, dans le domaine du VIH/sida¹⁴, l'UNICEF ne doit pas sa force à l'action de terrain, simplement parce que là n'est pas son mandat. Il se distingue, par contre, par ses actions de plaidoyer, par sa capacité à porter les débats sur la place publique, à faire des recommandations. En ce sens, il a un poids considérable.

Si l'on recherche des actions « concrètes » sur le terrain à Brazzaville, de la part de l'UNICEF, c'est en termes de prestation de services, d'accès aux services essentiels qu'on va en trouver.

« [Ainsi,] dans le secteur du VIH/sida, en partenariat avec la Banque Mondiale et le Fonds Global, l'UNICEF a appuyé le gouvernement dans la prise en charge de près de 12 000 orphelins et enfants vulnérables (OEV) sous forme de soutien scolaire, médical et psychologique, d'insertion professionnelle et d'activités génératrices de revenus. Pour les adolescents, un plan d'intégration des compétences de vie courante (CVC) dans les programmes scolaires a été élaboré après son expérimentation auprès de 35 000 élèves, de même qu'un guide de référence pour le milieu extrascolaire » (UNICEF Congo, 2008 : 5).

Sans vouloir généraliser, je n'ai peu, sinon rien trouvé de tout cela en matière de prévention du VIH/sida durant mes deux mois passés à Brazzaville.

En outre, il faut replacer l'action de l'UNICEF en matière de VIH/sida dans la dynamique plus globale de la campagne mondiale de cinq ans consacrée aux enfants et au sida : « Unissons-nous pour les enfants, contre le sida »¹⁵. Cette campagne mondiale « sert de cadre à la mise en œuvre de programmes nationaux contre le sida articulés autour des “Quatre P” ; ces impératifs sont les suivants : prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, procurer des traitements pédiatriques, prévenir l'infection chez les adolescents et les jeunes et protéger et soutenir les enfants affectés par le VIH/sida »¹⁶. C'est donc le troisième axe qui nous concerne. Mais nous l'aurons compris, je n'aurai pu observer que peu d'activités de sensibilisation/prévention au VIH/sida auprès des adolescents durant mon séjour.¹⁷

Enfin, il est intéressant de noter qu'en 2008, la lutte contre le VIH/sida est le programme dans lequel l'UNICEF a investi le moins de dépenses : 5,24 % des dépenses totales, soit un montant de 351.788 \$ US (UNICEF Congo, 2008 : 10). En outre, si l'on regarde la répartition des ressources par utilisation, on observe « le passage de l'assistance humanitaire à des interventions à forte valeur ajoutée : c'est ainsi que la prestation de services (réhabilitation des infrastructures, achat de fournitures) voit sa part baisser progressivement, alors que l'appui au programme, le développement des politiques, les études et la planification consomment désormais près de la moitié du total des ressources » (idem, 2008 : 11).

¹⁴ Je ne suis pas en mesure d'étendre cette constatation aux autres programmes de l'UNICEF.

¹⁵ Cette campagne a été lancée en 2005 par l'UNICEF, l'ONUSIDA et d'autres partenaires, pour contribuer, notamment, à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

¹⁶ UNICEF, *Notre action > Les enfants et le VIH/sida*, http://www.UNICEF.org/french/aids/index_action.html [site consulté le 2 juillet 2009].

¹⁷ Alors qu'*a priori*, dans mon projet « papier », il s'agissait d'un volet conséquent de ma recherche de terrain. Mais, je n'ai eu que très peu d'informations avant mon départ. Dès lors, est-ce moi qui m'étais trompée sur le mandat de l'UNICEF ? Qu'est-ce qui fait que, loin de Brazzaville, j'avais l'image d'une organisation très impliquée sur le terrain ? Il serait intéressant de répondre à ces questions. Néanmoins, au final, cela ne m'a pas posé de problèmes insurmontables, si ce n'est le temps qu'il m'a fallu pour réorganiser ma recherche. J'aurais pu essayer d'analyser des actions concrètes menées par le CNLS, ou orchestrées par lui mais réalisées par des ONG locales. Cependant, vu le temps disponible, il m'était difficile de jouer sur tant de fronts différents. J'ai observé quelques activités menées par des ONG locales, mais relativement peu d'occasions se sont présentées.

1.2.2 Les ONG locales

Au niveau de la société civile, différentes ONG se partagent l'arène. Ainsi, selon le CNLS, sur la période 2003-2007 « au total, 131 ONG et OBC [Organisations à Base Communautaire] ont été appuyées pour la mise en œuvre de projets de prévention du VIH/sida auprès des groupes les plus vulnérables, en suivant les orientations du manuel de procédure d'appui aux initiatives communautaires » (CNLS, 2008 : 45). Les activités de prévention déployées ont combiné la communication sociale et l'éducation par les pairs. Nous pouvons remarquer que « pour les projets communautaires comme pour les activités développées par les ministères, aucune étude n'a été réalisée pour mesurer l'impact réel de ce travail en terme d'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques sexuelles ainsi que sur l'utilisation de ces services de conseil et dépistage volontaire des personnes couvertes » (CNLS, 2008 : 45). « L'Enquête de Séroprévalence du VIH et sur les Indicateurs du Sida » en cours de réalisation devrait permettre cette évaluation, en comparaison avec les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 2005.

Il faut noter que dans le cadre de ma recherche de terrain, je ne me suis pas tournée exclusivement vers des associations locales actives dans la lutte contre le VIH/sida. A vrai dire, j'ai passé plus de temps auprès de structures¹⁸ dont la vocation n'était pas celle-là. En effet, pour rencontrer des adolescents déscolarisés et non scolarisés particulièrement vulnérables, j'ai fréquenté l'Espace Jarrot, structure qui draine l'essentiel des enfants de la rue à Brazzaville, et l'AEED (Action Espoir des Enfants en Détresse), structure de prise en charge des enfants vulnérables. J'ai néanmoins travaillé avec le CADFM (Centre d'Appui au Développement de la Fille-Mère), Attac³ (Attaque contre la Drogue, la Prostitution Infantile et le Sida) et JAS (Jeunesse Action Sida), associations actives en matière de prévention du VIH/sida : la première s'adresse aux filles-mères, la deuxième aux jeunes filles prostituées et la dernière étant une association de groupes de jeunes antisida. En outre, j'ai bénéficié sur le terrain de l'aide précieuse de l'ONG ASI (Actions de Solidarité Internationale), qui développe à Brazzaville un programme de prise en charge des « jeunes filles mineures en situation de vulnérabilité/rue »¹⁹ qui comprend notamment des activités de prévention du VIH/sida en milieu ouvert. Une note en annexe est entièrement dédiée à la présentation de ces ONG.

1.2.3 Le Centre National de Lutte contre le Sida (CNLS)

1.2.3.1 Historique

L'organisation de la lutte contre le VIH/sida au Congo relève d'une dynamique plus large, au niveau mondial. Je m'en tiendrai ici au cas de l'Afrique subsaharienne.

¹⁸ J'ai été amenée à rencontrer de nombreuses structures durant les deux premières semaines de ma recherche de terrain. Je ne vous parlerai que de celles qui ont eu un réel impact, une réelle place dans ma recherche, pour des raisons de concision et de cohérence.

¹⁹ L'association elle-même ne tranche pas quant à ces notions « d'enfant vulnérable » et « d'enfant de la rue », tout comme je ne serai pas à même de trancher radicalement entre ces deux notions, imparfaites l'une comme l'autre (cf. *infra* 1^{ère} partie, 2.2.2.3, p.28).

C'est au cours de la seconde moitié des années 80 que le sida apparut comme un problème majeur à l'échelle internationale. Dans un premier temps, de nombreux gouvernants africains se sont montrés réticents à l'organisation d'un dispositif de réponse.²⁰ En bref, « tout concourrait, à la fin des années 1980, pour donner à la lutte contre le sida une position très modeste parmi les priorités d'une politique de santé publique » (Raynaut, 2001 : 332). Or, c'est à ce moment que furent mis sur pied des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS) : ils étaient dotés d'une structure propre ainsi que de moyens spécifiques de fonctionnement. En effet, en République du Congo, c'est en 1987 qu'a été initié un PNLS, deuxième étape après la création d'un Comité Scientifique de Diagnostic et de Lutte contre l'Infection à VIH dès 1985.²¹ Le Congo fut donc plutôt avancé en la matière, étant l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à avoir officiellement reconnu l'épidémie du VIH/sida. La naissance du PNLS, au Congo comme presque partout ailleurs, fut une démarche impulsée de l'extérieur, par l'OMS et plus particulièrement par le Global Programme on AIDS (GPA)²² créé auprès de celui-ci à cette même période (Raynaut, 2001 ; CNSEE, 2005 ; CNLS, 2008). Selon Raynaut²³ :

« on peut dire qu'à cette époque, en Afrique, la lutte contre le sida a été conçue et lancée concrètement dans le cadre d'une véritable mise en tutelle internationale des politiques de santé nationales. [...] L'objectif prioritaire était de juguler la progression d'une épidémie qui était perçue comme une pandémie menaçant à terme l'ensemble du globe. Les stratégies d'action choisies donnaient [...] l'exclusivité à la prévention de nouvelles contaminations et ne prévoyaient pratiquement rien au bénéfice des personnes atteintes, contrairement à ce qui se passait à la même période dans les pays industriels » (Raynaut, 2001 : 333).

Il précise par ailleurs que cette tutelle de l'OMS dans le champ de la santé publique s'est appliquée à la période où ces mêmes pays africains subissaient la rigueur des Plans d'Ajustement Structurel (PAS). Cependant, il est paradoxal de voir que la démarche adoptée dans le cadre de la lutte contre le sida ne suivait pas une logique de désengagement financier et de désétatisation – au contraire des PAS – puisque le PNLS était clairement une structure d'intervention monolithique, centralisée, directement rattachée au Ministère de la santé. On était alors face à une logique qui allait à contrepied des nouveaux dogmes de l'aide au développement. « C'est donc une structure autonome par rapport au reste du système de santé, dotée de ses propres ressources venues directement de l'aide internationale, qui a ainsi été constituée » (Raynaut, 2001 : 335), ce qui n'a pas été sans effets pervers²⁴. Finalement, ce que Raynaut met en avant, c'est un constat d'échec quant à la structure même développée à l'époque, ce qui ne préjuge en rien de la volonté et de la qualité des personnes qui travaillaient au sein de ces PNLS.

²⁰ En effet, la question de l'origine du virus a suscité à l'époque de vifs débats, avec des hypothèses farfelues sur les modes de transmission entre le singe et l'homme, sur l'Afrique comme berceau de l'épidémie, dans une logique de stigmatisation de l'Autre (Raynaut, 2001 ; Delaunay, 1999).

²¹ Pour rappel, la découverte des premiers cas de sida au Congo date de 1983 (CNSEE, 2005 ; CNLS, 2008).

²² En 1995 le GPA a été supprimé et remplacé par l'ONUSIDA, organe interinstitutionnel qui regroupe l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, le PNUD, le FNUAP et la Banque Mondiale.

²³ Claude Raynaut, anthropologue, est directeur de recherche au CNRS.

²⁴ Sans rentrer dans les détails, je préciserais que Raynaut met en avant deux conséquences majeures. Il s'agit du rapport de concurrence qui s'installe avec les autres structures de santé ainsi que d'une certaine « bureaucratisation de la lutte et une grande difficulté à moduler les stratégies en fonction des réalités » (Raynaut, 2001 : 335-36). Ces deux constatations engendrant à leur tour un « hiatus majeur entre l'information qui était massivement diffusée au sujet de la menace du sida et les moyens qui étaient donnés à chaque personne pour en faire usage dans le contexte de sa situation de vie personnelle » (Raynaut, 2001 : 337).

Ainsi, pour en revenir au cas congolais, de 1987 à 1997, le PNLS a organisé la réponse nationale au VIH/sida et a obtenu, parmi ses résultats, la création à Brazzaville du premier Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) des personnes vivant avec le VIH d'Afrique. Cependant, à partir de 1997, les efforts nationaux se sont ralentis du fait des guerres successives qui ont secoué le Congo, et particulièrement Brazzaville. Ainsi, afin de relancer la réponse nationale à l'épidémie « le Congo a initié en 2002 un processus de planification stratégique qui a abouti à la réalisation d'une analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH/SIDA, et à l'élaboration d'un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2003-2007 (CSN 2003-2007), adopté le 04 décembre 2002 » (CNLS, 2008 : 41).

Ce CSN 2003-2007, « tirant les leçons des faiblesses de la réponse nationale, [...] a proposé la mise en place d'un Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS) en tant qu'organe multisectoriel d'orientation et de coordination de la réponse nationale de lutte contre le SIDA » (CNLS, 2008 : 41). Installé officiellement le 14 Juillet 2003, le CNLS²⁵ « sous la très haute autorité du Président de la République », assure depuis lors « la coordination de la réponse nationale au VIH/sida avec l'appui des partenaires au développement, avec comme partenaires opérationnels les structures centrales et décentralisées des ministères, la société civile et le secteur privé » (CNLS, 2008 : 41).

Comme l'avance Raynaut, depuis le milieu des années 90, l'ensemble du dispositif des PNLS est remis en question par ceux-là mêmes qui l'avaient initié, en raison d'un double constat. D'une part, les actions de prévention se sont avérées incapables d'arrêter la flambée de l'épidémie. D'autre part, la prise en charge des personnes atteintes s'est imposée comme un problème incontournable, nécessitant de réagir. S'ensuivent trois transformations principales. Premièrement, la prévention du VIH/sida se « banalise » : dédramatisation du discours, réintégration des actions de prévention dans le domaine plus large de la santé reproductive, etc. Puis, il y a un certain souci de restaurer la responsabilité de l'action médicale et de la prise en charge, au sein du système déjà existant de soin et de protection sociale. C'est ainsi qu'au Congo, à partir de 2006, un processus d'intégration du conseil et du dépistage volontaire dans les activités des centres de santé intégrés, tant public que confessionnel, a été amorcé, et intensifié durant l'année 2007 (CNLS, 2008 : 48-49). Enfin, il y a une volonté consciente d'impliquer la société civile dans la conduite de la lutte, *via* notamment la redirection de l'aide vers des ONG locales (Raynaut, 2001 : 338). Il s'agit certainement là de l'évolution la plus déterminante, mettant sur pied, toujours selon Raynaut, un nouveau complexe d'acteurs, avec pour leitmotiv des stratégies actuelles de lutte en Afrique, l'action communautaire. Nous le verrons par la suite²⁶, il arrive encore que l'engagement des acteurs de la société civile dans la lutte contre le sida réponde à des objectifs particuliers, et l'engagement du CNLS envers ces acteurs manque encore parfois de corps.

Puis, Raynaut explique que, dans le cadre des PNLS, une décentralisation était prévue mais celle-ci a été rarement réalisée de manière efficace dans le sens où, « dans la plupart des pays, l'essentiel des

²⁵ Le CNLS est l'organe d'orientation et de décision tandis que le Secrétariat Exécutif Permanent (SEP) est l'organe de coordination, l'organe technique permanent du CNLS.

²⁶ Cf. *infra* Partie III, 3, p.76.

ressources et du pouvoir est resté concentré au niveau de la capitale » (Raynaut, 2001 : 335). En effet, dans le cas du Congo, ce n'est qu'en 2004 que les ministères autres que celui de la santé, ont mis en place des Unités de Lutte contre le Sida (ULS) et ont commencé à participer à la lutte (CNLS, 2008 : 63-64).

Enfin, un autre problème réside dans la mise en place tardive d'un dispositif de dépistage, priorité non retenue pour l'Afrique jusqu'au milieu des années nonante. Ce n'est qu'au début du deuxième millénaire, soit plus de dix ans après la mise en place des PNLS, qu'un réseau de centres de dépistage et de conseil anonyme et gratuit s'est timidement mis en place en Afrique (Raynaut, 2001 : 335-36). A ce propos, en fin 2002, les deux Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) de Brazzaville et de Pointe-Noire étaient les seules structures qui fournissaient des services de conseil et dépistage volontaire. Ce n'est qu'en 2004 que « deux centres de dépistage anonyme et volontaire ont été construits à Brazzaville avec l'appui de la Banque Mondiale dans le cadre du Projet d'Urgence d'appui à la Réhabilitation et à l'Amélioration des Conditions de Vie (PURICV) » (CNLS, 2008 : 43, 48-49). En 2007, on dénombrait un peu moins de 60 sites de conseil et dépistage volontaire au niveau national (CNLS, 2008 : 28).

1.2.3.2 Les grands axes de la lutte

Il faut noter que les deux premières années de la mise en œuvre du CSN 2003-2007 ont été principalement vouées à l'élaboration de documents normatifs (stratégies, guides) permettant d'orchestrer la mise en œuvre des actions de prévention.

Les priorités de la lutte contre le VIH/sida pour les années 2009-2013 peuvent se résumer en quelques mots clés : accès universel aux services de prévention, de soins/de traitement et d'appui, prise en compte de la dimension « genre » et des groupes vulnérables à tous niveaux, multisectorialité et décentralisation ; les « three ones »²⁷ ; participation et appropriation communautaire (CNLS, 2008 : 73).

Ainsi, la mise en œuvre du CSN s'articulera autour de 5 axes stratégiques :

- Axe I – Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST ;
- Axe II – Renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH ;
- Axe III – Réduction de l'impact du sida ; Promotion des droits humains ;
- Axe IV – Amélioration du système de Suivi-Evaluation ; Recherche ; Surveillance épidémiologique ; Gestion des informations stratégiques ;
- Axe V – Renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance (CNLS, 2008 : 74).

Avant de terminer ce premier chapitre par quelques mots sur l'axe prévention (axe I) – dans lequel on retrouve le conseil et dépistage volontaire – j'aimerais attirer l'attention sur la promotion de la recherche sur le VIH/sida²⁸, qui relève du quatrième axe stratégique. Lors de la mise en œuvre du CSN 2003-2007, la recherche fut quasi nulle. Dès lors, pour les années à venir, le CNLS désire « mettre en place un cadre favorisant la réalisation et la diffusion des travaux de recherche » (CNLS, 2008 : 96).

²⁷ Selon l'ONUSIDA, « les partenaires engagés dans la riposte mondiale, nationale et locale au SIDA se sont accordés sur les « Trois Principes » – un cadre d'action national contre le SIDA, un organisme national de coordination du SIDA et un système de suivi et d'évaluation – en tant que principes directeurs pour l'amélioration de la riposte au niveau des pays » (ONUSIDA, 2005 : 8).

²⁸ Le CNLS promeut les enquêtes socioculturelles et études d'impact socioéconomiques, les enquêtes comportementales, les enquêtes sur la médecine traditionnelle et la recherche fondamentale (CNLS, 2008 : 60-61).

1.2.3.2.1 Les actions menées dans le cadre de la prévention du VIH/sida

La prévention du VIH/sida concerne 54% du budget total du CNLS²⁹. Il s'agit bien de l'axe stratégique premier de la lutte contre le VIH/sida au Congo.

En fin 2002, les quelques actions de prévention menées n'étaient nullement coordonnées, un programme de marketing social du préservatif était mis en œuvre et, comme on l'a déjà dit, les deux CTA (Brazzaville et Pointe-Noire) étaient seuls à fournir des services de conseil et dépistage volontaire (CNLS, 2008 : 42). Ce n'est, en outre, qu'à partir de 2005 que « la mise en œuvre effective de la stratégie de communication pour le changement de comportements ainsi que l'application du manuel de procédures d'appui aux initiatives communautaires ont effectivement commencé » (CNLS, 2008 : 43). Ainsi, deux types d'actions ont été mis en œuvre, d'une part, celles qui visent les groupes les plus vulnérables³⁰, et d'autre part, les actions envers la population générale. S'ajoutent, transversalement à celles-ci, la promotion et la distribution de préservatifs.

Au niveau de la population générale, la prévention du VIH/sida « s'est faite par le biais des programmes médiatiques et des campagnes d'information et de mobilisation sociale sur le VIH/sida, ainsi que par l'éducation sur le VIH/sida auprès des utilisateurs des services de santé » (CNLS, 2008 : 45-48). Notons qu'une ligne gratuite d'information, conseil et assistance téléphonique sur le VIH/sida a été mise en place fin 2007, grâce au partenariat avec la téléphonie mobile MTN-Congo, dénommée « Ligne Jaune Info Sida » (CNLS, 2008 : 48).

Auprès des groupes les plus vulnérables, différentes activités de prévention (promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH) sont menées, telles que l'éducation par les pairs, la communication sociale et les causeries éducatives (SEP/CNLS, 2008 : 75). Certaines activités s'adressent aux jeunes à partir de 10-11 ans, mais en général peu d'actions sont destinées aux adolescents en-dessous de 15 ans. Parmi les cibles prioritaires, on a les populations les plus exposés au VIH – avec parmi elles, les professionnelles du sexe, les filles-mères et les jeunes non scolarisés et déscolarisés – les personnes vivant avec le VIH et les orphelins et autres enfants vulnérables (CNLS, 2008 : 73). Comme nous allons le voir, parmi les « autres enfants vulnérables », on retrouve les « enfants de la rue » (EDR). Dès lors, ceux-ci sont repris à la fois dans deux catégories, car relevant aussi des jeunes non scolarisés et déscolarisés, conformément à la conception qu'en a le CNLS et à mon expérience de terrain. Or, en deux mois, je n'ai pas perçu l'existence d'activités orientées spécifiquement en faveur de ces enfants/adolescents de la rue. En effet, dans les structures d'accueil pour les EDR, on affirme que ces derniers restent quelque peu délaissés par les programmes de prévention contre le VIH/sida.

Si l'on regarde le tableau récapitulatif – inséré en annexe – sur les objectifs stratégiques et domaines de services pour cet « axe prévention », nous pouvons émettre quelques observations supplémentaires. Premièrement, dans l'optique de réduire la proportion des adolescents de 10-17 ans qui ont des rapports

²⁹ Soit 33 869 661 XAF, c'est-à-dire un peu moins de 52.000 euros (au 10 juillet 2009, 1 EUR = 655,957 XAF).

³⁰ « Les actions visant les groupes les plus vulnérables ont été menées tant par les organisations de la société civile que par les ministères autres que celui de la santé » (CNLS, 2008 : 43).

sexuels à haut risque, le développement de programmes de compétences de vie courante est favorisé en milieu scolaire et extrascolaire. Puis, la sécurité transfusionnelle doit être améliorée. Troisièmement, réduire la transmission de la mère à l'enfant est un objectif particulièrement important. Enfin, on relève l'importance de la prévention des accidents d'exposition au VIH dans les salons de coiffure.³¹

Il est nécessaire de garder ces éléments à l'esprit ; ils seront réactivés une fois que nous rentrerons dans l'analyse proprement dite, issue des recherches menées sur le terrain.³²

Pour terminer, on remarque donc aujourd'hui l'influence extérieure toujours présente dans la lutte contre le VIH/sida au Congo, que ce soit *via* la tutelle de l'ONUSIDA et les « three ones », ou à travers la prépondérance des financements extérieurs³³ qui apparaît toujours à divers niveaux.

2 Positionnement du cadre théorique : mise en lumière des principaux concepts

2.1 Le concept de représentation sociale

Au regard de l'abondante littérature, l'importance prise par l'étude des représentations sociales (ci-après RS) dans les sciences sociales n'est plus à démontrer. En effet, l'approche des RS est transversale à plusieurs disciplines des sciences humaines, de la psychologie sociale à l'anthropologie en passant par la sociologie ou encore la géographie humaine. Nous sommes donc face à un champ de recherche varié, hétérogène, qui regorge de développements méthodologiques et théoriques multiples. Il s'agit bien d'une approche caractérisée par son originalité, sa diversité, son inventivité, par un cadre conceptuel souple qui permet une adaptation à des problématiques diverses ainsi qu'à des objets de RS tout aussi variés. Cependant, cette complexité implique par la même occasion flou et confusion.

Ceci étant dit, loin de moi l'idée de dresser un tableau exhaustif de l'approche des RS, paysage vaste aux multiples facettes. L'objectif de ce chapitre consiste à déterminer clairement l'orientation théorique de mon étude, en exposant les bases théoriques auxquelles je me réfère, et les méthodes qui en découlent, dans un souci de cohérence. A ces bases viendront se greffer des nuances complémentaires, si nécessaire.

³¹ A ce propos, si les risques de transmission dans nos salons de coiffure occidentaux sont nuls, à Brazzaville, les pratiques réalisées dans les salons de coiffure sont peu sûres : les instruments employés pour les coupes de cheveux, les rasoirs et les aiguilles pour le tissage sont rarement stérilisés. Il en va de même pour le matériel de manucure et de pédicure. En outre, les adolescentes qui travaillent dans les salons de coiffure paient pour suivre leur formation, dix-huit à vingt-quatre mois durant lesquels elles ne perçoivent aucune rémunération. Ce qui n'est pas sans engendrer un manque d'autonomie financière avec les conséquences que cela peut entraîner (cf. *infra* Partie II, 4.3.). Notons tout de même que ce mode de transmission reste second, après la contamination par voie sexuelle.

³² Cf. *infra* Partie II, p.37 et Partie III, p.66.

³³ Néanmoins, à ce propos, on remarque que le Gouvernement congolais dégage des ressources financières pour appuyer et dynamiser les programmes liés au VIH/sida (Association Panafricaine Thomas Sankara, 2006 : 14).

2.1.1 Définition du concept de « représentation sociale »

Il s'agit d'une véritable entreprise que de vouloir saisir l'ambivalence et la richesse de ce concept de RS. La seule tentative de définition s'avère être une opération délicate.

Cette théorie est tout d'abord sortie du giron de la sociologie avec Durkheim³⁴ (1895) et son concept de « représentations collectives ». Après avoir été délaissée pendant près d'un demi-siècle, elle fut largement révisée par Moscovici (1961) pour le compte de la psychologie sociale : est alors née la notion actuelle de « représentation sociale ». Si les diverses disciplines mobilisées dans l'étude des RS ont comme arrière-plan commun le travail théorique réalisé par Moscovici dès 1961, cela n'a pas empêché chacune de suivre sa propre voie (Bonardi & Roussiau, 2001 : 10).

Moscovici définissait, en 1961, les RS comme étant « des “univers d'opinions” propres à une culture, une classe sociale ou un groupe et relatifs à des objets de l'environnement social » (Moscovici, 1961 : 66 cité dans Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 12). Partant de là, Roussiau et Bonardi ont complété cette définition. Dès lors, ils entendent, par RS :

« une organisation d'opinions socialement construites relativement à un objet donné [...] qui résulte d'un ensemble de communications sociales (intra et intergroupes) qui permettent de maîtriser l'environnement et de se l'approprier en fonction d'éléments symboliques propres à son ou ses groupe(s) d'appartenances » (Roussiau & Bonardi, 2001 : 18-19).

Selon Moliner, Rateau & Cohen-Scali (2002 : 13), quatre caractéristiques³⁵ ressortent de cette définition. Premièrement, une RS est un ensemble *organisé* : les éléments cognitifs – parmi lesquels des croyances, des valeurs, des attitudes, des opinions, etc. – sont structurés et entretiennent des relations entre eux (Jodelet, 1994 : 36 ; Bonardi & Roussiau, 2001 : 16). Ensuite, une RS est *partagée* par les individus d'un même groupe social, mais de manière généralement partielle. En effet, la RS est une grille de lecture de la réalité, socialement construite, c'est-à-dire que par rapport à un même objet, des individus peuvent présenter des attitudes différenciées (Bonardi & Roussiau, 2001 : 16). Troisièmement, une RS est *collectivement produite* lors d'un processus de communication. Ainsi, Jodelet (1994 : 37) souligne le caractère constructif, créatif, autonome de la RS. Bonardi et Roussiau (2001 : 16) précisent que le niveau d'information par rapport à l'objet ne doit pas être conséquent pour qu'émerge une représentation. Enfin, une RS est *socialement utile* : elle permet d'appréhender, d'interpréter l'environnement social mais elle joue aussi un rôle dans les interactions entre groupes (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 13).

Ainsi, trois fonctions se dégagent de cette définition, dont deux, outre la maîtrise de l'environnement, sont particulièrement importantes en ce qui nous concerne. D'une part, les RS, en tant que « forme de

³⁴ Pour plus de précisions sur l'histoire des RS, cf. : MOSCOVICI S., 1994, « Des représentations collectives aux représentations sociales », in : JODELET Denise (dir.), *Les représentations sociales*, 4^{ème} édition, PUF, Paris (Coll. Sociologie d'Aujourd'hui), pp. 62-86.

³⁵ Nous pouvons remarquer que les trois premières caractéristiques s'apparentent respectivement aux trois premiers piliers suggérés par Moscovici : « une dimension structurale [...], une dimension attitudinale [...] et un niveau d'information détenu par l'individu à l'intérieur de son (ou ses) groupe(s) d'appartenances et à propos d'un objet donné » (Bonardi et Roussiau, 2001 : 15).

connaissance socialement élaborée et partagée³⁶ » (Jodelet, 1994 : 36), ont pour fonction d'orienter les conduites et d'assurer la communication interindividuelle. Donc, elles se décomposent, se construisent et évoluent dans et par la communication entre individus. D'autre part, cette communication implique une (re)construction du réel qui nous permet d'interpréter notre environnement quotidien. En ce sens, l'individu est acteur, car les informations auxquelles il est confronté sont remodelées, reconstruites, en relation avec le contexte social dans lequel cette reconstruction prend place (Bonardi & Roussiau, 2001 : 17-18). On comprend donc ici l'importance du contexte dans l'étude d'une RS, contexte qui sera mis en valeur dans la deuxième partie de ce mémoire, notamment grâce à l'étude des récits de vie récoltés³⁷.

De plus, sans nier les différences entre les notions « d'opinion », « d'information » et de « croyance », Moliner, Rateau et Cohen-Scali affirment que l'expérience montre que les individus confondent régulièrement les trois domaines que celles-ci recouvrent respectivement (prise de position, connaissance et conviction), et particulièrement lorsqu'il s'agit d'un objet socialement investi. Les frontières deviennent floues et les amalgames courants. En conséquence, ils préconisent de qualifier indifféremment les contenus d'une représentation de l'un ou l'autre de ces concepts, les distinctions s'avérant « inutiles », et de plutôt avoir à l'esprit qu'une RS « se présente concrètement comme un ensemble d'éléments cognitifs (opinions, informations, croyances) relatifs à un objet social » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 12-13). *A priori*, cela peut apparaître comme un raccourci réducteur mais il a le mérite de simplifier la notion de RS et s'avère approprié dans le cadre de cette recherche, exploratoire.

Enfin, si je parle de *la* représentation sociale des adolescents sur le VIH/sida, c'est dans le respect des éléments de définition apportés. En effet, il s'agit d'un ensemble organisé d'éléments représentatifs : la RS recouvre en elle-même la variété. Il y a certes *des* RS sur l'objet social qu'est le VIH/sida, mais je m'attache précisément à étudier celle d'un groupe social particulier, les adolescents vulnérables de Baongo. Dès lors, *la* RS fait référence à la signification consensuelle, globale que les individus attribuent à l'objet de représentation, en tant que groupe social. Il s'agit donc d'identifier, au-delà de la variété des discours des adolescents rencontrés, les principales logiques qui leur sont communes.

2.1.2 Un concept à l'interface de la psychologie sociale et de l'anthropologie

Dans le cadre de ce mémoire, je ne considère pas la RS comme étant une notion de psychologie sociale pure, mais plutôt comme étant une notion à la rencontre de cette discipline et de l'anthropologie.³⁸ Nous verrons quelles sont les implications d'une telle orientation sous un angle méthodologique³⁹.

L'anthropologie du milieu du 20^{ème} siècle (Mauss, Lévi-Strauss) considère la notion de « représentations collectives », représentations qui « prennent l'allure de réalités autonomes, indépendantes des esprits qui

³⁶ Selon Jodelet, une RS est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1994 : 36).

³⁷ Cf. *infra* Partie I, 3, p.30.

³⁸ Nous n'allons pas ici rentrer dans un débat sur les apports réciproques entre psychologie et anthropologie, mais nous en tenons à considérer ces disciplines comme complémentaires, au-delà de leurs différences.

³⁹ Cf. *infra* Partie I, 3, p.30.

les font vivre et perdurer. Elles particularisent et spécifient l'ordre naturel dans une société (Héritier, 1979) [et] sont constitutives du réel et de l'organisation sociale (Augé, 1974 ; Godelier, 1984) » (Bonardi et Roussiau, 2001 : 59). Ces représentations collectives ont eu un rôle prépondérant dans l'étude des fonctionnements des sociétés dites "primitives", et continuent à retenir l'intérêt des anthropologues contemporains.

En ce qui me concerne, je vais prendre de la distance par rapport à la conception originelle que l'anthropologie a donné à la notion de représentation, et me placer dans la lignée de Laplantine, notamment. En effet, les recherches de cet auteur « consacrent l'abandon d'une étude extensive des représentations collectives au profit d'une centration sur certains systèmes de représentations : ici ceux de la maladie » (Bonardi et Roussiau, 2001 : 61). En la matière, il préconise de démontrer les liens entre l'individuel et le social, *via* l'exploration de trois champs : celui de la connaissance⁴⁰, celui de la valeur⁴¹ et celui de l'action⁴². Il propose par conséquent la définition suivante de la représentation :

« c'est la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel [...] [qui] a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. C'est un savoir que les individus d'une société donnée ou d'un groupe social élaborent au sujet d'un segment de leur existence ou de toute leur existence. C'est une interprétation qui s'organise en relation étroite au social et qui devient, pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même. C'est en effet, à notre avis, le propre d'une représentation de ne jamais se penser comme telle et notamment d'occulter les distorsions et les déformations qu'elle charrie inéluctablement [...]. La représentation que chacun de nous se fait de la santé nous permet de penser cette dernière tout en nous empêchant simultanément de voir ce que précisément d'autres représentations éclairent » (Laplantine, 1994 : 278).

Selon Bonardi et Roussiau, les divers éléments que recouvre cette définition rappellent les représentations sociales de Moscovici. Nous restons donc dans la lignée des éléments de définition ci-dessus présentés.

L'étude des RS d'un point de vue anthropologique nous amène assez naturellement à considérer deux des méthodes les plus pratiquées par les anthropologues, méthodes valorisées par une psychologie sociale de terrain : l'observation participante et l'enquête. Par la suite⁴³, nous verrons quelles implications méthodologiques aura l'orientation plus anthropologique donnée à ce mémoire.

2.1.3 Etudier la RS au niveau d'un groupe particulier

Une RS peut s'étudier à différents niveaux d'observation. Ici, j'ai porté le regard au niveau d'un groupe social⁴⁴ particulier – les adolescents « vulnérables » de Baongo – et par là, tenté de comprendre la structuration de la représentation du VIH/sida au sein de ce groupe. Il est important de bien déterminer à

⁴⁰ « Une représentation est un savoir qui ne doute pas de lui-même » (Laplantine, 1994 : 278).

⁴¹ « Une représentation n'est pas seulement un savoir tenu par celui qui y adhère pour totalement vrai, mais aussi pour totalement bon : c'est une évaluation » (ibid.).

⁴² « Une représentation n'est pas réductible à ses aspects cognitifs et évaluatifs. Simultanément expressive et constructive du social, elle consiste non seulement en un moyen de connaissance, mais en un instrument d'action » (ibid.).

⁴³ Cf. *infra* Partie I, 3, p.30.

⁴⁴ Par « groupe social », entendons « un ensemble d'individus interagissant les uns avec les autres et placé dans une position commune vis-à-vis d'un objet social. [...] Sur le plan pratique, on parlera de groupe social à partir du moment où les individus occupent une position commune à l'égard de l'objet de représentation (pratique comparable, même niveau d'intérêt ou d'implication, etc.) et sont en interaction régulière » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 21).

quel niveau porte l'étude d'une RS, car s'y rattachent différents éléments de la théorie et en découlent certaines démarches méthodologiques appropriées⁴⁵ (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 17). Nous allons dès à présent préciser les éléments théoriques déjà présentés.

Contrairement à ce qu'il en est dans la société globale, les RS se révèlent moins diversifiées au sein d'un groupe particulier, et le seront d'autant moins que le groupe en question sera très homogène. Cependant, il y a toujours de l'hétérogénéité dans un groupe, du fait que chaque membre appartient à plusieurs groupes à la fois (familial, professionnel, de genre, etc.). En outre, les objets sociaux sont, par nature, des objets complexes, polymorphes, qui génèrent une diversité d'expériences. Ainsi, « deux individus n'ont jamais exactement la même expérience de l'objet. [...] Mais alors, comment comprendre que le groupe partage une vision commune de l'objet tandis que chaque individu en a sa propre expérience ? » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 21-22). Pour faire bref et simple, les auteurs avancent que :

« chaque individu pris isolément adhère à quelques opinions très consensuelles, puis à un plus grand nombre d'opinions ne faisant pas l'unanimité. Il résulte que chaque individu, pris isolément, partage toujours, avec n'importe quel autre individu, *au moins* une opinion consensuelle. A partir de ce constat, on peut supposer que la "vision commune" au groupe réside dans les quelques opinions consensuelles, tandis que les expériences individuelles s'expriment dans la variabilité d'opinions divergentes » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 22-23).

Nous ne sommes pas encore en mesure de comprendre ce qui fait que les représentations observées au sein des groupes « autorisent la variété des discours individuels, tout en renvoyant à des logiques communes à tous » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 23). Nous devons dès lors nous tourner vers la théorie du « noyau central » développée par Abric.⁴⁶

2.1.3.1 La théorie du « noyau central »

Cette théorie se structure autour de trois suppositions générales. Premièrement, il faut admettre que les consensus qui se développent au sein d'un groupe ne sont pas le simple résultat de convergences individuelles et aléatoires mais sont dûs à des facteurs communs à tous les membres du groupe. Puis, on présume que les éléments les plus consensuels disposent de qualités particulières et qu'elles permettent, entre autres, de définir l'objet de RS. Enfin, ces éléments les plus consensuels sont supposés ne pas pouvoir entrer en contradiction avec les autres éléments de la RS, dits « périphériques ». En effet, selon Abric, toute RS est composée d'éléments « périphériques » – qui correspondent à des connaissances variables d'un individu à l'autre et qui ne font donc pas forcément consensus – organisés autour d'un nombre moindre d'éléments dits « centraux » qui font, eux, fortement consensus au sein du groupe car renvoyant à des facteurs proprement collectifs tels que les normes, valeurs et intérêts du groupe. Toujours selon Abric, le noyau a deux fonctions essentielles : d'une part, une fonction signifiante, dans le sens où le noyau produit la signification consensuelle, globale que les individus attribuent à l'objet de

⁴⁵ Il n'en aurait donc pas été de même si j'avais envisagé la représentation au niveau de la société globale, niveau d'observation très général.

⁴⁶ Cf. ABRIC J.-C., 1976, *Jeux, conflits et représentations sociales*, Thèse de doctorat d'Etat, Université de Provence ; ABRIC J.-C., 1984, « L'artisan et l'artisanat : analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale », *Bulletin de Psychologie*, n°366, p.861-876 ; ABRIC J.-C. (dir.), 1994, *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris.

représentation, et d'autre part, une fonction organisatrice, dans le sens où les individus seront toujours en mesure d'établir des relations logiques entre les divers éléments qui composent la RS (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 23-24).

Ainsi, l'on comprend désormais que cette étude de la RS du VIH/sida, selon cette théorie du noyau central, consiste à identifier, au-delà de la variété des discours des adolescents rencontrés, les éléments qui appartiennent au noyau et donc de comprendre les significations que ces adolescents, en tant que groupe social, attribuent au VIH/sida.

2.1.3.2 Les représentations dans l'expression individuelle

Il n'est pas vain de noter que « c'est probablement dans les discours individuels que les RS nous sont le plus accessibles, car c'est là qu'elles jouent pleinement leur rôle » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 25). Ainsi, que l'on se place au niveau de la société ou d'un groupe particulier, l'étude d'une RS commencera bien souvent par compiler des discours individuels, caractérisés, comme on l'a vu, tant par leur variabilité que par leur convergence.

Moliner, Rateau & Cohen-Scali démontrent en quoi l'expression verbale des RS aboutit à des discours concrets, à dimension très proche de l'expérience directe. Ces discours sont marqués d'un fort sentiment d'évidence et sont orientés vers l'explication. En effet, « lorsqu'un individu mobilise une RS pour évoquer un objet donné, il met en œuvre un savoir « naïf » [...] un savoir qui n'a pas été produit selon des règles logico-déductives de type scientifique et qui ne fonctionne pas selon ces règles » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 25). En fait, le discours naïf part de la réponse, qu'il tente de justifier *a posteriori*.

2.1.4 L'étude à visée descriptive d'une RS

Lorsque l'on veut étudier la RS d'un objet donné, trois objectifs peuvent guider la recherche : la description, l'élucidation et la comparaison (synchronique ou diachronique). Une même étude peut simultanément poursuivre plusieurs de ces objectifs.

