

## Enquête de dépistage mobile à la Base Agip, un quartier de Pointe-Noire en République du Congo

Rock OKIEMBA,  
MAITRE-ASSISTANT,  
UNIVERSITE MARIEN NGOUABI,  
[rockfeller16@yahoo.fr](mailto:rockfeller16@yahoo.fr),

### Résumé :

À partir d'observations ethnographiques et d'entretiens, cet article vise à décrire le contexte des campagnes de sensibilisation au VIH à Pointe Noire (grande ville portuaire et industrielle) et à proposer une analyse sociologique des stratégies visant à augmenter le nombre de VIH requis. Les gens connaissent leur statut sérologique. Ce type de chirurgie offre des possibilités de dépistage à une population composée d'hommes actifs qui fréquentent rarement les établissements de santé et de femmes qui ne sont pas couvertes par le dépistage prénatal, mais les conseils prodigués semblent inappropriés pour ceux qui se retrouvent avec le VIH et les personnes atteintes d'infections virales. Le soutien et les soins ne suffisent pas. L'article souligne également les limites du dépistage dans les espaces publics, qui peuvent contribuer à exprimer la stigmatisation associée au statut des séropositifs qui bénéficieraient d'un dépistage.

**Mots-clés :** Dépistage mobile, genre, stigma, VIH.

### Abstract:

Based on ethnographic observations and interviews, this article aims to describe the context of HIV awareness campaigns in Pointe Noire (large port and industrial city) and to offer a sociological analysis of the strategies aimed at increasing the number of HIV required. People know their HIV status. This type of surgery offers screening opportunities to a population made up of active men who rarely attend health facilities and women who are not covered by prenatal screening, but the advice provided appears inappropriate for those who end up with the HIV and people with viral infections. Support and care are not enough. The article also highlights the limits of testing in public spaces, which can contribute to expressing the stigma associated with the status of HIV-positive people who would benefit from testing.

**Keywords:** HIV, gender, Mobile testing, stigma.

## Introduction

De nombreuses études en Afrique ont montré que le dépistage mobile et le dépistage porte-à-porte, deux stratégies qui rapprochent les services de la population, augmentent leur accessibilité non seulement dans les zones rurales où l'assainissement fait défaut mais aussi dans les villes. Les services proposent également des dépistages individuels. La même chose est vraie au Congo. A Brazzaville, des unités mobiles de dépistage fonctionnent dans la communauté depuis 2010, avec des résultats très satisfaisants. Pointe-Noire, n'est pas encore équipé de véhicules, mais chaque fois qu'il emprunte un camion de vaccins à la fondation pétrolière italienne (ENI) pour organiser des activités mobiles, les bénévoles affluent et peuvent réaliser des centaines de vaccinations. Cela peut se faire en une journée, les centres de santé intégrés voient parfois moins de 5 personnes par jour car le manque de réactifs empêche les activités de dépistage tout au long du mois. Lorsque cela est possible, les conditions de travail et de rémunération du personnel soignant ne sont pas à la hauteur de leur niveau de compétence et du temps d'étude pour acquérir ces compétences, leur motivation est faible, donc l'accueil apparaît souvent inapproprié, les délais d'attente sont trop longs et les résultats ne sont pas au rendez-vous. Remettez à la prochaine fois un jour ou deux plus tard parfois même le principe de la gratuité du service n'est pas respecté.

Les bénévoles doivent acheter des seringues pour échantillons de sang perdu. Ou encore, afin d'augmenter les revenus du centre de santé, qui sont ensuite partagés par les salariés, il lui est demandé d'acheter un carnet de santé, ce qui est totalement inutile pour ce genre d'anonymat. Nous envisageons de nous intéresser au Kersivac (2022), salon des vacances contre le SIDA, qui se tient chaque été depuis 2008 dans un établissement d'enseignement secondaire d'un quartier populaire et propose des "loisirs sains pour les jeunes" et un dépistage du VIH, avec des résultats disponibles le jour même.