Cette recherche exploratoire est à visée descriptive, elle cherche à étudier la représentation du VIH/sida en tant que telle. Cependant, elle s'intègre dans une problématique d'application concrète : participer au renforcement de la prévention du VIH/sida auprès des adolescents vulnérables. En effet, « connaître la représentation d'un objet donné dans un groupe donné permet d'améliorer la communication à propos de cet objet » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 30). Néanmoins, il faut avant tout, d'une part, s'assurer que le VIH/sida est bien un objet de RS, et d'autre part, évaluer si la RS étudiée est en phase d'émergence, de stabilité ou de transformation.

2.1.4.1 Le VIH/sida, objet de représentation sociale

Selon Jodelet, « représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet » (Jodelet, 1994 : 37). Qu'il s'agisse d'une personne, d'une chose, d'une idée, d'un phénomène matériel, psychique ou social, que l'objet soit réel, imaginaire ou mythique, « il est toujours requis [car] il n'y a pas de représentation sans objet » (ibid.). Il est dès lors absolument indispensable de s'assurer que le VIH/sida constitue bien un objet de RS.

Si, à l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil qui permette d'affirmer avec conviction le statut social ou non d'un objet, nous pouvons néanmoins nous référer à Moliner (1993) qui, à la suite de Moscovici (1961)⁴⁷, a établi cinq critères permettant de déterminer si un objet – au sens large – peut être considéré comme objet de RS. Ainsi, premièrement, l'objet doit être complexe, polymorphe, et constituer un enjeu de maîtrise pour les membres du groupe, il doit être important pour eux. Puis, les membres d'un groupe doivent pouvoir partager la représentation que cet objet suscite, ils doivent être en interaction effective. Troisièmement, des enjeux doivent exister soit en matière d'identité sociale, soit en matière de cohésion sociale. Ensuite, une dynamique doit être possible, dans le sens où l'objet de représentation, en tant qu'enjeu, se trouve toujours au centre d'une interaction sociale qui implique plusieurs groupes. Enfin, il est nécessaire d'être en l'absence d'orthodoxie, c'est-à-dire, d'instances fortes de contrôle ou de régulation (Moliner, 1993 : 10-11). Partant, le VIH/sida est un de ces objets qui, par le bon sens, trouve aisément sa place comme objet de RS⁴⁸, répondant sans grande difficulté à ces conditions.

En outre, face à la diversité des objets de RS explorés au fil des années, diverses énumérations ou descriptions des principaux domaines dans lesquels les RS occupent une place considérable ont été développées. C'est ainsi que l'on retrouve l'étude des RS de la maladie et de la santé dans les différentes classifications élaborées (Moscovici, 1984 ; Jodelet, 1984 ; Moliner, 1993, 1996 ; Augoustinos et Walker, 1995 ; Wagner, 1994). Comme tout « objet de représentation est, à un moment donné, un enjeu social plus ou moins important pour un groupe d'individus », l'objet n'est donc pas objet de RS par sa seule nature, mais aussi et surtout « pour un temps, une culture, un groupe donné » (Bonardi & Roussiau, 2001 : 23-27). En effet, on remarque que l'étude des RS du VIH/sida a foisonné dans les années 90, avec, entre autres, Angermeyer, Morin, Vidal, Desclaux, Benoist et Jaffré. D'ailleurs, Morin (1994, 1999) regarde le sida « comme un véritable phénomène sociétal » (Bonardi & Roussiau, 2001 : 53).

⁴⁷ Auparavant, Moscovici avait énoncé trois conditions nécessaires à la mise en place d'une RS : la dispersion de l'information, la focalisation et la pression à l'inférence. Moliner réaffirma la nécessité de ces conditions d'émergence, tout en allant plus loin dans le raisonnement.

⁴⁸ En effet, il s'agit bien d'un objet très complexe et polymorphe, d'un enjeu de maîtrise pour les individus. Puis, les membres du groupe sont en mesure de partager la représentation que le VIH/sida suscite. Troisièmement, l'enjeu dont le VIH/sida est porteur, est, dans notre cas, lié à la cohésion du groupe dans le sens où l'unité du groupe peut être ébranlée. Ensuite, le VIH/sida se trouve au milieu d'une dynamique sociale qui implique de nombreux groupes. Enfin, les adolescents rencontrés présentent un grand degré d'incertitude face au VIH/sida.

2.1.4.2 La RS du VIH/sida chez les adolescents vulnérables de Baongo, en phase de stabilité

Les RS sont des structures dynamiques, loin d'être statiques. Schématiquement, on peut identifier trois périodes phares dans l'histoire d'une RS : une phase d'émergence, une phase de stabilité et une phase de transformation. Dans notre cas précis, il y a tout lieu de penser que la RS est entrée dans la phase de stabilité. D'une part, bien que le VIH/sida ne soit pas un très vieil objet social, il n'est plus si récent⁴⁹ non plus dans l'environnement des adolescents vulnérables de Baongo. D'autre part, la communication collective sur le VIH/sida est encore intense et, comme nous le verrons, la RS est composée d'éléments fortement consensuels et fortement reliés entre eux (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 32-33).

2.2 Les « adolescents vulnérables »

Comme nous avons pu le comprendre, cette étude exploratoire a été principalement menée, sur le terrain, auprès des adolescents vulnérables – dont des « enfants de la rue » – de Baongo, quartier sud de Brazzaville. Ce chapitre a donc pour vocation d'exposer, brièvement, quelle est la perception de l'enfant dans le cadre de cette étude, tant sur le plan du découpage temporel qu'en termes épistémologiques. Il s'agit aussi de réfléchir un instant aux notions « d'enfant vulnérable » et « d'enfant de la rue ». Dans son ensemble, ce chapitre est gouverné par une remise en question de l'application de concepts importés de « l'Occident » dans le contexte brazzavillois, et plus largement, congolais. Nous nous en tiendrons au stade des pistes et réflexions, pour ne pas perdre de vue l'objet principal de ce mémoire.

2.2.1 Perception de l'adolescent dans le cadre de l'étude

2.2.1.1 « Adolescent » : un découpage temporel

Dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire, j'ai inévitablement été confrontée au débat concernant l'utilisation de termes tels que « enfant », « adolescent », « jeune » et la tranche d'âge que ces termes recouvraient, entre autres. Nous n'allons pas ici rentrer en profondeur dans ces questions récurrentes, mais il est néanmoins nécessaire de fournir un minimum de précisions quant à mon sujet d'étude. En effet, s'il est difficile de définir l'adolescence – comme l'enfance, la jeunesse, etc. – il s'agit pourtant d'une démarche importante, voire première pour ouvrir un champ de recherche autour de cet objet.

On l'a vu, pour assurer sa mission, l'UNICEF s'appuie sur les dispositions et les principes de la CIDE. Dès lors, on peut voir que celle-ci, en son article premier, définit l'enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable » (ONU, 1989). Parallèlement, « en droit moderne [congolais], l'enfant est l'être humain dont

⁴⁹ Il y a maintenant plus de 25 ans que le VIH a été découvert. De plus, je n'ai pas perçu le VIH/sida comme un tabou pour les adolescents, contrairement à ce qu'avançaient les chercheurs qui travaillaient sur le VIH/sida dans les années 80-90.

l'existence se situe depuis la conception jusqu'à l'âge de la majorité ou de l'adolescence »⁵⁰, l'article 318 du code de la famille établissant l'âge de la majorité à 18 ans accomplis (RC, 2006 : 34). Par conséquent, le mandat de l'UNICEF, qui s'en tient à la défense et à la protection des enfants mineurs, concerne les personnes âgées de moins de 18 ans.

Décomposer le concept « d'enfance » nous amène à parler des périodes de « l'adolescence » et de la « jeunesse ». Quel que soit le choix réalisé en amont, les âges que celles-ci recouvrent ne représentent en aucun cas un début et une fin qui soient universellement admis, ni d'un point de vue social, ni d'un point de vue biologique. Il n'existe donc pas de définition « universelle » de l'adolescence et de la jeunesse.

Cependant, d'une part, il y a un consensus implicite selon lequel, bien qu'il ne soit plus considéré comme un enfant, l'adolescent n'est pas encore un adulte. D'autre part, la définition que l'OMS donne de l'adolescence est une référence en matière de santé ; elle fut adoptée en 1998 lors d'une conférence sur l'adolescence en Asie du Sud et est suivie par la plupart des autres agences des Nations Unies. Ainsi, elle définit l'adolescent comme étant « tout individu âgé de 10 à 19 ans ».⁵¹ En outre, l'OMS définit également les « jeunes » comme étant des individus âgés de 10 à 24 ans accomplis. L'interchangeabilité de ces définitions n'est pas sans ambiguïtés, ce qui fait que souvent, la santé de ces deux groupes est considérée ensemble, leurs besoins en la matière étant largement similaires.⁵²

Néanmoins, afin de rester fidèle au mandat général de l'UNICEF – qui se limite aux mineurs – et de ne pas nous disperser, j'ai mis de côté l'éventualité de mener des recherches auprès des jeunes de 18 à 24 ans accomplis, ou plus. A partir de là, nous proposons de ne pas employer les termes de « jeunes » ni de « jeunesse », ceux-ci nous semblant semer la confusion par leur large spectre d'application. De plus, afin de marquer également la différence avec les « enfants », pouvant être très jeunes et pas encore nécessairement concernés par la sexualité, l'utilisation du terme « d'adolescent » nous semble appropriée.

Reste encore à voir quelle est la pertinence de « l'adolescence » au Congo. C'est ainsi que Tapé se demande si l'adolescence en Afrique ne constituerait pas « un mythe, une construction imaginaire importée de l'Occident ? Représente-t-elle une réalité socioculturelle, une période de la vie reconnue en tant que telle, avec ses limites chronologiques et ses caractéristiques particulières ? » (Tapé, 1999 : 339). N'ayant pas rencontré de difficultés à ce sujet, les divers acteurs rencontrés utilisant ce terme « d'adolescent », je vais m'en tenir là, laissant la piste ouverte à cette question de la représentation sociale de l'adolescence en contexte congolais – ou plus largement, « africain » – car là n'est pas l'objet de ce mémoire.⁵³

⁵⁰ Bien que, dans les faits, la transition de l'entrée dans la vie adulte a souvent lieu plus tôt qu'au moment de la majorité : lorsque « l'individu est *"kuluntu, mokolo"* [ancienne tête, vieille tête], il est désormais dans le groupe de grandes personnes, il doit travailler ; c'est le signe d'une accession attendue, désirée. Il a désormais le droit d'assumer si possible le rôle de chef de famille » (RC, 2006 : 34).

⁵¹ United Nations – India, *UN Joint Social Sector Initiatives in India* > World Health Organisation, <http://www.un.org.in/Jinit/who.pdf> [site consulté le 30 mars 2009].

⁵² Ibid.

⁵³ Pour plus de précisions, veuillez dès lors vous référer, notamment, à l'ouvrage suivant : BRIL B., DASEN P., SABATIER C. & KREWER B. (dir.), 1999, *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants, pour quelles cultures ?*, L'Harmattan, Paris (Coll. Espaces Interculturels), et plus particulièrement aux articles suivants : TAPE G.,

2.2.1.2 Une posture épistémologique⁵⁴

2.2.1.2.1 La sociologie de l'enfance

Dès les premières réflexions à l'origine de ce mémoire, j'étais à la recherche d'une piste théorique qui prenne en compte l'expérience des enfants par et pour eux-mêmes. C'est dans la toute jeune sociologie de l'enfance que je me suis retrouvée, qui considère les enfants comme des personnes, des sujets à part entière et donc, selon Montandon (2006 : 41), qui « dépasse la sociologie de l'éducation et la sociologie de la famille qui ignoraient les enfants, et les considéraient comme des objets, la première se consacrant principalement aux effets de l'école sur les enfants et la seconde aux effets des pratiques éducatives parentales ». Cependant, pour la sociologie de l'éducation, par exemple, « s'intéresser à l'enfant représente une source de renouvellement naturelle et logique » (Sirota, 2006b : 22). Ainsi, les sociologues de l'éducation ont-ils mis en exergue le « métier d'élève » : comprendre les logiques d'action des élèves « impliquait de prendre ces acteurs au sérieux, pour cela il fallut en partie renouveler les cadres théoriques, ainsi est-on passé du “métier d'élève” au “métier d'enfant” » (Sirota, 2006b : 22) avec Perrenoud (1994), notamment.

La sociologie de l'enfance navigue toujours, quelque peu balbutiante, dans un certain flou théorique⁵⁵, n'ayant « pas encore fourni un appareil théorique spécifique » (Montandon, 2006 : 47). Néanmoins, les travaux de Jenks, James et Prout ont mis en avant certains principes qui donnent forme à ce nouveau paradigme.

D'une part, je tiens à relever trois éléments principaux, particulièrement éclairants dans le cadre de ce mémoire. Avant tout, « l'enfance doit être comprise comme une construction sociale » (James & Prout, 2007a : 4), c'est-à-dire qu'elle fournit un cadre interprétatif pour contextualiser les premières années de la vie humaine qui n'est ni naturel ni universel ; l'enfance apparaît plutôt comme une composante structurelle et culturelle de nombreuses sociétés (James & Prout, 2007b : 8). Puis, « les enfants doivent être vus comme activement impliqués dans la construction de leurs propres vies sociales, des vies de ceux qui les entourent ainsi que des sociétés dans lesquelles ils vivent. Il ne peuvent plus être considérés comme de simples sujets passifs »⁵⁶ (James & Prout, 2007a : 4). De plus, l'enfance est une variable des analyses sociales dans le sens où elle est intrinsèquement liée à d'autres variables telles que le genre, l'ethnicité, etc. (James & Prout, 2007b : 8). Enfin,

« l'ethnographie a été retenue comme une méthode qui a un rôle particulier à jouer dans le développement d'une nouvelle sociologie de l'enfance dans le sens où elle permet de donner aux enfants une voix plus

« Adolescence : mythe ou réalité socioculturelle en Afrique », pp. 339-56 ; DASEN P., « Représentations sociales de l'adolescence. Une perspective interculturelle », pp. 319-38.

⁵⁴ Je serai amenée, dans cette section, à parler « d'enfants », selon le terme utilisé par la sociologie de l'enfance ou par la CIDE. Il faudra donc le prendre au sens large.

⁵⁵ Certains auteurs se questionnent sur l'utilité de l'avènement d'une sociologie de l'enfance, sur la reconnaissance incertaine de celle-ci, la délimitation de son champ, ils affirment que les enfants restent la plupart du temps pris en compte de manière indirecte, se demandent s'il faut parler d'une sociologie de l'enfance, de l'enfant, des enfances, etc. ? Nous ne rentrerons pas dans ces débats, mais nous tiendrons compte des éventuelles lacunes de cette option théorique, notamment, *via* le qualificatif « exploratoire » de l'étude.

⁵⁶ Traduction personnelle de l'anglais.

directe dans la production de données sociologiques⁵⁷ contrairement à ce que permettent habituellement des styles de recherches expérimentaux ou quantitatifs. De la même manière, la recherche de terrain encourage les chercheurs à se concentrer sur les rôles que les enfants jouent et les significations qu'ils donnent eux-mêmes à leurs vies⁵⁸ » (James & Prout, 2007a : 4-5).

D'autre part, James, Jenks et Prout (1998, *Theorizing childhood*) ont mis en exergue quatre approches principales dans l'analyse sociologique des enfants. L'approche théorique de cette étude peut être située :

« à l'interface de deux d'entre elles : celle de "l'enfant tribal" et celle de "l'enfant socialement structuré". La première sous-tend le projet de découvrir à travers les discours des enfants comment ils définissent et construisent eux-mêmes leurs expériences. La seconde soutient que cette définition et cette expérience ne se produisent pas dans un vide social, mais dans le cadre des interactions des individus avec leur environnement. En bref, cette approche allie une analyse en termes de structure et une analyse interprétative et rallie la conception de la réalité sociale développée par Giddens (1984) ou Mouzelis (1995). Tout en se basant sur l'expérience des individus, telle qu'ils l'expriment, elle ne perd pas de vue sa nature sociale, ni l'influence du contexte social » (Montandon, 2006 : 48).

Remarquons que dans la deuxième partie de ce mémoire, les récits de vie recueillis auprès des adolescents permettront, ponctuellement, de mettre en exergue tant les expériences de ceux-ci que le contexte dans lequel elles se déroulent.

J'aimerais terminer par noter la nécessité d'une articulation pluridisciplinaire, de la construction d'un dialogue conceptuel. La psychologie, l'approche historique telle que développée par Ariès (1960, 1973), la sociologie de l'éducation, ont tant à apporter à la sociologie de l'enfance, qu'inversement. En outre, l'idée n'est pas ici de prôner qu'une méthodologie basée sur la parole de l'enfant/adolescent est la panacée. Une complémentarité interne entre les approches méthodologiques est tout aussi essentielle (Sirota, 2006b : 32).

2.2.1.2.2 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE)

Sirota⁵⁹ voit la CIDE comme un signe, un symptôme de ce renouveau d'intérêt des sociologues pour l'enfance comme sujet de recherche à part entière (Sirota, 2006b : 13). En effet, avec cette convention, l'enfant change de statut : il accède à des droits, il est un être actif, sujet de droits. Toutefois, De Singly⁶⁰ affirme que « le fait que ce dernier (contrairement à la femme) fasse l'objet d'une déclaration spécifique est bien la preuve qu'il n'est pas confondu avec l'adulte » (De Singly, 2004 : 17-18). Ainsi, la reconnaissance plus large de l'enfant comme « personne » à part entière a permis cette reconnaissance des droits de l'enfant. L'enfant « n'est plus une pâte à modeler qui, tant qu'il n'a pris la bonne forme, n'a pas le droit de conduire sa vie » (De Singly, 2004 : 19).

Il est important de comprendre que la CIDE de 1989 reconnaît une nature double de l'enfant, en ce sens qu'il est à la fois un enfant fragile et respectable comme tout être humain. Dès lors, il a besoin de protection tout comme de libération. Il s'agit d'un élément indispensable si l'on veut éviter l'une des

⁵⁷ Cf. *infra* Partie I, 3, p.30.

⁵⁸ Traduction personnelle de l'anglais.

⁵⁹ Régine Sirota est professeur de sociologie à l'Université Paris V et chercheuse au CNRS.

⁶⁰ François de Singly, professeur de sociologie à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de la Sorbonne, Université de Paris Descartes et directeur de recherche au CNRS, est un spécialiste de la famille, de la vie privée, de l'adolescence, et de la sociologie de l'individu.

erreurs d'interprétation les plus courantes selon laquelle « l'enfance [serait] oubliée » (Roussel, 2001), parce que l'enfant serait roi. C'est là refuser de considérer le processus d'autonomisation progressive des enfants ainsi que de concevoir la variation de taille⁶¹. De plus, un gain d'autonomie n'équivaut pas nécessairement à un allègement de la dépendance vis-à-vis des parents. L'on peut, enfin, ajouter que, si « les pédagogies nouvelles ont prôné plus de liberté et d'autonomie pour les enfants, elles n'ont jamais proposé l'absence de règlement » (De Singly, 2004 : 30). Ainsi, ces changements de statut – des parents et des enfants – ne font finalement que compliquer la relation pédagogique sans modifier les spécificités des deux types d'acteurs.

Je terminerai en soulignant que, selon De Singly, il est nécessaire, pour comprendre cette évolution, « de ne pas autonomiser les transformations du rapport à l'enfant [...] des autres changements des sociétés contemporaines » (De Singly, 2004 : 20), c'est-à-dire, notamment, du développement de l'individualisme.

2.2.1.2.3 Représentation et place de l'adolescent à Brazzaville

A présent, demandons-nous quelle cohérence cette sociologie de l'enfance, fondamentalement occidentale, trouve dans le contexte proprement congolais.

Actuellement l'intervention, le poids, directs ou indirects, des adolescents dans les transformations sociales sont encore difficilement contestables, qui plus est en contexte africain. Leur poids démographique n'est plus à démontrer, au Congo, comme ailleurs en Afrique, en Amérique Latine ou en Asie (Honwana & De Boeck, 2005). En effet, « au Congo, la population totale est estimée à 3 768 000 habitants dont 1 825 000 ont moins de 18 ans (soit 48,43%) » (Bodin, 2009 : 11). Dès lors, le bon sens nous pousse à penser que l'on ne peut passer à côté de ces acteurs et que tout terrain de recherche les concernant ne peut se garder d'une contribution de leur part.

Si « un jeune n'attend pas ses dix-huit ans pour être maître de certains morceaux de son existence » (De Singly, 2004 : 22), cela semble encore plus vrai dans le cas des adolescents rencontrés à Bacongo. On l'a évoqué ci-dessus, l'autonomie n'attend pas l'indépendance. Ainsi, ces adolescents font preuve d'une grande autonomie, mais ils sont toujours liés à leurs parents – au sens large – dont ils assurent souvent la survie. Ces adolescents « traversent constamment les frontières entre l'enfance et l'âge adulte » (Honwana & De Boeck, 2005 : 4).

Cependant, comme me l'expliquait Abdon Goudjo⁶², la dimension de l'enfant actif est une notion qui n'est pas encore rentrée dans les mœurs au Congo. Dès lors, selon lui, la sensibilisation commence par les

⁶¹ Selon De Singly, schématiquement, une manière de résoudre la tension protection/libération au niveau de la place de l'enfant dans la famille est de faire varier la taille de celui-ci. Cela revient à dire qu'à certains moments, la protection l'emporte sur la libération, les parents prenant les décisions en lieu et place de l'enfant, même s'il s'y oppose, et inversement (De Singly, 2004 : 25-27).

⁶² Le Docteur Abdon Goudjo est coordonnateur des Programmes Sida France – Congo et assistant technique VIH/sida auprès du SEP/CNLS. Il est médecin et anthropologue de formation.

parents, car la place de l'enfant est encore à construire. En effet, les relations ainé-cadet⁶³ sont très prégnantes à Brazzaville. Ce lien se tisse depuis l'enfance, et se perpétue dans toutes les relations (familiales, professionnelles, amicales, etc.). La question à se poser est alors celle de savoir comment on peut aider l'enfant à se structurer face aux aînés, quels qu'ils soient. Or, il est difficile de rompre ce lien sans l'effacer ; sans l'effacer, car il est gage de solidarité non soupçonnée, une solidarité importante dans l'accompagnement de l'enfant. Dès lors, les modèles occidentaux doivent venir enrichir les modèles locaux, sans pour autant les anéantir : c'est là le véritable enjeu. Cependant, ce lien peut donner lieu à des abus, lorsqu'il va jusqu'au corps que l'on donne à ses aînés. Le phénomène des « mintègres »⁶⁴ est une dérive dans le respect de l'ainé au cadet. Ne pas l'aborder serait tomber dans le culturalisme.

Enfin, si l'on se penche un bref instant sur la protection sociale des enfants au Congo, on remarque vite qu'elle est quasi inexistante. En effet, « le Congo n'a pas encore un véritable "système" de protection sociale. De façon générale, seuls les mécanismes de solidarité familiale et des réseaux de solidarité traditionnelle sont quelque peu efficaces » (RC, 2009 : 19). En matière de protection de l'enfant, la situation demeure préoccupante, non seulement dans les textes, mais aussi et surtout dans leur application. En effet, l'UNICEF réalise un plaidoyer en vue d'accélérer l'adoption du projet de loi du Code de Protection de l'Enfant, en espérant que l'adoption ait lieu avant le nouveau rapport sur l'application de la CIDE. En effet, jusqu'à maintenant, il n'y a pas de législation spécifique sur les enfants : seuls existent le Code de la Famille et le Code Pénal, en ce qu'ils ont un chapitre sur les mineurs.

2.2.2 « Enfants vulnérables » ou « enfants de la rue » ?

Mon mémoire porte sur la RS que les adolescents vulnérables de Bacongo ont du VIH/sida. Qu'entend-on par adolescents « vulnérables » ? Parmi ceux-ci, on retrouve les « enfants de la rue » (EDR). L'emploi de ces termes suscite d'énormes remous dans le milieu scientifique, comme dans le milieu associatif. Bien que je ne puisse m'étendre indéfiniment sur le sujet, je vais tenter, de manière concise, d'éclaircir quelque peu ces notions, dans les limites de mon étude. Cependant, la réflexion se poursuivra par la suite, lors de la deuxième partie de ce mémoire qui porte essentiellement sur la RS du VIH/sida qu'ont ces adolescents, éclairée en temps voulu par des éléments contextuels.

2.2.2.1 Le concept de « vulnérabilité »

La vulnérabilité est une notion complexe, difficile à définir et dont il faut éviter d'en faire une utilisation floue et abusive. Certes, son emploi permet une certaine uniformisation conceptuelle, mais celle-ci risque d'entacher la réalité multiple dont ce concept prétend rendre compte.

⁶³ Le plus jeune exécute ce que veut le plus grand, il est dépendant de lui. Si l'ainé est traduit en lingala (« yaya »), le cadet reste « cadet » en lingala. Il s'agit d'une relation de classe d'âge avant tout : est-on un aîné ou un cadet ?

⁶⁴ Ce phénomène est très fréquent parmi les garçons, mais tout aussi caché. Il fait référence à la sodomie pratiquée par les plus grands aux plus petits, en contrepartie de la protection que les plus grands assurent aux petits. Souvent, cela se produit lorsque l'adolescent n'a pas l'argent pour aller voir une prostituée. Le terme « mintègre » est utilisé dans le jargon des adolescents, il ne provient ni du lari ni du lingala.

Dans le cadre de ce mémoire, on peut dire que le concept de vulnérabilité doit s'accompagner d'une double précaution. En effet, d'une part, le concept de vulnérabilité est prégnant en matière de VIH/sida. De fait, schématiquement, « trois grandes notions se sont succédées depuis les débuts de la pandémie du sida pour rendre compte de la diffusion de l'infection à VIH et orienter les politiques de prévention » (Delaunay, 1999 : 37) : partant de l'identification de « groupes à risque », on est passé à celle de « comportements à risque », avant de céder la place à celle de « vulnérabilité » individuelle et collective⁶⁵. A ce sujet, les représentations sociales du VIH/sida – au sens large – sont perçues, notamment par le bureau local de l'UNICEF à Brazzaville, comme un facteur socioculturel de vulnérabilité au VIH/sida, nous y reviendrons par la suite⁶⁶. D'autre part, nous sommes confrontés à la notion d'« enfant vulnérable », repris dans la composante OEV⁶⁷ (Orphelins et autres Enfants Vulnérables). C'est là que nous souhaitons nous arrêter un court instant. En effet, d'un point de vue anthropologique, il est intéressant d'interroger, et donc de comprendre, ce qu'implique la qualification de populations « vulnérables » et ses conséquences en termes d'appréhension des questions publiques (Revet, 2008).

Cette idée « d'enfant vulnérable » est omniprésente à Brazzaville, que ce soit dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, de l'action de terrain des ONG locales/internationales, des stratégies des bailleurs de fonds, etc. Depuis 2003, le gouvernement congolais et ses partenaires, dont l'UNICEF, ont entrepris des démarches en faveur de « l'enfance vulnérable », avec la publication, en août 2005, d'un « Cadre Stratégique National en faveur de l'Enfance Vulnérable ». En matière de prévention du VIH/sida, le CNLS énumère une quinzaine de « groupes les plus vulnérables » au VIH/sida, parmi lesquels on retrouve, entre autres, les jeunes non scolarisés et déscolarisés, les filles-mères et les professionnelles du sexe (CNLS, 2008 : 30-40, 73). Le CNLS, on l'a vu, développe des actions visant ces « groupes ». Par ailleurs, la notion de vulnérabilité a été clarifiée comme suit :

« La vulnérabilité est un état global de fragilité qui peut frapper, selon les circonstances, des individus et des groupes sociaux divers (jeunes, vieux, femmes, enfants, personnes handicapées, minorités nationales, chômeurs, malades du sida, Sans Domicile Fixe, etc.). Tous les enfants sont concernés, naturellement, du fait de leur état d'êtres humains en devenir. C'est pourquoi, ils doivent bénéficier d'attentions spéciales. Mais plusieurs d'entre eux, à cause de circonstances particulières difficiles [...], basculent dans une plus grande fragilité qui va jusqu'à compromettre dangereusement leur vie, leur survie et leur épanouissement » (MASSAHF, 2005: 13).

Cette définition nous interpelle quant au premier piège dans lequel il ne faut pas tomber. Il est important de ne pas sous-estimer le fait que l'adolescent, on l'a dit, est un acteur social à part entière : il n'est donc pas une pâte souple pétrie par les structures sociales mais a un pouvoir créatif et destructif (Honwana & De Boeck, 2005). Or si l'on y prend garde, cette définition peut occulter cet aspect, réduisant l'enfant à un être passif, victime de situations, de circonstances, de facteurs de vulnérabilité (Delaunay, 1999 : 39).

⁶⁵ Pour une analyse critique intéressante de la prévention du VIH/sida depuis ses débuts, veuillez vous référer à cet article précité : DELAUNAY K., 1999, « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie », *Autrepart*, n°12, pp. 37-51.

⁶⁶ Cf. *infra* Partie III, 1.1, p.66.

⁶⁷ « Les catégories d'enfants pris en compte par la composante OEV sont les enfants orphelins âgés de moins de 18 ans qui ont perdu l'un ou les deux parents quelle qu'en soit la cause, les enfants séropositifs âgés de moins de 18 ans vivant avec le VIH [et] les autres enfants vulnérables : enfants de la rue, enfants déplacés ou réfugiés, enfants handicapés, enfants albinos et enfants ayant des parents extrêmement pauvres » (RC, 2006 : 56).

En outre, les différents auteurs qui se penchent sur le concept de « vulnérabilité »⁶⁸ s'accordent à lui reprocher son caractère englobant. Comme l'avance Vidal⁶⁹, « le choix d'un unique concept se heurte à l'hétérogénéité des situations englobées et à la diversité des interprétations dont il est l'objet » (Vidal, 1999 : 23). En effet, 34 cas – dont les EDR – sont repris sous l'étiquette « enfance vulnérable », dans le cadre stratégique du même nom de 2005. C'est dire si la notion englobe des situations variées. Dès lors, le concept peut perdre de lui-même toute utilité et devenir insuffisant. En effet, le piège principal d'une généralisation excessive est d'occulter le contexte local, ce qui représente un obstacle capital pour l'action sur le terrain, où une telle notion peut rapidement poser ses limites. Il est dès lors crucial de discuter l'utilisation de ce concept, « afin qu'il puisse prendre du sens au regard des situations vécues par les enfants et qu'il devienne un concept pragmatique et opérationnel sur le terrain » (Dekens, 2007 : 4-5).

2.2.2.2 Le concept « d'enfant de la rue » (EDR)

Au départ, je m'étais refusée d'emprunter cette piste « EDR », selon moi surmédiatisée. De plus, le phénomène des EDR est « minime » dans le phénomène plus large de l'enfance vulnérable au Congo. Effectivement, bien que le phénomène ait doublé en deux ans sur Brazzaville et Pointe-Noire, les EDR ne représenteraient que 0,05% des 1 825 000 congolais mineurs (Bodin, 2009 : 11). Ceci nous permet de relativiser l'ampleur du phénomène au Congo.

« En 2003, une enquête, menée par l'IRC et différents partenaires, dénombre 1100 enfants recensés à Brazzaville et 800 à Pointe Noire. Les tranches d'âges les plus concernées par ce phénomène sont les jeunes âgés de 12 à 18 ans. Il faut noter que 18% d'enfants évoluant dans la rue se situent dans la tranche d'âge 8-12 ans » (ASI, 2009 : 17).

Mais au vu du déroulement de mon étude de terrain, recherchant des adolescents désœuvrés, qui font des petits boulots pour survivre, qui sont déscolarisés ou non scolarisés et mineurs, j'ai été naturellement orientée vers des associations de terrain travaillant avec ces adolescents, que ces intervenants nomment eux-mêmes EDR.

Face à cette problématique des EDR, le milieu humanitaire réagit dès les années 80, et c'est dix ans plus tard que les premiers ouvrages scientifiques francophones⁷⁰ apparurent. Ainsi, dès les années 1980 se

⁶⁸ Cf. AHO J., MISZKURKA M., SMITS P., SICOTTE M. & ANTCHOUY A.-M., 2008, « Prise en compte du sexe social dans les interventions en Afrique subsaharienne », *TrascriptaseS*, n°139, Paris, pp.16-19 ; DEKENS S., 2006, « Les vulnérabilités des enfants. Un concept pour l'action », intervention au Colloque International « Enfance & Sida », 15-16 juin, Paris ; DEKENS S., 2007, « Orphelins, enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA : opérationnaliser le concept de vulnérabilité dans les programmes de prise en charge », *Face à Face*, n°10 (*L'enfant et sa santé*), Bordeaux ; DELAUNAY K., 1999, « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie », *Autrepart*, n°12, pp. 37-51 ; REVET S., 2008, « La vulnérabilité, une notion problématique. Un regard d'anthropologue », Colloque « Vulnérabilités sociétales, risques et environnement » – Résumés des communications, Toulouse, 14-16 mai ; VIDAL Laurent, 1999, « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes », *Autrepart*, n°12, pp. 19-36.

⁶⁹ Laurent Vidal, anthropologue, est directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

⁷⁰ On peut citer, notamment, les travaux de LUCCHINI R., 1993 ; MARGUERAT Y., POITOU D., 1994 ; TESSIER S., 1995 et 1998. Lucchini et Tessier se concentrent plutôt sur l'Amérique du Sud tandis que Marguerat et Poitou traitent de la situation en Afrique, où le phénomène est plus récent. Une recherche quant à la bibliographie anglophone et hispanophone serait également audacieuse.

répand la distinction entre « enfants *de* la rue » et « enfants *dans* la rue ». Comme l'avance Morelle⁷¹, « les enfants *de la rue* sont, en théorie, en rupture familiale à l'inverse des enfants *dans la rue* qui, s'ils passent une grande partie de leur temps dans la rue, ont encore un domicile où s'abriter, en particulier la nuit venue » (Morelle, 2007 : 20). Selon le rapport d'ASI, il n'est pas rare que les chercheurs parlent plutôt « d'enfants évoluant dans la rue » (Hanryon, 2000), ce qui permet d'éviter tout amalgame entre les classifications, cette notion recoupant les deux réalités ci-dessus présentées (ASI, 2009 : 17).

A Brazzaville, la situation des EDR, appelés « phaseurs »⁷² ou « shégués », est assez particulière. D'une part, les conflits armés à répétition qui ont marqué la dernière décennie⁷³, superposés à la crise socioéconomique et politique profonde, « ont modifié considérablement le paysage social en accentuant les phénomènes de marginalité chez de nombreux enfants et jeunes, tels que les enfants de la rue » (RC, 2006 : 90). Il y a cependant eu peu d'actions en faveur des EDR au sortir de la guerre⁷⁴. D'autre part, on observe un certain dysfonctionnement des rapports familiaux et de la pauvreté des familles, ce qui n'est pas sans répercussion sur la situation des enfants. En effet, « face aux difficultés que traverse la famille dans son rôle de socialisation, les autres institutions chargées de la promotion des droits de l'enfant (écoles, institutions religieuses, associations diverses, justice, etc.) sont confrontées à de réelles limites et n'assurent donc pas toujours efficacement leurs rôles en matière d'insertion des enfants dans la société » (RC, 2006 : 90).

Le phénomène EDR est le plus marquant des séquelles de guerre, mais ce n'est que la pointe de l'iceberg, selon les intervenants de terrain. Peu d'études ont été menées en ce qui concerne ce phénomène des EDR et relativement peu de structures travaillent spécifiquement avec ces enfants. Néanmoins, certains me glissèrent qu'il ne s'agirait pas là d'un réel problème si ces quelques associations disposaient de moyens suffisants.

Puis, parler d'enfants de la rue, c'est parler d'enfants qui sont en rupture familiale. Or à Brazzaville, la rupture est rarement totale, l'adolescent garde toujours un lien, si minime soit-il, avec un membre de la famille élargie. Il fait des allers-retours plus ou moins prolongés entre la famille, la rue et l'institution. Il peut passer 10 jours à la rue, comme il peut y passer 3 ans. Dès lors, quand commence la rupture ? De plus, dès qu'il y a une crise, l'adolescent se retrouve à la rue, car il n'y a aucune structure de prise en charge, et les parents agissent à leur guise, malgré les obligations légales envers leurs enfants, puisque le système judiciaire est absent. Enfin, un adolescent qui pratique la débrouille, est-ce un adolescent en rupture ?

« En prenant comme base l'effectif de ceux qui sont pris en charge dans les centres d'hébergement, d'écoute de jour et par les équipes mobiles nous pouvons estimer, dans les deux villes, à près de 900 les enfants en

⁷¹ Marie Morelle, docteur en géographie, est maître de conférences à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne.

⁷² Les éducateurs de rue à l'Espace Jarrot m'expliquèrent d'où vient ce terme. A Kinshasa, un musicien parlait de son père qui l'a abandonné. C'est du mot anglais « father » que provient le terme « phaseur » qui signifie « celui qui dort n'importe comment ».

⁷³ Cf. annexe 1 (p.VII).

⁷⁴ J'ai pu comprendre que l'une des raisons vient du fait que les bailleurs de fonds sont plus enclins à se tourner vers Kinshasa, du fait que les actions atteignent plus de bénéficiaires. Le phénomène des EDR y est en effet démesuré, par rapport à Brazzaville.

situation de rupture familiale. [...] A Brazzaville, ils seraient près de 488, dont 103 sont en centre d'hébergement et 385 enregistrés en milieu ouvert » (Bodin, 2009 : 10).

Notons enfin que l'analyse de la problématique EDR sous l'angle de l'approche genre se fait plutôt rare concernant l'Afrique. Or les filles de la rue existent bel et bien, même si l'ampleur du phénomène est moindre comparé aux garçons. Leur nombre est souvent sous-estimé, celles-ci étant moins « visibles » pour deux raisons majeures. D'une part, « elles s'organisent dans des parcelles sans autorité parentale afin d'éviter les risques de dormir dans la rue » (Bodin, 2009 : 44). D'autre part, « ayant souvent recours à la prostitution pour survivre, elles sont assimilées aux professionnelles du sexe » (Bodin, 2009 : 44), alors que leurs problématiques de vie ainsi que leur prise en charge sont différentes.

2.2.2.3 Des « enfants de la rue » parmi les « enfants vulnérables »

In fine, que l'on parle « d'enfants vulnérables » ou « d'enfants de la rue », on peut se poser la question de la pertinence de tels concepts amenés par les occidentaux par rapport au contexte congolais, et plus largement, africain. Personnellement, je voyais mal, sur le terrain, comment appliquer concrètement le concept d'enfant vulnérable au vu de la diversité des situations. Or, Julie Bodin, véritable personne de référence dans l'action de terrain auprès des EDR, m'affirme le contraire : la notion d'enfant vulnérable serait plus proche de la réalité de terrain. En effet, contrairement au cas de Kinshasa, on a vu que le phénomène EDR est *relativement* réduit à Brazzaville. Dès lors,

« il serait intéressant de décroquer les représentations liées aux catégorisations d'enfants afin de travailler sur une catégorie globale des enfants vulnérables *dans* la rue. En effet, un enfant cumule en général plusieurs problématiques : à titre d'exemple, il peut être orphelin et enfant de la rue, enfant handicapé et travailleur, enfant dans la rue exploité, enfant orphelin et prostitué etc. Un programme pour les vulnérables dans la rue permettrait une approche transversale de la problématique de vie de l'enfant » (Bodin, 2009 : 43).

Ainsi, bien que la notion d'enfant vulnérable ne soit pas parfaite, c'est plutôt celle d'EDR qui paraît poser ses limites dans le contexte particulier de la République du Congo, et en ce qui nous concerne, de Brazzaville. L'optique de l'enfance vulnérable, qui d'ailleurs domine au Congo, pourrait permettre aux intervenants sociaux d'être tous réunis autour de cette seule approche et donc, de diversifier leurs compétences et de développer de nouvelles méthodes de prise en charge « impliquant une approche transversale et spécifique de chaque enfant » (Bodin, 2009 : 51). En outre, il n'est pas déraisonnable de voir dans les catégories « enfant de la rue », « enfant travailleur », etc. des catégories reconstruites dans une optique de captation de fonds.⁷⁵

En conclusion, en ce qui me concerne, malgré les lacunes relevées précédemment, j'emploierai le terme « adolescent vulnérable⁷⁶ » uniquement en vue de qualifier les adolescents sujets de mon étude, adolescents en situation particulièrement difficile, aux circonstances variées. En effet, je n'ai pas eu affaire uniquement à des adolescents en certaine « rupture » familiale, bien qu'un gros travail de terrain ait été réalisé avec l'Espace Jarrot. Néanmoins, en ce qui concerne les adolescents rencontrés dans le

⁷⁵ Pousser l'idée à son paroxysme revient à déconstruire les rapports Nord/Sud, et par là, la vision souvent misérabiliste des EDR qui est diffusée auprès du grand public dans les « pays industrialisés ».

⁷⁶ Que cela n'entache pas l'ancrage précédemment exposé, notamment en sociologie de l'enfance.

cadre de cette association, j'utiliserai également le concept « d'enfant de la rue », au sens large, concernant les adolescents⁷⁷. Je ne suis donc pas à même de trancher radicalement entre ces deux notions, imparfaites l'une comme l'autre.

2.2.2.4 Les adolescents rencontrés dans le cadre de cette recherche exploratoire⁷⁸

Dans le cadre de mon stage à l'UNICEF, il m'était demandé d'élaborer un protocole de recherche sur la vulnérabilité des adolescents⁷⁹ non scolarisés et déscolarisés au VIH/sida. Parmi ceux-ci, quatre « groupes cibles » principaux étaient proposés, car vulnérables de manière générale, et supposés – selon les acteurs principaux de la lutte contre le VIH/sida en République du Congo – particulièrement vulnérables au VIH/sida⁸⁰ plus spécifiquement. Ces « groupes » étaient les suivants :

- les adolescentes déscolarisées ou non scolarisées qui travaillent dans les bars, les boîtes de nuits et les restaurants, communément appelés *nganda*⁸¹ et considérés comme « endroits à risques » ;
- les adolescentes déscolarisées ou non scolarisées qui travaillent dans des salons de coiffure, considérés comme « endroits à risques » ;
- les jeunes filles-mères ;
- les enfants de la rue, qui subviennent à leurs besoins au jour le jour.

Ainsi, en raison de contraintes de temps et pour une certaine cohérence globale, j'ai orienté ma recherche vers ces mêmes adolescents.⁸² Cependant, il s'avère que sur le terrain, j'ai été dans l'impossibilité de m'entretenir avec des adolescentes travaillant dans des *nganda*.⁸³ Ainsi, au final, j'ai, d'une part, passé du temps et mené des entretiens avec les garçons EDR de l'Espace Jarrot principalement, et d'autre part, du côté des filles, j'ai rencontré des filles-mères ainsi que des adolescentes travaillant dans des salons de coiffure et, par contingence, d'anciennes « professionnelles du sexe » suivant une formation de couture.

On pourrait se demander en quoi les EDR se rapprochent des adolescentes rencontrées, les premiers étant en certaine rupture familiale, les secondes habitant le foyer familial, ou du moins ce qu'il en reste. Mais au-delà de cela, il faut plutôt voir les points communs entre tous ces adolescents : ils sont tous des

⁷⁷ En effet, à Brazzaville, « ces “enfants” dits de la rue sont plutôt des “adolescents” de la rue. En effet, la majorité d'entre eux se situe dans la tranche d'âge de la préadolescence 10-12 ans et de l'adolescence, 12- 18 ans » (ASI, 2009 : 17).

⁷⁸ Ci-après, « les adolescents ».

⁷⁹ Il s'agit donc des 10 à 17 ans accomplis (cf. *supra* Partie I, 2.2.1.1, p.19) bien qu'au final, je ne me suis pas entretenue avec des adolescents dont l'âge était inférieur à 13 ans (cf. annexe 5, p.XX).

⁸⁰ Nous verrons, dans la troisième partie de cette recherche, que ces adolescents sont considérés comme particulièrement vulnérables au VIH/sida, du fait de multiples facteurs – économiques, politiques et socioculturels – parmi lesquels, leur RS sur le VIH/sida, supposée être un facteur socioculturel de vulnérabilité, parmi d'autres.

⁸¹ *Nganda* (lingala, lari) signifie le bar.

⁸² Le choix des adolescents sujets de ma recherche fut, *in fine*, la principale implication que mon stage à l'UNICEF a eu sur ma recherche personnelle de terrain. En effet, lorsque je partais mener mes entretiens dans les quartiers, j'installais une certaine distance en mettant en avant ma casquette de jeune étudiante universitaire. Les portes s'ouvraient alors plus facilement à moi. Néanmoins, l'UNICEF ouvre d'autres portes, qui n'étaient simplement pas celles dont j'avais besoin pour mener à bien mon mémoire.

⁸³ J'ai rencontré des difficultés à trouver quelqu'un qui puisse m'accompagner, de nuit, dans les bars et discothèques, ou alors, nous devions reporter ou annuler les rendez-vous, jusqu'à ce qu'il devienne trop tard pour me lancer dans l'étude de la RS de ces adolescentes sur le VIH/sida. Il était en outre trop dangereux de m'y aventurer seule.

mineurs déscolarisés ou non scolarisés, dont les revenus sont aléatoires et constituent des « catégories » importantes dans « l'enfance vulnérable⁸⁴ ». De plus, la frontière entre l'adolescente qui suit sa formation de coiffeuse, par exemple, et celle qui va se tourner vers la rue est parfois fragile. Toutes et tous ont vécu de pareilles souffrances. Il s'avère donc, *in fine*, et selon l'expérience des deux mois passés sur le terrain, qu'il est pertinent de les « mettre ensemble », non pour nier leurs différences, mais bien pour reconnaître la diversité des situations et les frontières souples entre celles-ci. Lorsque cela s'avère nécessaire, des précisions seront apportées en temps voulu afin d'instaurer une certaine prudence dans l'interprétation des données récoltées. Notons qu'une annexe reprend les caractéristiques principales des adolescents dont les entretiens ont été retenus pour l'analyse.

Par ailleurs, je tiens à préciser qu'en ce qui concerne les EDR, je n'ai récolté des entretiens qu'auprès des garçons. Cela s'explique par le fait que j'ai abordé ces adolescents à travers les différents centres pour enfants vulnérables, dont l'Espace Jarrot, précisément destiné aux EDR. Or le phénomène des EDR semble toucher principalement les garçons, bien qu'il soit difficile d'évaluer combien de filles évoluent dans la rue, car celles-ci « s'organisent différemment et évoluent dans des réseaux sociaux différents de ceux des garçons. C'est l'une des raisons pour lesquelles on ne les trouve que très rarement dans les centres destinés aux EDR » (ASI, 2009 : 38). Elles sont moins « visibles ». Il était dès lors plus compliqué de les rencontrer, qui plus est dans une durée relativement limitée. D'autant plus que le contact s'avérait assez difficile avec les adolescentes, contrairement à la relation que je parvenais à instaurer avec les garçons, bien que dans les deux cas je me sois rendu compte des difficultés du travail social sur le terrain.

3 Considérations méthodologiques et limites de l'enquête

Dès les premiers balbutiements de cette recherche exploratoire, j'ai tenu à lui donner une orientation fondamentalement qualitative. Sans rentrer dans des définitions sans fin, par « qualitatif », on entend « une posture épistémologique et ontologique qui privilégie l'écoute, la compréhension et enseigne la critique et la modestie » (Harrami, 2000 : 454). Les méthodes dites « qualitatives » reposent dès lors sur un travail d'interprétation du chercheur, sur ses capacités d'empathie et de compréhension.

Dès lors, nous allons voir les multiples liens qui s'établissent avec les chapitres précédents. Tantôt, le paradigme qualitatif induit une certaine approche des RS, tantôt la sociologie de l'enfance implique la préférence à certaines méthodes, et ainsi de suite. Tournons-nous d'abord vers les étapes qui ont gouverné le déroulement de la méthodologie, avant d'aborder, dans un second temps, les limites rencontrées.

3.1 Etapes et choix de la méthode

Les nombreux ouvrages portant sur la notion de RS énumèrent une série de méthodes qualitatives pour recueillir des contenus dans le cadre d'une étude sur la RS d'un objet particulier, donc pour « dresser la

⁸⁴ Cf. *infra* Partie I, 2.2.2.1, p.25.

liste des opinions, croyances ou informations que les membres d'un groupe donné partagent à propos de l'objet » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 41). Ainsi, quatre grandes sources d'informations permettent d'accéder aux contenus des RS : les corpus textuels, les discours, les associations de mots et les images (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 41-77). Dans le cadre de ce mémoire, j'ai eu recours aux deux premières sources d'information. Nous allons le voir à travers trois grandes étapes qui ont guidé sa réalisation : une étape « préparatoire », préalable à la recherche de terrain – étape primordiale – suivie elle-même d'une période d'analyse des données.

Notons que « la structure représentationnelle s'apparente à un cliché photographique de la pensée sociale [...] en mouvement, mais que le [photographe] saisit à un moment donné » (Bonardi et Roussiau, 2001 : 17). Par conséquent, d'un point de vue méthodologique, c'est en fonction de mes propres objectifs ainsi que des contraintes rencontrées que j'ai dû choisir les outils les mieux adaptés pour saisir et rendre compte de cette réalité qu'est le VIH/sida à Brazzaville. Il s'agit donc, par la même occasion, de justifier pourquoi certaines méthodes n'ont pas pris corps dans la réalisation de cette étude exploratoire.

3.1.1 L'étape « préparatoire »

Durant cette première étape, j'ai nourri mes connaissances quant à mon sujet de recherche, à travers une littérature principalement anthropologique et sociologique. La direction de cette lecture s'est réalisée petit à petit, se réorientant au fur et à mesure, et s'affinant suite aux deux mois passés sur le terrain. De plus, j'ai pu récolter des matériaux spécifiques lors de mon séjour à Brazzaville, essentiellement de la littérature grise qui ne m'était pas accessible depuis la Belgique.

3.1.2 L'étape empirique

Cette étape majeure peut elle-même se décomposer en plusieurs phases, qui s'imbriquent l'une l'autre. D'une part, j'ai récolté des témoignages et récits autobiographiques. D'autre part, les discours constituent la source d'information principale utilisée dans cette étude exploratoire des RS du VIH/sida parmi les adolescents vulnérables de Baongo. En outre, si l'observation participante à proprement parler s'est avérée quelque peu problématique par manque de temps mais aussi compte tenu des biais provoqués par ma présence, je parlerai plutôt d'observation « contextuelle ».

J'ai donc mené des entretiens individuels avec les adolescents rencontrés au travers des diverses associations avec lesquelles j'ai collaboré. Une majeure partie de ceux-ci ont été réalisés à l'Espace Jarrot⁸⁵. J'ai utilisé conjointement deux techniques d'entretien : l'entretien semi-directif et l'entretien narratif, au cours d'une unique rencontre. Pour commencer, après avoir expliqué à l'adolescent les tenants et aboutissants de ma recherche, je l'incitais à me raconter son histoire, son expérience.⁸⁶ Ensuite, je

⁸⁵ Cf. annexe 4, p.XV.

⁸⁶ Je lui demandais, de manière simple, de me parler de lui, mais aussi de sa famille. Il s'agissait donc pour lui de m'expliquer comment il était arrivé à vivre dans la rue, à faire tel ou tel petit boulot, etc. Il m'expliquait également

revenais sur certains points non abordés par lui, ou sur lesquels je désirais obtenir plus de précisions. Enfin, sur base d'un guide d'entretien⁸⁷ préalablement élaboré, nous passions à la question spécifique du VIH/sida. L'entretien prenait une tournure semi-directive, laissant toujours à l'adolescent une grande liberté de parole. Je n'avais qu'à le relancer sur tel ou tel thème, une fois qu'il s'essouffait. Mon guide était flexible⁸⁸, dans le sens où j'abordais les thèmes selon un ordre *relativement* aléatoire, en fonction de la tournure de l'entretien.

L'adolescent savait dès le départ quelle évolution allait prendre l'entretien. Il savait que nous allions aborder la question du sida. Dès lors, cette manière de procéder s'est avérée plutôt fructueuse dans le sens où le sujet, en me parlant d'abord de lui, apprenait progressivement à s'ouvrir à moi⁸⁹. En effet, il est parfois difficile qu'au premier contact l'enquêté se livre naturellement à des propos non normatifs. Il était donc nécessaire d'y aller progressivement, en espérant instaurer une relation de confiance minimale, afin que ce dernier puisse progressivement me dévoiler son « intimité ». D'un autre côté, je craignais que le fait que l'adolescent me parle de sa vie au préalable soit un frein pour lui, dans le sens où il pouvait redouter que je le juge. Je n'ai pas rencontré de telles réticences. Il faut souligner que les éducateurs, par leur seule présence, instaurent une certaine confiance. Les adolescents étaient par conséquent très ouverts au dialogue.

Nous pouvons noter que certains éléments représentatifs du VIH/sida apparaissaient déjà lors de la partie narrative de l'entretien. Or, « l'objectif de l'analyse [des récits de vie] n'est pas directement de saisir les représentations ou le système de valeur d'une personne ou d'un groupe. [...] Le récit autobiographique s'attache à capter l'enchaînement des faits et le contexte social décrit par la personne [...] et permet de dessiner le contexte d'apparition de certaines représentations sociales » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 49). On comprend dès lors le pourquoi de ces entretiens narratifs, comme on a déjà pu l'évoquer auparavant à de multiples reprises. De plus, la dimension diachronique introduite par la méthode des récits de vie⁹⁰ (Bertaux, 1997), s'avérait particulièrement intéressante dans l'optique de ce mémoire.

Enfin, « l'entretien est longtemps resté le mode de collecte privilégié des discours pour l'étude des représentations sociales » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 52). En effet, il présente des intérêts pour le chercheur en termes de temporalité, de contrôle et de singularité. Néanmoins, « l'expression discursive dans un entretien favorise l'utilisation de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux [...] qui interrogent sur la fiabilité et la validité des résultats obtenus par l'entretien » Moliner, Rateau &

le déroulement des ses journées/soirées/nuits, et commençait à aborder la question de la sexualité, *via* sa situation « amoureuse » passée et actuelle.

⁸⁷ Cf. annexe 6, p.XXII.

⁸⁸ Notons également que mon guide a été évolutif, dans le sens où il a été sensiblement modifié au fil des entretiens réalisés, afin qu'il soit le mieux adapté au sujet de recherche.

⁸⁹ Construire son identité de chercheur afin d'inspirer confiance m'a semblé être un enjeu primordial de l'ouverture d'un terrain.

⁹⁰ Notons que trois types d'objets sociaux sont favorables à l'approche des récits de vie : les mondes sociaux, les catégories de situation et les trajectoires sociales. Les adolescents vulnérables rencontrés constituent une catégorie de situation, dans le sens où ils partagent une situation « sociale », situation « qui engendre des contraintes et des logiques d'action qui présentent bien des points communs, où elle est perçue à travers des schèmes collectifs, où elle est éventuellement traitée par une même institution » (Bertaux, 1997 : 15).

Cohen-Scali, 2002 : 52). Il s'agit donc d'une démarche relativement complexe, dont le chercheur doit être conscient.

3.1.3 L'analyse des données

Dans l'optique d'une étude qualitative, la méthodologie d'analyse de contenu est « l'une des plus anciennes et des plus utilisées pour étudier les représentations sociales » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 79). Les analyses qualitatives de contenus « reposent sur des opérations purement idéelles (catégorisation, mise en contexte, réductions métaphoriques, recherches de structures...) » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 81).

Dans mon cas, j'ai mis en œuvre une analyse de contenu centrée sur le contenu manifeste⁹¹ : l'analyse thématique⁹². Une telle analyse « facilite le repérage du processus d'objectivation qui renvoie à la manière dont une notion est simplifiée, matérialisée en images puis en mots » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 93). De plus, elle met en exergue une dimension structurelle de la représentation dans le sens où elle s'attache à décrire les éléments périphériques de celle-ci. En effet, selon Flament, « c'est dans sa périphérie que se vit une représentation sociale au quotidien » (Flament, 1994 : 85). Ainsi, il s'agira en quelque sorte de dresser une typologie de la RS du VIH/sida chez les adolescents. Celle-ci sera directement enrichie d'éléments contextuels pertinents afin d'illustrer le contexte dans lequel cette RS du VIH/sida s'est construite, grâce aux récits de vie des adolescents, notamment.

Si l'analyse thématique, fréquemment utilisée par le chercheur qui effectue des entretiens à titre principal, apparaît comme une méthode assez simple dans son principe, cela paraît pertinent dans l'optique d'une recherche qui se veut exploratoire. Dans le même sens, le but ici n'est pas de généraliser les informations récoltées : les méthodes de collecte de données choisies étant par définition qualitatives, elles impliquent un échantillonnage restreint. Effectivement, c'est avant tout la qualité et la profondeur de l'information récoltée qui importe. Par conséquent, l'échantillon ne prétendra nullement être représentatif, ni exhaustif. Nous pouvons à ce propos remarquer que les entretiens ont été menés jusqu'au point dit de « saturation » du modèle.

J'ai pris le parti de ne pas procéder à l'enregistrement des entretiens que j'ai menés, car il me semblait évident que la présence d'un magnétophone altérerait la nature de l'entretien, je redoutais qu'elle instaure d'emblée un climat de méfiance. J'ai donc souhaité réduire les possibilités que l'interviewé se montre réticent, tiraillé entre l'invitation à la confiance et la présence du magnétophone. En effet, parler de VIH/sida et de sexualité relève de l'ordre de l'intime, or je concevais mal d'utiliser un magnétophone avec ces adolescents, déjà stigmatisés. Dès lors, j'ai dû m'efforcer de prendre des notes le plus fidèlement

⁹¹ « Par analyse de contenu centrée sur le contenu manifeste, nous entendons les méthodes qui permettent de mettre en évidence le sens du discours ou du texte à travers les signifiés qu'il contient » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 93).

⁹² Celle-ci « implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème. L'objectif [...] est la recherche de catégories dans un discours ou un texte, ce qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit » (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 94).

possible : la prise de note, l'écoute active et la retranscription étaient essentielles. Ainsi, un travail quotidien était nécessaire, puisque je me précipitais, en fin de journée⁹³, sur mon ordinateur portable afin de retranscrire les notes prises lors des entretiens et autres notes complémentaires. Mais cela n'a pas que des inconvénients, car le sujet est souvent enclin à s'exprimer plus lentement, ce qui me donnait l'occasion de noter les gestes et expressions de son visage, son attitude à mon égard, à l'égard de sa propre histoire, ainsi que toutes sortes d'éléments qui échappent à l'oreille du magnétophone. Dès lors, le lecteur comprendra pourquoi, dans ce mémoire, les passages, retranscrits mots pour mots, seront d'une longueur relativement limitée.

Nous venons de voir quelles sont les options méthodologiques que j'ai choisies pour mener cette recherche exploratoire en matière de RS, choix effectués en fonction de mes propres objectifs et contraintes. J'aimerais terminer en précisant les raisons pour lesquelles je ne me suis pas tournée vers d'autres techniques telles que les associations de mots et les images, autres grandes sources d'informations permettant d'accéder aux contenus des RS. Déjà, ces techniques relèvent plus de la psychologie sociale, or je tiens à laisser la place à des méthodologies plus anthropologiques, au risque de me répéter. De plus, la technique de l'entretien, *in fine*, m'a semblée particulièrement appropriée pour donner aux adolescents une voix plus directe⁹⁴ dans la production de ce mémoire. Puis, la méthodologie choisie reflète en quelque sorte la conception de l'adolescent que j'ai privilégiée dans le cadre de ce mémoire. En effet, la sociologie de l'enfance, en pleine construction, pose de nombreuses questions au chercheur, dont une, méthodologique, particulièrement interpellante.

« Les sociologues se sont longtemps “mefiés” des enfants et la sociologie n'a pas de longue tradition dans ce domaine. Ainsi, malgré toutes les précautions méthodologiques et malgré le fait que les données recueillies auprès des enfants ne sont pas moins authentiques que celles recueillies auprès d'adultes, le chercheur doit se demander si on les aborde bien, si on les comprend bien, si on les interprète bien » (Montandon, 2006 : 48).

Dans la continuité de cette optique d'un enfant/adolescent acteur, sujet de droit, être humain à part entière, j'ai pris le parti d'approcher les adolescents de Baongo comme je l'aurais fait avec des « adultes » et donc, d'utiliser des méthodes « classiques » d'investigation. De plus, il aurait été difficile, voire impossible, de demander à ces adolescents, déscolarisés ou non scolarisés, de s'exprimer *via* des rédactions, *via* des exercices d'associations de mots. La barrière de la langue est aussi une donnée non négligeable.⁹⁵ Enfin, la technique des dessins me semblait quelque peu « infantilisante » avec des adolescents pouvant avoir jusqu'à 17-18 ans.

3.2 Biais et limites

Pour clore ce chapitre, je relèverai deux biais majeurs dans la méthodologie que j'ai menée sur le terrain.

⁹³ Il faut en effet nourrir la réflexion à chaud, car la phase d'analyse commence déjà lors des entretiens.

⁹⁴ Comme, on l'a vu (cf. *supra* Partie I, 2.2.1.2.1, p.21), James et Prout le recommandent.

⁹⁵ Nous allons le voir dans la section suivante, les entretiens ont souvent été menés en langue locale, que ce soit de manière partielle ou totale.

D'une part, les entretiens se sont fréquemment déroulés en lingala, lari ou kituba⁹⁶. En effet, s'ils me comprenaient la plupart du temps, ces adolescents, déscolarisés ou non scolarisés, éprouvaient des difficultés à s'exprimer ouvertement, à trouver leurs mots en français. De plus, parler de VIH/sida et de sexualité s'avérait souvent plus rassurant en langue locale. J'avais l'impression, finalement, que ça leur permettait d'instaurer une certaine distance entre eux et moi : en s'adressant à un intermédiaire, ils ne me parlaient pas directement. Si on prend le cadre de l'Espace Jarrot, j'ai été aidée, dès le début et au cours de chacune de mes visites, principalement par deux éducateurs de rue. On peut dès lors redouter que je passe à côté de certaines sensibilités, mais d'un autre côté, leur aide m'a été indispensable et la relation qui s'est instaurée entre eux et moi était une véritable relation de confiance et de partage. Je n'ai donc aucun doute quant à la fidélité de leurs traductions. De plus, au fur et à mesure, je parvenais à comprendre des fragments des propos des adolescents. Enfin, je n'insisterai plus sur leur rôle de facilitateur, instaurant un climat de confiance avec les adolescents, mais pas seulement.⁹⁷

D'autre part, je n'ai pu réitérer d'entretiens avec aucun des adolescents rencontrés. Cela s'explique en partie par la grande mobilité qui caractérise les jeunes de Brazzaville. En effet, à la différence d'une ville comme Kinshasa, où « les jeunes s'approprient un territoire qui est circonscrit à un quartier et y restent », à Brazzaville, du fait de sa taille humaine et des facilités de déplacement, les jeunes sont très mobiles (ASI, 2009 : 28). Et même si, dans le cas des EDR, ils ont pris l'habitude de fréquenter les principaux centres qui proposent un repas le midi, dont l'Espace Jarrot, je rencontrais de « nouveaux » adolescents à chacune de mes visites. Si j'apercevais l'un ou l'autre adolescent que je connaissais, je ne l'interrogeais pas nécessairement, car les autres désiraient venir discuter avec moi, ils étaient en quelque sorte « curieux » de savoir ce que venait faire cette « mundele » dans « leur » centre. Cependant, je ne vois pas de biais à m'être concentrée sur Baongo puisque je ne prétends pas généraliser mes résultats. Il me semblait plus approprié de bien circonscrire ma recherche plutôt que de me disperser et de perdre toute cohérence *in fine*. Enfin, dans le cadre d'une recherche exploratoire, cela se justifie, les pistes pouvant désormais être explorées à bon escient⁹⁸.

4 Conclusion de la première partie

Premièrement, nous avons parcouru la lutte contre le VIH/sida au Congo, à travers ses principaux acteurs ainsi qu'à travers les maîtres mots actuels gouvernant la prévention du VIH/sida. La brève mise en perspective diachronique, replacée dans un contexte international, nous a permis de comprendre

⁹⁶ Trois langues locales sont couramment utilisées : le lingala au Nord et à l'Est, le kituba et le lari au Sud.

⁹⁷ En effet, étant du terrain, connaissant la plupart des adolescents de la rue, les éducateurs pouvaient fréquemment m'interpeller sur tel ou tel fait, compléter mes informations, etc. En ce sens, leurs propos constituent des témoignages, ces éducateurs se situant à la périphérie des adolescents en question (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002 : 49).

⁹⁸ En effet, il serait intéressant de comparer la représentation sociale que les adolescents vulnérables des quartiers Nord de Brazzaville ont du VIH/sida, par rapport à ceux des quartiers sud, surtout lorsque l'on connaît les différences et tensions qui existent entre le sud et le nord, au niveau du pays comme au niveau de Brazzaville. Cf. annexe 1, p.VII.

l'évolution et le contexte d'apparition du CNLS, principal acteur de la lutte au Congo jusqu'à aujourd'hui. Le rôle d'appui que joue l'UNICEF envers le CNLS a été mis en exergue, n'étant pas reconnu comme acteur de terrain en matière de VIH/sida. L'action communautaire apparaît comme le leitmotiv actuel de la stratégie de lutte contre le VIH/sida et la prévention de l'épidémie reste l'axe stratégique premier de celle-ci, encore et toujours empreinte d'une certaine prépondérance du préservatif.

Dans un second temps, nous avons éclairci les principaux concepts nécessaires pour aborder sereinement la partie centrale de ce mémoire, l'analyse proprement dite de la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents. D'une part, nous avons donc commencé par la notion de représentation sociale, notion caractérisée par sa complexité, sa diversité, son ambivalence. Nous avons vu que la considérer comme étant à la jonction entre la psychologie sociale et l'anthropologie entraîne des implications méthodologiques particulières. De plus, porter le regard sur un groupe particulier, dans une optique descriptive, conduit à approfondir certains éléments théoriques, dont découle également une certaine approche méthodologique. Nous n'avons pas manqué, en outre, de relever l'importance du contexte dans la construction d'une RS. D'autre part, nous avons précisé la perception de l'adolescent dans le cadre de l'étude. D'abord, en termes de découpage temporel, le terme « d'adolescent » renvoie aux 10 à 17 ans accomplis. Puis, nous avons vu en quoi la sociologie de l'enfance considère les enfants – au sens large – comme des personnes, des sujets à part entière. Enfin, nous avons ouvert le débat sur les concepts « d'enfant vulnérable » et « d'enfant de la rue », bien que je n'aie pas été à même de trancher radicalement entre ces deux notions. Transversalement, l'application de tous ces concepts dans le contexte brazzavillois, et plus largement congolais, a constamment été interrogée.

Pour terminer, nous avons découvert la méthodologie mise en œuvre pour appréhender la représentation du VIH/sida chez les adolescents. J'ai dû développer celle-ci, assurément qualitative, en fonction de mes propres objectifs ainsi que des contraintes que j'ai rencontrées sur le terrain. Dès lors, la technique de l'entretien semi-directif a été utilisée à titre principal, et l'analyse thématique, analyse de contenu centrée sur le contenu manifeste, a permis de dégager une typologie de la RS du VIH/sida chez les adolescents. J'ai mis un terme à cette première partie en évoquant les principaux biais méthodologiques de cette recherche exploratoire.

DEUXIEME PARTIE

Une typologie des éléments constitutifs de la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents rencontrés

Cette recherche exploratoire étant, on l'a dit, à visée descriptive, l'objectif de cette deuxième partie est d'étudier la RS du VIH/sida en tant que telle, dans une optique plus large de renforcement de la prévention du VIH/sida auprès des adolescents vulnérables.⁹⁹ Leurs discours se caractérisent par une certaine diversité, mais au-delà de celle-ci, nous pouvons identifier les éléments qui constituent le noyau central, et ainsi comprendre les significations que ces adolescents, en tant que groupe social, attribuent au VIH/sida. On peut d'ores et déjà noter que contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'y a pas eu de réel tabou. Les adolescents employaient le terme « sida » et se montraient plutôt curieux concernant ma recherche. Certes, évoquer les « choses du sexe » reste délicat, intime. Néanmoins, « raconter le sida » n'a pas provoqué de grand malaise tel qu'annoncé par Boumpoto (1999 : 363).

L'analyse de contenu des entretiens menés auprès des adolescents a permis de mettre en exergue six grands thèmes principaux. Ceux-ci sont présentés dans un ordre logique, qui suit celui initialement proposé dans le guide d'entretien : en effet, il paraît pertinent de savoir comment les adolescents définissent le VIH/sida avant d'en comprendre les modes de transmission, etc. Néanmoins, cette classification reste idéal-typique, car dans les faits, tous les éléments se croisent et s'entremêlent. Au sein de chacun de ces grands thèmes, les sous-thèmes, à eux seuls, permettent d'avoir une première idée de la structuration de la RS du VIH/sida chez les adolescents rencontrés.

Il va de soi que les thèmes et développements proposés ne sont pas exhaustifs. En effet, le fait de mener sa recherche auprès d'adolescents non affectés personnellement par le VIH/sida et de s'en tenir à une optique préventive exclut, *a priori*, les questions de traitement du VIH/sida, de prise en charge des malades, de culpabilité du malade et du rapport au proche, de représentations de la mort, de recours à la médecine traditionnelle, etc. L'objectif de cette recherche est bien d'analyser les éléments qui sont prégnants dans la RS qu'ont ces adolescents sur le VIH/sida. Il serait, selon moi, biaisé de se précipiter à établir des interprétations hâtives et de se disperser inlassablement, qui plus est, dans une démarche exploratoire.

Nous avons longuement insisté sur l'importance du contexte dans la construction d'une RS. Dès lors, les éléments représentatifs étudiés seront agrémentés de précisions contextuelles pertinentes, dans le souci de permettre au lecteur d'appréhender la problématique de manière plus globale.

Dans le respect de l'anonymat des adolescents que j'ai rencontrés à Bacongo, aucun nom ne sera divulgué. Un tableau inséré en annexe reprend les caractéristiques principales des adolescent(e)s dont les

⁹⁹ Pour plus de précisions, cf. *infra* Partie III, 1.1, p.66.

entretiens ont été retenus pour l'analyse. Ainsi, les extraits seront référencés par exemple (7, M) ou (3, F) : le chiffre permet de voir à quel adolescent(e) l'extrait se rapporte et la lettre « M » ou « F » précise respectivement s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille. Il va de soi qu'il était impossible et incohérent de présenter à chaque fois tous les extraits se rapportant aux divers éléments représentatifs ; j'ai dès lors choisi d'exposer les plus parlants, les plus significatifs.

1 Un éclairage préalable : la « prostitution » à Brazzaville

Avant tout, il faut savoir que la majorité des garçons de la rue ont affirmé avoir une copine « officielle », puis d'autres « partenaires » secondaires ainsi que des rapports sexuels avec des filles qui « font la vie »¹⁰⁰. Il y a donc en quelque sorte trois niveaux de relations sentimentales et/ou sexuelles. Les filles, si elles ont été moins bavardes à ce sujet, ont aussi de leur côté souvent plusieurs partenaires. Comme on me l'explique dans diverses associations, et comme j'ai également pu le percevoir moi-même au travers de diverses conversations, il est courant que des filles aient un ami de cœur, ainsi qu'un « West Af »¹⁰¹ qui les fournit en cadeaux, en vêtements et autres articles de mode, et un « petit papa », homme plus âgé qui a beaucoup d'argent. Pas simple, ces relations « multi-partenariales », pour l'œil non averti.¹⁰²

Comme nous le verrons, il est essentiel de distinguer le multi-partenariat de la « prostitution » dans toute démarche de compréhension du rapport des femmes au VIH/sida et de la dynamique de propagation de cette maladie (Vidal, 2000 : 57). En effet, lorsqu'on parle d'un objet aussi complexe et multiforme que la prostitution, il est important de faire preuve d'une grande prudence. En effet, l'utilisation de ce terme n'est pas toujours appropriée face à la diversité des situations que l'on rencontre au Congo, comme ailleurs en Afrique. Il mérite dès lors d'être défini avec soin au regard du contexte, de la manière dont s'exerce l'activité sexuelle et de la perception qu'en ont les intéressées.

« Dans un contexte africain, il existe une variété de situations dans lesquelles il se produit des échanges sexuels contre de l'argent, des services ou des biens – ces situations n'étant pas nécessairement perçues comme étant liées au travail du sexe. La définition que donnent les experts en santé publique peut être très différente de la façon dont ces femmes se perçoivent. Le commerce sexuel peut n'être qu'une des nombreuses stratégies utilisées par les femmes pour gagner leur vie. L'erreur souvent commise a été de cibler ces femmes en tant que groupe à risque homogène. Ceci a contribué à les stigmatiser plutôt qu'à mettre en œuvre des interventions pour répondre à leurs besoins spécifiques » (Mantoura, Fournier & Campeau, 2003 : 224).

Dès lors, puisqu'il ne s'agit pas de mon sujet d'étude, je ne suis pas à même d'interroger longuement la notion initiale de prostitution dans ce qu'elle recouvre de représentations et comportements diversifiés. Néanmoins, je l'ai approchée, de façon partielle. D'une part, peu d'adolescents n'en ont pas fait mention dans leurs discours. D'autre part, au simple détour de ma brève vie quotidienne à Brazzaville, je ne pouvais que remarquer l'existence de ces filles « qui font la vie ». En outre, j'ai réalisé deux « balades » nocturnes sur les sites de prostitution, accompagnée d'éducateurs de rue de l'Espace Jarrot et d'ASI.

¹⁰⁰ Cette expression réfère, au sens large, aux filles qui se prostituent.

¹⁰¹ Expression familière faisant simplement allusion aux Africains de l'Ouest, nombreux dans certains quartiers Nord de Brazzaville, et très actifs en commerce de vêtements, de téléphones, etc.

¹⁰² Nous verrons par la suite, notamment, que la question du préservatif se pose dès lors différemment selon le niveau auquel on se place.

Ainsi, je vais brièvement mettre en avant quelques éléments permettant d'appréhender ce phénomène. Remarquons que « depuis une dizaine d'années, le phénomène de la prostitution touche les enfants au Congo et galope de manière inquiétante » (Kubu Turé, 2007 : 8). En effet, à côté des « tantines » de 30-40 ans, on rencontre des mineures dès l'âge de 11-12 ans.

Globalement, la prostitution est tantôt affichée, tantôt clandestine – régulière ou occasionnelle, bien que la frontière entre les deux soit relative. Il y a les « professionnelles du sexe », puis il y a les autres : il y a des filles qui sont tarifées, louées – nombreuses sont kinoises – et dont le prix peut se discuter aisément avec le proxénète ; il y a des filles « libres », dites familièrement les *tombée fioti-fioti* ou filles faciles, ou les *milimo ya mikoussé*¹⁰³, qui arpentent les artères de Brazzaville, qu'elles vivent chez leurs parents et « fassent la vie » à l'occasion, pour subvenir aux besoins de la famille ou qu'elles s'organisent entre elles et louent ensemble une parcelle dans laquelle elles vivent (elles s'y reposent jusqu'à la fin de la journée, puis partent dans les *nganda*).

Dès lors, on retrouve ces filles dans des *nganda*, à Baongo, Makélékélé, Mfilou, Moungali, Poto-Poto, etc. ainsi que dans des boîtes fréquentées par les européens dans le centre ville. Mais il y a aussi dans certaines parcelles des maisons en tôle qui, une fois « l'heure du dehors »¹⁰⁴, deviennent des maisons de passe, comme à « Jeanne d'Arc » à Baongo, un site dont les adolescents de la rue parlent très souvent.

Le prix d'une passe varie. Dans les boîtes du centre ville, il existe des « vraies professionnelles » qui peuvent demander de 25 000 à 100 000 XAF¹⁰⁵ pour la nuit. Mais la plupart du temps, pour les autres filles, que l'on rencontre dans les *nganda*, celles qui sont sous le sceau de proxénètes, celles qui monnayent leurs rapports sexuels occasionnellement pour des raisons de survie, le tarif « normal » d'une passe sexuelle protégée est de 500 à 1000 XAF¹⁰⁶ (pour une nuit, cela tourne autour de 2000 à 5000 XAF). C'est « la règle ». L'exception, en quelque sorte, c'est de payer 500 XAF de plus, pour obtenir un rapport sexuel sans préservatif. Sauf que dans les faits, l'exception devient la règle, et inversement. C'est l'homme qui décide, en fonction de ses moyens, car la fille, pour des raisons que nous allons voir en détails ci-après, accepte souvent de passer à l'acte sans utiliser le préservatif.

« Je vais à Jeanne d'Arc [un site de « prostitution » à Baongo]. Quand j'ai pris quelque chose [alcool, drogue, médicaments], puis que je reprends conscience, je regrette, car j'ai donné tout ce que j'avais, parfois 500, parfois 1000 francs. Une fois, j'ai dû payer 300 francs de plus car j'avais mis du temps. Ce sont les filles qui présentent les préservatifs, qui l'ouvrent et qui le mettent sur le sexe. Certains donnent plus d'argent et les filles acceptent le rapport sans préservatif. C'est l'homme qui décide. Mais avec 500 francs, le préservatif est obligatoire. Il y a des hommes qui donnent 500 francs mais qui tournent le préservatif [font un trou]. Je choisis la fille qui me plaît parmi plusieurs. Les filles peuvent être très jeunes, mais il y a aussi des tantines, de 30 ans, de 40 ans, et des mamans, des mastodontes, des grosses femmes plus âgées. Moi, je n'aime pas les mastodontes. La majorité des hommes qui viennent sont plus âgés, il y a même des vieux. Des papas passent, l'air de rien, les filles les voient et vont les trouver pour négocier » (7, M).

¹⁰³ Les « petites jupes ».

¹⁰⁴ En fait, il s'agit de parcelles *a priori* « normales », puis de 18/19h à minuit/une heure du matin, les filles sortent des maisons, se dispersent et racolent devant chez elles. Elles vendent alors leurs corps à des garçons, à des hommes qu'elles emmènent à l'intérieur de leur propre maison. Parfois, elles ont un mari : celui-ci s'en va durant ces quelques heures, mais il est assez frappant d'apprendre que parfois, le mari reste, et que les hommes règlent la passe au mari-même de la femme avec qui ils ont leur rapport sexuel.

¹⁰⁵ Soit, entre 37,5 euros et 150 euros.

¹⁰⁶ Soit, entre 75 cents et 1,5 euros, environ.

Puis, comme je l'ai déjà évoqué dans la première partie de ce mémoire, l'amalgame est fréquent entre les filles de la rue et les « prostituées ». Or une fille qui « fait la vie » n'est pas nécessairement à la rue. De même, une fille de la rue, ne livre pas nécessairement son corps au tout venant pour quelques centaines de francs. Il faut éviter toute généralisation abusive, tout en étant conscient que la limite entre les deux peut s'avérer très mince. On peut néanmoins remarquer l'interaction qui peut se créer entre les « prostituées » et les EDR, à travers le cas de Bacongo. C'est ainsi qu'un adolescent, 17 ans, m'explique qu'avec ses amis, ils forment un groupe¹⁰⁷ qui protège quatre filles à Mabouaka, un quartier de l'arrondissement de Bacongo connu pour être un lieu de « prostitution » à bas prix. En fait, ils se rendent des services mutuels. Ainsi, quand ces filles ont des problèmes avec des hommes¹⁰⁸, elles appellent le groupe, qui assure leur sécurité : ils vont alors « en intervention », afin d'essayer de régler le conflit à l'amiable. Une fois la tension apaisée et les filles hors de danger, si ces dernières ont de l'argent, elles le donnent au groupe. Sinon, ils ont des rapports sexuels. Puis, ces filles viennent les retrouver pour fumer le chanvre. En outre, celles-ci informent le groupe de se méfier de telle ou telle fille qu'elles soupçonnent d'avoir le VIH. *In fine*, il s'agit donc d'une relation à double sens, où chacun semble¹⁰⁹ y trouver son compte.

Enfin, il n'est pas vain d'insister sur le fait que lorsqu'on parle de « vagabondage sexuel », comme de « prostitution », il n'y a pas de volonté de considérer les conduites que ces notions recouvrent comme « spécifiquement africaines », ni de les mettre en cause en tant que telles, car ce serait « blâmer les victimes en occultant les responsabilités de la société et de l'Etat » (Fassin, 2001 : 193). Ainsi, s'il est toujours relativement délicat d'entrer dans ce genre de débat, on ne peut néanmoins passer à côté et ne pas mettre en exergue les récurrences qui surviennent dans les discours individuels.

2 Définition du sida

A travers le globe, tout le monde parle du sida, mais le définir reste pour chacun relativement compliqué. Cette difficulté à définir simplement cette maladie reflète bien sa complexité. Néanmoins, il est intéressant de voir, de but en blanc, quelles sont les premières idées qui sont venues à l'esprit des adolescents lorsque je leur ai demandé, simplement, « c'est quoi, le sida¹¹⁰ ? ». A cette question, de multiples réponses ont surgi et cinq registres prédominants d'identification, de définition du VIH/sida peuvent être identifiés, qui ne sont pas exclusifs les uns des autres, bien au contraire. Les éléments qui vont être présentés ici sont en quelque sorte une douce introduction à la suite de l'analyse.

Avant de les examiner, notons brièvement que tous, filles ou garçons, avaient déjà entendu parler du sida, que ce soit au travers de discussion au marché, dans la rue, avec les amis, que ce soit à la télévision, à la

¹⁰⁷ Ce cas – parmi d'autres – illustre le fait que les adolescents rencontrés ne s'affirment pas comme des victimes, ni comme des individus marginalisés : « ils vivent dans des réseaux sociaux qui n'ont pas les mêmes dynamiques mais qui sont entièrement insérés dans la vie de la cité » (ASI, 2009 : 17).

¹⁰⁸ La plupart du temps, « il y a de la pagaille » parce que ceux-ci exigent, pour le même prix, un rapport sexuel sans préservatif. Mais s'ils payent plus, « il n'y a pas de bruit ».

¹⁰⁹ Je n'ai en effet pu récolter aucune impression provenant d'une fille vivant cette situation.