Le projet a été retardé en raison de la lourdeur des procédures de passation de marchés mises en œuvre par les financiers internationaux, mais l'UDLS a travaillé dur pour respecter notre calendrier et a conçu une autre opération qui est désormais incluse dans son plan de travail avec un accord de coopération qui a été signé pour mener à bien organiser deux projections mobiles en 2022 par l'Association des Initiatives de Pêche Communautaire d'Autopromotion (AICP), qui regroupe à la fois les pêcheurs et les transformateurs de poisson, une communauté pauvre et densément peuplée. Avec 30 000 habitants, environ 20 % sont originaires du Bénin et d'autres pays d'Afrique. Comme il y avait suffisamment de

fonds pour payer les secouristes ainsi que les réactifs nécessaires à l'opération, il a été décidé de mener une opération de quatre jours dans cette partie de la ville, située en bord de mer et à proximité du camp naval français où 350 soldats professionnels travaillent.

Nous avons également discuté avec des membres de l'équipe de sélection et des responsables de l'AICP à la fin de l'événement.

Cet article s'appuie sur des observations, une analyse des commentaires recueillis et quelques données sociodémographiques sur les utilisateurs : leur sexe, leur âge, leur profession, leur nationalité, leur lieu de naissance et leur statut. Il cherche à décrire largement le contexte social dans lequel le dépistage mobile se déroule afin de retrouver ses progrès et ses résultats clés.

Notre perspective se concentre sur le lien entre le dépistage et la prise en charge des personnes séropositives, ce qui nous amène à nous interroger sur les caractéristiques de la participation, les modèles de conseil utilisés et le peu d'attention accordée à la gestion collective de la stigmatisation. Application de la loi dans les espaces publics et le manque de soutien aux personnes testées positives. De ce point de vue, les limites des actions observées nous amènent à nous demander si la proposition de dépistage par le biais de campagnes mobiles permettrait aux personnes séropositives dépistées d'accéder plus tôt aux soins et aux traitements. Nous analysons également le faible recours au dépistage mobile chez les femmes, en particulier les couples, ce qui suggère que les normes de genre devraient être explicitement combattues pour améliorer leur autonomie décisionnelle en matière d'accès à l'information, au dépistage et au traitement.

## 1. Méthodologie

Nous avons observé la préparation et le déroulement de cette projection mobile. Outre de nombreuses conversations et entretiens informels avec des spectateurs et des utilisateurs autour de l'installation lors de l'événement, nous avons également mené 16 entretiens formels avec des utilisateurs dans une petite tente installée à proximité afin de maintenir la confidentialité dans des conditions acceptables. Les entretiens ont duré en moyenne 18 minutes et ont porté sur 4 femmes âgées de 16 à 39 ans et 12 hommes âgés de 20 à 50 ans (dont l'âge moyen était de 34 ans, cohérent avec l'âge moyen de tous les sujets dépistés). Elles sont réalisées soit pendant la période d'attente (entre l'inscription et la consultation pré-test ou entre le prélèvement et la consultation post-test) soit immédiatement ou plus tard après la délivrance des résultats (deux personnes dépistées reviennent le lendemain du test avec).

## 2. Présentation des résultats

### 2.1. Déroulement de la campagne

Une semaine avant le début du dépistage mobile, l'UDLS a informé les responsables de l'AICP du projet (sans la présence des dirigeants communautaires béninois), qui se sont félicités de la nouvelle selon laquelle des échantillons seraient collectés sur place et les résultats seraient rendus dans les délais impartis, qui a mis fin à la malheureuse campagne de 2005. L'UDLS a également vérifié la disponibilité des camions de vaccination prêtés par la Fondation ENI et de leurs chauffeurs, ainsi que la disponibilité du personnel nécessaire aux opérations : une réceptionniste enregistre les usagers avec un numéro anonyme, deux consultants échangent avec eux, une infirmière et une laborantine s'occupent du prélèvement du sang de la "technique" avec des tests rapides.

Afin de prendre en charge les personnes dépistées positives, plutôt que de prendre en charge les personnes séropositives qui ont exprimé leur volonté, un psychologue est également responsable des aspects psychosociaux de la prise en charge au centre de traitement ambulatoire (CTA), une équipe, avec des fonctions d'encadrement partagées entre le médecin coordonnateur et le chargé de suivi-Evaluation de l'UDLS.

Enfin, l'UDLS a attribué à un service de restauration informel, un stand de restauration, qui servait des boissons sucrées et des sandwiches à chaque personne dépistée après une prise de sang, dans un pays le seuil de pauvreté est élevé et ne vit qu'une journée pour des raisons économiques. Une fois les autorisations obtenues auprès de l'administration de la région et du commandant du bataillon de Marines adjacent, le choix du lieu d'installation s'est porté sur un terrain appartenant à l'armée, adjacent au camp militaire et utilisé certains jours par l'armée pour des raisons de sécurité et d'espace disponible utilisé comme "stade".