¹¹⁰ Et non « le VIH » ou « le virus du sida » car nous allons justement voir que cela ne fait pas sens auprès des adolescents. Cf. *infra* Partie II, 2.1, p. 41.

radio, etc. Cependant, il est très rare que le sujet ait été abordé en famille. Néanmoins, on peut noter qu'un adolescent doute de l'existence du VIH/sida, cela ne semble pas relever du réel pour lui.

« En groupe, avec mes amis, parfois on commence à discuter de foot, de choses et d'autres, puis eux ils parlent du sida. Moi, je n'ai pas peur car je n'ai pas encore vu le sida. Je n'y crois pas réellement en fait. Je sais que cela existe, mais... » (14, M).

En outre, une seule adolescente a affirmé que le sida était pour elle « une maladie comme toute autre » (21, F).

2.1 La fragile distinction entre le VIH et le sida

Le stade de séropositivité asymptomatique, qui ne se traduit donc par aucun signe visible, peut durer plusieurs années sans traitement – en moyenne environ 10 ans. Au bout d'un certain temps, le système immunitaire s'affaiblit et un traitement antirétroviral spécifique devient alors nécessaire afin de retarder au plus la progression des infections dites opportunistes reliées au sida, et les symptômes qui en découlent. Ainsi, le traitement antirétroviral a pour objet de réduire au maximum la charge virale durant une période aussi longue que possible, afin de tenir la maladie en échec et d'entraîner de la sorte une amélioration de la qualité de vie chez la personne infectée par le VIH.¹¹¹

Distinguer la séropositivité pour le VIH de la maladie sida est d'une importance majeure : ne pas se rendre compte que l'on peut vivre avec le VIH, c'est ne pas percevoir clairement les contours d'une vie avec le VIH, c'est être terrorisé à l'idée de se faire dépister, et bien d'autres conséquences encore. Or l'une des premières complexités réside dans la difficulté, pour les adolescents rencontrés¹¹², d'établir ce distinguo, consciemment. Nous constaterons que seul le terme sida apparaîtra dans les extraits des discours des adolescents.

En effet, comme le fait remarquer Vidal, face à des considérations biomédicales, « une réflexion de nature plus anthropologique confirme la fragilité d'une distinction entre séropositivité et maladie qui tend vers une véritable mise en opposition » (Vidal, 1996 : 182). Dès lors, qu'il s'agisse des séropositifs abidjanais de Vidal ou des adolescents vulnérables brazzavillois, nombreux sont ceux qui « se demandent comment imaginer ne pas être “malade” – c'est-à-dire “séropositif” – alors que l'on demeurera toujours susceptible de transmettre le mal [...] et que l'on ne peut espérer guérir » (Vidal, 1996 : 183). En effet, nous allons voir quelles sont les implications de cette représentation de l'affection amalgamant séropositivité et maladie chez les adolescents vulnérables de Baongo, notamment en ce qui concerne la question du test de dépistage au VIH¹¹³.

Néanmoins, lorsqu'on leur demande ce qu'est le sida, on perçoit cette distinction dans leur explication, indirectement.

¹¹¹ MERCK FROSST CANADA, Information sur la maladie > Infection par le VIH et le sida > Mieux comprendre pour mieux faire face, http://www.merckfrosst.ca/mfcl/fr/patients/diseases/hiv/coping_keys/index.html [site consulté le 27 juillet 2009].

¹¹² Mais il s'agit d'une constatation qui dépasse ces seuls adolescents.

¹¹³ Cf. *infra* Partie III, 6, p.61.

« Il y a deux catégories de personnes qui ont le sida : les costauds et les amaigris. Pour détecter si les costauds ont le sida, il faut observer leur comportement, voir s'ils ont beaucoup de femmes » (11, M).

« Il y a le sida qui fait grossir et le sida qui fait maigrir » (12, M).

« Ceux qui ont le sida sont soit amaigris, soit gros, cela dépend des "corps", certains sont plus fragiles que d'autres. Moi, je ne sais pas qui peut l'attraper. Si je vois une personne dans la rue, je ne peux pas savoir si elle a le sida, car ça dépend des corps » (14, M).

« Le sida, c'est une maladie contagieuse. Quand ça commence, on ne reconnaît jamais le début. Ça ne se fait pas voir » (15, M).

« Dans le quartier, je connais sept ou huit personnes malades. Ce n'est plus un jeu, c'est bien réel. J'ai des amies souffrantes du sida. Elles subissent un effondrement physique. Mais il y a des gens gros et gras qui ont déjà le sida. J'ai peur » (19, F).

On peut comprendre, à travers les trois premiers extraits, que les costauds, les gros, sont des personnes qui sont atteintes du VIH, les amaigris étant des individus chez qui le sida s'est déclaré. Quant au quatrième extrait, l'adolescent fait allusion à l'infection au VIH, et le fait que l'on peut être infecté pendant des années sans qu'on ne le voit, puis le jour où l'on sait qu'on est malade, cela ne date pas de ce jour, mais on ne sait pas à quand cela remonte. Cependant, il « sait si une personne a le sida : par les cheveux, qui tombent devant » (15, M).

2.2 Une maladie contagieuse

Nombreux sont ceux qui ont d'emblée affirmé que le sida est une maladie, contagieuse pour certains, infectieuse pour d'autres. Par conséquent, ils définissent le sida par les modes de transmission de son virus :

« C'est une maladie contagieuse, que l'on attrape par les rapports sexuels et par les lames, les gilettes, les aiguilles » (4, F).

« C'est une maladie qui vient par les gilettes, et si tu n'as pas les préservatifs, et si les autres sont blessés tu peux avoir le sida » (3, F).

« C'est une maladie qui, quand tu vas avec une fille qui a le sida, que tu as des rapports avec elle, le lendemain tu te réveilles et tu as le sida » (13, M).

Dans le cas du troisième adolescent, on perçoit déjà cette « stigmatisation » de la fille comme vecteur de la maladie, mais nous y reviendrons ultérieurement.¹¹⁴

En outre, selon Dialmy, faire glisser le VIH/sida de la notion de transmission à celle de contagion implique que « le simple contact des corps est considéré comme dangereux, contaminant » (Dialmy, 2008 : 47). Dès lors, la maladie emprunte des voies non sexuelles et non sanguines pour se propager d'un individu à l'autre, par l'usage des objets du séropositif ou du sidéen :

« Si j'apprenais que mon ami avait le sida, j'aurais peur d'utiliser les mêmes instruments, ça pourrait me transmettre le sida. La plupart des choses, on ne peut plus les toucher » (6, M).

De plus, nous allons voir que la difficulté à hiérarchiser les risques accentue cet élément représentatif.¹¹⁵

¹¹⁴ Cf. *infra* Partie II, 3.1.1.1, p.45.

¹¹⁵ Cf. *infra* Partie II, 3.3, p.52.

2.3 Une maladie symptomatique

On ne peut échapper à une réponse qui prend les manifestations physiques du sida comme éléments de définition. C'est sans exception que les adolescents parlent de perte de cheveux, d'amaigrissement, de diarrhée, de fièvre, de lèvres qui se déchirent ou changent de couleur et de la peau qui devient terne. La plupart du temps, ils effectuent des gestes qui évoquent des transformations sur tout le corps, une adolescente allant jusqu'à parler d'un « effondrement physique » (19, F). Comme nous le verrons, nombreux sont ceux qui manifestent de la peur face à cela.

« Si un tonton est malade, ça se voit : ses lèvres changent de couleur » (4, F).

« Le sida, ça bouffe le corps, tu deviens maigre, tu perds tes cheveux... Tu vas changer carrément » (6, M).

« Le sida, c'est quelqu'un de malade, de chétif, qui perd du poids » (7, M).

D'ailleurs, les médias, principalement la télévision, participent à cette mise en avant des symptômes liés au développement du sida.

2.4 Des médicaments qui soignent ou qui « calment » ?

Nombreux sont aussi ceux qui ont défini le sida en relation avec les médicaments. Les avis sont ici partagés. D'une part, il y a ceux qui affirment que « le sida est une maladie très grave » et qu'il « n'y a pas de médicament qui peut soigner le sida » (1, F). D'autre part, deux jeunes filles avancent que le sida peut se soigner avec les médicaments, ceux-ci même « te rajeunissent, tu retrouves ta vie » (2, F). Une autre m'expliqua ceci :

« Il y a un monsieur atteint, qui vend au marché avec sa maman. Avant le traitement, il avait complètement changé : il avait maigri, sa peau était sèche... Depuis qu'il a commencé son traitement, il s'est rétabli, et il est comme s'il n'était plus malade » (23, F).

Entre les deux, certains adolescents parlent plutôt de « calmants » (12, M ; 14, M). On perçoit la confusion qui règne parmi ces adolescents, l'un d'entre eux manifestant ouvertement ce sentiment :

« Il existe des médicaments qui soignent ? J'entends parler de médicaments : des personnes disent qu'il s'agit de calmants, d'autres disent que ça guérit. Je suis perdu » (10, M).

2.5 Une maladie « mauvaise », « sale »

Le sida apparaît comme une maladie « mauvaise », « sale ». La saleté est à la fois morale et physique. D'un côté, elle est multi-partenariat et débauche. En effet, au CTA¹¹⁶ de Brazzaville, un médecin m'affirma : « la stigmatisation prend tout son sens avec le sida : il n'est pas normal d'avoir le sida car cela résulte d'un mauvais comportement »¹¹⁷. Les adolescents parlent d'une maladie « honteuse ». De l'autre côté, elle est un manque d'hygiène. Certains ont explicitement opposé le sida à l'hygiène, à la propreté. Il était d'ailleurs impossible que j'aie le virus du sida car, selon leurs propres termes, j'étais « propre », ils étaient sûrs que je « prenais soin de moi ».

« La maladie [du sida] n'est pas bonne ici. Elle tue des gens » (2, F).

¹¹⁶ Cf. annexe 4 (p.XV) pour une brève présentation du CTA de Brazzaville.

¹¹⁷ Entretien réalisé avec Guillaume, médecin français stagiaire, le mercredi 11 mars, au CTA de Brazzaville.

« Ce n'est pas bon pour la santé » (11, M).

« On m'avait dit que c'était une maladie qu'on ne doit pas garder dans le corps » (15, M).

« Si une personne est sale, c'est qu'il y a des risques de contamination » (8, M).

3 La « causalité transmissive » du VIH/sida

Nombreux sont les adolescents qui confondent causes et modes de transmission. En effet, selon Dialmy¹¹⁸, « les conceptions relatives à la causalité et à la transmission du sida témoignent à leur tour du caractère socialement construit du sida » (Dialmy, 2008 : 42). Bien que l'on trouve des éléments de connaissances scientifiques au sein de la RS, l'identification du VIH comme seule cause du sida reste, dans notre cas, un élément absent de la RS. Ce n'est pas difficile à comprendre lorsqu'on se souvient de la fragile distinction entre le VIH et le sida, distinction que les adolescents semblent n'effectuer qu'inconsciemment, quand ils l'effectuent. Ainsi, l'auteur parle de synonymie, d'unification, voire de confusion entre les notions de cause et de transmission. Nous allons le voir, pour une grande majorité, les causes du sida, ce sont des rapports sexuels de débauche, des contacts avec des objets appartenant à des sidéens, une punition divine, un sort du sorcier, etc. Si la distinction entre cause et mode de transmission, scientifiquement correcte, semble impropre, étrangère aux adolescents, Dialmy (2008 : 43) propose la notion de « causalité transmissive » afin de rendre compte du caractère totalisant de la notion de cause. En effet, celle-ci inclut aussi bien le mode de transmission, que la nature de la relation, l'agent transmetteur ou encore le contexte social.

Ainsi, à l'encontre de notre sens commun qui perçoit clairement la distinction entre le « comment » et le « pourquoi », nous allons successivement porter notre attention sur les éléments représentatifs des adolescents qui se sont avérés les plus consensuels : la contamination par voie sexuelle et la contamination par voie sanguine ont été citées à l'unanimité, l'étiologie divine et l'étiologie sorcière sont quant à elles apparues dans les discours des deux tiers des adolescents. En outre, nous relèverons deux éléments représentatifs périphériques, particulièrement interpellants : la peur de mourir seul et la question de la contamination de la mère à l'enfant, qui n'a été évoquée *directement* par aucun des adolescents.

3.1 Les éléments représentatifs centraux

3.1.1 La contamination par voie sexuelle

La connaissance de la transmission du virus du sida par les relations sexuelles non protégées est partagée par tous les adolescents.¹¹⁹ A parler de contamination sexuelle, plus d'un tiers des adolescent(e)s ont rapidement guidé leur discours en termes de « vagabondage sexuel ». Ce sont principalement les garçons

¹¹⁸ Docteur en sociologie, Abdessamad Dialmy est professeur à l'Université de Fès.

¹¹⁹ Néanmoins, nous n'allons pas échapper à la question récurrente de l'adéquation entre les connaissances et les pratiques au cours de l'analyse du thème suivant – les moyens de protection contre le VIH/sida – en observant que le port du préservatif est loin d'être systématique. C'est tout un faisceau d'éléments complémentaires qui seront nécessaires à la bonne compréhension de cette problématique.

qui se sont exprimés longuement à ce propos, leur discours prenant une connotation largement accusatrice, stigmatisante à l'encontre des filles, et des femmes en général.

Avant d'entrer dans ce débat, il est frappant de noter qu'un garçon affirma que l'on ne puisse pas attraper le VIH/sida par des rapports sexuels homosexuels. Pour qu'il y ait possibilité de transmission, il est selon lui nécessaire que l'acte sexuel se déroule entre un homme et une femme ; cette vision du sexe masculin qui pénètre dans le sexe féminin est pour lui indispensable. Or, comme nous le verrons, bien que cela reste tabou, les jeunes garçons de la rue ont des rapports entre eux¹²⁰, mais il insista sur le fait que « c'est plus dangereux avec les filles » (7, M). Cette dernière affirmation nous permet de faire le lien avec la question de la stigmatisation des femmes en matière de VIH/sida.

3.1.1.1 Les filles, des « distributeurs du sida »¹²¹

« Dans la rue, on te dit parfois “va voir ma copine là-bas, elle est bonne”, mais comment savoir si elle n'a pas le sida ? » (6, M).

« Mes amis ont beaucoup de femmes, il faut faire attention où mettre le pied. J'ai peur. J'ai peur de changer de copine. Avec elle, j'ai peur aussi, mais on est ensemble. Si elle va avec un autre homme, je ne le saurai pas. Tu sais bien que les filles d'aujourd'hui vont avec beaucoup d'hommes, on n'a plus confiance. Si elle va avec un autre homme, après je peux être contaminé. Moi, je n'ai pas d'autres copines, je ne vais pas avec les autres » (10, M).

« Si tu es trop pute, tu peux avoir ça. Il faut éviter les tombées¹²². [...] Il faut porter le préservatif. Avec ma copine, ma vraie femme, je ne l'utilise pas, mais avec les autres bien car elles sont petites, elles vont partout. Je leur impose le préservatif, et si elles ne veulent pas, je ne cède pas, je m'en vais car, c'est qu'elles veulent me donner la maladie, elles sont malades » (11, M).

« C'est une maladie qui, quand tu vas avec une fille qui a le sida, que tu as des rapports avec elle, le lendemain tu te réveilles et tu as le sida. Quand tu as une femme, une petite amie, elle va coucher avec un monsieur qui a le sida, si je couche avec elle après, elle va me le transmettre. Le lendemain, tu te réveilles, tu as le sida » (13, M).

« Mes amis disent que ça s'attrape par ceux qui font la vie. Par exemple, à Jeanne d'Arc, c'est des filles qui peuvent être atteintes du sida et toi tu peux l'attraper si tu ne portes pas le “sachet”. [...] J'ai parfois d'autres petites : je mets le préservatif, car le sida vient de ces filles-là » (14, M).

A la lecture de ces propos, on comprend que la perception du sida comme étant une maladie des filles, ou de manière générale, des femmes, fait partie intégrante de la représentation sociale du VIH/sida chez les adolescents.¹²³ Ceux-ci imputent à la femme – et à elle seule – la responsabilité de l'apparition du VIH/sida, ce qui n'est pas sans revêtir d'importantes implications en termes de prévention sanitaire. Pour mieux comprendre cela, nous pouvons apporter deux éclairages à cette association de sens entre femmes et sida.

¹²⁰ Cf. phénomène des « mintègres ».

¹²¹ Ce débat sera également important dans le cadre de la question de l'utilisation du préservatif, cf. *infra* Partie II, 4, p.53.

¹²² Il s'agit d'un mot d'argot utilisé par les garçons de la rue, qui fait référence aux prostituées.

¹²³ Afin de ne pas se précipiter dans des interprétations biaisées, il faut être conscient que cette section est presque exclusivement basée sur les discours des adolescents garçons. En effet, les filles, sans trop de détails, évoquent le vagabondage sexuel comme mode de transmission ou cause du VIH/sida, mais elles restent relativement discrètes. D'une part, elles parlent des hommes, qui sont « trop derrière les femmes » et dont il faut se méfier. D'autre part, elles dénoncent les filles qui font la vie, en général, et partagent, de la sorte, la vision « machiste » exprimée par les garçons.

Premièrement, on peut se tourner du côté de la « prostitution ». Les « professionnelles du sexe », comme on les appelle maintenant, ont toujours été reconnues unanimement comme une « catégorie » ou un « groupe » à risque. D'ailleurs, on retrouve encore à l'heure actuelle ces dernières dans le CSN 2009-2013 : elles sont les premières citées parmi les « populations les plus exposées au VIH ».

Le Palec avance que « si les “prostituées” ont été incriminées dès le début de la prise en compte de la maladie, [...] c'est sans doute que le sida, [...] est trop chargé symboliquement pour être appréhendé autrement que dans le cadre de la déviance sexuelle et sociale » (Le Palec, 1999 : 346). Or il n'est pas acceptable de considérer la prostitution en tant que telle comme un facteur de risque aggravant, mais plutôt la fréquence des pratiques sexuelles à haut risque et l'absence répétée de protection.

Il est interpellant d'observer que ces adolescents ne remettent que rarement en cause leurs propres conduites : la faute revient à la fille avec qui ils vont avoir des rapports sexuels, qui elle-même a contracté la maladie auparavant, en allant voir un homme qui l'avait attrapé auprès d'une autre femme, et ainsi de suite. Or ces adolescents fréquentent les sites de prostitution, reconnaissent avoir des relations sexuelles diversifiées, et nous allons voir par la suite que leurs stratégies de protection sont hasardeuses, d'un point de vue strictement biomédical. Ainsi, comme l'affirme Le Palec, puisqu'il « n'est jamais souligné que les pratiques sont déterminées par les clients [...] ainsi disparaissent ces hommes qui ont transmis le virus et les prostituées restent présentées comme premières dans l'ordre de la contamination » (Le Palec, 1999 : 349). Or, nous allons voir que les jeunes filles, « prostituées » ou non, bien souvent prises dans des rapports de « genre » divers, n'ont que peu de pouvoir dans la négociation de la sexualité, et donc de l'utilisation du préservatif.

Ainsi, « à partir de cette catégorie “prostituées”, par glissements successifs, on stigmatise de nombreuses femmes, jusqu'à celles des quartiers qui se laisseraient séduire pour de l'argent, ou rechercheraient les hommes pour en obtenir des compensations. La plupart des jeunes femmes sont donc considérées comme des prostituées qui ne veulent pas dire leur nom » (Le Palec, 1999 : 351). On assiste donc à un renforcement de certains stéréotypes liés à la responsabilité, et *in fine* à la stigmatisation, des femmes dans la maladie. Or, comme nous l'avons déjà précisé, la notion de « prostitution » est particulièrement complexe et mérite d'être nuancée : il est alors essentiel de distinguer le « multi-partenariat » de la « prostitution » dans toute démarche de compréhension du rapport des femmes au sida et de la dynamique de propagation de cette maladie (Vidal, 2000 : 57).

Dans un second temps, comme Boumpoto l'explique :

« Dans la société congolaise, il est accepté (il en a toujours été ainsi) qu'un homme ait plusieurs femmes. Pendant longtemps, c'était un des signes extérieurs de richesse ou de pouvoir. Quoique moins tolérée chez la femme, la capacité de séduire était vue à un moment donné comme le signe visible des atouts d'une femme ou comme celui de son émancipation. Mais [...] là où il y a le sida, avoir plusieurs partenaires devient un dévergondage condamnable. Celui qui était envié hier est blâmé et il ne manque pas d'individus pour se réjouir de son malheur. Intervient une dichotomisation entre la bonne sexualité et la mauvaise, la première étant naturellement justifiée par la procréation dans le mariage, la richesse ou le pouvoir et la seconde, dévoilant l'envers, marquée du manque » (Boumpoto, 1999 : 368).

En effet, il est assez paradoxal de voir qu'à partir du moment où l'on sait qu'une personne a le VIH/sida, le multi-partenariat n'est plus toléré, devient du « vagabondage sexuel », alors qu'il s'agit ordinairement d'un comportement sexuel rentré dans les mœurs.¹²⁴ Dès lors, « les jeunes filles, surtout belles, sont considérées par les femmes mariées et les hommes comme des “distributeurs” du sida » (Boumpoto, 1999 : 368). Le sida, expression d'une sexualité perçue comme malpropre, indécente, à la fois dangereuse et méprisée, devient ce qu'on attrape lors de relations sexuelles mauvaises.

3.1.2 La contamination par voie sanguine

Tous les adolescents, à de rares exceptions près, ont évoqué la contamination du VIH par la voie sanguine, principalement lors de l'utilisation de matériel souillé par du sang infecté, marginalement lors d'une transfusion sanguine.

Ce sont d'abord les instruments des salons de coiffure ou de soins esthétiques, souillés par du sang infecté, qui les préoccupent. Parmi ceux-ci, les aiguilles et les « lames gilettes » sont incontournables, mais ils sont également très méfiants envers les ciseaux, coupe-ongles, tondeuses, etc.

Puis, la crainte d'attraper le sida lors d'une transfusion sanguine¹²⁵ ainsi que lors de baisers échangés entre des personnes qui ont des plaies dans la bouche sont des réponses qui ont été apportées chacune par un quart des adolescents.

Enfin, ils craignent également de se blesser avec les ferrailles qui parsèment certaines rues, pour peu qu'elles aient été en contact avec du sang infecté. A ce propos, les garçons de la rue m'expliquèrent que lorsqu'il y a des ennuis entre eux, avant même la bagarre, ils se déchirent eux-mêmes avec des lames, des couteaux, sur les bras, le torse, les jambes, pour impressionner l'adversaire. Cette pratique n'est pas sans danger, car ils utilisent ce qu'ils ont sous la main pour se taillader, ils se prêtent les instruments, etc.

Afin d'éviter des redondances inutiles, nous pouvons voir que la moitié des adolescents, filles et garçons, sont expressément revenus sur ce mode de contamination lors de la question des moyens de protection contre le VIH/sida. Ceux-ci préconisent dès lors d'éviter toute seringue, aiguille ou autre objet tranchant qui auraient été souillés par du sang infecté.

« Pour protéger ton corps du sida, il faut avoir le préservatif et ne pas faire la lame » (3, F).

« Ma maman me donne des conseils pour bien marcher, pour que je ne tombe pas et que je me blesse sur des objets tranchants » (4, F).

« Pour se protéger du sida, il faut utiliser des gilettes neuves, il faut faire attention au sang qui tombe sur la nourriture. Il ne faut pas toucher les choses qui blessent » (12, M).

« Il ne faut pas utiliser les aiguilles chez le coiffeur et les gilettes souillées » (14, M).

¹²⁴ Ce qui ne revient pas à affirmer qu'il faille l'accepter.

¹²⁵ Cf. aussi *infra* Partie II, 6.1, p.61.

3.1.3 La sphère du surnaturel

Beaucoup d'études ont été menées quant aux RS des adultes en matière de VIH/sida, mais peu ont été menées auprès des enfants et/ou adolescents, du moins, en contexte congolais. J'étais dès lors curieuse de voir quelle était la prépondérance, à l'heure actuelle, des étiologies sorcières et divines dans l'explication du VIH/sida chez les adolescents rencontrés. Plus de la moitié des adolescents¹²⁶ se sont prononcés sur le sujet, on constate donc une prégnance forte des savoirs magico-religieux chez ces derniers. Que ce soit en référence à Dieu ou au sorcier, la sphère du surnaturel est un mode dominant d'explication de l'infortune dans cette région, infortune dont relève le VIH/sida.

Il faut noter que la plupart d'entre eux admettent l'existence de l'une ou de l'autre, tandis que quelques-uns reconnaissent les deux simultanément. Quoiqu'il en soit, selon Abdon Goudjo, ne pas croire à l'une ou l'autre étiologie, c'est déjà l'évoquer, c'est une mesure contre-phobique.

3.1.3.1 *L'étiologie divine : le sida est une punition de Dieu*¹²⁷

Tout d'abord, il est intéressant de comprendre pourquoi et qui Dieu punit. Les adolescents s'accordent à dire que Dieu punit ceux qui ont un mauvais comportement, tel que le vagabondage sexuel, la violence physique, que l'on soit homme ou femme.

« Celui qui n'écoute pas les conseils de Dieu sera puni. Si tu marches mal quoi ! Dieu punit les bordels, mais pas les voleurs car Jésus a emmené un voleur avec lui quand il est monté au ciel. Moi, je donne des conseils aux petites des bordels pour qu'elles gagnent de l'argent autrement. Car Dieu ne punira pas si tu fais le bordel pendant 2 semaines, mais bien après. Prier, c'est bon, car seul Dieu a vu comment tu as marché » (12, M).

« Dieu ne te partage pas. Quand tu n'as pas d'argent toute la journée, c'est une punition de Dieu. Dieu punit les "têtes dures" [ceux qui ont la connaissance du sida mais qui s'entêtent] en leur envoyant des femmes qui ont le sida, alors ils vont coucher avec, puis ils vont connaître la mort » (13, M).

« Dieu nous a créés et c'est lui qui décide. Si tu n'écoutes pas sa parole, Dieu va te punir, te torturer avec le sida. Dieu te punit, quels que soient ton âge, ta couleur, ton sexe, du moment que tu marches mal. Il punit même les blancs. D'ailleurs, ils sont les plus grands pécheurs car ils ont créé les armes ! » (14, M).

« Le sida, c'est une punition de Dieu : si tu fais la pagaïlle, si tu sors avec n'importe qui sans te protéger, mais je ne crois pas que c'est le ndoki¹²⁸ » (24, F).

Puis, ils expliquent que les sorciers ne sont pas à l'origine du sida par le fait que, d'une part, Dieu est au-dessus de tout, et que, d'autre part, toute maladie incurable relève de Dieu.

« Le ndoki n'est pas plus puissant que Dieu. Ceux qui accusent les gens de sorcellerie, c'est par jalousie » (14, M).

« Il n'y a pas de remède qui guérit du sida, il s'agit donc d'une punition de Dieu. Si c'était une maladie des sorciers, Dieu aurait déjà agi, on aurait trouvé des médicaments. Les autres maladies sont soignables ; lorsque c'est incurable, cela relève de Dieu car c'est lui qui a créé les hommes. Le sida n'est pas à notre niveau » (17, M).

« Les sorciers ? Ah mais toi tu as confiance en Dieu ! » (12, M).

¹²⁶ Il est certain qu'ils auraient dû être plus nombreux à s'exprimer, car lors des premiers entretiens, quelque peu maladroite, je n'ai pas osé forcer le chemin. Or, pour que ces adolescents livrent des propos si peu normatifs à une jeune européenne qu'ils connaissent à peine, il faut soit du temps, soit leur tendre la perche.

¹²⁷ Dieu se dit *nzambé* en lingala, *nzambi* en lari.

¹²⁸ Le sorcier se dit *ndoki* en lari et en lingala.

A l'inverse, à la question « le sida serait-il une punition de Dieu ? », un adolescent répliqua :

« Pourquoi seulement le sida serait la punition de Dieu ? Il y avait d'autres maladies avant ! Moi, je ne pense pas » (15, M).

De même, un autre garçon trouvait complètement absurde que le sida soit une punition de Dieu, et se mit à éclater de rire. Tous deux se tournent dès lors vers l'étiologie sorcière.

En outre, on peut voir que, majoritairement, la prière est vue comme un moyen de se protéger contre le sida.

« Mon frangin n'utilise pas de "chemises". Je souhaite le bon Dieu qu'il puisse faire quelque chose pour qu'il ne soit pas atteint » (6, M).

« Moi, je prie, alors je ne peux pas attraper le sida. Mais la prière seule ne suffit pas : il faut la mettre en pratique, pendant la journée, pendant tes activités. Là où nous sommes, Dieu est là. Nous sommes tous des "petits dieux". Et le grand Dieu va punir les "petits dieux" » (14, M).

« C'est Dieu qui condamne les infidèles : le sida est un châtement divin. Avoir la foi divine peut t'épargner contre tout. La foi passe avant le préservatif » (20, F).

Seule une jeune fille affirma que la prière pouvait soigner le sida :

« Pour soigner le sida, il y a les médicaments, mais il y a aussi la prière. C'est la personne malade qui doit prier. Comme c'est Dieu qui a voulu que tu aies la maladie, Dieu va faire le miracle. Ça va passer facilement, si tu as la foi. Mais si tu pries en l'air... » (3, F).

Enfin, selon Dialmy, « percevoir le sida comme une punition, c'est faire preuve d'une pensée finaliste qui consiste à voir dans les phénomènes naturels l'expression d'une intentionnalité supra-humaine » (Dialmy, 2008 : 47). Par conséquent, on peut se demander ce qu'il en est dans le cas d'une contamination du fœtus par la mère ? Peut-on parler de punition alors que le fœtus n'a encore commis aucun péché ? Aucun adolescent ne s'est prononcé à ce sujet.

3.1.3.2 L'étiologie sorcière : le sida des sorciers

Premièrement, les adolescents m'expliquèrent qu'il y a deux sidas : le sida des sorciers et le sida proprement dit.

« Il y a deux formes de contamination. Il y a le sida des sorciers : le sorcier regarde dans la famille et celui qui peut aider la famille, celui qui réussit, qui brille, alors le sorcier jette le sida sur lui. Tu peux prier pour éviter cela. Puis il y a le sida qui est une conséquence de nos propres erreurs, le sida de nos bêtises : si tu fais la pagaille, si tu fais du vagabondage, alors tu vas aller attraper le sida. Les gens qui ont de l'argent vont dans la rue, ils prennent les filles, elles sont peut-être infectées, et puis ils attrapent le sida » (8, M).

« Il y a une catégorie du sida qui est celui des sorciers. Ce sida-là, on s'en protège en priant. Il n'y a pas besoin de préservatif. Il faut aller dans les groupes de prières (20, F).

« Le sida des sorciers est très compliqué. C'est une autre face, c'est très mordant, plus méchant. Il attaque plus vite et tu chutes. Il y a une autre forme du sida : je ne sais pas d'où ça vient, mais ça prend du temps » (10, M).

Ainsi, contrairement à la punition de Dieu – qui touche ceux qui ont un mauvais comportement – le sorcier ne s'en prend pas aux mêmes personnes. Il va plutôt « jeter le sida » sur des individus qui réussissent bien dans la vie, qui ont un avenir prometteur.

« J'entends parler du sida des sorciers, quelquefois, ils jettent le sida. Mon grand-frère avait le sida là-bas : les sorciers lui avaient jeté. Le sorcier, il choisit les gens qui ont une vie paisible et prospère dans la société, mais il choisit aussi les jeunes, simplement. Il peut jeter le sida sur une petite fille. Ça peut être par jalousie, ou par haine » (11, M).

« Ce qu'il se passe, c'est que le sorcier peut lire l'avenir de quelqu'un : si l'avenir est prometteur, il jette sur cette personne le mauvais sort, le sida. C'est souvent des gens beaux, intelligents, qui se débrouillent bien dans la vie. Ils deviennent alors le "jouet du sorcier". J'en ai vu des cas. Même qu'une fille a eu les lèvres vertes » (20, F).

« Quand tu te disputes avec quelqu'un, si le sorcier peut pas te bouffer comme ça, il te jette le sort. Ce n'est pas tout le monde. Ils bouffent pas n'importe qui. Ils bouffent ceux qui ont des problèmes, et s'ils peuvent pas les bouffer, ils bouffent leurs enfants. Certains sorciers, pour être plus forts, prennent le sang des enfants. J'ai déjà entendu dans des veillées que la victime avait été bouffée par un sorcier. Parfois même, pendant la messe, le sorcier agit sur le prêtre, qui transpire et devient mal à l'aise. Moi, pour éviter cela, je ne côtoie pas beaucoup de monde. J'ai peur, car ça existe, mais j'ai pas peur pour moi car je n'ai pas de problèmes avec les amis. J'ai déjà été attaqué une fois, mais je ne veux pas en parler » (10, M).

Sans entrer dans les détails, on peut voir ici que l'imputation de la cause de la maladie s'effectue selon un « modèle projectif-persécutif » (Zempléni, 1982), en référence à la psychanalyse. La projection, c'est « l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît lui-même » (Zempléni, 1982 : 9). La persécution, quant à elle, consiste « en la projection et l'inversion des souhaits censurés qui réapparaissent alors sous forme d'idées persécutives » (ibid.). Ainsi, en bref, il s'agit d'attribuer la maladie à une intention socialement située, à l'action intentionnelle d'un autre, à l'effet du désir d'un autre.¹²⁹ D'après Boumpoto, « dire le sida » revient à avouer la culpabilité d'une sexualité défendue, sentiment qui pousse les individus dans le registre de l'interprétation mystique du sida.

« En effet, qui peut condamner ou se moquer de la victime d'une agression sorcière puisque chacun est toujours en danger d'y être confronté ? Ainsi, l'interprétation persécutive de la maladie permet à chacun de vivre le sida à un moindre coût psychologique car alors, il est vidé de sa composante sexuelle interdite et procure des bénéfices secondaires certains, comme l'espoir de guérir – pourvu seulement qu'on fasse lâcher sa proie au sorcier, contrairement à celui qui est atteint d'un sida-sida et qui est condamné, en l'état actuel des choses, à en mourir » (Boumpoto, 1999 : 370).

Ainsi, pour éviter le sort du sorcier, ou pour qu'il lâche sa proie, il faut « la protection » (11, M), c'est-à-dire, recourir aux *nganga*¹³⁰ lors des séances de prières.

In fine, la sorcellerie permettrait aux individus de répondre à l'inconnu que constitue le VIH/sida, à l'angoisse qu'il engendre, d'autant plus grande qu'il est sous-tendu par une souffrance humaine (Ezembé, 2003 : 220). Comme l'avance Abdon Goudjo¹³¹, la plupart des maladies sont vécues par les populations et les scientifiques viennent mettre un nom dessus ; pour le sida, c'est l'inverse.¹³² De même, les éducateurs de l'Espace Jarrot m'expliquaient que « lorsque cela dépasse notre entendement, on ne réfléchit plus et on impute la chose à la sorcellerie¹³³ ». Et le VIH/sida est particulièrement propice aux accusations de

¹²⁹ En effet, les adolescents parlent de sentiment de jalousie face à celui qui réussit dans la vie, de sentiment de haine quand adviennent des conflits entre amis, dans la famille, etc.

¹³⁰ Le féticheur, en lingala et en lari.

¹³¹ Entretien réalisé le jeudi 26 mars au siège du SEP/CNLS, Brazzaville.

¹³² L'inconnu que constitue le VIH/sida l'est d'autant plus qu'il s'agit d'une maladie devant laquelle la réponse biomédicale elle-même se sent « impuissante ». Néanmoins, Vernazza-Licht préconise de ne pas parler « d'impuissance » car cette situation n'est pas spécifique au VIH/sida. De plus, d'importants progrès ont tout de même été réalisés depuis la découverte du virus en 1981 et de la maladie en 1983, progrès qui sont palpables dans les pratiques de soin quotidiennes. Enfin, si les médecins sont toujours dans l'incapacité d'obtenir la guérison, ils sont aujourd'hui mieux armés pour faire face à l'infection, ce qui a participé au rééquilibrage des relations entre patients et médecins (Vernazza-Licht, 1996 : 207-09).

¹³³ Mercredi 1^{er} avril 2009, Brazzaville.

sorcellerie : quand on a le VIH, le système immunitaire s'affaiblit, et on finit par attraper la moindre maladie.

« Quelqu'un qui a le sida, il a beaucoup de maladies, il souffre un peu de tout, et il souffre longtemps, jusqu'à la mort. Ce n'est pas normal, ça ne peut être qu'une maladie du sorcier » (17, M).

La prépondérance de l'étiologie sorcière est incontestable, mais l'on remarque toutefois que certains adolescents semblent perturbés, à moitié convaincus, ils n'arrivent pas à prendre position, ou expriment ouvertement leur peur.

« Avant, je ne croyais pas au ndoki. Les gens me disaient que ça existe. Mais on était petit, on ne croyait pas. Mais le sida peut venir par la sorcellerie : tu fais un rêve la nuit, tu ne dois pas accepter d'aller avec une femme, sinon tu vas l'attraper. J'ai déjà fait le rêve deux ou trois fois, mais je ne crois pas à ça » (15, M).

« J'ai horreur des sorciers. Je ne regarde pas les films qui en parlent. J'ai peur, je ne veux pas revoir ces images pendant la nuit. Rien qu'en parler, je n'aime pas, j'ai peur » (13, M).

Pour terminer, on peut remarquer que les adolescents n'ont pas parlé de ces accusations qui pèsent sur les enfants et adolescents. Ces situations où des proches accusent les enfants de parents morts du sida d'être des enfants-sorciers à l'origine de leur mort, pourtant bien présentes et moins cachées qu'auparavant, restent quelque peu taboues.¹³⁴

3.2 Les éléments représentatifs périphériques

3.2.1 La peur de mourir seul

Il s'agit ici d'une cause particulièrement interpellante, d'une réflexion qui s'avère relativement dure. Plusieurs adolescents pensent que les gens malades du sida et qui en sont conscients propagent volontairement la maladie en ayant des rapports sexuels non protégés.

« Le sida n'est pas une maladie de Dieu, ni de Satan. Ce sont les gens qui ont le sida, qui savent qu'ils l'ont et qui le distribuent aux autres parce qu'ils ne veulent pas mourir seuls » (7, M).

« Pourquoi les antirétroviraux existent ? Il serait bon que cela n'existe pas car les "papas" qui ont le sida et qui prennent les médicaments ont l'apparence de personnes saines et alors ils transmettent le sida aux "petites". S'ils ne prenaient pas ces médicaments, on verrait qu'ils ont le sida, ils ne vivraient pas si longtemps et ils mourraient, ce qui arrêterait le sida. Ces "papas" savent qu'ils ont le sida mais ils s'en fichent et le donnent aux petites car ils ne veulent pas mourir seuls » (19, F).

Cette dernière fait allusion à son frère, infecté par le VIH et ne manifestant pas encore de signes visibles liés à la progression des infections opportunistes.

Ces propos sont particulièrement forts, dans le sens où ces adolescents voient dans les antirétroviraux un vecteur de propagation du VIH/sida, et non l'opportunité pour les personnes infectées/malades de pouvoir vivre plus longtemps. Cette évocation du comportement irresponsable des hommes plus âgés, qui « donnent le sida aux petites », est fréquente, bien que souvent moins radicale que ces extraits, car

¹³⁴ Les éducateurs de l'Espace Jarrot m'expliquent que les cas d'enfants-sorciers sont plus visibles dans les familles les plus démunies, où l'on met tout sur le dos de la sorcellerie. On ne mange pas à notre faim, on est malade, quelqu'un est mort ? C'est la faute de l'enfant. Dans les familles prospères, c'est l'inverse : on parle de magie. L'interprétation dépend ainsi du cadre social. La métaphore suivante résume bien cette idée : « celui qui perd son portefeuille crie au sorcier, tandis que celui qui le trouve remercie la Grâce de Dieu ».

finalement, c'est un peu l'idée de laisser mourir les sidéens afin de régler le problème du sida, ce qui occulte divers facteurs connexes.

On retrouve cette idée avec Gruénais, qui, parlant de Brazzaville et de Pointe-Noire, avance que :

« nombre de médecins craignent d'annoncer le diagnostic au patient. Trois arguments sont généralement avancés :

- si le patient est en phase terminale, il est inutile d'ajouter encore le poids de cette nouvelle à sa souffrance ;
- le patient se sachant atteint risque de se suicider ;
- le patient, par vengeance, multipliera délibérément le nombre de ses partenaires sexuels pour propager volontairement le virus » (Gruénais, 1996 : 222).

Les médecins parleraient donc, quant à eux, clairement de « vengeance », propos assez fort également. D'ailleurs, bien que Gruénais se demande si les deux derniers arguments procèdent d'une véritable connaissance, la question de la sensibilisation des personnes infectées au VIH ou malades du sida reste en suspens.