Bien qu'il soit éloigné du village de pêcheurs, il présente l'avantage d'être visible depuis la zone industrielle et situé sur la route d'un petit endroit pour vendre les poissons fumés déplacé dans une friche sableuse.

Pendant les opérations chirurgicales, une grande tente avec des sections de toile divisées en une salle d'attente, une boîte de travail pour consultants et 25 chaises était louée, et les infirmières et les laborantins restaient pour travailler dans le camion. Deux "propagandistes" payés par l'association des pêcheurs ont été chargés de sillonner les rues avoisinantes avec des haut-parleurs, d'annoncer les projections en kituba et en lingala "et d'en transmettre les résultats", relayés également par des chauffeurs de camions d'information équipés d'une sonorisation puissante.

Le premier jour de l'événement était vendredi, et même si l'événement de dépistage a commencé deux heures après l'heure annoncée et que les collations n'ont été fournies aux contrôleurs que bien après la première prise de sang, 98 personnes se sont présentées et les organisateurs comptaient dans un premier temps sur une cinquantaine de tests par un jour.

En raison du démarrage tardif, du grand nombre de volontaires pour les tests et de quelques erreurs d'organisation, il y a eu un long temps d'attente entre le recueil des résultats et la livraison des résultats, la salle était bondée (pas assez de chaises, 15 personnes debout), et les utilisateurs. Il y avait une certaine confusion dans le circuit. L'afflux le plus spectaculaire a été celui de marins en uniforme, y compris des officiers supérieurs, arrivés avec la permission de leurs officiers. En effet, 20 militaires (deux femmes et 18 hommes) (un quart des hommes dépistés ce jour-là) ont participé au test, alors que seuls 11 pêcheurs y ont participé.

Un nombre considérable de travailleurs commerciaux informels étaient également présents, parmi lesquels 23, dont 14 femmes (plus de la moitié de la main-d'œuvre féminine de l'époque), vendant ou achetant probablement au marché aux poissons fumés. Pour les militaires qui souhaitaient pratiquer des activités physiques samedi, l'emplacement choisi, les camions et les tentes ont été déplacés vers une zone proche du marché aux poissons fumés, proche du village de pêcheurs, mais clair et rempli de divers échantillons d'ordures. Il y avait des tampons de coton utilisés pour arrêter le saignement et du papier d'emballage pour sandwich jeté par le personnel de sécurité sur le sol.

Des affiches explicatives sur la façon dont le virus se propage et sur la différence entre le VIH et le SIDA qui n'avaient pas été affichées la veille ont été affichées sur la grande tente le lendemain, et le responsable du stand de restauration portait également un T-shirt pour promouvoir le dépistage mobile.

Au total, 87 pêcheurs ont participé plus nombreux aux tests le deuxième jour de l'événement. L'appareil est resté dans la même position pendant les deux jours suivants.

Le troisième jour, dimanche, le nombre de vendeurs sur le marché était faible, la plupart des soldats se reposaient dans leurs maisons de la « ville » (à l'exception de quelques-uns qui vivaient dans des camps militaires), et les résultats étaient modestes : 56 (dont deux militaires et huit pêcheurs) ont été détectés. L'événement s'est arrêté deux heures plus tôt que les jours précédents. Cependant, le coordinateur de l'UDLS a organisé une démonstration du préservatif féminin sur un marché proche de l'installation, qui a été bien

accueillie par les femmes qui n'avaient jamais vu de préservatif auparavant.

Enfin, les crieurs qui demandaient un « code vestimentaire » ont reçu des T-shirts faisant la promotion de la projection mobile. Lundi, quatrième et dernier jour de la campagne, 94 personnes ont été dépistées. Le nombre de soldats (17, dont 16 hommes, soit 22 % de la main-d'œuvre masculine) dépassait encore une fois le nombre de pêcheurs (12). La nouvelle a commencé à se répandre dans la ville selon laquelle des dépistages pourraient être effectués à la base de l'Agip, tandis que les activités dans les bâtiments publics ont été perturbées en raison du manque de réactifs et que le centre de santé a envoyé des personnes pour confirmer la sérologie, ce qui a fait que 6 personnes sur 18 ont été testées positif ce jour-là, dans quatre jours.

Au cours des quatre jours de l'événement, un total de 335 personnes a été testé, 251 hommes et 84 femmes, ce qui équivaut à 3 hommes pour une femme, une caractéristique dont nous parlerons dans le prochain chapitre.

Seuls deux hommes n'ont pas terminé le test : l'un a attendu après son inscription et l'autre est parti après un entretien préalable au test. Le taux d'abandon élevé des résultats (98%) démontre le non acceptabilité du dépistage mobile et contraste avec les structures de santé, où les taux de non-abandon peuvent atteindre 20% si l'accouchement est retardé au lendemain ou au surlendemain, voire plus selon les cas. L'enthousiasme des soldats à connaître leur statut sérologique semblait être lié aux inquiétudes soulevées par une collecte de sang organisée dans le camp l'année précédente, lorsque les résultats sérologiques du VIH n'étaient pas communiqués aux donneurs de sang et que la collecte était interprétée comme un test aveugle, étant donné que la séropositivité a des implications sur les carrières militaires, les personnes séropositives ne peuvent pas voyager à l'étranger.

Au contraire, chez les pêcheurs béninois qui n'étaient pas suffisamment informés, des interrogations sur la destination du sang collecté et une faible visibilité de l'AICP lors des événements peuvent constituer l'un des problèmes majeurs au dépistage. Si l'information a été aux habitants, l'ENI mentionne bien son partenariat avec l'UDLS, aucune banderole sur l'installation ne l'indique, seules les initiales ENI sont visibles.

## **2.2. Profil des personnes venues se faire dépister à la Base Agip**

Bien que la projection ait eu lieu à proximité d'un marché, qui était clairement un lieu de rencontre féminin, la fréquentation était toujours composée d'hommes aux trois quarts. Les hommes se sont révélés surreprésentés dans tous les dépistages mobiles qui, à Pointe-

Noire et Brazzaville, sont les seuls à répondre à ces exigences, à l'exception de ceux proposés en médecine du travail, qui ne concernent que les grandes entreprises (brasseries, compagnies pétrolières).

Dans un pays la majorité de la population est jeune et où l'espérance de vie est inférieure à 50 ans, l'âge moyen des personnes dépistées était 34 ans. Les hommes dépistés sont âgés de 13 à 72 ans et les femmes de 15 à 60 ans. La répartition des tranches d'âge différait significativement selon le sexe ( $p = 0,002$ ) : le groupe le plus important était constitué d'hommes âgés de 25 à 34 ans, tandis que parmi les femmes, il y avait celles de plus de 25 ans d'une part et de 35 à 44 ans d'autre part.

Les immigrants représentaient 10 % des personnes sélectionnées (12 % des hommes, 6 % des femmes). Parmi eux, les Congolais de la République Démocratique du Congo sont les plus nombreux, dépassant les Béninois tant en femmes qu'en hommes, mais les Béninois constituent le groupe le plus nombreux et le plus structuré de la population étrangère des deux sexes dans la région voisine. Culture et savoir-faire de l'industrie maritime, des pêcheurs et des transformateurs de poissons.

Si près d'un tiers des pêcheurs dépistés étaient des étrangers, moins de la moitié de ce groupe venait du Bénin. Il est à noter qu'aucune femme béninoise n'a été dépistée, ce qui semble être lié au Bénin et à la non-participation de l'AICP. L'équipe se prépare à l'action. L'âge moyen de la population migrante est de 32 ans pour les femmes et de 36 ans pour les hommes. Cependant, l'âge moyen des six Béninois – dont cinq pêcheurs – était significativement plus élevé (42 ans) que celui des autres immigrants, ce qui semble être lié à leur statut de pêcheur. Comme prévu, presque tous les migrants masculins sont actifs (27 sur 28), et leurs deux secteurs les plus courants sont la pêche (54 %) et le commerce informel (21 %).

L'attractivité de Pointe-Noire comme bassin d'emploi a également été mise en évidence par l'examen des lieux de naissance des Congolais sélectionnés, suggérant une forte mobilité à l'intérieur du pays, notamment de Brazzaville à Pointe-Noire, devenue une destination d'immigration en tant que pôle industriel, centre et site protégé des conflits des années 1990 : les natifs de Brazzaville (27% d'hommes, 32% de femmes) ont presque autant de chances de naître que les Ponténégrins hommes 32%, les femmes représentent 33%). Logiquement, les natifs de Pointe-Noire de moins de 25 ans sont les plus nombreux parmi les Congolais dépistés, mais ils ne représentent que 46% des hommes et 38% des femmes de cette tranche d'âge (contre 18% des hommes et 21 % des femmes).