3.2.2 La contamination de la mère à l'enfant

Absolument aucun des adolescents, fille ou garçon, n'a évoqué la contamination de la mère à l'enfant comme mode de transmission du VIH, alors que parmi eux, il y avait des jeunes filles-mères, parfois même enceintes du deuxième enfant. Ainsi, seuls quelques-uns (quatre filles, un garçon) se sont exprimés sur le sujet, après évocation de ma part. L'une confirme « qu'une maman enceinte peut transmettre le sida à l'enfant, parce que c'est contagieux par le sang » (4, F). Deux autres affirment qu'il n'y a pas automatiquement transmission car on peut préserver l'enfant par des soins médicaux (18 & 19, F). La dernière soutient qu'il ne peut pas y avoir de transmission de la mère à l'enfant, « parce qu'à l'hôpital on prend des précautions pour éviter la contamination » (23, F). Enfin, l'adolescent, quant à lui, évoque la contamination du nouveau-né par le lait maternel (7, M).

On observe donc des réponses toujours partielles, qui ne couvrent pas, à elles toutes, l'ensemble des possibilités de transmission de la mère à l'enfant.¹³⁵ Ceci est particulièrement inquiétant quand on sait que les adolescents ont des rapports sexuels très précoces et que l'âge moyen des adolescentes brazzavilloises au moment de la première grossesse est de 15,5 ans¹³⁶ (MPFID, 2007 : 19).

3.3 Une difficulté à hiérarchiser les risques

Tout comme l'avance Vidal dans le cas de sa recherche menée à Abidjan, on observe chez les adolescents une certaine « difficulté à hiérarchiser les risques relatifs aux différents modes de transmission du VIH » (Vidal, 2004a : 51). Cette difficulté n'est pas sans lien avec leur impossibilité d'évaluer, quantitativement, la probabilité d'être contaminé, pour chaque mode. Ainsi, les adolescents mettent sur le même pied le risque d'attraper le VIH lors de l'utilisation d'instruments souillés par du sang infecté et celui de

¹³⁵ La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut avoir lieu pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après celui-ci, *via* le lait maternel.

¹³⁶ L'étude a été menée dans sept localités, dont Brazzaville, auprès de filles et de garçons âgés de 10 à 17 ans vivant sur le périmètre de la localité concernée.

contracter le VIH lors d'un rapport sexuel non protégé. Or, ils n'intègrent pas dans leur représentation la contamination de la mère à l'enfant.

Parallèlement à cela, il apparaît que les messages de prévention, le plus souvent, s'en tiennent à énoncer des situations de transmission sans en préciser les niveaux, variables, de risque. Cela participe certainement à la production d'amalgames malvenus, dans le sens où « l'absence de hiérarchisation des risques a par ailleurs pour effet négatif d'accroître la perception de la personne infectée par le VIH comme potentiellement contaminante dans des situations qui, d'un point de vue épidémiologique, ne sont pas attestées » (Vidal, 2004a : 51). C'est ainsi que nous allons voir, par la suite, des adolescents manifester la crainte de partager des ustensiles avec des personnes séropositives.¹³⁷

4 La négociation du préservatif, une véritable relation de « genre »¹³⁸

Dans la continuité du thème précédent, les adolescents rencontrés ont évoqué trois grands moyens de se protéger du VIH/sida : porter le préservatif, éviter le « vagabondage » et prendre garde aux instruments souillés par du sang infecté. Seuls deux adolescents – un garçon et une fille – ont fait explicitement référence à la fidélité, et l'abstinence n'a quant à elle pas été évoquée une seule fois.¹³⁹ En outre, selon certains, la prière est le meilleur moyen de se protéger contre le sida, comme nous avons déjà pu le voir dans la section précédente.

En bref, à l'occasion de ce thème sur les moyens de se protéger contre le VIH/sida, c'est principalement la question de l'utilisation du préservatif qui va être analysée, mettant en exergue tout un faisceau d'enjeux sous-jacents. Ainsi, la question du vagabondage, transversale, a déjà été initiée à travers le thème de la « causalité transmissive » et va se poursuivre ponctuellement dans ce chapitre. Nous ne reviendrons cependant pas sur la question des instruments souillés par du sang infecté, directement clôturée lors du chapitre précédent.

Dès lors, comme premier moyen de protection contre le sida, le port du préservatif a été cité *quasi* à l'unanimité par les adolescents – seuls deux adolescents n'y ont absolument pas fait référence. Or, fille ou garçon, il s'avère qu'ils n'ont que peu recours au préservatif, voire pas du tout. En effet, toutes les études récentes mettent en exergue la faible utilisation du condom par les congolais, tous âges, sexes et régions

¹³⁷ Cependant, on peut aussi soupçonner là une confusion avec les modes de transmission de la tuberculose, maladie contagieuse qui se propage par voie aérienne.

¹³⁸ Selon l'ONG Le Monde selon les Femmes, le concept du genre « ne cible pas les femmes comme un groupe à part. Il s'intéresse aux rapports sociaux entre les sexes, à leurs interactions, et met en évidence la construction sociale des rôles féminins et masculins ainsi que la hiérarchie qui marque cette forme de relations. L'approche du genre permet de mettre en évidence les différentes fonctions assurées par les un(e)s et les autres. Elle introduit directement dans le langage le fait que la différence homme/femme n'est pas seulement biologique. [...] Les relations de genre ne sont pas figées », LE MONDE SELON LES FEMMES, <http://www.mondefemmes.org/presentation/genrdev.asp> [site consulté le 3 août 2009]. Pour plus de précisions sur l'approche « genre », l'ONG a publié « Les essentiels du genre », une série de cahiers pratiques.

¹³⁹ Concernant ces notions d'abstinence et de fidélité, cf. *infra* Partie III, 2.2.2, p.73.

confondus.¹⁴⁰ De plus, comme l'assure Abdon Goudjo, la société congolaise, dans son ensemble, est indéniablement caractérisée par un accès à la sexualité très précoce.¹⁴¹

C'est à travers les discours et descriptions de pratiques des adolescents que nous allons tenter de comprendre quelles sont les raisons qui les amènent à hésiter ou à refuser de protéger leurs relations sexuelles, ainsi que celles qu'ils mettent en avant pour justifier le comportement inverse.

Par conséquent, Vidal ne peut être plus juste lorsqu'il dit que :

« le discours préventif sur la nécessaire protection des relations sexuelles ne peut plus occulter [...] la question essentielle de la négociation du rapport sexuel, donc du préservatif : processus de décision qui, face au risque représenté par le sida, révèle des capacités de décisions, des positions de pouvoir, donc de véritables relations de "genre" » (Vidal, 1996 : 160).

Or cette question du « genre » dans l'étude de la RS du VIH/sida chez les adolescents concernés doit s'appréhender au-delà de ses seuls déterminants culturels. Il s'agit dès lors de considérer l'accès des filles à l'information sur le VIH/sida, leur autonomie financière ainsi que leur protection juridique, autant de facteurs façonnant les relations homme/femme. A ce propos, Vidal préconise de ne pas réduire ceux-ci à la seule situation des filles et femmes africaines, de ne pas « raisonner en termes de cultures locales africaines alors [...] que les problèmes sous-jacents à la non utilisation du préservatif se repèrent dans de nombreuses sociétés, sur tous les continents » (Vidal, 1996 : 160).

4.1 L'universalité des refus d'emploi du préservatif

Parmi la population générale, comme parmi les praticiens du développement ou le personnel de santé, il est courant d'entendre dire que les jeunes n'aiment pas utiliser le préservatif ou qu'il n'y a pas encore de « culture du préservatif ». Certes, les adolescents eux-mêmes, à Bacongo, disent « qu'avec le préservatif, il n'y a pas de sentiments » (3, F), que « les jeunes n'aiment pas utiliser les "chemises" » (6, M), qu'ils préfèrent le « corps à corps », tantôt en raison d'une diminution du plaisir sexuel, tantôt en raison de douleurs ou de chatouillements. Mais cela n'a rien de spécifiquement congolais, ni africain. Rien n'est moins sûr qu'en interrogeant de jeunes Européens, Asiatiques ou Sud-Américains, ils n'évoquent tout aussi banalement de telles réticences. Il faut donc éviter de tomber immédiatement dans un tel fatalisme de l'échec, qui emprisonne les Congolais « dans un système de contraintes culturelles » (Vidal, 1996 : 159).

Certains pourront se demander, dès lors, pourquoi ces adolescents qui ont connaissance du préservatif comme moyen de se protéger contre le VIH/sida¹⁴², y recourent si peu souvent ? Nombreux sont les anthropologues qui ont démontré que la connaissance des moyens de protection contre le VIH/sida est

¹⁴⁰ En ce qui concerne les adolescents, on peut relever que seuls 51,2 % des garçons de 10-17 ans et 48,5 % des filles de 10-17 ans ont eu recours au préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (MPFID, 2007 : 38). Au cours de leurs derniers rapports sexuels à hauts risques – rapports sexuels avec un(e) partenaire non marital(e) et non cohabitant(e) – seuls 19,5% des filles de 15-19 ans et 32,5% des garçons de 15-19 ans ont utilisé un condom (CNSEE, 2005 : 211-14).

¹⁴¹ Entretien réalisé le jeudi 26 mars 2009 au siège du SEP/CNLS.

¹⁴² Ce qui ne revient pas à dire qu'ils ont les connaissances minimums en matière de VIH/sida.

certaines « nécessaire pour fonder un comportement préventif [mais] n'est nullement suffisante » (Vidal, 1996 : 80). C'est ce que nous allons nous efforcer de comprendre dès à présent.

4.2 Le préservatif, signal de la maladie sida¹⁴³

Au détour des discussions avec les adolescents, on se rend compte que le préservatif apparaît comme signal de la maladie elle-même. En effet, au-delà de la considération du préservatif comme un simple objet qui a une fonction « technique », prophylactique, celui-ci révèle, de manière symbolique, des références au réel, aux valeurs, à la vie sociale qui lui donnent sa signification et, *in fine*, décident de son utilisation. En effet, comme l'explique Vuarin, « utiliser ou proposer d'utiliser l'objet revient à reconnaître l'existence du risque puisqu'on s'en prémunit, et donc la présence de la maladie. De ce fait, ne pas l'utiliser revient, tout aussi symboliquement, à nier l'existence et du risque et de la maladie » (Vuarin, 1999 : 447). Ainsi, le préservatif représente en quelque sorte la maladie, la fait exister, est un indice de sa présence, qui plus est dans une relation particulière entre deux individus. Dès lors, s'il est associé à tous les éléments représentatifs du VIH/sida, « il est aussi le centre d'un système spécifique de représentations » (ibid.).

En effet, cette première association de sens entre l'objet et la maladie s'accompagne d'une autre association particulièrement générale « qui consiste à considérer l'objet comme symbole de comportement sexuel et de statut du groupe social correspondant à ce comportement » (ibid.), comportement sexuel dépravé, indigne d'un statut respectable. C'est alors que l'adolescent qui propose à sa « vraie femme » – avec qui, on va le voir, une certaine confiance et un certain respect mutuels se sont instaurés – d'utiliser le préservatif, celle-ci s'offusque, voire le blâme. Elle manifeste ainsi la volonté de protéger sa dignité ainsi que l'avenir et le type de relation future. En conséquence, Vuarin¹⁴⁴ reconnaît au préservatif une nature relationnelle, dans le sens où il est « peut-être surtout vecteur et enjeu d'une communication entre deux individus [...]. Ce qui se joue au travers, où à propos du préservatif est moins la santé des partenaires, que leur honneur, leur respectabilité, leur position sur l'échelle sociale » (Vuarin, 1999 : 448). La négociation entre les partenaires porte alors sur ce que chacun veut être, ce qu'est l'autre et ce qu'ils vont devenir ensemble : « le refuser, c'est exprimer sa confiance en l'autre, [...] affirmer l'égalité de statut de partenaires¹⁴⁵, valoriser et être valorisé par la relation » (ibid.).

Ainsi, on perçoit clairement dans les propos des adolescents le rôle de la confiance, qui tient lieu pour eux de protection face à la menace du VIH/sida, et par conséquent dispense de l'utilisation du préservatif. La durée d'une relation est principalement déterminante. Ainsi, l'adolescent ne se protège pas avec sa « vraie

¹⁴³ Notons qu'à ce sujet, les propos récoltés auprès des garçons ont été plus nombreux, et plus explicites, par rapport à ceux des filles.

¹⁴⁴ Robert Vuarin était maître de conférences au département de sociologie de l'Université de Provence et chercheur au Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED).

¹⁴⁵ En effet, Vuarin met également en avant l'usage nécessairement relatif du préservatif dans le sens où, selon lui, « le fait que le préservatif symbolise le rapport statutaire entre les partenaires revient donc à ce que son utilisation soit impossible si ce rapport est égalitaire ("isogamique"), mais possible s'il est inégalitaire ("hypergamique") » (Vuarin, 1999 : 450).

femme », avec sa copine « de longue date ». Les filles, de leur côté, mettent aussi en avant l'importance de la durée dans la relation.

« J'ai deux copines. La première, je suis avec depuis longtemps ; l'autre, elle est plus nouvelle. Je ne porte pas le préservatif avec la première, car j'ai confiance, je suis sûr qu'elle n'a que moi. Avec la seconde, j'en porte, car je ne suis pas sûr d'être l'unique copain pour elle, alors j'ai peur du sida. Aucune des deux ne connaît l'autre, ça crée parfois des embuscades » (6, M).

« Je ne porte pas le préservatif avec ma copine, car elle est fidèle et j'ai confiance en elle. Mais quand je vais chez les "tombées", je porte la "prudence". Parfois, j'oublie, quand j'ai bu ou que j'ai fumé le chanvre » (9, M).

« Je n'utilise pas le préservatif car j'ai une petite amie depuis longtemps. Elle est sérieuse, elle va à l'école et elle vit chez ses parents. D'autres garçons lui font la cour, mais moi je n'ai pas encore vu qu'elle me trompait » (14, M).

« Au début, je l'utilise, puis après un certain temps, je ne l'utilise plus » (18, F).

En outre, une jeune fille explique :

« Je n'utilise pas le préservatif, car les garçons ne comprennent pas pourquoi je voudrais le mettre si je n'avais pas le sida. J'ai peur, mais je n'y peux rien, sinon, il ne va plus me donner l'argent » (24, F).

On voit ici que l'adolescente, en réaction aux soupçons exprimés par le partenaire face à sa volonté d'utiliser le préservatif, va accepter de faire l'amour sans protection, en raison d'autres facteurs, tels qu'un réel besoin d'argent pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Mais la réaction du garçon nécessite un éclairage complémentaire, concernant la vision que les adolescents ont des filles, qu'ils assimilent à des « distributeurs de sida ». On a vu que l'assimilation du préservatif à un comportement sexuel dépravé, indigne d'un statut respectable, impliquait la non utilisation de celui-ci entre deux adolescents qui se fréquentent depuis un certain temps. A l'inverse, on observe qu'en dehors de leur petite amie principale, les garçons affirment ne pas envisager de rapport sexuel non protégé avec les autres filles, justifiant leur attitude par la peur d'attraper le sida car « les "petites" vont partout », car « le sida vient de ces filles-là ». Du coup, dans cette optique, une fille qui refuse le port du préservatif, c'est une fille malade du sida, et qui veut le transmettre à ses partenaires sexuels. On perçoit quelque part de la suspicion, et le sentiment de peur qui en découle.

« Il faut porter le préservatif. Avec ma copine, ma vraie femme, je ne l'utilise pas, mais avec les autres bien car elles sont petites, elles vont partout. Je leur impose le préservatif, et si elles ne veulent pas, je ne cède pas, je m'en vais car, c'est qu'elles veulent me donner la maladie, elles sont malades » (11, M).

« Je ne peux pas aller sans le préservatif avec une femme avec qui je ne suis pas habitué. Si une fille refuse de porter le préservatif, c'est qu'elle est malade. Elle n'a qu'à aller voir ailleurs, car c'est mon argent que je sors » (12, M).

« La fille peut imposer le préservatif à son ami. Si l'un des deux refuse, ça veut dire qu'il a le sida. Moi, je refuse le "corps à corps", j'ai vu trop d'amis en mourir, c'est trop dangereux » (18, F).

Ainsi, cette assimilation du préservatif à la maladie du sida, joue, dans certains cas, en faveur de l'utilisation du préservatif, alors que dans d'autres, elle implique des rapports sexuels non protégés. Ces éléments de la négociation s'éloignent d'une pure logique de prévention sanitaire.

On remarque à nouveau¹⁴⁶ le caractère partiel de la perception du risque chez ces adolescents, dans le sens où ils n'envisagent pas la possibilité de contaminer leur copine attitrée, tout en reconnaissant ouvertement

¹⁴⁶ Lors de la section 3.1.1.1 (Partie II, p.45), nous avons déjà vu que ces adolescents ne remettent que rarement en cause leurs propres conduites.

en fréquenter d'autres. Certes, ils insistent sur le fait qu'ils recourent à l'utilisation du préservatif, mais nous allons voir que cette stratégie est loin d'être systématique. De plus, s'ils incriminent leurs partenaires secondaires ainsi que toute fille qui « fait la vie », leur copine « officielle » semble être à l'abri du VIH/sida.

4.2.1 Et la contraception ?

Il est pertinent d'introduire à ce moment la question de la contraception car, selon Vuarin, « le préservatif est associé à la maladie du sida, dans la mesure où il n'est pas associé à la contraception » (Vuarin, 1999 : 450). Il pense approprié d'opposer ces deux associations, « certainement exclusives l'une de l'autre, et reconnaître que l'usage du préservatif ne peut se justifier à la fois par ses deux fonctions de contraception et de prévention sanitaire », la première vouant les relations à la stabilité, contrairement à la seconde (ibid.).¹⁴⁷

Il est vrai que parmi les adolescents rencontrés, un garçon et deux filles disent avoir recours au préservatif dans un but de contraception. Néanmoins, sans avoir approfondi la question, il est douteux d'aller dans le sens préconisé par Vuarin. En effet, sur les trois, le garçon évoque tant le but de contraception que celui de prévention contre les IST ; ceux-ci ne semblent donc pas exclusifs l'un de l'autre. Mais nous n'avons que peu d'informations à ce sujet ; il aurait été intéressant d'approfondir la relation entre ces deux fonctions du préservatif.

« Le préservatif, c'est pour éviter les grossesses. Je l'utilise pour cela, et pour éviter les maladies : la gonococcie, et... oui, le sida aussi » (9, M).

« J'utilise le préservatif, mais pas pour me protéger du sida » (24, F).

« J'utilise le préservatif avec mon copain, pour la contraception, mais quand je suis dans la bonne période, je ne l'utilise pas. C'est moi qui décide » (22, F).

Dès lors, nous suivrons plutôt la réflexion de Vidal, qui se situe à un niveau moins « symbolique » mais plus « pragmatique ». D'après lui, les principes de négociation et de hiérarchisation se jouent aussi sur d'autres plans. Ainsi, les relations sexuelles ne peuvent être considérées sous le seul angle d'une exposition au VIH/sida. D'autres choix se négocient entre partenaires, menant *in fine* à une confrontation entre le « social » et le « sanitaire ». Ainsi, lorsque les adolescentes manifestent leur réticence à faire confiance aux garçons, aux hommes, on observe dans leurs histoires de vie soit l'expérience d'une infidélité de leur partenaire, soit l'incapacité de celui-ci à assumer la charge de leur nouveau-né, soit, tout simplement, une image générale plutôt négative des relations avec le sexe masculin, s'avérant particulièrement difficiles, marquées par un rapport de force tournant le plus souvent à la faveur de celui-ci.

¹⁴⁷ Il explique cela par le fait que le préservatif se trouve « à la frontière de deux univers moraux, opposés mais cohérents : s'unir avec un membre de son groupe est la condition de la stabilité, et débouche sur une problématique d'enfantement (de vie), alors qu'à l'inverse, l'union inégale débouche sur l'instabilité, l'errance et peut-être la mort. Si le préservatif est bien perçu comme signe du partage entre deux univers symboliques aussi antinomiques, alors on peut comprendre qu'il y ait quelque réticence à l'utiliser, puisqu'il fait basculer ses utilisateurs du côté du déshonneur social et de la mort » (Vuarin, 1999 : 451).

Par conséquent, certaines adolescentes affirment ne pas avoir recours au préservatif uniquement dans une optique de prévention contre le VIH, mais également dans un but de contraception, afin de se prémunir contre une grossesse dont elles devront, seules, se charger. On peut donc parler d'une relative mise en perspective sociale du risque, dans le sens où « le risque-sida est conjugué et hiérarchisé avec d'autres risques qui, précisément parce qu'ils mettent en jeu la capacité de l'individu à se créer des espaces d'autonomie (dans son travail, dans sa vie de couple), réintroduisent la menace du sida » (Vidal, 2004a : 55). Vidal précise qu'il s'agit moins d'une hiérarchisation systématique que de « temps et lieux de l'incertitude » (Vidal, 2000 : 133), des incertitudes quant au comportement du partenaire et des hommes en général, des incertitudes sur les conséquences d'une éventuelle grossesse, etc. Ces lieux d'incertitude n'excluent cependant pas toute prise de décision en matière de VIH/sida, car ils prennent place dans un processus de connaissance croissante de celui-ci.

4.3 L'autonomie financière des filles

L'épidémie du VIH/sida prend place dans des contextes de pauvreté préexistants, et ne manque pas d'en engendrer de nouveaux. Face aux difficultés économiques, de nombreuses adolescentes – et de nombreuses femmes, plus largement – en arrivent à monnayer leurs rapports sexuels¹⁴⁸. Palliatif au départ, elles éprouvent progressivement des difficultés à sortir de ce rouage. D'après Le Palec,

« en milieu urbain, les relations sexuelles sont bien souvent appréhendées, indépendamment des relations affectives ou sentimentales, comme l'usage du corps des femmes contre rétribution. Dans ce cadre, deux types de femmes sont alors définis : les vénales, qui ont l'outrecuidance de se rendre, d'une certaine manière, libres en s'appropriant les fruits de leurs prestations sexuelles, et les autres, les démunies qui, parce que leur père ou mari ne s'acquitte plus de leurs devoirs envers elles, doivent s'adresser à d'autres hommes pour subvenir à leurs besoins » (Le Palec, 1999 : 351-52).

Quoiqu'un peu crue, cette description semble particulièrement appropriée à la situation que j'ai observée à Brazzaville.

Tournons-nous désormais vers les propos des adolescents :

« C'est la pauvreté, la cause du sida. Par la télé on le voit. Une femme qui n'a rien, face à un homme qui a de l'argent, elle ne peut pas refuser les rapports sexuels. Dans le village, les femmes qui n'avaient rien passaient les rapports avec les hommes n'importe comment. Ces hommes étaient du village ou étaient étrangers. Dans les chambres d'hôtel, les ménagères aussi, elles se livrent aux hommes » (15, M).¹⁴⁹

« N'importe qui peut avoir le sida. Mais notre tranche d'âge est plus vulnérable que les autres personnes, car on est tentées par beaucoup de choses : suivre la mode, avoir de l'argent, ça peut nous pousser à faire des choses » (23, F).

« Je n'utilise pas le préservatif, car les garçons ne comprennent pas pourquoi je voudrais le mettre si je n'avais pas le sida. J'ai peur, mais je n'y peux rien, sinon, il ne va plus me donner l'argent » (24, F).

¹⁴⁸ On ne doit pas sous-estimer le manque de perspective économique que rencontrent également les adolescents, mais ceux-ci se débrouillent principalement par d'autres moyens, qu'il s'agisse de petits boulots, de pratiques « délictuelles » telles que le vol. Certes, les adolescentes elles aussi peuvent se procurer de petits revenus en travaillant sur les marchés, mais ceux-ci sont très limités. En effet, elles gagnent mieux et plus vite leur vie en rentrant dans le circuit de la « prostitution ». D'autant que si enfant il y a, ce sont elles qui en ont la charge.

¹⁴⁹ Au départ cet extrait avait trouvé place dans les éléments périphériques de la « causalité transmissive » du VIH/sida – cf. infra Partie II, 3, p.44 – puis, afin d'éviter des redondances inutiles, j'ai trouvé plus pertinent de l'utiliser dans le cadre de cette section sur l'autonomie financière des filles.

Comme on le voit dans ces trois extraits, le manque de perspective économique de la fille a d'évidentes implications en matière de négociation de l'utilisation du préservatif. Le besoin d'argent est une contrainte non négligeable qui incite les adolescentes à accepter d'avoir des relations sexuelles non protégées. En effet, Viviane Obvoura¹⁵⁰, entre autres, affirme que face à un garçon, à un homme qui lui propose « beaucoup » d'argent, demander à une jeune fille de s'opposer à tout rapport sexuel non protégé a peu de sens. Lui demander d'appliquer l'abstinence ou la fidélité n'est pas plus approprié. La situation des filles-mères est particulièrement délicate, comme en témoigne cette réplique d'une adolescente de 17 ans, mère de deux enfants : « je ne peux pas laisser souffrir mon enfant parce qu'il y a le sida » (3, F).

Sur les sites de prostitution que fréquentent les EDR de Baongo, ainsi que lors de rapports sexuels avec des filles « libres » plutôt mobiles, on a vu que la passe est de 500 à 1000 XAF avec préservatif. Or, pour 500 francs de plus, la fille accepte un rapport non protégé, comme nous l'explique cet adolescent de 17 ans :

« Chez les prostituées, tu payes un forfait [500 + 500 pour le salon ou une chambre = 1000]. Si tu ajoutes de l'argent, elles acceptent sans capote » (13, M).

On peut noter à ce propos que la « stratégie » revendiquée par les garçons – non port du préservatif avec la « vraie » copine, port de celui-ci avec les autres – s'avère bien moins systématique qu'elle n'y paraît dans leurs discours. Ils ne manquent pas d'expliquer, par la suite, que lorsqu'ils en avaient les moyens, il était fréquent qu'ils décident ne pas recourir au préservatif. Remarquons, en outre, que l'influence de la consommation d'alcool et/ou de drogue et/ou de médicaments n'est pas sans interférer avec leur conscience de la nécessité de porter le condom.

D'autre part, le « suivisme » est un élément à prendre en considération. Viviane Obvoura insiste sur la nécessité avérée pour les filles de suivre la mode – vêtements, portables, etc. Un « suivisme » qui peut les pousser à accepter tout rapport rémunéré pour pouvoir être à la hauteur des autres, pour « être reconnue ». Serge Kivouélé, sociologue brazzavillois, parle quant à lui de « snobisme », en référence à la société de consommation (Kivouélé, 2007 : 3). En effet, comme on l'a vu précédemment, les adolescentes, à côté de leur « ami de cœur », ont régulièrement un « petit papa », homme fortuné, mais également un « West' Af » qui les fournit en cadeaux, en vêtements et autres articles de mode.

Ainsi, face à ce manque d'autonomie financière des filles, on passe, selon Le Palec, « d'une construction sociale à une autre, ou plus exactement on fait glisser l'une sur l'autre : le sida, maladie des femmes devient maladie de la pauvreté » (Le Palec, 1999 : 351).

4.4 Pistes complémentaires

Pour clôturer ce chapitre sur l'utilisation du préservatif, nous ne manquerons pas de considérer d'autres éléments importants, que nous laisserons à l'état de formulation, pour des raisons tant de concision que de non-prégnance dans les discours des adolescents rencontrés. Ainsi, la question de l'accès à

¹⁵⁰ Entretien réalisé le jeudi 19 mars 2009 au siège du CADFM à Brazzaville, dont elle est la secrétaire générale.

l'information¹⁵¹, aux services sanitaires ainsi que celle de la protection juridique des filles doivent faire partie d'une réflexion en termes de « genre ». N'oublions pas, d'autre part, que la structuration de cette seconde partie, motivée par un souci de théorisation, de facilitation de compréhension, n'en reste pas moins idéal-typique, dans le sens où les divers éléments représentatifs restent intimement imbriqués les uns dans les autres. C'est pourquoi la question de l'appréciation des femmes comme vecteur du VIH/sida reste particulièrement explicative dans le cadre de la négociation du préservatif.

5 La perception des personnes vulnérables au VIH/sida

Une question me paraissait particulièrement intéressante à sonder : comment ces adolescents perçoivent-ils leur vulnérabilité au VIH/sida ? Se sentent-ils concernés ? Perçoivent-ils le risque pour et par eux-mêmes ? Concrètement, sur le terrain, cette question était assez délicate à poser, dans le sens où à la question « y-a-t-il des personnes qui peuvent attraper plus facilement le sida ? », l'adolescent ne venait jamais à parler de lui. Dès lors, lui demander par la suite si lui-même était susceptible d'attraper le sida était assez malvenu et quelque peu « accusateur ».

Ainsi, certains ont affirmé que tout le monde était vulnérable face au sida.

« C'est comme le paludisme, tout le monde peut l'attraper ! » (2, F).

Mais la plupart ont nuancé leur réponse en précisant qu'il y avait des personnes plus vulnérables que d'autres.

« C'est une maladie infectieuse. Elle touche tout le monde, surtout les hommes » (16, M).

« Il y a des personnes qui peuvent attraper plus facilement le sida... celles qui vont voir trop de garçons ? J'en connais beaucoup » (3, F).

« Les hommes assoiffés de sexe attrapent vite le sida. Les hommes veulent trop avoir, les femmes sont plus calmes. Ceux qui sont drogués ou saouls, ils sautent même sur une folle ! Nous, les jeunes de la rue, on est plus exposés car on touche à tout. Dès qu'on a de l'argent, on va voir une fille. Mais on ne sait pas si beaucoup de jeunes sont malades » (10, M).

« Les filles qui ne sont pas putes ne peuvent pas attraper le sida. Les jeunes sont nombreux au CHU, il y a aussi bien des filles que des garçons » (11, M).

« Le sida peut m'attraper. Mais tout le monde aussi peut se protéger. Ça dépend de toi. Se protéger, c'est pas difficile, même si on n'a pas beaucoup d'argent » (15, M).

« N'importe qui peut avoir le sida. Mais notre tranche d'âge est plus vulnérable que les autres personnes, car on est tentées par beaucoup de choses : suivre la mode, avoir de l'argent, ça peut nous pousser à faire des choses » (23, F).

« Quand tu as une femme calme, puis le mari qui pagaille, il transmet facilement le sida à sa femme. Puis les autres filles qui font la vie dans les bars, qui sortent avec des grandes personnes, avec des papas qui ont beaucoup d'argent... J'entends parler de tout ça. Le sida, c'est pour tout le monde » (24, F).

A travers ces extraits – qui rappellent de nombreux éléments précédemment développés – on voit que les adolescents incriminent le comportement de certaines personnes, comportement qui les rend plus susceptibles d'attraper le sida. Tantôt ce sont les hommes qui « vagabondent », tantôt ce sont les filles qui « font la vie ». Ils reconnaissent, sans parler directement d'eux, la vulnérabilité de leur propre tranche

¹⁵¹ Notons que le manque de discussion sur le VIH/sida dans le cercle familial est une donnée non négligeable. En outre, ces adolescents, qu'ils soient non scolarisés ou déscolarisés, ont un accès moindre à l'information.

d'âge, mais n'ont pas l'air de se rendre compte du taux de prévalence parmi les adolescents. L'appât de l'argent est souvent mis en avant. En outre, le cinquième extrait est particulièrement intéressant : d'une part, l'adolescent semble conscient de sa vulnérabilité personnelle au VIH/sida, d'autre part, il affirme que tout un chacun peut se protéger, même celui – ou plutôt celle – qui n'a que peu d'argent.

Enfin, alors que certains assurent que, grâce à la prière¹⁵², ils ne sont pas vulnérables face au sida, deux adolescents affirment ne pas pouvoir attraper le sida, sur base d'arguments « matériels ».

« Moi je ne peux pas attraper le sida car je sais là où mettre les pieds. Je suis prudent par rapport à tout quand je vais chez les gens : gobelets, marmites, couverts... Quand ma tante était malade, ma mémé m'avait dit qu'elle devait avoir ses affaires personnelles et qu'il ne fallait pas toucher. Puis, je regarde les gens, et ceux qui sont suspects, je ne les approche pas. Si une personne est sale, c'est qu'il y a des risques de contamination. Une fille ou un garçon, ça n'a pas d'importance » (8, M).

« Le sida ne peut pas m'attraper, je porte toujours le préservatif. Julie, tu ne peux pas avoir le sida, tu n'as pas l'air malade, tu es propre. Si tu vas avec un garçon sans la capote, tu peux l'attraper » (9, M).

D'une part, souvenons-nous de cette difficulté à hiérarchiser les risques, mise en avant par Vidal, et qui mène ici l'adolescent à craindre d'attraper le VIH au simple contact d'ustensiles et objets personnels. D'autre part, ces garçons opposent le VIH/sida à l'hygiène, à la propreté. Dès lors, d'après eux, je n'étais pas susceptible de contracter le VIH, *a priori*.

Quelques-uns semblent reconnaître leur propre vulnérabilité au VIH/sida, mais malgré cela, on ressent de manière générale, lorsqu'on parle avec ces adolescents, le sentiment que finalement, « le sida, c'est pour les autres ». Ce manque de perception de leur propre exposition au risque va se confirmer à travers la question du test de dépistage du VIH.

6 Le test de dépistage du VIH

La problématique du dépistage réunit l'intérêt, varié, de divers acteurs, anthropologues, épidémiologistes et médecins. D'un point de vue anthropologique, donc, j'étais soucieuse de vouloir comprendre quelle signification les adolescents attribuaient au test ainsi que les motivations/freins qu'ils évoquaient pour y recourir/ne pas y recourir. Ce sont alors des éléments éclairants qui ressortent à travers l'analyse de cette problématique.

Seul un adolescent sur trois a fait un test de dépistage du VIH au cours de sa vie. Les deux autres tiers n'y ont jamais eu recours, certains ne connaissant pas l'existence du test (4/24), mais la plupart évoquant des raisons particulières. En effet, ces derniers savent qu'ils peuvent faire le test dans les hôpitaux (ex. à Makélékélé), dans les centres de santé intégrés (ex. Bisita), à l'Eglise évangélique, etc., et en connaissent parfois même les modalités pratiques.

Ainsi, nous allons dans un premier temps voir quelles sont les raisons qui ont été avancées dans le refus de faire le test de dépistage. Dans un second temps, nous verrons quelles sont celles qui ont poussé les adolescents à y avoir recours.

¹⁵² Cf. *supra* Partie II, 3.1.3.1, p.48 pour plus de précisions.

6.1 Raisons évoquées pour ne pas recourir au test de dépistage du VIH

Premièrement, il est fréquent que les adolescents expliquent ne pas vouloir faire le test car ils sont « sûrs d'eux ».

« Je suis sûre de moi. Si tu as le sida, on te dit que ton enfant ne peut pas atteindre un ou deux ans. Mon enfant, il a trois ans déjà » (1, F).

« Je n'ai pas peur, je suis sûr de moi : je n'ai qu'une seule copine et avec les autres petites je porte le sachet. Puis ma copine, c'est la mienne, elle ne peut pas avoir le sida » (11, M).

Le premier extrait est assez particulier : cette jeune fille-mère est persuadée qu'un enfant né d'une mère malade du sida ne peut survivre qu'un ou deux ans. Etant donné que son enfant a déjà atteint l'âge de trois ans, elle en déduit qu'elle ne peut être infectée par le VIH. Or « les manifestations cliniques de l'infection par le VIH chez l'enfant sont extrêmement variées »¹⁵³ et dans le cas de la forme lentement évolutive ou progressive, la survie à 5 ans est meilleure. Son attitude est donc sujette à caution. Le second extrait est certes plus « biologiquement correct », bien que l'adolescent en question m'ait auparavant affirmé ne pas toujours utiliser le préservatif. De plus, à nouveau, on perçoit cette « protection symbolique » à travers la relation « durable » qu'il a avec sa copine de cœur. Ainsi, les raisons évoquées restent assez « dangereuses ». En outre, un autre garçon s'est montré radicalement opposé à la possibilité de faire le test de dépistage, étant lui aussi sûr de lui, n'ayant remarqué aucun changement physique.

Puis, la peur paralyse certains adolescents, la peur de savoir, la peur du lieu de dépistage, du regard des autres, etc.

« Je n'ai pas fait le test. J'ai peur. On dit souvent que si tu pars là-bas, tu auras peur » (4, F).

« On peut te faire le test et puis on t'injecte ça [le sida] » (6, M).

« Je n'ai jamais fait le test à l'hôpital. J'ai peur. Peur de savoir. Peur qu'à l'hôpital, on me confonde : on dit que c'est toi qui a le sida, mais en fait, ce n'est pas toi » (24, F).

« Je pourrais faire le test, mais j'ai peur. Si j'apprenais que j'ai le sida, je me suiciderais » (22, F).

« On n'a jamais fait le test avec ma copine. Dans les couples, le sida crée des problèmes. Si un des deux est malade, c'est un problème car il attaque le conjoint. Les gens ont peur d'aller faire le test. Moi, je n'ai pas peur, je pourrais faire le test, car ce sont les hommes qui affrontent les situations » (10, M).

On saisit le manque de confiance qui s'exprime envers le personnel médical, l'un craignant qu'on lui injecte le virus du sida, l'autre redoutant une confusion des résultats.

Certains manifestent une telle peur face au VIH/sida qu'ils disent ne pas pouvoir supporter une pareille annonce.¹⁵⁴ Cette peur, c'est aussi la peur de se retrouver isolé. Comme me l'explique un médecin du CTA à Brazzaville, il y a un frein social au dépistage du VIH : la société est certes encore très clanique, mais il existe peu de solidarité sociale. Dès lors, la peur de se retrouver seul, de ne pas être pris en charge lorsqu'on n'a pas de famille, justifie également la réticence manifestée par la plupart des adolescents face au test de dépistage du VIH. L'individu étant à nouveau confronté à effectuer des choix face à des risques

¹⁵³ ADNANE F., LEHLIMI M., NAJIB J., 2009, « Mise au point du mois – Les manifestations cliniques de l'infection VIH chez l'enfant », *santemaghreb.com – Le guide de la médecine et de la santé au Maroc* < [santetropicale.com](http://www.santetropicale.com) – *Le guide de la médecine et de la santé tropicale*, <http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/maroc/mop27.htm> [site consulté le 27 juillet 2009].

¹⁵⁴ La question de l'annonce, de la révélation de la séropositivité est un champ de recherche à lui seul, investi par de nombreux anthropologues.

divers, nous pouvons également parler de « négociations sociales des risques » (Vidal, 2004) par rapport à la question du dépistage.

Mais cette peur, c'est aussi la peur du lieu en lui-même. Rien que le fait de se rendre au CTA est une raison suffisante pour stigmatiser celui qui s'y rend, pour faire courir des rumeurs à son sujet. Tout comme certains voient dans le préservatif le signal même de la maladie, la même observation se rencontre quant aux lieux de dépistage, dont le CTA.

En outre, selon Viviane Obvoura¹⁵⁵, il est difficile d'agir sur la question du dépistage : au Congo, il y a une attitude généralisée en matière de soins, on attend d'être réellement malade pour aller chez le médecin. Aller faire un bilan n'est pas dans les mœurs et donc, pour aller faire le test de dépistage du VIH, les gens attendent de se sentir vraiment malades. Abdon Goudjo confirme cela en expliquant qu'il n'y a pas d'étape intermédiaire entre l'état de bonne santé et celui de maladie, ce qui rend le dépistage très difficile à faire passer. De plus, on l'a vu, la perception de la différence entre le VIH et le sida est très fragile, ce qui accentue encore la lenteur dans la prise de conscience de la maladie. Néanmoins, avec l'accès au traitement¹⁵⁶, les gens fuient moins. En effet, quand il n'y avait pas d'accès au traitement, quel intérêt les individus avaient-ils à aller se faire dépister, et donc entrer dans l'hôpital en état apparent de bonne santé, puis apprendre leur séropositivité au VIH et sortir de l'hôpital toujours en état apparent de bonne santé, et ne pas savoir se soigner, mais finalement, juste comprendre qu'ils vont mourir ?

Enfin, il faut signaler qu'aucun adolescent n'a évoqué l'éventuelle distance financière et/ou géographique des centres de dépistage pour justifier le fait qu'il ne fasse pas le test.

6.2 Raisons évoquées pour recourir au test de dépistage du VIH

D'abord, il y a ceux qui ont fait le test par obligation. Par exemple, suite aux guerres qui ont secoué Brazzaville à la fin des années 90, un garçon s'était retrouvé dans un centre pour EDR à Pointe-Noire, où le test de dépistage fut un jour instauré dans le cadre d'une activité obligatoire. Il était content, car on lui « avait dit que c'était une maladie qu'on ne doit pas garder dans le corps » (15, M).

Puis, il y a ceux qui ont fait le test volontairement. La peur peut ici à nouveau apparaître comme motivation, mais cette fois, de passer à l'acte.

« J'ai fait le test car avant, je me blessais beaucoup avec des ferrailles, des tessons de bouteille, alors c'était mieux de faire le test. J'avais peur. Si on m'apprenait que j'avais le sida, c'était déjà ma mort » (17, M).

« La peur m'a poussée à faire le test, mais le jour des résultats, qu'est-ce que j'ai pleuré » (18, F).

¹⁵⁵ Entretien réalisé le jeudi 19 mars 2009 au siège du CADFM à Brazzaville, dont elle est la secrétaire générale.