L'âge moyen des élèves du primaire et du secondaire est de 20 ans et celui des pêcheurs de 37 ans, avec la plus forte proportion d'hommes venant du Kouilou dans la région de Pointe-Noire (respectivement 46% et 45%). Parmi les militaires, dont l'âge moyen est également de 37 ans, la région de Pointe-Noire compte le plus petit nombre d'autochtones : respectivement 6% et 43%, selon le taux de natalité.

Les taux d'activité sont particulièrement élevés, avec seulement 5% des hommes se déclarant au chômage, contre 18% des femmes « femmes au foyer », tandis qu'à Pointe-Noire le taux de chômage des 15-64 ans est de 13,4% selon les normes de l'OIT (les hommes sont chômeurs (11,5% pour les femmes), le taux de chômage est passé à 32,1% (CNSEE, 2009), et de nombreuses personnes occupent des emplois quotidiens précaires ou travaillent dans le secteur informel pour gagner leur vie.

Le commerce informel (« petites entreprises ») représente 23% de la population active dépistée par la Base Agip, dont 12% d'hommes et 66% de femmes, et constitue leur principale source de revenus indépendants. Comme observé ailleurs, les taux d'activité élevés parmi les agents de dépistage reflètent les difficultés du personnel à accéder aux services de dépistage (Corbet et al., 2006). Les soldats contrôlés représentaient 22 % des personnes contrôlées et 17 % des 350 marins, pour la plupart des hommes qui travaillent dans les casernes navales du pays. Nous voulions également savoir s'ils assistent en grand nombre au dépistage parce qu'ils souhaitent produire des résultats négatifs pour progresser dans leur carrière, et si leur visibilité n'est pas atteinte en raison des uniformes et de la présence d'agents de la manière la plus préjudiciable. Populations précaires, chômeurs et migrants irréguliers, les variables socioprofessionnelles du tableau, construites à partir des items cochés dans la fiche pré-test comportent des approximations.

### **2.3. Profil des séropositifs dépistés à la Base Agip**

Le taux de détection du VIH à Base Agip est de 5,4%, ce qui est légèrement supérieur à la prévalence estimée dans la population générale de Pointe Noire (prévalence du VIH de 4,6% chez les personnes âgées de 15 à 49 ans, ESISC-1, 2009). Ce taux couvre un écart important et inhabituel entre les hommes (6 %) et les femmes (3,6 %). En effet, à Pointe-Noire, la séroprévalence dans la population générale est de 6,2% pour les femmes et de 2,9% pour les hommes (ESISC-I, 2009), une caractéristique qui prévaut également dans le dépistage mobile, où les femmes ont des taux d'infection significativement plus élevés que chez les hommes (7,8% contre 3,2%

lors de Kersivac en 2010 et 13,6% contre 2,8% lors du dépistage mobile dans la région de Fond Tié-Tié).

Les trois personnes testées positives à la Base Agip sont âgées de 18, 36 et 56 ans. Les deux plus jeunes sont célibataires, l'une exerce le commerce informel et l'autre est au chômage (femme au foyer), et l'aînée est veuve qui exerce également le commerce informel, toutes trois sont de nationalité congolaise.

L'âge moyen des 15 hommes dépistés positifs était de 41 ans, ce qui est supérieur à l'âge moyen des personnes dépistées (34 ans). Ils sont âgés de 24 à 59 ans, mais la tranche d'âge la plus touchée par le VIH est celle de 40 à 49 ans (7 personnes sur 15 sont séropositives), soit 11,5% par rapport à la population générale, la proportion la plus élevée chez les hommes. La population âgée de 40 à 44 ans est de 5,7 % (ESISC-1, 2009). Seul un tiers des hommes séropositifs était célibataires et deux tiers étaient en couple (quatre étaient mariés et six vivaient ensemble), une proportion plus élevée que l'ensemble des personnes dépistées (66 % contre 34 %). Si l'on examine la nationalité et le lieu de naissance des hommes séropositifs, la proportion de migrants séropositifs correspond à la proportion de migrants parmi la population masculine dépistée.