¹⁵⁶ Depuis janvier 2007, les traitements anti-VIH sont gratuits pour tous. Le 31 décembre 2007, le chef de l'Etat a annoncé la gratuité des examens biologiques pour les personnes vivant avec le VIH. Or, cette dernière mesure annoncée par le gouvernement n'a pas encore été appliquée, et les examens coûtent encore cher. De plus, les traitements anti-VIH sont gratuits... quand ils sont disponibles ! En effet, il y a un manque de transparence dans la gestion des fonds et dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments.

Tout comme une adolescente, ne voulant pas faire le test de dépistage, prévenait qu'elle se suiciderait si elle apprenait qu'elle avait le sida, un adolescent, malgré sa peur, sauta le pas, sans nier qu'il ne survivrait pas à l'éventuelle annonce d'une infection au VIH.

7 Attitude envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

La majorité des adolescents soit connaissent des PVVIH¹⁵⁷, soit en ont déjà vues. On observe chez les adolescents des réactions de peur, d'éloignement et de curiosité face aux personnes infectées/malades.

« Si j'avais un ami qui était atteint du sida, je ne serais plus en contact avec lui. J'aurais peur d'utiliser les mêmes instruments, comme le sang collé sur le peigne, ça pourrait me transmettre le sida. La plupart des choses, on ne peut plus les toucher. Les personnes qui ont le sida, ça fait peur, ça craint. En entendre parler, ça me fait déjà peur. Mais je rêve d'en voir une un jour, mais de loin ! » (6, M).

« Depuis que j'ai vu ma tante malade, j'ai peur. Avant sa mort, personne ne parlait de sa maladie, mais depuis, on en parle. Elle allait dans une clinique. C'est ma mémé qui m'a appris qu'elle était morte du sida. Maintenant, je regarde les gens, et ceux que je suspecte, je ne les approche pas » (8, M).

« Les gens accusent certaines personnes d'avoir le sida. Il y a beaucoup de moqueries. On raconte que celui-ci a couché avec une femme qui a le sida, donc il doit avoir lui aussi le sida, etc. Mon grand frère a le sida, il est parti se réfugier à Kingouali [quartier en périphérie de Brazzaville], car tout le monde en parle dans le quartier où il habitait. Il a maigri, il a vraiment changé. Maintenant, je ne vais plus le voir, parce que je suis dans la rue, je ne sais pas y aller. C'est uniquement pour cela, c'est pas la peur » (9, M).

« Je connais une prostituée qui a le sida. C'est mes amis qui me l'ont dit, et les autres petites, car elle est très belle et on ne peut pas le savoir. Si on ne me l'avait pas dit, j'aurais couché avec elle, car j'avais prévu de l'avoir. Au PSP [Poste de Sécurité Publique] de Tangoma, le colonel a refoulé cette fille à Kinshasa car il savait qu'elle avait le sida. Moi je connais beaucoup de filles qui ont le sida, jusque Talangai » (12, M).

« Dans le quartier, je connais sept ou huit personnes malades. Ce n'est plus un jeu, c'est bien réel. J'ai des amies souffrantes du sida. Elles subissent un effondrement physique. Mais il y a des gens gros et gras qui ont déjà le sida. J'ai peur » (19, F).

Il y a un paradoxe flagrant qui apparaît ici : de nombreux adolescents affirment ne pas savoir reconnaître si une personne a le sida, or auparavant, ils définissaient la maladie par ses manifestations physiques. Il semble que c'est à nouveau cette confusion entre VIH et sida qui produit ce paradoxe. En effet, lorsque l'un d'eux dit ne pas être en mesure de déterminer si une personne « a le sida », il fait probablement simplement référence à la période asymptomatique de l'infection par le VIH. Parmi ceux qui ne connaissent pas de PVVIH ou n'en ont jamais rencontrées, on retrouve ce même paradoxe.

« Moi, je ne connais personne qui a le sida. Et d'ailleurs, je ne peux pas savoir si quelqu'un en face de moi l'a ou pas » (13, M).

« Je n'ai jamais vu une personne qui a le sida, alors que les gens autour de moi, ils parlent de personnes qui l'ont. Si j'en croise une dans la rue, je ne peux pas savoir si elle a le sida, car ça dépend des corps » (14, M).

De plus, s'ils ont connaissance de l'existence du test de dépistage du VIH, s'ils expliquent pourquoi ils acceptent de le faire ou non, par après, ils ont des difficultés à faire le lien avec la fonction de ce test, qui est précisément de connaître son statut en ce qui concerne l'infection par le VIH.

¹⁵⁷ Les adolescents, toujours, parlent uniquement du sida, mais font référence tant aux personnes qui sont infectées par le virus qu'à celles qui ont déjà développé des maladies opportunistes caractéristiques du sida.

8 Conclusion de la deuxième partie

La première chose qui me vient à l'esprit en faisant le bilan de cette deuxième partie, c'est l'extrême enchevêtrement entre tous les éléments qui forment cette RS du VIH/sida. Si j'ai tenté au mieux de structurer de manière cohérente toutes ces opinions, informations, tous ces savoirs sur le VIH/sida afin d'en faciliter la compréhension, il faut bien garder à l'esprit que cette présentation reste idéal-typique. Dans les faits, tout s'entremêle, se recoupe, se chevauche et il faut être particulièrement attentif à ne pas dénaturer la configuration et l'acceptation originelles de la RS. Ainsi, plusieurs fois j'ai été interpellée et je me suis par conséquent efforcée de déconstruire le sens commun, notamment par rapport à la distinction causes/modes de transmission. C'est en quelque sorte participer à une déconstruction du savoir biomédical et briser, dans une certaine mesure, les éventuels rapports de domination entre ce savoir et le reste, à la faveur d'une *relative* mise en valeur des savoirs locaux.

Ensuite, ce qui frappe à la lecture de cette partie, et que j'ai ressenti fortement en menant ma recherche sur le terrain, c'est ce pouvoir qu'a le VIH/sida de révéler des tensions sociales, de toucher à des dimensions fondamentales des rapports entre l'individu et la collectivité, de mettre en exergue de larges enjeux de société. En effet, rien que la question du port du préservatif met en exergue de véritables relations de « genre ».

Troisièmement, ce qu'il faut retenir, c'est que cette RS du VIH/sida est un « système de représentation ouvert, qui cumule plus qu'il n'exclut les informations reçues et les observations effectuées » (Vidal, 1996 : 85). Il est épatant de voir comment le VIH/sida produit du sens et de l'interprétation à profusion et comment, finalement, ces productions viennent se superposer sur les messages d'information et de prévention, plus qu'elles ne s'y opposent. De plus, il faut absolument contrecarrer le paradigme de la « cruche vide » : ces adolescents ne doivent pas être perçus comme dénués de connaissances en matière de VIH/sida. S'ils restent quelque peu délaissés par des actions de prévention qui leur seraient spécifiquement adressées, l'hypothèse selon laquelle un faible niveau d'information par rapport à l'objet suffit pour qu'une RS émerge (Bonardi & Roussiau, 2001 : 16) se vérifie tout-à-fait dans le cadre de cette recherche. Il faut donc, tel que le préconise Massé¹⁵⁸, reconnaître la dynamique qui se crée « par la rencontre des savoirs populaires et scientifiques sur un terrain qui est loin d'être vierge » (Massé, 1995 : 59). On peut, de la sorte, comprendre comment surviennent certaines contradictions dans le discours d'un même adolescent, celui-ci ayant une approche fluctuante du VIH/sida qui se fonde sur de perpétuelles négociations et renégociations entre les messages de prévention, les propos et attitudes des proches, etc.

Puis, n'excluons pas l'existence de biais éventuels dans l'interprétation, biais dûs à des oublis ou à des occultations volontaires de certains éléments de la part des adolescents. Cette recherche n'avait pas l'ambition ni la possibilité de s'étaler sur des mois, voire des années. Or, pour remédier à ces possibles biais, ou du moins pour en réduire la portée, il est crucial d'instaurer la durée dans le regard

¹⁵⁸ Raymond Massé est anthropologue, spécialiste en anthropologie de la santé, et professeur titulaire dans le département d'anthropologie à l'Université de Laval (Québec, Canada).

anthropologique afin d'approcher au plus près la cohérence et la logique des discours tenus et des attitudes mentionnées.

Enfin, et nous allons le développer dans les pages qui suivent, il est essentiel d'écarter au mieux toute « erreur d'interprétation qui survient lorsque l'on pense un fait de culture comme responsable *en tant que tel et à lui seul* de comportements à risque au regard de la diffusion du VIH » (Vidal, 1996 : 160).

TROISIEME PARTIE

Confrontation des messages de prévention contre le VIH/sida à la représentation sociale des adolescents sur le VIH/sida

1 Retour sur le contexte de la recherche et le risque de culturalisme

Après avoir étudié la RS du VIH/sida chez les adolescents, nous sommes en mesure de revenir à la racine de cette recherche, de réfléchir à la pertinence d'une telle démarche, de nous interroger sur le poids à accorder concrètement à la « culture » dans l'analyse des facteurs qui sous-tendent les décisions et comportements des individus en matière de prévention du VIH/sida. En effet, avant d'analyser l'adéquation des messages de prévention aux éléments dégagés lors de l'analyse de la RS des adolescents sur le VIH/sida, il est impératif de prendre ses distances par rapport aux pièges sous-jacents à toute approche culturaliste. Nous allons voir qu'en qualité d'apprentie anthropologue, je m'inscris dans la démarche actuelle de réponse à une demande sociale qui émerge de la part des organismes de développement, qui s'intéressent « aux représentations culturelles supposées expliquer les comportements individuels et collectifs en matière de soins de santé dans les pays du Sud, et [qui] peuvent être portés à interpréter les échecs en termes de “résistances culturelles” » (Meudec, 2008 : 89).

1.1 L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida

A Brazzaville, j'avais un double agenda : d'une part, je devais réaliser ma recherche de terrain sur la RS du VIH/sida chez les adolescents vulnérables de Baongo, et d'autre part, dans le cadre de mon stage au bureau local de l'UNICEF à Brazzaville, j'avais pour objectif la réalisation d'un « Protocole de recherche sur la vulnérabilité des adolescents au VIH/sida à Brazzaville »¹⁵⁹. Ce protocole trouvait sa raison d'être dans une optique de renforcement de la prévention du VIH/sida, l'impact des actions de prévention

¹⁵⁹ Dans le jargon de l'UNICEF, un « protocole », c'est un projet de recherche. En effet, je n'étais pas chargée de mener moi-même l'étude, dans un premier temps, mais de développer le cadre de celle-ci, c'est-à-dire : contexte et justification de l'étude, objectifs de l'étude, indicateurs et variables, méthodologie, etc. J'ai pour cela mené une recherche de type bibliographique, avant d'aller sur le terrain pré-tester la méthodologie.

s'avérant particulièrement limité auprès de ces adolescents.¹⁶⁰ Dès lors, pour contribuer à la compréhension des barrières qui font obstacle à la prévention du VIH/sida, il était impératif, pour l'UNICEF et le CNLS, de mener une recherche qualitative approfondie sur les facteurs – socioculturels, mais aussi biologiques, économiques et politiques – de vulnérabilité des adolescents déscolarisés et/ou non scolarisés au VIH/sida, adolescents initialement fragilisés d'une manière générale. Bien que je ne l'aie pas pris comme acquis, dans cette optique, la RS du VIH/sida chez les adolescents est considérée, *a priori*, comme un facteur « socioculturel » de vulnérabilité à l'épidémie.

Ce protocole de recherche fait suite à un précédent – « Entre représentations et pratiques. Représentations du VIH/sida et perceptions sur les pratiques de lutte contre le VIH/sida en République du Congo¹⁶¹ » – projet développé par Véronique Goblet, anthropologue indépendante belge, projet qui n'a malheureusement pas été mené à bien. Ainsi, tous deux s'inscrivent dans le cadre de l'appui de l'UNESCO au SEP/CNLS¹⁶² quant à une « approche socioculturelle du VIH/sida au Congo¹⁶³ ». De la sorte, le SEP/CNLS manifeste sa volonté d'adapter le Cadre Stratégique en accord avec cette approche ; on se souvient d'ailleurs de sa volonté manifeste de promouvoir la recherche anthropologique.

Ainsi, qu'entend-on par « approche (socio)culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida » ? Il s'agit d'un projet conjoint UNESCO/ONUSIDA qui a été lancé en 1998 sur la base d'une double hypothèse dégagée précédemment par l'ONUSIDA :

- « 1) Afin de surmonter d'éventuels obstacles dans le processus de changement durable des normes et pratiques sexuelles concernant la prévention et le traitement du VIH/sida, il est nécessaire d'adapter l'action, dans son contenu et son application, aux mentalités, croyances et systèmes de valeurs des populations.
- 2) Toutes les ressources sociétales/culturelles d'une population donnée, sa créativité, sa confiance et sa motivation devraient être mobilisées pour résoudre les difficultés de leur vie quotidienne, parmi lesquelles l'intégration de la prévention et du traitement du sida dans la perspective d'un développement humain durable » (UNESCO, 2002 : 14).

D'après l'UNESCO, l'approche culturelle proposée « vise à fournir une conception globale et des méthodes appropriées pour atteindre davantage d'efficacité, de fiabilité et de durabilité dans la prévention du VIH/sida et pour créer un environnement humain plus favorable aux personnes malades » (UNESCO, 2002 : 15). Dès lors, cette approche, qui s'appuie sur la définition de la culture donnée par la Déclaration de Mexico (1982), reconnaît dans le VIH/sida un phénomène complexe qui relève tant du médical, que du socio-économique, du sociétal et du culturel, et nécessite par conséquent une stratégie multidimensionnelle.

Comme le précise Bachir Sarr – dans son rapport de consultation sur l'appui à la mise en œuvre de l'approche culturelle dans la lutte contre le VIH/sida – cette approche fait suite à la relative faiblesse des

¹⁶⁰ L'EDSC (2005) met en avant, chez les adolescents et jeunes, une faible utilisation du préservatif, des services de dépistage, ainsi que la persistance de pratiques sexuelles à risque (CNSEE, 2005 : 221-34).

¹⁶¹ Cette recherche avait pour optique « d'explorer les représentations du VIH/sida et de cerner comment celles-ci sous-tendent les perceptions de la population congolaise sur les pratiques de prévention, de diagnostic, de traitement et d'accompagnement des PVVIH et sur l'information relative à ces pratiques » (SEP/CNLS, 2008 : 4).

¹⁶² Le CNLS est accompagné dans sa démarche par l'UNICEF et d'autres partenaires au développement.

¹⁶³ Cependant, d'une part, le protocole de recherche que j'ai développé opte pour un angle d'approche plus large en portant l'analyse au niveau des facteurs de vulnérabilité socioculturels, et non au seul facteur lié aux représentations de la maladie et des moyens de prévention ; d'autre part, il réduit le champ d'action en s'orientant particulièrement vers les adolescents considérés comme les plus à risque.

résultats dans le domaine de la prévention, résultats qui ont amené des interrogations sur les concepts et modèles qui sous-tendent la construction des réponses à l'épidémie.

« C'est ainsi que les chercheurs se sont rendus compte que les postulats sur lesquels ont été basés les théories du changement de comportement sexuels supposent que les individus ont la maîtrise totale de leur comportement et qu'en passant par un certain nombre d'étapes cognitives ou psychologiques, ils parviennent à adopter les comportements recommandés par les réponses officielles. Ces modèles ignorent souvent le poids des variables contextuelles et des dynamiques culturelles » (Sarr, 2008 : 8).

1.2 Le culturalisme

1.2.1 Définir la « culture »

Evoquer la « culture », notion qui suscite tant de remous, suppose quelques précisions quant à la portée qu'on lui concède.

Dans un premier temps, nous pouvons retenir la définition donnée par l'UNESCO en 1982, lors de la Conférence Mondiale sur les politiques culturelles, dont est issue la Déclaration de Mexico.

« Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. [...] La culture donne à l'homme la capacité de réflexion sur lui-même. C'est elle qui fait de nous des êtres spécifiquement humains, rationnels, critiques et éthiquement engagés. C'est par elle que nous discernons des valeurs et effectuons des choix. C'est par elle que l'homme s'exprime, prend conscience de lui-même, se reconnaît comme un projet inachevé, remet en question ses propres réalisations, recherche inlassablement de nouvelles significations et crée des œuvres qui le transcendent » (Unesco, 1982).

Puis, afin d'enrichir et de préciser cette définition, Alice Desclaux¹⁶⁴ distingue, parmi celles, nombreuses, données par les anthropologues, deux acceptions de la notion de « culture » utiles dans l'optique d'une approche culturelle de la prévention du VIH/sida. La première, particulièrement éclairante pour notre propos, considère la culture « en général », alors que la seconde considère la diversité des cultures.

« La première acception considère la culture "en général" comme l'ensemble des "dispositions et usages" acquis par l'homme vivant en société, incluant ses savoirs et ses valeurs, ses productions symboliques et techniques, ses modes d'organisation sociale. La culture n'est aucunement figée dans une "tradition", mais en perpétuelle reconstruction ; elle est indissociable des contextes matériels et économiques dans lesquels elle se développe, et constitue une forme d'adaptation à un environnement évolutif » (Desclaux, 2003 : 2-3).

1.2.2 Ne pas tomber dans les pièges d'une approche culturaliste

Maintenant que nous avons posé le contexte plus large de cette recherche exploratoire, que nous avons étudié la RS du VIH/sida chez les adolescents en question, nous avons toutes les cartes en main pour voir en quoi j'ai tenté au mieux de ne pas tomber dans les filets du culturalisme, pour comprendre quels sont les défauts que l'on reproche trop souvent aux anthropologues qui se lancent dans des questions qui conjuguent maladie et « culture ». Lorsqu'on travaille sur les RS, lorsqu'on fait appel à la notion de « culture » dans une optique de prévention du VIH/sida, il est indispensable d'être conscient dès le départ

¹⁶⁴ Alice Desclaux : médecin anthropologue, IRD, Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie (Université d'Aix-Marseille).

des pièges culturalistes dans lesquels on risque de tomber. Il y a effectivement deux travers majeurs dans l'appréhension de la « culture » dès lors qu'on s'intéresse au VIH/sida.

Le premier relève « d'une uniformisation de la culture » (Massé, 2008 : 105 ; Vidal, 2004b), d'une essentialisation de celle-ci : la « culture » est alors pensée comme un tout, appréhendée comme une entité homogène, palpable, délimitable, empiriquement observable et, le plus souvent, figée. Or il est essentiel de prendre en compte la dimension diachronique du concept de « culture », donc de s'interroger sur sa construction, ses évolutions et ses diverses expressions dans le temps, tout comme l'acception de la culture préconisée par Desclaux, ci-dessus. Le concept de RS que nous avons développé dans la première partie de ce mémoire se positionne également dans cette optique, par son caractère évolutif.

Le second travers nous concerne plus particulièrement : il relève d'une forme de surinterprétation en termes de « culture » ; dans ce cas tout est assimilé à la « culture », elle est l'explication privilégiée. Or, « la culture [...] n'a de sens pour rendre intelligibles les comportements face au sida que corrélée aux dimensions économiques et politiques de l'épidémie » (Vidal, 2004b).

En effet, à vouloir prendre en compte les réalités locales, à vouloir mettre en avant l'importance de la « culture », ici par le biais de l'étude de la RS du VIH/sida, l'anthropologie en vient trop souvent à omettre les relations de pouvoir et les forces sociales et politiques qui englobent les populations étudiées. Selon Meudec¹⁶⁵, les anthropologues médicaux doivent se montrer « critiques et sceptiques face aux politiques de santé publique qui proposent des solutions microsociales » (Meudec, 2008 : 76). Il est dès lors essentiel d'éviter toute focalisation démesurée sur les « croyances populaires », empêchant par là d'élargir le regard vers une perspective plus largement politique et économique, de constater les inégalités sociales et politiques (Meudec, 2008 : 76, 90).

Cette recherche, à mon sens, se démarque d'une surinterprétation en terme de « culture ». Certes, elle a pour objet principal l'étude de la RS des adolescents rencontrés sur le VIH/sida, c'est le cœur de ce mémoire. Mais ce n'est pas l'étude d'une RS en tant que telle qui pose problème, car il ne s'agit pas non plus de nier toute influence de la « culture », mais de trouver un juste milieu entre un ensemble de facteurs. En ce qui me concerne, j'ai en effet souhaité mettre en avant d'autres éléments qui « contraignent les décisions individuelles, façonnent le comportement social des individus et affectent leur risque face à la maladie » (Meudec, 2008 : 77). Tant les membres de l'UNICEF que moi-même étions conscients que les RS ne constituent qu'une infime partie du champ « socioculturel », qui lui-même n'est qu'une face du problème. C'est pourquoi j'ai tenté d'équilibrer ma démarche entre divers facteurs, à la fois sociaux, culturels, économiques, parfois politiques, psychologiques, et symboliques. « L'analyse de la santé et de la maladie devient ainsi une des facettes de la contribution de l'anthropologie à la compréhension des relations entre individu et société » (Meudec, 2008 : 80). Il est vrai que cette recherche exploratoire n'a pas manqué de dévoiler des questions plus larges, qui dépassent la seule problématique de prévention du VIH/sida. En outre, l'orientation théorique ainsi que la méthodologie

¹⁶⁵ Marie Meudec, doctorante en anthropologie à l'Université Laval (Québec, Canada), poursuit actuellement des recherches dans le domaine d'une anthropologie des moralités locales associées aux pratiques de soins.

développée partaient de cette volonté d'encadrer l'étude de la RS d'éléments contextuels complémentaires. Tant les expériences des adolescents¹⁶⁶ que le contexte dans lequel elles se déroulent sont des éléments importants dans la construction d'une RS, éléments qui sont venus ponctuellement enrichir l'étude celle-ci. Ainsi, on l'a compris, tout est complémentaire.

S'il est toujours aisé de « critiquer », il faut aussi reconnaître à l'anthropologie sa volonté de se défaire du paradigme biomédical, car il ne faut pas, à l'inverse, tomber dans une rationalisation qui dénie les aspects socioculturels au profit des éléments biomédicaux (Meudec, 2008 : 90). En effet, « la réalité de la maladie dépasse cette seule réalité biologique, et ses dimensions sociales et culturelles [...] doivent être prises en compte » (Meudec, 2008 : 71). Selon l'auteur, la perspective biomédicale pêche par une considération abusive de la dimension biologique de la maladie, au détriment du reste, et « entraîne une vision bipartite entre le savant et le populaire, entre l'ordre de la connaissance et celui de la croyance » (Meudec, 2008 : 70-72). Dans cette optique, les RS sont envisagées dans leurs rapports avec la rationalité, face à la médecine scientifique considérée comme le lieu du savoir et de la connaissance par excellence. L'anthropologue est alors sollicité pour identifier les résistances ou barrières culturelles au changement, pour traduire des « croyances populaires » apparemment fausses, préjugées irrationnelles : dans l'exercice de cette « fonction », il n'échappe pas au risque d'établir des conclusions nettement teintées d'ethnocentrisme¹⁶⁷. Effectivement, selon Massé (1997), les études anthropologiques éprouvent de réelles difficultés à dépasser les limites de la « prétendue rationalité ». Malgré la nécessaire objectivité que toute démarche anthropologique s'efforce d'entreprendre, on ne peut nier que le chercheur reste toujours interpellé à un moment ou à un autre. A lui de se questionner sur ses propres réactions, à lui, par exemple, de prendre des précautions quant aux mots qu'il emploie, en écartant des termes tels que celui de « croyance » au bénéfice de ceux de « savoir », de « connaissance ». En outre, comme nous l'avons vu, il faut se garder de présumer l'existence d'un lien systématique entre représentations sociales et pratiques : le sens donné aux phénomènes, d'une part, ne précède pas forcément les actes et d'autre part, ne peut être considéré seul, comme on vient de le voir.

2 Adéquation des messages de prévention contre le VIH/sida à la RS des adolescents sur le VIH/sida

Désormais, nous allons confronter l'étude des éléments de la RS des adolescents sur le VIH/sida aux messages de prévention qui leurs sont destinés, aux messages qui s'adressent à la population générale – *via* la radio, la télévision, les affiches, etc. Pour des raisons de contraintes que j'ai déjà exposées auparavant, les pistes ici dégagées se feront en termes de contenu et non de pédagogie ou de participation des adolescents (aux activités de prévention).

¹⁶⁶ Vidal (1996 : 157, 167) insiste sur l'importance des initiatives individuelles.

¹⁶⁷ Cependant, l'anthropologie doit « se départir de l'idée voulant que porter un jugement sur des pratiques culturelles soit automatiquement et incontestablement une démonstration d'ethnocentrisme » (Massé, 2008 : 108).

Je vais tirer les principaux enseignements de cette recherche sur la RS du VIH/sida, enseignements qui vont globalement questionner la configuration actuelle des messages de prévention. Cette dernière partie reflète en quelque sorte l'espoir de ce mémoire de participer aux réflexions qui, à elles toutes, peuvent permettre de renforcer la prévention du VIH/sida auprès des jeunes, de manière générale.

La démarche se place plus dans l'optique de « provoquer une remise en cause du contenu et des modalités de diffusion des messages d'information sur le sida » plutôt que de condamner des savoirs et pratiques « culturels » et par là placer « les populations ainsi identifiées dans la situation de bouc-émissaires d'une épidémie abusivement imputée à des cultures défailantes ou inadaptées » (Vidal, 1999 : 162). En outre, n'oublions pas que les RS ne sont pas des entités figées, rigides mais évoluent avec le temps, sont en perpétuelle renégociation.

2.1 Catégoriser ?

Avant de penser en quoi des actions peuvent être adaptées ou spécialisées en faveur des adolescents, il importe, selon Desclaux, « de réfléchir au sens de cette catégorisation en rapport avec la lutte contre le sida » (Desclaux, 1995 : 1). Elle se pose les questions suivantes :

« Comment s'assurer qu'en insistant sur la nécessité et l'urgence de nouvelles interventions auprès des jeunes on ne favorise pas leur mise en cause, voire leur stigmatisation ? Dans quelle mesure l'adaptation de la lutte contre le sida à des catégories particulières induit-elle une fragmentation du corps social face à l'épidémie ? L'importance démographique des jeunes dans les pays du Sud et leur statut social actuel les mettent-ils à l'abri d'une stigmatisation du même type que celle qu'ont connue, par exemple, les prostituées ? » (ibid.).

Ainsi, il s'avère essentiel de réfléchir aux bases sur lesquelles s'opèrent des catégorisations telles que celles d'enfant, d'adolescent, de jeune, comme nous l'avons fait, dans le cadre de ce mémoire, concernant celle d'adolescent. Dans le Cadre Stratégique 2009-2013 du CNLS, parmi les groupes « les plus exposés au VIH », on l'a dit, on retrouve les jeunes non scolarisés et déscolarisés, à côté des filles-mères, des élèves et étudiants, entre autres. Il y a donc un effort réalisé en vue de différencier « des catégories plus restreintes qui seraient plus significatives vis-à-vis de la prévention du sida » (Desclaux, 1995 : 1). En effet, il s'avère plutôt pertinent d'adapter la prévention selon que les jeunes sont scolarisés ou non, ces derniers ayant un accès à l'information moins aisé. Néanmoins, selon Achille Lanzi¹⁶⁸, responsable de la réponse communautaire au SEP/CNLS, hormis pour les professionnelles du sexe et les communautés de pêche, aucune réflexion spécifique n'a été réalisée sur ces groupes, qui ont été fixés de manière factuelle, de même que la méthodologie des interventions plus ou moins ciblées qui leur sont destinées. Or, lorsqu'on veut agir en faveur des jeunes, il est nécessaire de savoir comment définir une telle catégorie, de comprendre quelles sont ses spécificités face au VIH/sida. Ainsi, il y a une prise de conscience du côté de l'UNICEF et du CNLS, qui souhaitent mener cette recherche qualitative approfondie sur les facteurs de vulnérabilité des adolescents déscolarisés et non scolarisés au VIH/sida.

¹⁶⁸ Entretien réalisé le mercredi 4 mars au siège du SEP/CNLS, Brazzaville.

Néanmoins, la question posée par Desclaux reste ouverte quant à d'éventuels risques de stigmatisation des non scolarisés et déscolarisés, qui côtoient les « professionnelles du sexe » dans les « populations les plus exposées au VIH ». Et Taverne de préciser que

« le sida mobilise ou réactualise de manière rapide et profonde des attitudes de stigmatisation et d'exclusion [...] il convient d'être extrêmement prudent dans la définition d'un groupe cible, afin qu'elle ne puisse être la première étape d'un processus de différenciation d'un groupe de personnes au sein d'une population par le seul fait qu'il apparaisse comme le destinataire privilégié ou exclusif de l'information diffusée et donc le seul concerné par la maladie » (Taverne, 1995 : 4).

Identifier une « cible » dans le domaine de la communication sur le sida reste donc un processus délicat, processus au cours duquel la crainte d'effets secondaires néfastes doit être une préoccupation constante.

2.2 Principales pistes dégagées face à la configuration actuelle des messages de prévention

Il est possible de dégager les grandes lignes des messages de prévention contre le VIH/sida qui sont diffusés à Brazzaville *via* diverses activités menées par les ONG locales, *via* les médias, les affiches dans les rues, etc.

Principalement, il y a énumération des modes de transmission du VIH, des situations génératrices ou non génératrices de risques, ainsi que des moyens de prévention contre le VIH/sida : la contamination par voie sexuelle et son corollaire, l'utilisation du préservatif, sont très prégnants. Mais, au niveau des modes de transmission, celui de la mère à l'enfant (TME) est peu explicite et parfois incomplet. En outre, des situations de contamination, telles que l'exposition au VIH lors d'une visite chez le coiffeur, sont présentées, mais restent encore relativement théoriques. Et, plus généralement, comme nous l'avons déjà précisé, on relève l'absence trop fréquente « du moindre élément de quantification du risque et de hiérarchisation des modes de transmission du VIH » (Vidal, 2004a : 58). En effet, je n'ai pas observé de mise en rapport explicite entre les différents modes de contamination.

Certes, il est important de conscientiser les adolescents sur tous les modes de transmission du VIH. Néanmoins, il serait opportun d'introduire quelques éléments quantitatifs de différenciation en termes de risques, afin de réduire la perception de la personne infectée par le VIH comme potentiellement contaminante dans des situations qui ne sont pas attestées. Qui plus est, il est nécessaire de ne pas oublier la TME, surtout dans un contexte d'entrée précoce dans la vie sexuelle qui se confirme au-delà des différences ethniques, géographiques, de classe, et autres.

Par contre, nous pouvons remarquer qu'une affiche du CNLS établit une classification au sein même des pratiques sexuelles en fonction du risque de transmission du VIH (quasi nul, moyen, très fort). C'est ainsi que l'on se retrouve face à un panel de pratiques plus crues les unes que les autres (« lécher l'anus à travers une protection au latex », « se faire éjaculer dans le rectum ») : on comprend bien mal comment l'individu peut s'y retrouver et le risque d'amalgame n'est, selon moi, qu'accentué. Ensuite, une recommandation apparaît en bas de l'affiche :

« Personne ne peut vous empêcher de prendre un risque, si vous vous sentez prêts à en assumer toutes les conséquences. Toutefois, si vous voulez prendre un risque en toute connaissance de cause, posez-vous avant

tout la question suivante : est-ce que ça vaut la peine de chercher à avoir le maximum de plaisir contre une maladie qui pourrait entraver toute votre existence ? N'est-il pas possible d'accepter un peu moins de plaisir et préserver sa santé, sa vie ? »

De la sorte, ce message de prévention passe à côté de tous les facteurs explicatifs que nous avons étudiés dans la deuxième partie de ce mémoire. Or nous avons bien vu que ce n'est pas le manque de plaisir que peut provoquer l'utilisation du préservatif qui est un obstacle en tant que tel à son utilisation chez les adolescents de Baongo.

2.2.1 La transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME)

On l'a vu, la TME n'a été évoquée d'emblée par aucun(e) adolescent(e), et partiellement expliquée par seulement six d'entre eux, après que je leur aie demandé des précisions. Or, si les jeunes filles-mères sont une cible prioritaire du Cadre Stratégique 2009-2013, parmi celles que j'ai rencontrées, parfois même enceintes du deuxième enfant, aucune n'a pu me parler de la TME. Cette constatation me paraît très inquiétante.

D'une part, il y a donc un certain vide à ce propos dans les messages de prévention, ce qui pourrait expliquer pourquoi la connaissance de la TME est si faible, pourquoi si peu d'adolescents ont eu des choses à dire à ce propos, alors qu'ils parlent bien des deux autres modes. Il semblerait tout simplement que les adolescents ne soient pas suffisamment sensibilisés à ce sujet.

D'autre part, il y a un élément qui vient compliquer cette question de la TME. D'après Abdon Goudjo¹⁶⁹, les brazzavillois, et les congolais en général, ne peuvent imaginer que l'acte sexuel, qui est un acte qui donne la vie, donne la mort. Cela bouscule les populations. Dès lors, il est aussi délicat de concevoir que le fruit de cet acte puisse naître en portant la mort en lui. Et Boumpoto (1999 : 367) de préciser que la sexualité, au Congo, reste encore profondément liée à la procréation, à la transmission de la vie, pour être acceptée. La TME serait-elle par conséquent « insensée » aux yeux de certains ?

Il semble que les messages de prévention devraient accorder plus d'attention à la TME et considérer cette association entre sexualité, procréation et sida, qui dépasse d'ailleurs cette seule question, comme nous allons le voir dans la section qui suit.

2.2.2 Abstinence, fidélité et préservatif ?

Si le préservatif reste l'élément le plus prépondérant dans la lutte contre le VIH/sida à Brazzaville, les conseils d'abstinence et de fidélité sont toujours bien là. Or, si j'ai développé les principaux éléments participant à la faible utilisation du préservatif, je suis jusqu'alors restée assez muette quant aux questions d'abstinence et de fidélité. Or, il s'avère que celles-ci s'adaptent bien mal aux réalités locales.

Premièrement, la notion de fidélité est floue et imprécise face à l'hétérogénéité des conduites individuelles. Nul ne doute de l'effet positif de cette notion, mais son contenu mérite d'être précisé,

¹⁶⁹ Entretien réalisé le jeudi 26 mars au siège du SEP/CNLS, Brazzaville.

nuancé, car chez les adolescents, la fidélité renvoie aussi bien à la notion de « protection symbolique »¹⁷⁰ qu'à celle de « prise de risques dosée » (Vidal, 2000 : 135-136). Il en va de même quant à l'abstinence, qui n'est pas nécessairement assimilée à l'absence de relations sexuelles, mais parfois à des pratiques – qui peuvent être à risque – telles que la masturbation, le rapport sexuel anal ou oral, la fellation, etc.

Puis, revenons brièvement sur cette association entre sexualité, procréation et sida, à laquelle se heurtent les recommandations d'abstinence et d'utilisation du préservatif. D'après Boumpoto, le VIH/sida révèle cette conception de l'enfant comme véritable valeur psychologique et sociale : « l'enfant est la trace laissée sur terre par le passant qu'est l'homme. [...] Vivre et avoir la certitude de vivre après soi, c'est avoir des enfants » (Boumpoto, 1999 : 367). Sans enfant, la vie perd tout son sens et la proximité de la mort réactive le désir d'enfant, à tout prix.

« L'assimilation du sida à une sexualité défendue, la position de la procréation en tant qu'instituant une limite entre la sexualité et la mort biologique, ontologique et sociale, ainsi que la réactivation du désir d'enfant due à la proximité de la mort, posent le problème de l'efficacité des réponses données jusqu'alors à la pandémie du sida en ce qu'elles équivalent à un renoncement de la descendance. Dans une société où personne n'a jamais renoncé volontairement à sa descendance – à soi – et où tout obstacle à celle-ci est vécu dramatiquement, le discours médical du renoncement à sa descendance lié avec l'autorisation d'une sexualité (protégée il est vrai) peut-il se déployer sans apparaître comme une transgression ? » (Boumpoto, 1999 : 373).

Parler d'abstinence et de fidélité aux adolescents, concrètement, ce n'est pas évident, et cela dépasse le seul cas congolais¹⁷¹. Il me semble qu'il faut tenir compte des réalités – ce qui ne signifie pas les approuver (Massé, 2008) – pour avancer et ne pas se perdre dans de grands discours qui n'interpelleront pas les adolescents. Il existe des problèmes à régler en amont avant de vouloir demander aux jeunes de s'abstenir de tout rapport sexuel avant l'âge de 18 ans.

En effet, il est impossible de nier la nécessité du préservatif. Il reste encore le seul moyen, au niveau individuel, d'enrayer l'épidémie, où que l'on soit sur le globe. D'une part, il est important de sortir de tout discours culpabilisant les personnes qui ne protègent pas « systématiquement leurs relations sexuelles mais qui ont néanmoins intégré, d'une certaine façon, un comportement de prévention de la transmission du VIH puisqu'ils en arrivent à utiliser de temps à autre le préservatif » (Vidal, 2004a : 58). D'autre part, des efforts doivent être réalisés en vue de briser cette négativité qui est associée au préservatif, à la prévention, et non au VIH/sida en tant que tel. Ces deux réalités doivent être « nettement dissociées et non assimilées comme c'est actuellement le cas. Le préservatif symbolise la maladie, mais ne la provoque pas, car celle-ci existe préalablement et indépendamment de lui : tel est le premier message à transmettre à l'opinion » (Vuarin, 1999 : 451).

Nous avons compris l'imbrication complexe qui relie les divers éléments qui entrent en considération lorsqu'on se penche sur la question de la négociation de l'utilisation du préservatif. Parmi ces éléments, s'il est une chose sur laquelle les acteurs de la lutte devraient pouvoir agir directement, c'est bien sur l'accompagnement socio-économique de la fille.

¹⁷⁰ On se souviendra du rôle de la confiance qui tient lieu de protection face à la menace du VIH/sida, et par conséquent, dispense de l'utilisation du préservatif, confiance qui s'instaure dans la durée d'une relation. Cf. *supra* Partie II, 4.2, p.55.

¹⁷¹ En effet, quel sens a encore l'abstinence en Europe auprès des jeunes, au-delà d'une minorité ?

2.2.3 L'accompagnement socioéconomique des filles

Le discours sur l'abstinence, la fidélité ou le préservatif est de peu d'utilité pour les adolescentes fragilisées. En effet, lorsque nous avons abordé la question de l'autonomie financière des filles, nous avons vu que le manque de perspective économique a d'évidentes implications en termes de négociation de leur sexualité, et particulièrement de l'utilisation du préservatif. Dès lors, comme l'affirme Viviane Obvoura¹⁷², il faut penser à l'accompagnement de la fille pour que la lutte contre le VIH/sida progresse. L'information, la sensibilisation, c'est nécessaire, mais non suffisant. Prévenir le VIH/sida, c'est aussi renforcer les conditions socioéconomiques des adolescentes et jeunes filles. En effet, quelle cohérence, quel sens donner à l'abstinence pour la fille-mère qui doit nourrir son enfant ? Que répondre à l'adolescente qui, lorsqu'on lui demande de ne plus accepter d'avoir des rapports sexuels non protégés, vous répond qu'elle ne peut laisser mourir son enfant de faim parce qu'il y a le sida ?

Et Vidal d'insister :

« Il ne suffit pas d'affirmer que dans la (les) culture(s) africaine(s), et de tout temps, l'homme impose le rapport sexuel à la femme – une telle observation s'applique-t-elle par ailleurs à ce continent ? – mais, bien plus précisément, de permettre à la femme d'avoir un niveau de connaissance de la maladie satisfaisant (ne serait-ce que relativement aux modes de transmission et de prévention) et – vaste défi social et économique, mais que l'épidémie de sida oblige à poser – l'accès à une activité rémunérée régulière » (Vidal, 1996 : 161).

Il incombe aux décideurs en matière de santé publique « d'une part [de] comprendre tous les déterminants de la prise de risques sexuels et d'autre part [de] penser la santé à la fois comme biologique, sociale et économique » (Dialmy, 2008 : 61). Le message que les anthropologues tentent de faire passer, c'est d'enfin considérer le VIH/sida comme un « fait social total », dans le sens où sa compréhension nécessite de prendre en compte des objets, des acteurs, des représentations sociales, des pratiques, de prendre en compte l'organisation des structures sociales, politiques, religieuses, historiques, médicales, économiques.

Dans cette optique, les ONG actives dans la prévention du VIH/sida auprès des enfants vulnérables avec lesquelles j'ai collaboré – en l'occurrence ASI, CADFM et ATTAC³ – favorisent l'épanouissement socioéconomique des adolescentes *via* la mise sur pied de cycles courts d'apprentissage professionnel et d'Activités Génératrices de Revenu.

2.2.4 Le test de dépistage au VIH

Si la prévention est « bien faite » sur comment se protéger, il semble qu'il y ait un réel manque au niveau de ce qu'est, finalement, le VIH/sida. Certes, il y a cette volonté d'expliquer la différence entre le VIH et le sida, mais elle en reste à des exposés très « techniques » et l'on voit que l'assimilation de ceux-ci reste difficile. Or il est absolument crucial d'insister sur le fait que l'on puisse vivre avec le VIH. Il est important d'expliquer aux adolescents comment on vit lorsqu'on est infecté du VIH, lorsqu'on est malade du sida.

¹⁷² Entretien réalisé le jeudi 19 mars 2009 au siège du CADFM à Brazzaville, dont elle est la secrétaire générale.

Cette préoccupation s'est révélée particulièrement flagrante lorsque j'ai abordé la question du test de dépistage du VIH avec les adolescents, et a été vraiment appuyée par les membres du personnel du CTA (accompagnateurs psycho-sociaux, médecins stagiaires, etc.). De plus, on a vu qu'au Congo, l'attitude préventive en matière de soins n'est pas vraiment dans les mœurs et on attend d'être réellement malade pour aller chez le médecin. Un travail de sensibilisation à ce propos serait utile en vue d'améliorer le recours au test de dépistage.

On peut noter que le PAM a instauré une prise en charge nutritionnelle pour les mères séropositives et autres séropositifs, ce qui a permis d'améliorer l'image du centre auprès de la famille et ce qui a poussé certaines personnes à venir se faire dépister. Cela a permis, simplement, de casser des barrières car, le simple fait de se rendre au CTA reste encore une démarche difficile, ce lieu étant « stigmatisé », associé au VIH/sida. Certes, un travail de conscientisation doit s'effectuer en amont, mais cette solution temporaire est particulièrement judicieuse. En outre, le CTA a recruté des accompagnateurs psycho-sociaux vivant avec le VIH (hommes et femmes). De la sorte, les personnes venant se faire dépister peuvent « voir de leurs propres yeux » une personne séropositive au VIH.

2.2.5 La formation des intervenants sociaux

Il s'avère que les personnes qui travaillent dans des structures spécialisées dans la prise en charge des enfants et adolescents vulnérables – en ce compris les EDR – manquent de connaissances en matière de VIH/sida. Plusieurs m'ont expliqué faire de leur mieux pour réaliser un peu de sensibilisation envers les adolescents qui fréquentent leurs centres non spécialisés dans la prévention du VIH/sida, mais eux-mêmes affirment ne pas être assez informés en la matière. Dès lors, il me paraît important de mettre sur pied l'une ou l'autre formation destinée aux intervenants sociaux qui ne font pas expressément de la prévention contre le VIH/sida dans le cadre de leur structure.

3 Conclusion de la troisième partie

Sans revenir sur les éléments qui viennent tout juste d'être dégagés et que je vais synthétiser dans la conclusion finale qui suit, j'aimerais conclure cette troisième et dernière partie par une perspective qui s'impose assez naturellement à moi, à travers mon expérience de terrain à mi-chemin entre divers acteurs se partageant « l'arène » (Olivier De Sardan, 1995) de la lutte contre le VIH/sida à Brazzaville.

J'ai en quelque sorte été initiée à ce que Laëtitia Atlani-Duault¹⁷³ nomme une « double ethnographie en réseau ». En effet, son ouvrage *Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire*¹⁷⁴ est issu de deux enquêtes : « une ethnographie au sein d'une agence de développement, doublée d'une seconde enquête parmi les supposés bénéficiaires des projets d'aide de cette même agence » (Atlani-Duault,

¹⁷³ Laëtitia Atlani-Duault est maître de conférences en ethnologie à l'Université de Paris X – Nanterre.

¹⁷⁴ Cet ouvrage met en scène des membres d'une agence onusienne, des responsables des ministères et des associations engagés dans la lutte contre le VIH/sida dans les ex-Républiques de l'Union soviétique de Transcaucasie et d'Asie centrale.

2005 : 29). Vu le temps qui m'était imparti, je n'ai pas développé l'ethnographie au sein de l'UNICEF. Néanmoins, le temps de deux mois, je me suis retrouvée dans cette posture décrite par l'auteur, cette posture relativement délicate du chercheur à la fois observateur et acteur, avec les réflexions et observations que cette position comporte, mais que j'ai choisi de « laisser de côté » pour me concentrer sur l'étude de la RS des adolescents sur le VIH/sida. Or, ayant plutôt développé l'approche d'une anthropologie « appliquée » au développement¹⁷⁵, il serait pertinent de compléter celle-ci d'une anthropologie critique des projets de développement mis en œuvre par les organisations d'aide qui étudie les « développeurs » de l'intérieur.

En effet, comme l'affirme Vidal, la double ethnographie en réseau d'Atlani-Duault :

« vient combler un vide et résoudre un paradoxe : le premier découle de l'absence d'étude anthropologique sur le fonctionnement de l'aide humanitaire appréhendée de l'intérieur de son organisation alors que – paradoxe – l'humanitaire est l'objet de discours d'origines diverses (journalistique, sociologique, historique et anthropologique) mais jamais fondés sur l'observation attentive des pratiques de leurs acteurs » (Vidal, 2006).

¹⁷⁵ Atlani-Duault y fait référence comme à « une anthropologie directement engagée dans l'application, fournissant une expertise directement utilisable, et surtout efficace, pour les agences de développement qui cherchent à améliorer la mise en œuvre de leurs projets sur le terrain » (Atlani-Duault, 2005 : 23).

CONCLUSION GENERALE

Voici venue l'ultime occasion de se poser, de regarder le travail accompli et d'en tirer les dernières conclusions, mais aussi, de dégager des perspectives, car si cette recherche se voulait exploratoire, c'est qu'elle aspirait à dresser des pistes permettant d'approfondir, de poursuivre les grandes lignes et réflexions dressées.

« Quelle est la représentation sociale des adolescents vulnérables de Baongo sur le VIH/sida ? », telle était ma question de départ, simple *a priori*, et pourtant, pas tant que ça. Comme on l'a vu lors de la définition du concept de représentation sociale – concept dont la visée pratique s'est confirmée dans cette recherche – la RS des adolescents sur le VIH/sida est un véritable système où les éléments cognitifs sont structurés et entretiennent des relations entre eux. En effet, les éléments s'imbriquent de manière relativement complexe et une certaine prudence est de mise lorsqu'on tente de décortiquer cette structure sans la dénaturer, sans l'entacher.

Ainsi, j'ai pu dégager six thèmes principaux suite à l'analyse thématique des discours des adolescents, six thèmes, avec leurs sous-thèmes, qui renvoient à des logiques communes à tous.

Premièrement, les adolescents ont défini le VIH/sida selon cinq registres prédominants. On retrouve, notamment, l'existence d'une fragile distinction entre le VIH et le sida, ainsi que le caractère « sale » du VIH/sida, tant d'un point de vue physique que moral. Ces deux éléments se sont révélés fortement déterminants dans la suite de l'analyse.

Puis, j'ai été amenée à déconstruire les notions de « mode de transmission » et de « cause » afin de rendre compte au mieux de cette logique dite de « causalité transmissive ». Particulièrement riche et complexe, j'ai scindé ce thème en éléments centraux et périphériques, ces derniers étant très parlants. Dès lors, d'une part, à travers la contamination par voie sexuelle, nous avons perçu la stigmatisation qu'opèrent les garçons en direction des filles, et des femmes en général, vues comme vecteur du VIH/sida. En outre, les explications magico-religieuses sont très caractéristiques de la RS des adolescents sur le VIH/sida. D'autre part, donc, on retrouve un discours incriminant les PVVIH de propager volontairement la maladie en ayant des rapports sexuels non protégés, par peur de mourir seul. De plus, la connaissance de la TME fait défaut chez les adolescents. Enfin, transversalement, c'est une certaine difficulté à hiérarchiser les risques qui ressort de l'analyse, accentuant la perception de la PVVIH comme potentiellement contaminante dans des situations qui ne sont pas attestées.

Troisièmement, la question de l'utilisation du préservatif a concentré à elle seule celle, plus large, des moyens de protection contre le VIH/sida. Elle est récurrente, certes, mais elle révèle de véritables enjeux, dont d'authentiques relations de genre qui sont tant liées à des considérations « symboliques », voyant le préservatif comme le signal de la maladie sida, qu'à des considérations « économiques », au vu du manque d'autonomie financière des jeunes filles. Il était avant tout essentiel de replacer cette question du

port du préservatif dans un contexte plus large, afin de montrer l'universalité des refus au-delà du seul cas congolais. En outre, la fonction de contraception du préservatif révèle une perspective sociale du risque, le risque-sida étant alors conjugué et hiérarchisé avec d'autres risques.

Ensuite, à travers le thème de la perception des personnes qui sont vulnérables au VIH/sida, nous avons vu que certains adolescents ont connaissance de leur propre exposition au risque VIH. Néanmoins, cette connaissance, théorique, franchit rarement le cap de la conscience, existentielle. Ainsi, la logique générale reste celle qui considère que finalement, le VIH/sida, c'est pour les autres. Ces autres étant accablés de comportements « mauvais », que ce soit les hommes qui « vagabondent », ou les filles qui « font la vie ».

En cinquième lieu, la question du dépistage met en relief des éléments intéressants de la RS du VIH/sida. Elle confirme le manque de conscience des adolescents de leur propre exposition au risque, ceux-ci étant tantôt « sûrs d'eux », pour des raisons quelque peu douteuses, tantôt paralysés par la peur. Là encore, la faible – voire inexistante – distinction entre le VIH et le sida accentue l'attitude généralisée en matière de soins, consistant à attendre de se sentir réellement malade pour se rendre chez le médecin – « moderne » ou « traditionnel ». L'idée de « prévention sanitaire » se heurte dès lors à ces observations.

Enfin, c'est le thème de l'attitude envers les PVVIH qui clôture l'analyse de la RS du VIH/sida chez les adolescents rencontrés. Celui-ci fait ressortir un paradoxe flagrant : nombreux sont ceux qui affirment ne pas pouvoir déterminer si une personne a le sida, alors qu'ils définissaient auparavant la maladie par ses manifestations physiques et ont presque tous connaissance de l'existence du test de dépistage. Il semble à nouveau que la confusion entre VIH et sida n'y soit pas pour rien, assimilant inconsciemment leur incapacité à identifier l'état de santé/maladie d'une personne à la période asymptomatique de l'infection par le VIH.

Suite à cette analyse de la RS du VIH/sida, je suis revenue sur l'articulation de ce mémoire au stage réalisé à l'UNICEF. J'étais dès lors en mesure de me demander quel poids accorder concrètement aux RS dans l'analyse des facteurs qui sous-tendent les décisions et comportements des individus en matière de prévention du VIH/sida. Ainsi, j'ai montré en quoi cette recherche, à mon sens, se démarque d'une surinterprétation en terme de culture. En effet, le dilemme est d'arriver à trouver l'équilibre entre divers facteurs, à la fois sociaux, culturels, économiques, politiques, psychologiques, symboliques. De la sorte, cette recherche exploratoire n'a pas manqué de dévoiler des questions plus larges – rapports de « genre », questions d'autonomie financière, etc. – qui dépassent la seule problématique de prévention du VIH/sida, comme on l'a déjà spécifié à de multiples reprises. En outre, c'est également le rapport de l'UNICEF à l'Etat et à la société civile qui m'a interpellée lors de ma recherche de terrain, révélant des enjeux en termes d'accès aux financements générés par la lutte contre le VIH/sida. Notons que l'orientation théorique et la méthodologie développées dans le cadre de ce mémoire participaient à cette volonté de prise de distance par rapport au culturalisme, l'importance du contexte dans la construction d'une RS, par exemple, n'étant plus à répéter.

En confrontant le contenu des messages de prévention contre le VIH/sida à l'analyse de la RS des adolescents sur le VIH/sida, avec les éléments contextuels que celle-ci englobe, j'ai pu tirer les grands enseignements de cette recherche exploratoire.

Tout d'abord, j'ai insisté sur la nécessité d'introduire des éléments de quantification du risque et de hiérarchisation des modes de transmission du VIH. Puis, il est absolument nécessaire de ne pas sous-estimer l'importance de la sensibilisation des adolescents à la TME, qui plus est dans un contexte d'entrée précoce dans la sexualité, ainsi que de considérer l'association sexualité/procréation/VIH dans l'élaboration des messages de prévention. Troisièmement, je me suis quelque peu attardée sur les conseils d'abstinence et de fidélité, qui apparaissent de faible intérêt face aux réalités quotidiennes des adolescents. La notion de fidélité, qui semble bien trop floue et imprécise, mérite d'être questionnée. De plus, l'association sexualité/procréation/VIH est à nouveau déterminante face aux questions d'abstinence et d'utilisation du préservatif. Concernant ce dernier, un travail serait utile en vue de briser la négativité qui est associée au préservatif lui-même. En outre, pour que le discours préventif prenne corps auprès des jeunes filles, leur accompagnement socio-économique est une étape indispensable, déjà enclenchée par certaines ONG locales. Ensuite, dans l'optique de favoriser le recours au test de dépistage, des efforts doivent être menés en termes d'information sur cette distinction entre VIH et sida. Enfin, il m'a semblé pertinent d'évoquer le besoin de formation que j'ai ressenti au niveau des structures qui ne sont pas spécialisées dans la prévention du VIH/sida ou dans la prise en charge des PVVIH.

Laissons maintenant place aux pistes et perspectives que cette recherche exploratoire m'inspire. Premièrement, cet effort de compréhension des déterminants d'une prévention efficace de la transmission du VIH doit s'accompagner d'une analyse des réponses apportées à la maladie par ceux qui en vivent les effets au jour le jour. Il s'agit donc de reconnaître une certaine correspondance entre stratégies de prévention et stratégies de prise en charge du VIH/sida. Puis, si je me suis concentrée sur le contenu des messages de prévention, il serait plus qu'opportun de poursuivre la réflexion en termes pédagogiques, participatifs. A ma connaissance, il n'y a pas – ou peu – d'analyses menées sur la participation effective des adolescents vulnérables aux activités de prévention. Pour cela, la sociologie de l'éducation, bien qu'orientée vers le milieu scolaire, aurait certainement à nous apprendre. Troisièmement, je me suis concentrée sur Baongo, un arrondissement bien spécifique de Brazzaville. Pourquoi ne pas étendre la recherche aux autres arrondissements, en particulier au nord de la ville, afin de voir si les différences qui opposent ces quartiers se répercutent également dans l'étude des RS du VIH/sida. Enfin, comme annoncé en conclusion de la troisième partie de ce mémoire, j'envisagerais, à travers la problématique de la lutte contre le VIH/sida, de favoriser l'étude des « développeurs » de l'intérieur, à la façon d'Atlani-Duault.

Je terminerai par dire qu'à chercher des spécificités, on en finit par oublier les généralités. Or cette recherche s'est efforcée de ne pas « mythifier » les observations réalisées, les conclusions tirées, en n'omettant pas de penser les relations Nord/Sud dans l'analyse. Penser le rapport à l'Autre, ce n'est pas le priver de son aspiration à l'universalité, mais ce n'est pas non plus lui refuser son droit aux différences, ni la reconnaissance de sa rationalité.

BIBLIOGRAPHIE

- ACTIONS DE SOLIDARITE INTERNATIONALE (ASI), 2009, *Evaluation et stratégies d'intervention en vue de l'ouverture d'un projet « Enfants Des Rues » au Congo-Brazzaville*, Brazzaville.
- ASSOCIATION PANAFRICAIN THOMAS SANKARA, 2006, *Rapport alternatif sur l'application de la Convention relative aux Droits de l'Enfant*, Brazzaville.
- ATLANI-DUAULT L., 2005, *Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire*, Société d'Ethnologie, Nanterre (Coll. Recherches thématiques).
- BALANDIER G., 1985, *Sociologie des Brazzavilles noires*, 2nd édition revue et augmentée, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris (Coll. Références) ; 1^{ère} édition en 1955, chez Armand Colin, Paris.
- BARE J.-F. (dir.), 2001, *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, L'Harmattan, Paris (Coll. Logiques Politiques).
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. & TOURE M., 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés).
- BELLAS CABANE C., 2008, *Soins de santé et pratiques culturelles : à propos du sida et de quelques maladies infectieuses*, Karthala, Paris.
- BENOIST J. & DESCLAUX A. (dir.), 1996, *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Karthala, Paris (Coll. Médecines du Monde).
- BERTAUX D., 1997, *L'enquête et ses méthodes : les récits de vie*, Nathan Université, Paris (Coll. 128).
- BODIN J., 2009, *Analyse de la cartographie des acteurs travaillant dans le domaine de la prise en charge des enfants de la rue : rapport final*, Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille – UNICEF, Brazzaville.
- BOUMPOTO M., 1999, « Sida, sexualité et procréation au Congo », in : BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. & TOURE M., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés), pp. 363-76.
- CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (CNSEE), 2003, *Enquête de séroprévalence nationale du VIH/sida en République du Congo*, Brazzaville.
- CENTRE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (CNSEE), 2005, *Enquête Démographique et de Santé (EDSC-1)*, Brazzaville.
- CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS), 2008, *Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2009-2013*, Brazzaville (République du Congo).
- DE SINGLY F., 2004, « Le statut de l'enfant dans la famille contemporaine », in : DE SINGLY F. (dir.), *Enfants adultes : vers une égalité de statuts ?*, Universalis, Paris (Coll. Le Tour du Sujet), pp. 17-32.
- DELAUNAY K., 1999, « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie », *Autrepart*, n°12, pp. 37-51.
- DESCLAUX A., 1995, « Editorial – Les jeunes : adapter ou spécialiser la lutte contre le sida ? », *Lettre d'information du réseau Sociétés d'Afrique & Sida*, n°12, p.1.
- DESCLAUX A., 2003, « Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? », in : UNESCO (Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel),

- « VIH/sida stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO (Paris) », *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida – Projet de recherche UNESCO/ONUSIDA*, Etudes et rapports, série spéciale, n°20, pp. 1-10.
- DIALMY A., 2008, « Les représentations culturelles du sida au Maroc », in : BELLAS CABANE C., *Soins de santé et pratiques culturelles : à propos du sida et de quelques maladies infectieuses*, Karthala, Paris, pp. 37-62.
- DORIER –APPRILL E., 1998, « Croissance urbaine et paysages », in : DORIER-APPRILL E., KOUVOUAMA A. & APPRILL C., *Vivre a Brazzaville. Modernité et crise au quotidien*, Karthala, Paris, pp. 21-59.
- DORIER –APPRILL E., 2001, « Un cycle de guerres urbaines à Brazzaville », *Annales de la Recherche Urbaine*, n° 91, pp. 101-110. Disponible à l'URL : http://www.annalesdelarechercheurbaine.fr/IMG/pdf/Dorier-Apprill_ARU_91.pdf [site consulté le 24 juillet 2009].
- DORIER-APPRILL E., 1996, « Jeunesse et ethnicités citadines à Brazzaville », *Politique Africaine*, n° 64, pp. 73-88. Disponible à l'URL : <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/064073.pdf> [site consulté le 24 juillet 2009].
- DORIER-APPRILL E., KOUVOUAMA A. & APPRILL C., 1998, *Vivre a Brazzaville. Modernité et crise au quotidien*, Karthala, Paris.
- EZEMBE F., 2003, *L'enfant africain et ses univers. Approches psychologiques et culturelles*, Karthala, Paris.
- FASSIN D., 2001, « Le culturalisme pratique de la santé publique : critique d'un sens commun », in : DOZON J.-P. & FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Balland, Paris (Coll. Voix et Regards), pp. 181-208.
- FLAMENT C., 1994, « Aspects périphériques des représentations sociales », in : GUIMELLI C. (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Delachaux et Niestlé, Paris/Neuchâtel, pp. 85-118.
- GRUENAI S. M.-E., 1996, « Etre malade ou être sidéen », in : BENOIST J. & DESCLAUX A. (dir.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Karthala, Paris (Coll. Médecines du Monde), pp.219-30.
- HANRYON S., 1998, *Les traitements politiques et humanitaires du phénomène d'enfance de rue en Afrique Noire : ambiguïté et recherche de solutions intégrées, cas du Sénégal, de la Mauritanie, du Kenya, de la Côte-d'Ivoire et du Zaïre*, mémoire réalisé en vue de l'obtention du grade de DEA en Etudes Africaines, IEP, Bordeaux.
- HARRAMI N., 2000, « Propositions pour la construction d'un système d'indicateurs qualitatifs de suivi et d'évaluation de la politique de population », in : CERED, *Les indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique de population au Maroc*, Rabat, pp. 453-495.
- HONWANA A. & DE BOECK F., 2005, *Makers and breakers. Children and youth in postcolonial Africa*, James Currey – African World Press – Codesria, Oxford – Trenton – Dakar.
- IRC, 2003, *Recensement et enquête sur les enfants de la rue à Brazzaville et à Pointe Noire*, IRC et UNICEF, Brazzaville.
- JAMES A. & PROUT A., 2007a, *Constructing and reconstructing childhood : contemporary issues in the sociological study of childhood*, 2^{ème} édition, RoutledgeFalmer, Oxfordshire.
- JAMES A. & PROUT A., 2007b, « A new paradigm for the sociology of childhood ? Provenance, promise and problems », in : JAMES A. & PROUT A., *Constructing and reconstructing childhood : contemporary issues in the sociological study of childhood*, 2^{ème} édition, RoutledgeFalmer, Oxfordshire, pp. 7-33.

- JAMES A. & PROUT A., 2007c, « Re-presenting childhood : time and transition in the study of childhood », in : JAMES A. & PROUT A., *Constructing and reconstructing childhood : contemporary issues in the sociological study of childhood*, 2^{ème} édition, RoutledgeFalmer, Oxfordshire, pp. 230-50.
- JENKS C., 2005, *Childhood*, 2^{ème} édition, Routledge, Oxfordshire (Coll. Key Ideas).
- JODELET D. (dir.), 1994a, *Les représentations sociales*, 4^{ème} édition, PUF, Paris (Coll. Sociologie d'Aujourd'hui).
- JODELET D., 1994b, « Représentations sociales : un domaine en expansion », in : JODELET Denise (dir.), *Les représentations sociales*, 4^{ème} édition, PUF, Paris (Coll. Sociologie d'Aujourd'hui), pp. 31-61.
- KIVOUELE S., 2007, « La prostitution des enfants : une peste ravageuse de tous les quartiers de Brazzaville », *ATTAC³ Infos*, n°7 (septembre), pp. 3.
- KUBU TURE M., 2007, « En face du sociologue universitaire Matondo Kubu Turé », *ATTAC³ Infos*, n°7 (septembre), pp. 8 & 13.
- LAPLANTINE F., 1994, « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne », in : JODELET Denise (dir.), *Les représentations sociales*, 4^{ème} édition, PUF, Paris (Coll. Sociologie d'Aujourd'hui), pp. 277-98.
- LE PALEC A., 1999, « Le sida, une maladie des femmes », in : BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. & TOURE M., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés), pp. 343-62.
- MANTOURA P., FOURNIER P. & CAMPEAU D., 2003, « Maladies sexuellement transmissibles, sida et prostitution : une étude de cas en Guinée-Conakry », *Santé Publique*, n°15, pp. 223-33.
- MASSE R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin, Montréal.
- MASSE R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethno-médicaux », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21(1), pp. 53-72.
- MEUDEC M., 2008, « Réflexions anthropologiques à partir d'une étude d'une représentation de la maladie en Haïti, in : BELLAS CABANE C., *Soins de santé et pratiques culturelles : à propos du sida et de quelques maladies infectieuses*, Karthala, Paris, pp. 63-99.
- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE L'INTEGRATION AU DEVELOPPEMENT (MPFID), 2007, *Etude sur les connaissances, attitudes, pratiques et comportements des adolescents en matière de sexualité, procréation et VIH/sida*, Brazzaville.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE, DE L'ACTION HUMANITAIRE ET DE LA FAMILLE (MASSAHF), 2005, *Cadre Stratégique National en faveur de l'Enfance Vulnérable*, Brazzaville.
- MOLINER P., 1993, « Cinq questions à propos des représentations sociales », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°20, pp. 5-14.
- MOLINER P., RATEAU P. & COHEN-SCALI V., 2002, *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*, PUR, Rennes (Coll. Didact Psychologie Sociale).
- MONTANDON C., 2006, « De l'étude de la socialisation des enfants à la sociologie de l'enfance : nécessité ou illusion épistémologique ? » in : SIROTA R., *Eléments pour une sociologie de l'enfance*, PUR, Rennes (Coll. Le Sens Social), pp. 41-49.
- MORELLE M., 2007, *La rue des enfants, les enfants des rues : Yaoundé et Antananarivo*, CNRS Editions, Paris.

- MOSCOVICI S., 1961, *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, Paris.
- NKOUIKA-DINGHANI-NKITA G., 2000, *Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville*, UERPOD, Brazzaville.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés).
- ONUSIDA, 2005, *Les "Trois Principes" en action : bilan et avenir*, Genève.
- ONUSIDA, 2008, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU), 1989, *Convention Internationale des Droits de l'Enfant*, New York.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD), 2007, *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*, New York. Disponible à l'URL : <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/french/> [site consulté le 24 juillet 2009].
- RAYNAUT C., 2001, « Comment évaluer les politiques publiques de lutte contre le sida en Afrique ? », in : BARE J.-F. (dir.), *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, L'Harmattan, Paris (Coll. Logiques Politiques), pp. 317-54.
- REPUBLIQUE DU CONGO (RC), 2006, *Comité des Droits de l'Enfant. Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la Convention. Rapport initial des Etats parties devant être soumis en 1999. Congo (CRC/C/COG/1)*.
- REPUBLIQUE DU CONGO (RC), 2009, *Protection sociale des enfants. Livre blanc*, UNICEF Congo, Brazzaville.
- RENET S., 2008, « La vulnérabilité, une notion problématique. Un regard d'anthropologue », Colloque « Vulnérabilités sociétales, risques et environnement » – Résumés des communications, Toulouse, 14-16 mai.
- ROUSSIAU N. & BONARDI C., 2001, *Les représentations sociales. Etat des lieux et perspectives*, Mardaga, Sprimont (Coll. Psychologie et Sciences Humaines).
- SARR B., 2008, *Rapport de consultation : appui à la mise en œuvre de l'approche culturelle dans la lutte contre le VIH/sida*, République du Congo – SEP/CNLS, Brazzaville.
- SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT DU CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (SEP/CNLS), 2008, « Entre représentations et pratiques. Représentations du VIH/sida et perceptions sur les pratiques de lutte contre le VIH/sida en République du Congo », *Projet Appui Unesco – Projet Approche Culturelle du VIH/sida en République du Congo*, Brazzaville.
- SIROTA R., 2006a, *Eléments pour une sociologie de l'enfance*, PUR, Rennes (Coll. Le Sens Social).
- SIROTA R., 2006b, « Petit objet insolite ou champ constitué, la sociologie de l'enfance est-elle encore dans les choux ? », in : SIROTA R., *Eléments pour une sociologie de l'enfance*, PUR, Rennes (Coll. Le Sens Social), pp. 13-34.
- TAPE G., 1999, « Adolescence : mythe ou réalité socioculturelle en Afrique » in BRIL B., DASEN P., SABATIER C. & KREWER B. (dir.), *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants, pour quelles cultures ?*, L'Harmattan, Paris (Coll. Espaces Interculturels), pp. 339-56.
- TAVERNE B., 1995, « Stratégie de communication et groupe cible : sida et migrants au Burkina Faso », *Lettre d'information du réseau Sociétés d'Afrique & Sida*, n°10, pp. 2-4.

- UNESCO, 1982, « Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles », *Conférence mondiale sur les politiques culturelles*, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982. Disponible à l'URL : http://portal.unesco.org/culture/fr/files/12762/11295422481mexico_fr.pdf/mexico_fr.pdf [site consulté le 2 avril 2009].
- UNESCO, 2002, « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida – Projet de recherche UNESCO/ONUSIDA. Synthèse des études par pays : un panorama international », *Etudes et rapports – Série spéciale*, n°10, Division des Politiques Culturelles.
- UNICEF CONGO, 2008, *Rapport annuel 2008*, Programme de Coopération, Brazzaville (République du Congo).
- VERNAZZA-LICHT N., 1996, « Le soin au temps du sida », in : BENOIST J. & DESCLAUX A. (dir.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Karthala, Paris (Coll. Médecines du Monde), pp.201-218.
- VIDAL L., 1996, *Le silence et le sens : essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Anthropos-Economica, Paris (Coll. Sociologiques).
- VIDAL L., 1999, « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes », *Autrepart*, n°12, pp. 19-36.
- VIDAL L., 2000, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, PUF, Paris (Coll. Politique d'Aujourd'hui).
- VIDAL L., 2004a, *Ritualités, santé et sida en Afrique : pour une anthropologie du singulier*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés).
- VIDAL L., 2004b, « Les pièges du culturalisme », *TranscriptaseS*, n°114 (février/mars).
- VIDAL L., 2006, « Laëtitia Atlani-Duault, Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire », *L'Homme*, n°180 (octobre-décembre). URL : <http://lhomme.revues.org/index2567.html> [site consulté le 7 août 2009].
- VUARIN R., 1999, « Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule », in : BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. & TOURE M., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris (Coll. Hommes et Sociétés), pp. 433-53.
- ZEMPLINI A., 1982, « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », *Archives des Sciences Sociales des Religions*, vol.54, pp. 5-19.

Sites internet généraux consultés

- ACT UP PARIS, <http://www.actupparis.org/spip.php?mot744> [site consulté le 9 août 2009]
- LE GUIDE DE LA MEDECINE ET DE LA SANTE TROPICALE, <http://www.santetropicale.com> [site consulté le 27 juillet 2009].
- LE MONDE SELON LES FEMMES, <http://www.mondefemmes.org/> [site consulté le 3 août 2009].
- MERCK FROSST CANADA, <http://www.merckfrosst.ca> [site consulté le 27 juillet 2009].
- ONUSIDA, <http://www.unaids.org/> [site consulté le 2 juillet 2009].
- UNICEF, <http://www.unicef.org/> [site consulté le 2 juillet 2009].
- UNITED NATIONS – INDIA, <http://www.un.org.in/> [site consulté le 30 mars 2009].

ANNEXES

- Annexe n°1 Brazzaville, capitale du Congo
- Annexe n°2 Note complémentaire sur les acteurs de la lutte contre le VIH/sida au Congo
- Annexe n°3 Objectifs stratégiques et domaines de services pour l'axe stratégique de renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST
- Annexe n°4 Présentation des structures brazzavilloises avec lesquelles j'ai collaboré
- Annexe n°5 Récapitulatif des entretiens retenus dans le cadre de l'analyse des données
- Annexe n°6 Guide d'entretien semi-directif pour l'étude de la RS du VIH/sida chez les adolescents et de leurs facteurs de vulnérabilité au VIH/sida
- Annexe n°7 Photographies illustratives prises lors de ma recherche de terrain (Brazzaville, mars/avril 2009)



Si le préambule permet de se faire une idée de l'ambiance de mon terrain, permet de goûter aux mets locaux, de sentir les odeurs du marché, de percevoir la chaleur humaine des Brazzavillois, j'aimerais, dans cette annexe, revenir brièvement sur les guerres à répétition qui se sont déroulées à Brazzaville, et mettre en avant la spécificité de Baongo, le plus vieil arrondissement de la capitale congolaise. Comme l'avance Dorier-Apprill¹⁷⁶, Brazzaville « n'est pas seulement le “cadre” conjoncturel de ces guerres : la configuration-même de la ville, son histoire, sa dynamique sociale sont engagées dans les conflits » (Dorier-Apprill, 2001 : 103). Il ne s'agit donc pas ici de dresser le panorama exhaustif du Congo, qui couvrirait tant les questions de géographie, d'économie, de religion, de situation politique, etc. mais de s'attarder uniquement sur quelques éléments pertinents par rapport à la présente recherche exploratoire¹⁷⁷.

Carte du Congo



Source : CIA – The World factbook, 2006. URL: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/maps/maptemplate_cf.html [site consulté le 24 juillet 2009].

¹⁷⁶ Elisabeth Dorier-Apprill est maître de conférences en géographie (Université de Provence), Laboratoire Population-Environnement IRD et membre de l'Institut Universitaire de France. Elle a énormément travaillé sur Brazzaville et ses ouvrages constituent des références incontournables.

¹⁷⁷ Pour plus d'informations sur la République du Congo, veuillez vous référer, notamment, aux excellents ouvrages suivants : DORIER-APPRILL E., KOUVOUAMA A. & APPRILL C., 1998, *Vivre à Brazzaville. Modernité et crise au quotidien*, Karthala, Paris ; BALANDIER G., 1985, *Sociologie des Brazzavilles noires*, 2^{de} édition revue et augmentée, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris (Coll. Références).

Quelques informations générales

Le Congo est un petit pays d'Afrique centrale de 342 000 km². Comme on le voit sur la carte ci-dessus, il est limité au nord par le Cameroun et la République Centrafricaine, à l'ouest par le Gabon et l'océan Atlantique qu'il borde sur 170 km, au sud par l'enclave angolaise de Cabinda, et à l'est par la République Démocratique du Congo. Le Congo bénéficie aussi de 62 900 km² de mer sur lesquelles il exerce sa souveraineté et ses droits d'exploitation. Il garde encore sa vocation de pays de transit pour les pays de la sous-région, malgré les contre-performances des sociétés qui exploitent les infrastructures portuaires et ferroviaires.

Brazzaville fait dos à Kinshasa, par-delà le Stanley Pool, vaste élargissement du fleuve Congo qui constitue la limite de son cours navigable. Ce fleuve est le deuxième du monde par son débit, après l'Amazone. Assurément, Brazzaville est une « ville fluviale, marquée par la tropicalité », comme l'affirme Dorier-Appril (1998 : 21).

Le Congo est un pays sous-peuplé. En 2007, sa population était estimée à 3 768 087 habitants, avec une très faible densité moyenne de 10 habitants au km². Cependant, elle est essentiellement concentrée dans le Sud, où vivent les *Bakongo*, le plus important des quatre groupes¹⁷⁸ de langue bantoue – environ 45 % de la population totale – qui vivent entre Brazzaville et le littoral de la côte Atlantique. On retrouve parmi les *Bakongo*, les *Lari* à Brazzaville et les *Vili* autour de Pointe Noire, notamment (ASI, 2009 : 6). De plus, la population urbaine est de l'ordre de 55 %, très concentrée sur Brazzaville et Pointe-Noire¹⁷⁹.

Selon le *Rapport sur le Développement Humain 2007-2008*, l'Indice de Développement Humain (IDH) place le Congo-Brazzaville en 139^{ème} place sur 177 (PNUD, 2007 : 231)¹⁸⁰. Malgré une croissance économique importante, provenant en grande partie de l'augmentation des prix du pétrole, la pauvreté et le manque de services sociaux demeurent courants au Congo.

Bref retour sur un cycle de guerres urbaines

En 1991, la Conférence Nationale « met fin à un quart de siècle de régime militaire à parti unique dominé par les militaires “nordistes” » (Dorier-Appril, 2001 : 101). A ce moment, la verte et paisible Brazzaville est en phase de démocratisation, suite à vingt-cinq ans d'euphorie pétrolière. Il suffira de quelques années pour que cet équilibre urbain s'effondre, que l'épisode démocratique s'interrompe et se perde dans les retournements d'alliance et les manipulations électorales.

En effet, entre 1992 et 1999, « la crise politique connaît une escalade dramatique et rapide [...] à travers un cycle de trois guerilles urbaines impliquant les milices et l'armée, en 1993-1994, dans l'été 1997, puis

¹⁷⁸ Les trois autres groupes sont les *Batéké* (20% de la population), les *Mbochis* (10% population) et les Pygmées.

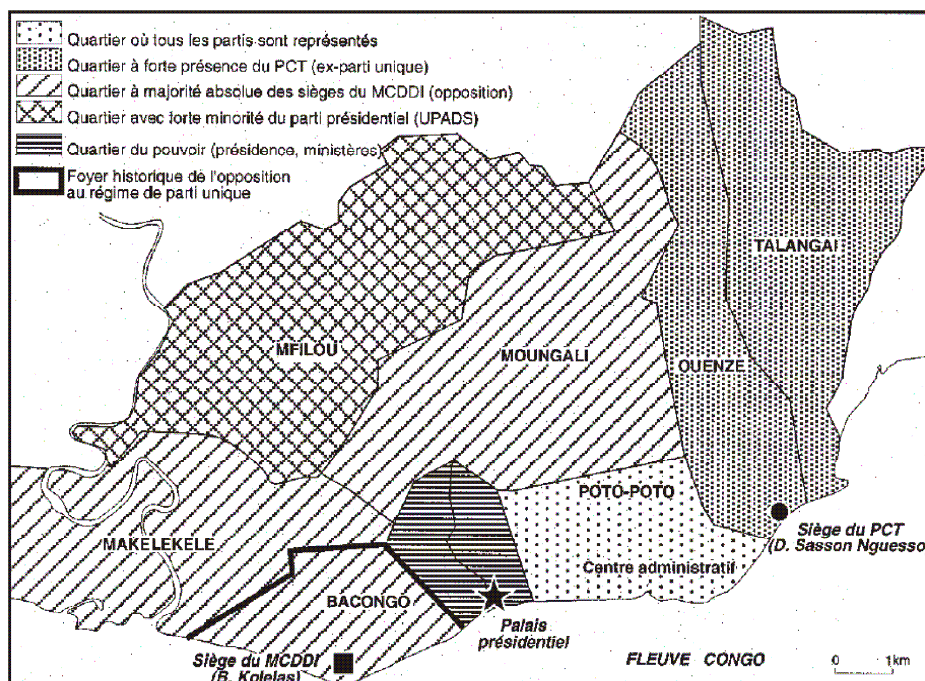
¹⁷⁹ Pointe-Noire, ville côtière, est, en termes de population, la deuxième ville du Congo, et économiquement, l'autre capitale du Congo, là où l'argent l'emporte sur la politique.

¹⁸⁰ Le Gabon, le Cameroun, la RDC et la République Centrafricaine, ses pays voisins, se situent respectivement à la 119^{ème}, à la 144^{ème}, à la 168^{ème} et à la 171^{ème} places (PNUD, 2007 : 231-32).

fin 1998, qui ont ravagé l'un après l'autre tous les quartiers de la capitale avant de se propager dans les régions du sud du pays » (Dorier-Apprill, 2001 : 103).

Si le pouvoir colonial a organisé Brazzaville, d'un point de vue spatial, selon un modèle urbain de ségrégation résidentielle, l'urbanité brazzavilloise était pourtant fortement intégrative. Mais les violences, qui furent d'abord politiques, prirent ensuite progressivement appui sur un référentiel « ethnique », ce qui a fait passer la capitale d'une « simple » ségrégation à l'actuelle situation de forte fragmentation sociale et spatiale de la ville. En effet, c'est en 1909 et en 1911 que Baongo, au sud, et Poto-Poto, au nord, ont respectivement été implantés sur les terrasses alluviales les plus vastes de Brazzaville. La volonté de l'administration coloniale était de canaliser la « population indigène » hors des quartiers européens, hors de la « Brazzaville blanche ». Ainsi, ces deux « Brazzavilles noires » (Balandier, 1955 & 1985) étaient destinées respectivement aux populations venues du nord – *Batéké* et *Mbochis* – et aux ethnies *Bakongo* du sud-ouest du pays. Entre les deux, des zones tampons, demeurées peu densément construites, les distancaient du centre commercial et administratif européen (Balandier, 1985 : 116).

A l'époque coloniale, la moitié nord du pays, sous-peuplée, est délaissée au profit des « Sudistes », plus nombreux à Brazzaville et qui occupent les postes qualifiés. Les « Nordistes » s'installent alors à Poto-Poto et ses extensions nord-est, Moundali et Ouenzé. Après l'indépendance, en 1968, la situation s'inverse au profit des « Nordistes », qui prennent le pouvoir jusqu'en 1992. Evincés de la plupart des postes à responsabilités, les « Sudistes » cristallisent leur identité autour de la contestation politique¹⁸¹ (Dorier-Apprill, 2001 : 105).



Le paysage politique de Brazzaville aux élections locales de 1992.

Source : Dorier-Apprill, 2001 : 104.

¹⁸¹ C'est alors qu'au lieu d'employer la terminologie « ethnique », dénigrée par le régime marxiste, on parle de « Nordistes » et de « Sudistes ».

Puis, en 1992 :

« lors des présidentielles, la carte électorale du Congo, géographiquement très contrastée, traduit l'existence de véritables fiefs politiques dans le pays. [...] A Brazzaville même, où l'on observe une géographie très contrastée des ethnies et des origines régionales, la distribution de la population favorise la répercussion de ces clivages électoraux entre quartiers. [...] En conséquence, la carte électorale de Brazzaville se superpose pratiquement avec celle de la répartition des groupes ethno-régionaux, montrant le clivage entre quartiers nord dominés par l'ancien parti unique [de Denis Sassou Nguesso, actuel président], quartiers "mixtes" du vieux centre où tous les partis sont également représentés, et quartiers sud (Baongo, Makélékélé) où le parti d'opposition de B. Kolelas est en position de quasi-monopole » (Dorier-Apprill, 1996 : 73-74).

Le parti de Pascal Lissouba, vainqueur de la présidentielle, reste minoritaire dans la capitale et ses environs.

En 1993-1994, un différend oppose le parti présidentiel et celui de Kolelas : les premières violences commencent, les premiers groupes « ninjas » de Baongo – milice de Kolelas – se soulèvent. Ces derniers se déchaînent contre les civils minoritaires et inversement, les « Zulus » de Mfilou – milice du président Lissouba – font de même. Ainsi, à Baongo, « les Ninjas massacrent ou expulsent les populations originaires du sud-ouest du pays, qui doivent se réfugier dans les quartiers Mfilou » (Dorier-Apprill, 2001 : 106). Derrière ces combats se cachent les enjeux identitaires d'une jeunesse urbaine sans perspectives, au-delà d'une analyse uniquement en termes de « purification ethnique ».