En revanche, parmi la population masculine dépistée, la proportion d'hommes séropositifs nés à Pointe-Noire apparaît supérieure à celle des natifs de la ville (40% contre 27%), tandis que la proportion d'hommes séropositifs hommes nés à Brazzaville, le ratio est inverse, plus faible (17 % contre 30 %). Les professions comptant le plus grand nombre absolu de personnes séropositives sont celles des ouvriers et des pêcheurs, suivis des employés du commerce et de l'armée.

Mais si l'on calcule les taux de détection par profession, selon la Base Agip, les catégories les plus touchées par l'infection au VIH sont les ouvriers (4 sur 31 dépistés étaient positifs, soit 12,9%) et les employés de commerce, dont la plupart travaillent dans des taxis ou des petites entreprises. Les chauffeurs de bus (2 par personne) et les employés commerciaux (17 personnes, soit 11,8%), suivis des pêcheurs (4 personnes sur 49, soit 8,1%). Les militaires ont un plus grand accès au dépistage, ne serait-ce que dans les hôpitaux militaires, où le taux est de 3,5 % (seulement 2 sur 57).

### 3. Discussion

Il ressort de ce tableau que la proportion d'hommes dépistés et celle d'hommes testés séropositifs est plus importante que celle des femmes. Toutefois, cela semble contredire les données de la séroprévalence à Pointe-Noire qui est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Cette différence se justifie dans la zone

couverte par le dépistage mobile du fait que les hommes y sont prédominants et sont majoritaires dans les métiers phares d'ouvriers et de pêcheurs.

De plus, il ressort que les séropositifs sont pour les deux tiers en couple contre le tiers d'entre eux qui sont célibataires. Dans l'ensemble de la population dépistée, par contre, les sujets en couple sont à 66% contre 34% qui sont célibataires. Là encore, le gap exprime une tendance masculine de la séroprévalence dans cette zone portuaire. Ce qui se traduit très clairement chez les populations d'immigrants, où la proportion des hommes correspond à celle des sujets immigrants contaminés. Cela donne à penser que le fort taux de stress lié aux activités exercées (ouvriers, pêcheurs) exige des moments de détente où la vigilance baissant, les risques face au VIH sont davantage pris.

En somme, la précarité des conditions de vie et la vulnérabilité des hommes exerçant des métiers précaires et peu rémunérés semblent bien à l'origine du taux élevé de prévalence relevé. Il s'impose donc de renouveler de telles initiatives, et surtout, d'établir un pont entre le service de dépistage et celui qui doit assurer la prise en charge afin de réduire le taux de contamination et de mortalité chez les séro-ignorants qui sont nombreux dans cette zone portuaire.

## Conclusion

Les activités de dépistage mobile à la Base Agip touchent donc des groupes généralement vulnérables de la zone de la Base Agip et d'ailleurs, dont une proportion importante de travailleurs non qualifiés, de chauffeurs de taxi, de pêcheurs, de militaires et de commerçants du secteur informel. Même si les communautés de pêcheurs ciblées par l'opération auraient pu gagner à être davantage mobilisées et impliquées dans le déroulement de l'opération, d'autant plus que certains membres des associations de pêcheurs ont reçu une formation sur le VIH et que leur organisation pourrait également être améliorée, le dépistage a connu un succès sans précédent. Ces utilisateurs considèrent les services fournis comme de meilleure qualité que ceux fournis par les établissements de santé. Cependant, notre analyse met en évidence les écueils propres à ce mode de dépistage dans les espaces publics très fréquentés, où les déplacements des personnes facilitent la manifestation de la stigmatisation liée au VIH. Les conseillers sont confrontés à des exigences relativement contradictoires : ils doivent travailler vite, raccourcir les entretiens pour faciliter le remplissage de questionnaires restrictifs, tout en étant censés fournir des

informations de prévention personnalisées et établir des premiers jalons d'accompagnement lorsque les résultats sont positifs. Il semble cependant que les personnes motivées soient simplement incitées à choisir un centre de soins (si elles ont le choix à ce moment-là), sans aucun support autre que la documentation contenue dans l'enveloppe : une notice de référence au centre en question, comportant son nom, date de naissance, date du test et lieu et ses conséquences. Il n'y a pas de suivi de la proportion de personnes arrivant dans ces centres, ni de dépistage des personnes disparues, ni de suivi du délai entre la publication des résultats et l'admission effective aux soins ; ce délai peut durer des mois, notamment en raison de ce que la personne avait connu des difficultés. Ainsi, dans l'isolement et faute de réactifs, il est quasiment impossible de réaliser des évaluations inclusives gratuites dans les bâtiments publics de la ville.