La guerre de 1997, qui oppose le gouvernement élu et Denis Sassou Nguesso, l'ancien président, est plus grave dans ses destructions matérielles. Elle éclate peu avant les secondes élections présidentielles. Les affrontement entre les « Cobras » – milice armée de Denis Sassou Nguesso – et les « Zulus » déchirent la ville en deux et de courts cessez-le-feu permettent aux brazzavillois de fuir vers le nord ou vers le sud. Baongo reste longuement en-dehors de ces conflits, grâce à la neutralité des « Ninjas » de Kolelas – alors maire de Brazzaville – et ses quartiers deviennent ainsi un lieu de refuge stratégique. C'est Denis Sassou Nguesso, nordiste, qui conquiert le pouvoir et conclut cette guerre de 1997, malgré l'alliance tardive entre « Zulus » et « Ninjas » – milices toutes deux sudistes mais qui s'opposaient en 1993.

Fin 1998, « une incursion *ninja* à Baongo est l'occasion d'une réaction brutale de l'armée à laquelle ont été incorporés des miliciens *cobras*, fidèles à Denis Sassou Nguesso » (Dorier-Apprill, 2001 : 107). Les habitants, pris entre l'armée et les « Ninjas », fuient vers Kinshasa et les campagnes du Pool. Baongo se vide intégralement de ses 200 000 habitants, « déplacés de force à travers un couloir de filtrage (qui permet d'arrêter et d'exécuter sommairement nombre de jeunes supposés *ninjas*) » (ibid.). L'armée prend le contrôle des quartiers sud et reste insensible aux pillages et destructions qui vont bon train. Vers mai/juin 1999, les habitants peuvent regagner leurs quartiers, mais face aux risques d'arrestations arbitraires, aux destructions, à l'insécurité, ils se montrent réticents et les retours restent partiels et progressifs. La guérilla contre les milices ne prendra fin qu'au 29 décembre 1999, date de la signature d'un cessez-le-feu.

Ainsi, au gré des alliances, chaque quartier a connu, à son tour, son lot de combats. Les conséquences matérielles sont lourdes : « au retour des conflits, Brazzaville est dévasté et met du temps à être réhabilitée. Aujourd'hui, il y a encore beaucoup de choses à faire en matière d'assainissement urbain et au niveau socio-économique pour redresser le Congo » (ASI, 2009 : 11). Mais les conséquences sociales

sont encore plus préoccupantes. Dix mille jeunes sont estimés avoir fréquenté les milices. Le traumatisme social, profond, se ressent encore au jour le jour dans les conversations quotidiennes, au détour d'un coin de rue. Et selon Dorier-Apprill (2001 : 109), « la peur et le souvenir ont des effets durables de repli et de contraction des espaces sociaux ».

L'arrondissement de Baongo

C'est surtout le jeu politique des cinquante dernières années qui, « de crise en manipulation politique, a cristallisé à la fois la conscience *ethnique* et territoriale des habitants du quartier, lui donnant à certaines périodes une coloration plus aiguë de combat pour la survie, comme c'est à nouveau le cas depuis 1993 chez [...] les *Ninjas* » (Dorier-Apprill, 2001 : 105). Dès lors, après avoir survolé ce contexte de guerres, qui a secoué Brazzaville durant quelques années, nous allons nous tourner vers l'arrondissement de Baongo, spécifiquement, et voir en quelques mots ce qui le caractérise et le différencie finalement des autres.

Baongo, le plus ancien arrondissement de Brazzaville, est le seul qui ait une dénomination ethnique, héritage de la fondation coloniale. Il n'a pas le monopole des populations *Bakongo-lari*, qui sont partout majoritaires à Brazzaville (60% environ). En effet, son originalité vient, certes, de leur prédominance écrasante (plus de 98%), mais aussi « d'une cohésion identitaire, singulière, produit d'une maturation historique citadine ancienne autour de l'homogénéité d'origine [Pool] et de l'unité d'un territoire urbain » (Dorier-Apprill, 2001 : 104). En outre, la situation privilégiée dont bénéficie Baongo (en bordure de la corniche du fleuve, dans le prolongement des quartiers administratifs), sa position stratégique qui le place en situation de quasi monopole des échanges marchands vers le sud, la prégnance des liens familiaux et économiques de proximité « constituent les bases matérielles d'une culture urbaine fortement territorialisée » (Dorier-Apprill, 1998 : 39).

Selon Balandier, un « dualisme sommaire » s'est créé entre les populations du sud et celles du nord du pays, dualisme qui apparaît à tous niveaux : économique (marchands de poisson et marchands de manioc), politique (opposition lors des campagnes électorales), spirituel, etc.

Il faut savoir que ce sont les quartiers de Baongo et de Makélékélé qui regorgent le plus d'enfants de la rue. Certains expliquent cela par le fait que ces quartiers auraient été les plus touchés par les guerres. D'autres refusent ce discours, selon eux *pro lari*.

Annexe n°2 – Note complémentaire sur les acteurs de la lutte contre le VIH/sida au Congo

Outre le CNLS, les bailleurs de fonds – tels que l’UNICEF – et les ONG, d’autres acteurs interviennent dans la lutte contre le VIH/sida en République du Congo. Dès lors, voici, de manière très succincte, quelques éléments sur le secteur public autre que celui de la santé, sur les confessions religieuses ainsi que sur le secteur privé.

Le secteur public autre que celui de la santé

Les Unités de Lutte contre le Sida (ULS) sont les structures de coordination de la lutte contre le sida au sein d’un ministère autre que celui de la santé. Toutefois, « les faibles capacités des équipes des ULS ne leur ont pas permis d’assurer véritablement la coordination sectorielle de la lutte contre le sida. Les ULS se sont contentées d’élaborer des plans d’action par partenaire financier » (CNLS, 2008 : 64, 112). Il faut noter que « les missions du PNLS ont ainsi été recentrées à la coordination de la lutte contre le sida dans le secteur santé. Cependant, le PNLS est demeuré un service de la Direction Générale de la Santé¹⁸². L’ancrage institutionnel du PNLS ne facilite pas son rôle de coordination des différentes directions du ministère impliquées dans la lutte contre le VIH/sida » (CNLS, 2008 : 64).

Ainsi, les ULS ont mis sur pied des activités tant auprès des travailleurs de leurs ministères respectifs qu’avec les groupes vulnérables en rapport avec les mandats de leurs ministères (CNLS, 2008 : 43). D’autre part, des « Unités Départementales de Lutte contre le sida (UDLS) ont été mises en place dans 10 des 11 départements du pays, à l’exception du département du Kouilou, récemment créé » (CNLS, 2008 : 64). Il y a donc un Conseil Départemental de Lutte contre le sida (CDLS) qui constitue le démembrement du CNLS au niveau de chaque département et dont l’UDLS est l’organe permanent et technique. Les UDLS assurent, « sous l’autorité du Préfet de chaque département, la coordination au quotidien de la réponse au VIH/sida du Département ainsi que l’appui technique aux structures d’exécution » (CNLS, 2008 : 110-113).

Les confessions religieuses

En outre, les Eglises jouent également un rôle important dans la lutte contre le VIH/sida ; elles sont des partenaires indispensables. Au niveau des acteurs religieux, c’est en 2003 que le CNLS, en collaboration avec le PNUD, a engagé une action de plaidoyer envers les leaders religieux. Cette action a abouti à la mise en place d’une Coordination de la Réponse Commune des Confessions Religieuses contre le sida (COREC-SIDA) (CNLS, 2008 : 65). On peut noter par exemple que l’Eglise Evangélique du Congo

¹⁸² L’ULS Santé est donc l’ancien PNLS.

(EEC) mène un programme de lutte contre le sida dans les centres de santé qu'elle a elle-même mis sur pied.

Le secteur privé

L'appui du CNLS au secteur privé se traduit principalement par « un accompagnement dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans d'action de lutte contre le sida sur le lieu du travail » (CNLS, 2008 : 45). De plus, plusieurs entreprises privées participent au financements de projets (ex. contribution de Total Exploitation et Production au financement des CTA, mise en place par la société de téléphonie mobile MTN-Congo d'une ligne téléphonique gratuite d'information, conseil et orientation sur le VIH/sida). Ainsi, ce partenariat entre le secteur public et le secteur privé a été formalisé à travers l'organisation patronale UNICONGO, destinée à coordonner la réponse du secteur privé au VIH/sida.

Annexe n°3 – Objectifs stratégiques et domaines de services pour l’axe stratégique de renforcement des services de prévention de l’infection à VIH et des IST

Objectifs stratégiques	Domaines de service
1.1. Réduire de 50% la proportion d’adultes de 15-49 ans qui ont des pratiques sexuelles à haut risque d’ici à fin 2013	1.1.1. Renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire 1.1.2. Promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH dans les groupes les plus vulnérables 1.1.3. Organisation des campagnes multimédias de communication sur le VIH/sida 1.1.4. Intensification des actions de prévention du VIH/sida dans les zones et points à haut risque VIH 1.1.5. Prévention du SIDA en milieu de soins 1.1.6. Mobilisation des leaders et des communautés contre le VIH/sida 1.1.7. Marketing social du préservatif
1.2. Réduire à moins de 15% la proportion des adolescents de 10-17 ans qui ont des rapports sexuels à haut risque d’ici à fin 2013	1.2.1. Développement des programmes de compétences de vie courantes chez les adolescents de 10-17 ans à l’école primaire et en milieu extrascolaire
1.3. Accroître de 55% à au moins 80% la proportion de personnes qui, présentant une IST, bénéficient d’une prise en charge syndromique dans une formation sanitaire d’ici à fin 2013	1.3.1. Renforcement et élargissement de l’intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les activités des centres de santé intégrés 1.3.2. Mise en place d’un programme de traitement des cas d’IST résistant selon l’approche étiologique
1.4. Accroître de 10% à 50% la proportion des adultes de 15-49 ans connaissant leur statut sérologique d’ici à fin 2013	1.4.1. Renforcement des services de conseil et dépistage volontaire
1.5. Assurer la sécurité transfusionnelle au VIH et autres marqueurs de maladies transmissibles (HVB, HVC, syphilis) chez 100% des personnes bénéficiaires des transfusions et autres dérivés sanguins	1.5.1. Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés 1.5.2. Promotion du don de sang bénévole et éducation des donneurs de sang bénévoles
1.6. Réduire à moins de 10% la proportion des nouveau-nés de mère séropositive infectées par le VIH, d’ici à fin 2013	1.6.1. Renforcement et élargissement de l’intégration du service de dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale 1.6.2. Renforcement et élargissement des services de prise en charge de la femme enceinte séropositive
1.7. Assurer la sécurité bioclinique et la prévention des accidents d’exposition au VIH dans 100% des formations sanitaires et structures de soins sur l’ensemble du territoire national, d’ici à fin 2013	1.7.1. Amélioration de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires 1.7.2. Mise en place d’un programme de prévention et de prise en charge des accidents d’exposition au VIH en milieu de soins 1.7.3. Mise en place d’un programme d’éducation des tradipraticiens et animateurs des salons de coiffure

Source : CNLS, 2008 : 74-86

Annexe n°4 – Présentation des structures brazzavilloises avec lesquelles j'ai collaboré

Comme je l'ai précisé, je ne me suis pas tournée exclusivement vers des associations locales actives dans la lutte contre le VIH/sida. Au contraire, j'ai passé plus de temps auprès de structures spécialisées dans la prise en charge des enfants vulnérables, en ce compris les EDR.

Il faut noter que je ne présenterai dans cette note que les ONG qui ont pris, *in fine*, une réelle place dans ma recherche exploratoire, uniquement pour des raisons de concision et de cohérence.

Avant tout, il faut savoir qu'il existe un Réseau des Intervenants sur le Phénomène de l'Enfance en Rupture (REIPER), qui regroupe des ONG congolaises et internationales qui œuvrent dans la prise en charge de l'enfance vulnérable, en ce compris les enfants de la rue. La naissance de ce réseau, en 2003, a été inspirée par l'expérience kinoise du Réseau des Educateurs pour les Jeunes et Enfants de la Rue (REEJER). Ainsi, « ayant constaté que les initiatives de prise en charge des enfants de la rue étaient parcellaires et n'avaient pas assez d'impact sur la réalité, il est apparu nécessaire de créer un cadre pour ces ONG » (Bodin, 2009 : 48). A l'heure actuelle, il s'agit d'un réseau de type informationnel, dans le sens où « les membres abordent les problématiques concernant les enfants des rues et échangent leurs expériences et savoirs. Le réseau doit être redynamisé afin qu'il devienne opérationnel » (Bodin, 2009 : 49). Mais un problème majeur réside dans le manque de moyens dont disposent les structures membres pour subvenir à leur propre fonctionnement.

Parmi les associations ci-après présentées, l'Espace Jarrot, l'AEED et ASI Congo sont membres du REIPER. D'ailleurs, l'Espace Jarrot est à l'origine de la création du REIPER et son directeur actuel, Joseph Bikie Likibi, est le coordinateur de ce réseau.

Structures spécialisées dans la prise en charge des enfants vulnérables, en ce compris les EDR¹⁸³

L'Espace Jarrot

Selon le fascicule de présentation de l'ONG, créée par l'Association des Spiritains au Congo (ASpC), elle « mène depuis 1997 une action d'accueil, d'éducation et de formation et d'insertion auprès des enfants et jeunes de la rue de Brazzaville dont la finalité est toujours la réinsertion des enfants dans leur famille, lorsque cela est possible, et leur insertion socioprofessionnelle ».

Il faut savoir qu'à Brazzaville, l'Espace Jarrot est la structure qui draine l'essentiel des EDR¹⁸⁴ (Bodin, 2009 : 33), elle est celle qui a la plus grande capacité de prise en charge de ceux-ci.

¹⁸³ On peut noter qu'une seule structure publique assure la prise en charge des EDR : le Centre d'Insertion et de Réinsertion des Enfants Vulnérables (CIREV). Il reçoit les enfants en hébergement temporaire avant leur réinsertion en famille.

L'Espace Jarrot est précisément destiné aux EDR, et a la spécificité de disposer d'un centre d'accueil de jour et d'un centre d'hébergement, deux centres distincts. Le premier a une capacité d'accueil de trente places et le second reçoit en moyenne une centaine d'enfants par mois. Trois jours par semaine, les EDR peuvent venir s'y reposer, se nourrir, se laver, se soigner et rencontrer les éducateurs, le psychologue et l'infirmière qui constituent l'équipe salariée. Ceux-ci « identifient les jeunes et leur histoire de vie afin qu'un travail de réinsertion familiale soit amorcé. Si l'enfant est en rupture totale avec sa famille, proche et élargie, il sera placé, par le juge pour enfants, dans le centre d'hébergement où les jeunes bénéficient d'une scolarisation ou d'une formation professionnelle et d'activités socioculturelles» (Bodin, 2009 : 35). C'est dans le centre d'accueil que j'ai passé deux matinées par semaine avec les adolescents. Avec l'aide de deux éducateurs de rue, Sorel et Trésor, j'ai pu mener à bien plus d'une dizaine d'entretiens. Ce sont d'ailleurs douze de ces entretiens que j'ai retenus *in fine* pour l'analyse proprement dite de contenu menant à la typologie de la RS des adolescents vulnérables sur le VIH/sida. De plus, Sorel et Trésor m'ont emmenée, de nuit, sur les sites fréquentés par les garçons que je rencontrais à l'Espace Jarrot, ce qui m'a permis de me faire une idée de leurs lieux de vie ainsi que des activités de prostitution des quartiers nord.

Personne ressource	Joseph Bikie Likibi (directeur) +252 556 51 23 ; espacejarrot2@yahoo.fr
Adresse	Centre d'hébergement : 113 rue Joly, Baongo Centre d'accueil de jour : 101 rue Chaptal, Baongo

L'Action Espoir des Enfants en Détresse (AEED)

Créée en 1996, l'AEED est une structure d'hébergement mixte des enfants vulnérables (orphelins, enfants démunis, enfants de la rue) située à Baongo, non loin du Centre Culturel Français. Il s'agit d'une action paroissiale qui dépend de l'Eglise Evangélique. Elle assure une prise en charge totale pour vingt quatre enfants (huit filles et seize garçons) : hébergement, scolarisation, formation professionnelle et activités socioculturelles. Si le personnel est en majorité bénévole, certains sont des fonctionnaires d'Etat.

Je me suis rendue au début de mon séjour à Brazzaville à l'AEED, mais j'ai éprouvé des difficultés à rencontrer des adolescents non scolarisés ou déscolarisés. En effet, les enfants de moins de 16 ans pris en charge par l'AEED sont scolarisés. Au-dessus de 16 ans, ils suivent une formation.

Personne ressource	Maman Nkodia (directrice) +242 556 20 28 ; aeedfoyer@yahoo.fr
Adresse	10 rue du Duplex, CCF, Baongo

Actions de Solidarité Internationale Congo (ASI)

ASI-Congo est une structure de prise en charge spécifiquement destinée aux jeunes filles de moins de 18 ans. Cette ONG développe à Brazzaville un programme de prise en charge des « jeunes filles mineures en

¹⁸⁴ Si l'Espace Jarrot est *a priori* mixte, il n'y a que peu de filles qui le fréquentent – 95 % sont des garçons.

situation de vulnérabilité/rue », qui comprend notamment des activités de prévention du VIH/sida en milieu ouvert. Deux centres se répartissent deux axes d'intervention :

- à Baongo : un centre socioéducatif de jour où soixante quatre jeunes filles vulnérables, filles de la rue et filles-mères mettent en œuvre un projet de vie personnalisé (scolarisation ou formation professionnelle) ;
- à Ouenzé : un centre de prévention santé pour les professionnelles du sexe.

Deux équipes salariées pluridisciplinaires travaillent sur ces programmes (Bodin, 2009 : 37).

J'ai bénéficié de l'aide précieuse de Julie Bodin, coordinatrice de mission, lors de mon séjour à Brazzaville. Cette jeune française a acquis sur le terrain une forte légitimité et une expertise approfondie de la problématique des EDR. Elle m'a aidée, dès le début, à identifier les ONG locales vers lesquelles me diriger pour mener à bien ma recherche. Elle a partagé avec moi son expérience et m'a donné de nombreux conseils. J'ai eu l'occasion d'observer certaines activités de prévention contre le VIH/sida réalisées par son équipe. En outre, Léonie, éducatrice de rue, m'a emmenée, à la tombée de la nuit, sur les lieux de prostitution des quartiers Nord, ce qui m'a permis de confronter les observations que j'avais faites dans les quartiers sud.

Personne ressource	Julie Bodin (coordinatrice de mission) +242 545 42 29 ; asi_congo@yahoo.fr
Adresse	Centre d'accueil de jour : OE36V, OCH, La Glacière, Baongo

Structures spécialisées dans la prévention du VIH/sida auprès des enfants vulnérables

A défaut de pouvoir prendre en charge les filles vulnérables, les ONG congolaises suivantes les sensibilisent à leurs droits, aux IST et au VIH/sida, aux violences physiques et sexuelles.

Attaque contre la drogue, la prostitution infantile et le sida (ATTAC³)

Cette ONG, créée en 2003 à Baongo, intervient auprès des filles de la rue et/ou mineures prostituées. Elle a trois principaux domaines d'intervention : la sensibilisation, le plaidoyer et la formation. Ainsi, elle propose des activités de sensibilisation par des clubs anti-drogue, des clubs anti-prostitution, des causeries, des débats, etc. Elle publie un bulletin de sensibilisation à ces thématiques. En outre, elle met en place des Activités Génératrices de Revenus (AGR) en couture, notamment, pour les jeunes filles anciennes professionnelles du sexe.

Grâce à l'aide d'Elie Nganga, j'ai rencontré des adolescentes anciennes prostituées que l'association tente de réinsérer *via* une activité de couture. J'ai en outre bénéficié de l'aide de Roseline, qui m'a accompagnée dans les quartiers de Baongo et Makélékélé afin d'aller mener des entretiens auprès d'adolescentes travaillant dans des salons de coiffure.

Personne ressource	Elie Sosthène Nganga (président) +242 557 07 85 ; +242 557 46 01 ; attac_spd@yahoo.fr
Adresse	112 Rue Raymond Paillet, Bacongo

Centre d'Appui au Développement de la Fille-Mère (CADFM)

Né en 2000, le CADFM est une structure de prévention contre le VIH/sida, de formation et d'appui aux AGR. Elle intervient donc dans les domaines de l'éducation, de la santé et du développement économique auprès des jeunes filles en âge de procréer et des jeunes filles-mères. En matière de prévention contre le VIH/sida, d'une part, elle agit au niveau de la prise en charge des orphelins du VIH/sida, et d'autre part, elle mène des activités auprès des jeunes-filles mères d'éducation par les pairs et de communication sociale. En outre, elle forme ces filles à des AGR telles que la couture, l'informatique, la coiffure, etc. Depuis 2005, le CADFM compte le SEP/CNLS parmi ses partenaires nationaux.

Au siège du CADFM, j'ai pu observer une activité de prévention contre le VIH/sida destinée à des jeunes-filles mères, ainsi que réaliser des entretiens avec certaines d'entre elles.

Personne ressource	Viviane Obvoura (secrétaire générale) +242 530 30 42 ; +242 660 18 74 ; cadfm_congo@yahoo.fr
Adresse	387 Rue Mayama

Centre de formation

Mouvement pour la Vie

Mouvement pour la Vie est une association de femmes et filles-mères et d'appui aux AGR qui a été créée en 1996. Il s'agit d'un mouvement militant pour la protection de la grossesse, menée par Sœur Anna. Son domaine de prédilection est donc la protection des femmes et filles-mères en détresse, auxquelles elle propose un appui *via* la mise sur pied d'AGR en couture, broderie, savonnerie, pâtisserie. Elle a aussi des activités de microcrédit et d'alphabétisation.

Personne ressource	Sœur Anna (responsable) +242 545 15 51 ; mpvie2003@yahoo.fr
Adresse	Mission Javouey, B.P. 24 96, BZV

Le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Brazzaville

C'est en 1994 que fut créé, au sein du CHU de Brazzaville, le premier Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) des personnes vivant avec le VIH d'Afrique.¹⁸⁵ Jusqu'en 2004, année durant laquelle deux centres de dépistage anonyme et volontaire ont été construits, le CTA était la seule structure qui fournissait des services de conseil et dépistage volontaire à Brazzaville. Le CTA assure la prise en charge globale – y

¹⁸⁵ A Pointe-Noire, un second CTA fut créé dans l'enceinte de l'Hôpital Adolphe Cissé en 1999.

compris donc psycho-sociale – des patients séropositifs au VIH. Il a ouvert en 2007 un service de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) en raison de l'affluence des cas.

Depuis 2006, M. Parfait, psychologue, organise des groupes de parole pour les enfants touchés par le VIH en vue de les préparer progressivement à l'annonce de leur séropositivité. Les rencontres ont lieu une fois par mois, dans l'enceinte de l'UNICEF : les enfants/adolescents sont répartis en quelques groupes, en fonction de l'âge. J'ai eu l'occasion d'assister aux séances des mois de mars et d'avril.

Observation du samedi 20 mars, 8h30 – 12h00

Ils sont plus d'une vingtaine d'enfants/adolescents assis en rond dans une paillote qui se trouve dans l'enceinte de l'UNICEF. Une bonne dizaine de "mamans" sont assises en dehors de la paillote, à l'ombre, et observent. Ils sont âgés de 5 à 18 ans, garçons et filles, tous séropositifs. Les plus jeunes ne sont pas conscients de leur statut sérologique, contrairement aux grands, qui sont « bien » au courant. Avant de commencer, les enfants visionnent la vidéo de la dernière rencontre, car ils filment eux-mêmes chaque rencontre. Le psychologue lance la discussion au moyen d'une image. La participation des enfants est très active ; le psychologue ne fait que relancer la discussion, susciter le débat. Les enfants parlent, jouent des scénettes, ils s'expriment beaucoup, et se prennent assez bien au jeu. Les petits, dans l'histoire, ne saisissent pas vraiment ce qu'il se passe et ils perdent très vite leur concentration. Tout au long de la matinée, ils sont motivés par des petites récompenses : bonbons, eau, « jus », sandwich, petits jouets.

Ce fut particulièrement intéressant d'observer ces rencontres. Certes, elles sortaient de mon champ de recherche, car il s'agit d'enfants/adolescents séropositifs au VIH, mais cela m'a permis de voir comment les professionnels abordent la question avec les principaux concernés. Cela m'a permis de confronter les propos récoltés auprès de « mes » adolescents avec ceux d'adolescents directement confrontés à la maladie. J'ai pu voir comment ces enfants et adolescents séropositifs « racontent le sida ».

Annexe n°5 – Récapitulatif des entretiens retenus dans le cadre de l'analyse des données

Adolescent(e)s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Garçon						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Fille	X	X	X	X	X													X	X	X	X	X	X	X
Fille-mère	X		X		X																			
Age	17	15	17	17	17	17	17	15	17	16	17	17	17	14	17	15	13	14	17	16	17	17	16	16
Formation																								
Couture																		X	X	X				
Broderie	X	X	X																					
Coiffure				X	X																X	X	X	X
Petit job de survie dans la rue	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Lieu de vie																								
Foyer familial	X	X	X	X	X													X	X	X	X	X	X	X
Est à la rue						X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Centre OEV															X	X	X							
Structures ¹⁸⁶																								
CADFM				X	X																			
Mvt Pour la Vie	X	X	X																					
ATTAC ³																		X	X	X				
Espace Jarrot						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							

A la base, j'ai récolté une trentaine d'entretiens, mais parmi ceux-ci, je n'en ai retenu que 24 dans le cadre de l'analyse des données. En effet, j'ai laissé de côté un entretien mené avec une jeune femme de 26 ans, un autre avec une fille mineure mais scolarisée, etc. Il s'agit principalement d'entretiens conduits au début de ma recherche de terrain, lorsque je n'étais pas encore réellement accompagnée et que j'éprouvais de réelles difficultés à rencontrer des adolescents qui correspondaient au profil recherché. C'est ainsi que les entretiens réalisés à l'AEED se sont avérés inutilisables lors de l'étape d'analyse.

Dès lors, les 24 adolescents mentionnés ci-dessus sont issus des quartiers de Bacongo, arrondissement au sud de Brazzaville. Tous sont mineurs et déscolarisés ou non scolarisés. Parmi ceux-ci, on relève douze garçons, tous rencontrés à l'Espace Jarrot : ils sont ce qu'il est convenu d'appeler des « enfants de la rue »¹⁸⁷ et exercent donc diverses activités de survie dans la rue. A côté d'eux, douze entretiens concernent des filles, vulnérables en ce qu'elles sont toutes déscolarisées, certaines sont filles-mères, d'autres sont orphelines partielles ou totales issues de familles pauvres, d'autres encore sont d'anciennes « prostituées » (adolescentes 18, 19, 20). Les quatre dernières adolescentes (21-24), je les ai rencontrées dans leurs salons de coiffure respectifs, avec l'aide de Roselyne (ATTAC³).

¹⁸⁶ Structures *via* lesquelles je suis rentrée en contact avec les adolescent(e)s.

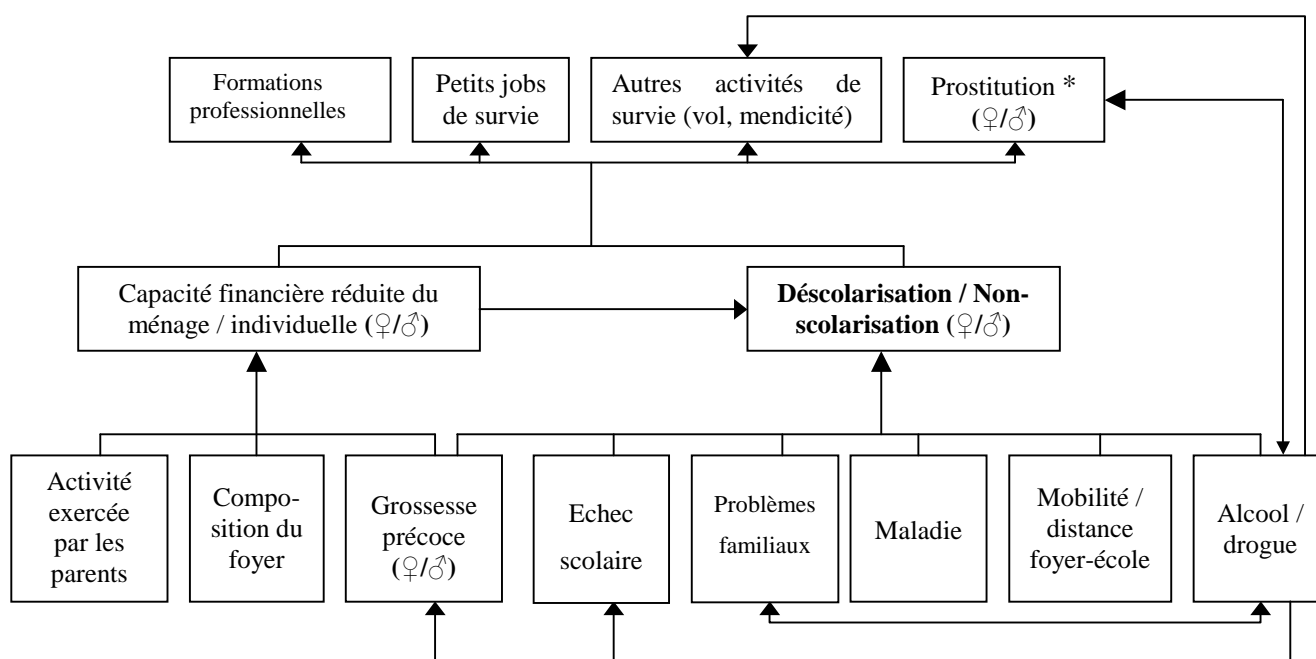
¹⁸⁷ Cf. Partie I, 2.2.2.2, p.26.

Pour information, j'insère ci-dessous un arbre à problème (par essence schématique, simplifié) réalisé dans le cadre de l'élaboration du protocole de recherche sur les facteurs de vulnérabilité au VIH/sida des adolescents en question¹⁸⁸. Ce diagramme, issu de l'analyse des récits de vie des adolescents, permet de voir, de manière très schématique, quels sont les facteurs généraux qui participent à leur situation globale de vulnérabilité.

N.B. Sens des flèches : sens de la causalité (cause → effet)

* Prostitution sous toutes ses formes

(♀/♂) : différences liées au « genre »



¹⁸⁸ Cf. Partie III, 1.1, p.66.

Annexe n°6 – Guide d’entretien semi-directif pour l’étude de la RS du VIH/sida chez les adolescents et de leurs facteurs de vulnérabilité au VIH/sida¹⁸⁹

Lieu et durée de l’entretien :

Caractéristiques sociodémographiques de l'adolescent(e)

Âge

Sexe

Lieu de résidence

Statut matrimonial ou situation amoureuse

Nombre d’enfants

Composition du foyer de l’adolescent(e) (ascendants, fratrie, descendants)

Profession ou activité exercée par l’adolescent(e)

Profession ou activité exercée par les parents, le cas échéant

Langues parlées

Religion

Niveau d’instruction / de déscolarisation

Récit de vie

- Le parcours de vie de l’adolescent(e)
 - o Famille (relations avec membres de la famille, problèmes : décès, divorces, PVVIH, etc.)
 - o Lieu de vie
 - o Scolarisation, déscolarisation, non scolarisation
 - o Relations avec les autres adolescents
 - o Faits marquants, craintes, souhaits...
- Activité
 - o Métiers antérieurs, raisons des changements de métiers, raison de l’exercice de l’activité actuelle
 - o Déroulement d’une journée / soirée / nuit
 - *Horaire de travail*
 - *Rencontres*
 - *Clients : caractéristiques et comportement*
 - *Revenus par jour*
 - *Activités annexes*
 - *Lieux fréquentés par l’adolescent*
 - ...
- Vie amoureuse et sexuelle
 - o Entrée dans la vie sexuelle : âge, partenaire, lieu, contexte, etc.
 - o Partenaire(s) actuel(s) : âge, nombre, durée, etc.
 - o Descendance
 - o ...

¹⁸⁹ Ce guide m’a servi pour mener ma recherche personnelle de terrain ainsi que pour l’élaboration du protocole de recherche pour l’Unicef.

Représentations du VIH/sida

- En avoir entendu parler
- Définition du VIH/sida
- VIH/sida = tabou ?
- Origine du VIH/sida
- Modes de transmission → « Comment ? »
- Causes du VIH/sida → « Pourquoi ? »
 - o Etiologies sorcière et divine
- Perception du risque : personnes, comportements, lieux, périodes, situations à risque
- Perception de sa propre vulnérabilité
- Connaissance de personnes infectées du VIH et/ou de personnes malades ou décédées du sida dans entourage (familial, amical et autre)
- Attitude envers PVVIH

- Canaux d'information sur le VIH/sida (famille, amis, école, médias, rue, actions sensibilisation, etc.) et opinion quant à cette information

Connaissances et pratiques en matière de prévention du VIH/sida

- Connaissance des moyens de se protéger du VIH/sida (préservatif, fidélité, abstinence, autres pratiques) et opinion vis-à-vis de ceux-ci
- Pouvoir de décision quant à ces pratiques et en matière de sexualité en général
- Utilisation de quels moyens de prévention, quand et pourquoi
- Connaissances quant au test de dépistage du VIH
 - o Passage ou non-passage à l'acte et raisons évoquées (sûr de soi, peur, réputation du lieu...)

- Canaux d'information sur les moyens de prévention du VIH/sida (famille, amis, école, médias, rue, actions sensibilisation, etc.) et opinion quant à cette information
- Engagement des adolescents dans la prévention du VIH/sida : besoins, attentes et motivation

**Annexe n°7 – Photographies illustratives prises lors de ma recherche de terrain
(Brazzaville, mars/avril 2009)**



Le fleuve Congo, vu de Brazzaville. En face, Kinshasa.



A l'avant-plan, des *maboké*, mets cuits à l'étouffée dans une papillote de feuilles sauvages.



Deux « sapeurs » à La Main Bleue, *nganda* à Bacongo, rendez-vous incontournable de ces « ambianceurs élégants ».



Un vendeur de cigarettes et de cartes de téléphonie mobile, dans le centre-ville.



Une scène de rue, au nord de Brazzaville.



Des *chikwanges*, pains de manioc entourés des feuilles dans lesquelles ils ont cuit.



Plantations le long de la corniche avec, au loin, Bacongo.



Une vue du centre d'accueil de jour de l'Espace Jarrot



Autre vue du centre d'accueil de jour de l'Espace Jarrot

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	ii
PREAMBULE	iii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE – PROBLEMATIQUE, CONCEPTS ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES...	3
1 La lutte contre le VIH/sida en République du Congo	3
1.1 Situation de l'épidémie du VIH au Congo	3
1.2 Les acteurs de la lutte contre le VIH/sida au Congo-Brazzaville	4
1.2.1 Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	5
1.2.2 Les ONG locales.....	7
1.2.3 Le Centre National de Lutte contre le Sida (CNLS)	7
1.2.3.1 Historique	7
1.2.3.2 Les grands axes de la lutte	10
1.2.3.2.1 Les actions menées dans le cadre de la prévention du VIH/sida.....	11
2 Positionnement du cadre théorique : mise en lumière des principaux concepts	12
2.1 Le concept de représentation sociale	12
2.1.1 Définition du concept de « représentation sociale »	13
2.1.2 Un concept à l'interface de la psychologie sociale et de l'anthropologie	14
2.1.3 Etudier la RS au niveau d'un groupe particulier.....	15
2.1.3.1 La théorie du « noyau central »	16
2.1.3.2 Les représentations dans l'expression individuelle	17
2.1.4 L'étude à visée descriptive d'une RS.....	17
2.1.4.1 Le VIH/sida, objet de représentation sociale.....	18
2.1.4.2 La RS du VIH/sida chez les adolescents vulnérables de Baongo, en phase de stabilité	19
2.2 Les « adolescents vulnérables »	19
2.2.1 Perception de l'adolescent dans le cadre de l'étude.....	19
2.2.1.1 « Adolescent » : un découpage temporel.....	19
2.2.1.2 Une posture épistémologique.....	21
2.2.1.2.1 La sociologie de l'enfance.....	21
2.2.1.2.2 La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE)	22
2.2.1.2.3 Représentation et place de l'adolescent à Brazzaville	23
2.2.2 « Enfants vulnérables » ou « enfants de la rue » ?.....	24
2.2.2.1 Le concept de « vulnérabilité »	24
2.2.2.2 Le concept « d'enfant de la rue » (EDR)	26
2.2.2.3 Des « enfants de la rue » parmi les « enfants vulnérables »	28
2.2.2.4 Les adolescents rencontrés dans le cadre de cette recherche exploratoire.....	29
3 Considérations méthodologiques et limites de l'enquête.....	30
3.1 Etapes et choix de la méthode.....	30
3.1.1 L'étape « préparatoire »	31
3.1.2 L'étape empirique	31
3.1.3 L'analyse des données	33
3.2 Biais et limites	34
4 Conclusion de la première partie	35

DEUXIEME PARTIE – UNE TYPOLOGIE DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA REPRESENTATION SOCIALE DU VIH/SIDA CHEZ LES ADOLESCENTS RENCONTRES 37

1	Un éclairage préalable : la « prostitution » à Brazzaville	38
2	Définition du sida.....	40
2.1	La fragile distinction entre le VIH et le sida.....	41
2.2	Une maladie contagieuse.....	42
2.3	Une maladie symptomatique.....	43
2.4	Des médicaments qui soignent ou qui « calment » ?	43
2.5	Une maladie « mauvaise », « sale »	43
3	La « causalité transmissive » du VIH/sida	44
3.1	Les éléments représentatifs centraux	44
3.1.1	La contamination par voie sexuelle.....	44
3.1.1.1	Les filles, des « distributeurs du sida »	45
3.1.2	La contamination par voie sanguine	47
3.1.3	La sphère du surnaturel.....	48
3.1.3.1	L'étiologie divine : le sida est une punition de Dieu.....	48
3.1.3.2	L'étiologie sorcière : le sida des sorciers.....	49
3.2	Les éléments représentatifs périphériques	51
3.2.1	La peur de mourir seul.....	51
3.2.2	La contamination de la mère à l'enfant	52
3.3	Une difficulté à hiérarchiser les risques	52
4	La négociation du préservatif, une véritable relation de « genre »	53
4.1	L'universalité des refus d'emploi du préservatif.....	54
4.2	Le préservatif, signal de la maladie sida.....	55
4.2.1	Et la contraception ?	57
4.3	L'autonomie financière des filles	58
4.4	Pistes complémentaires	59
5	La perception des personnes vulnérables au VIH/sida	60
6	Le test de dépistage du VIH.....	61
6.1	Raisons évoquées pour ne pas recourir au test de dépistage du VIH	62
6.2	Raisons évoquées pour recourir au test de dépistage du VIH	63
7	Attitude envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	64
8	Conclusion de la deuxième partie.....	65

TROISIEME PARTIE – CONFRONTATION DES MESSAGES DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA A LA REPRESENTATION SOCIALE DES ADOLESCENTS SUR LE VIH/SIDA 66

1	Retour sur le contexte de la recherche et le risque de culturalisme.....	66
1.1	L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida	66
1.2	Le culturalisme	68
1.2.1	Définir la « culture »	68
1.2.2	Ne pas tomber dans les pièges d'une approche culturaliste.....	68
2	Adéquation des messages de prévention contre le VIH/sida à la RS des adolescents sur le VIH/sida.....	70
2.1	Catégoriser ?.....	71
2.2	Principales pistes dégagées face à la configuration actuelle des messages de prévention	72
2.2.1	La transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME)	73

2.2.2	Abstinence, fidélité et préservatif ?	73
2.2.3	L'accompagnement socioéconomique des filles.....	75
2.2.4	Le test de dépistage au VIH	75
2.2.5	La formation des intervenants sociaux	76
3	Conclusion de la troisième partie	76
	CONCLUSION GENERALE	78
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	ANNEXES.....	VI
	Annexe n°1 – Brazzaville , capitale du Congo	VII
	Annexe n°2 – Note complémentaire sur les acteurs de la lutte contre le VIH/sida au Congo.....	XII
	Annexe n°3 – Objectifs stratégiques et domaines de services pour l'axe stratégique de renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST.....	XIV
	Annexe n°4 – Présentation des structures brazzavilloises avec lesquelles j'ai collaboré	XV
	Annexe n°5 – Récapitulatif des entretiens retenus dans le cadre de l'analyse des données	XX
	Annexe n°6 – Guide d'entretien semi-directif pour l'étude de la RS du VIH/sida chez les adolescents et de leurs facteurs de vulnérabilité au VIH/sida.....	XXII
	Annexe n°7 – Photographies illustratives prises lors de ma recherche de terrain (Brazzaville, mars/avril 2009)	XXIV
	TABLE DES MATIERES	XXIX