## Sources et Bibliographie

### Sources orales

**Tableau 1:** Classes d'âge selon le sexe des sources orales

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Classes d'âge :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n = 15, 5,9 %)	Femmes (n = 3, 3,6 %)	Ensemble
Age moyen :	35 ans	34 ans	34 ans	41 ans	37 ans	40 ans
Age médian :	34 ans	34 ans	34 ans	42 ans	36 ans	41 ans
- de 25 ans	43 (17%)	25 (30%)	68 (20%)	1	1	2
- 25-34 ans	92 (37%)	18 (21%)	110 (33%)	3		3
- 35-44 ans	69 (27%)	26 (31%)	95 (28%)	5	1	6
- 45 ans et +	47 (19%)	15 (18%)	62 (19%)	6	1	7

*Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.*

**Tableau 2:** Nationalité des sources orales

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Nationalité :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n =15, 5,9 %)	Femmes (n =3, 3,6 %)	Ensemble
Congolaise	223 (88 %)	79 (94 %)	302 (90 %)	13	3	16
autre (Afrique)	27 (12 %)	5 (6 %)	33 (10 %)	2		2

*Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.*

**Tableau 3:** Lieu de naissance des sources orales

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Lieu de naissance :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n =15, 5,9 %)	Femmes (n =3, 3,6 %)	Ensemble
Pointe-Noire	67 (27 %)	26 (31 %)	93 (28 %)	6	1	7
Brazzaville	75 (30 %)	12 (14 %)	87 (26 %)	1	1	2
Ailleurs	109 (43 %)	46 (55 %)	155 (46 %)	8	1	9

*Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.*

**Tableau 4:** Profession des sources orales

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Profession :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n =15, 5,9 %)	Femmes (n =3, 3,6 %)	Ensemble
Pêcheurs	49 (19 %)		49 (15 %)	4		4
artisans et « autres »	14 (6 %)	5 (6 %)	19 (6 %)	1		1
Cadres	8 (3 %)	2 (2 %)	10 (3 %)			
Militaires	57 (23 %)	3 (4 %)	60 (18 %)	3		3
Professions intermédiaires et « métiers spécialisés »	17 (7 %)	8 (10 %)	25 (7 %)			
employés du commerce et des services	17 (7 %)	2 (2 %)	19 (6 %)	2		2

ouvriers non qualifiés	31 (12%)		31 (9%)	4		4
petit commerce informel	27 (11%)	38 (45%)	65 (19%)	1	2	3
Chômeurs	13 (5%)	1 (1%)	14 (4%)			
femmes au foyer		15 (18%)	15 (4%)		1	1
élèves et étudiants	18 (7%)	10 (12%)	28 (8%)			

Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.

**Tableau 5:** Statut matrimonial des sources orales

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Statut matrimonial :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n =15, 5,9 %)	Femmes (n =3, 3,6 %)	Ensemble
Célibataire	109 (43%)	41 (49%)	150 (45%)	5	2	7
En couple	137 (55%)	31 (37%)	168 (50%)	10		10
- mariage	43 (17%)	11 (13%)	54 (16%)	4		4
- union libre	94 (38%)	20 (24%)	114 (34%)	6		6
En rupture d'union :	5 (2%)	12 (14%)	17 (5%)		1	1
- divorce	2 (1%)	4 (5%)	6 (2%)			
- veuvage	3 (1%)	8 (9%)	11 (3%)		1	1

Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.

**Tableau 6 :** Statistiques des sources orales n'ayant pas effectué le retrait des résultats au test VIH

Population dépistée n = 335				Séropositifs n = 18 (5,4 %)		
Non retrait du résultat :	Hommes (n = 251)	Femmes (n = 84)	Ensemble	Hommes (n =15, 5,9 %)	Femmes (n =3, 3,6 %)	Ensemble
N (%)	7 (3 %)		7 (2 %)	1		1

Source: Enquêtes de l'auteur, 2022.

## Bibliographie

- Bateganya M., Abdulwadud O. A. et Kiene S. M. (2010). Home-based HIV voluntary counselling and testing (VCT) for improving uptake of HIV testing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD006493.
- Béné C. et Merten S. (2008). « Women and Fish-for-Sex: transactional Sex, HIV/AIDS and Gender in African Fisheries ». *World Development*, 36, 5 : pp. 875-899.
- Chambre de Commerce, d'Industrie, d'Agriculture et des Métiers de Pointe-Noire (CCIAM). (2006). *Mise en œuvre du développement des activités marines pour une maritimisation de l'économie de Pointe-Noire*. Pointe-Noire : CCIAM.
- CNSEE, (2009). *Principaux indicateurs du marché du travail au Congo*. Enquête Emploi, mis à jour par L. Nabassemba le 25.2.2024. Brazzaville : CNSEE.
- CNSEE, ICF Macro et SEP-CNLS. (2009). *Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida du Congo (ESISC-I)*. Brazzaville : CNSEE et ICF Macro, SEP-CNLS.
- CNSEE, ORC Macro. (2006). *Enquête Démographique et de Santé (EDSC-1) Congo 2005*. Brazzaville : CNSEE, ORC Macro.
- Corbett, E.L., Dauya, E., Matambo, R., Cheung, Y.B., Makamure, B. et al. (2006). « Uptake of Workplace HIV Counselling and Testing: A Cluster-Randomised Trial in Zimbabwe ». *PLoS Med*, 3(7): e238.
- CREDES. (2004). *Enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques relatives à l'infection à VIH en population générale, auprès des élèves et des étudiants et chez les professionnelles du sexe*. Rapport d'analyse provisoire. Paris : CREDES.
- Desclaux A., Msellati P., Sow K. (2011). « Introduction : L'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud ». In ANRS, *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge, (XIII-XXXII)*, Paris : ANRS.
- Eboko F., 2013. « Déterminants socio-politiques de l'accès aux anti-rétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida ». In POSSAS, C. et LAROUZE, B. (eds), *Accès aux anti-rétroviraux dans les pays du Sud. Propriété intellectuelle et politiques publiques*. Paris : ANRS, collection Sciences sociales et Sida : pp. 207-224.
- Fisher J. C., Bang, H., et Kapiga, S. H. (2007). « The association between HIV infection and alcohol use: A systematic

- review and meta-analysis of African studies », *Sexually Transmitted Diseases*, 34 : pp. 856–863.
- Grabbe K.L., Menzies N., Taegtmeier M., Emukule G., Angala P., Mwega I., Musango G. et Marum, E. (2010). « Increasing access to HIV counseling and testing through mobile services in Kenya: strategies, utilization, and cost-effectiveness ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54, 3 : pp317-23.
- Kalichman S. C., Simbayi L. C., Kaufman M., Cain D., et Jooste S. (2007). « Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Systematic review of empirical findings ». *Prevention Science*, 8 : pp. 141–151.
- Maman S., Mbwambo J., Hogan N., Kilonzo G. et Sweat M. (2001). « Woman's Barriers to HIV-1 Testing and Disclosure: Challenges for Voluntary Counseling and Testing Programs ». *AIDS Care*, 13, 5 : pp. 595-603.
- Martin P. (2009). *Catholic Women of Congo-Brazzaville. Mothers and Sisters in Troubled Times*. Bloomington : Indiana University Press.
- Mbopi-Keou F. X., Ongolo Zogo P., Angwafo F., Ndumbe P. M. et Belec L. (2007). « High Impact of Mobile Units for Mass HIV Testing in Africa ». *AIDS*, 21 : pp. 1994-1996.
- Mboussou, F. (2007). « Congo : La prostitution dans la communauté de pêche de Base-Agip ». *Bulletin du SEP/CNLS* 31/07/2007.
- SEP/CNLS Congo. (2011). *Rapport annuel de la réponse au VIH et au Sida*. Brazzaville : SEP/CNLS.
- Tchouamani H.P., Ndumbe P.M. et Mbopi-Keou F.X. (2007). « Expérience camerounaise de l'utilisation d'unités mobiles médicalisées pour le dépistage de l'infection au VIH ». *Sidanet* 4, 6 : p. 1023.
- Woolf-King S. et Maisto S. (2011). « Alcohol Use and High-Risk Sexual Behavior in Sub-Saharan Africa: A Narrative Review ». *Archives of Sexual Behavior*, 40 : pp. 17–42.
- Yengo P. (2006). *La guerre civile du Congo-Brazzaville 1993-2002*. « Chacun aura sa part ». Paris : Karthala.