

L'AVENIR DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA ET LEURS ENFANTS A KISANGANI, EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Christian MassabaAwesse¹

Abstract

We intended to study how people living with the VIH/SIDA imagine their future to the look of all difficulties and the fears that the infection of which they are victims represents. We wanted to examine also how they project the future of their children in this environment of multiform crises and disarrays. However, our report seems interesting had consideration to the contradictory results to which us succeeded. The hope seemed to take the over on the discouragement; people living with the VIH/SIDA of Kisangani believe in the best.

Résumé

Nous nous sommes proposés d'étudier comment les personnes vivant avec le VIH/SIDA imaginent leur futur au regard de toutes les difficultés et les craintes que représente l'infection dont elles sont victimes. Nous avons voulu aussi examiner comment elles projettent l'avenir de leurs enfants dans cet environnement de crises multiformes et de désarrois. Cependant, notre constat semble intéressant eu égard aux résultats contradictoires auxquels nous avons abouti. L'espoir a semblé prendre le dessus sur le découragement ; les personnes vivant avec le VIH/SIDA de Kisangani croient au meilleur.

¹ Christian Massaba Awesse, est Diplômé d'Etudes Supérieures en sociologie à l'université de Kisangani en République Démocratique du Congo. Il enseigne à l'université du CEPROMAD/Kisangani, Membre du Conseil Provincial Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA.

INTRODUCTION

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA à Kisangani ont connu trois moments importants dans leur survie avec ce virus.

Il est important de savoir qu'avant 2001, les comportements à afficher face au VIH/SIDA n'étaient pas connus. Les messages diffusés par les médias ne faisaient pas l'objet des échanges par manque des moyens et de connaissance de l'ampleur de la situation pour en débattre en profondeur. Ce fut la période du désespoir pour ceux qui se sentaient atteints ou se suspectaient être infectés par le VIH/SIDA. Pendant cette période, toutes les spéculations étaient permises. Le SIDA était pour certains « le Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux », « Une punition de Dieu contre les prostituées », « un mauvais sort jeté par les marabouts ».

En 2001, s'installèrent des ONG de lutte contre le SIDA à Kisangani, la grande ville du nord-est de la RDC. Ces ONG menaient des actions de prévention (sensibilisation et dépistage), accompagnement psycho-social. Cependant, il n'y avait pas de traitement à l'aide de l'antirétroviral. Ainsi, les PVV se sont tournés vers les tradi-praticiens et des pasteurs qui proposaient des traitements divers et les guérisons « miracles ». Une période que nous qualifions d'embryonnaire dans la lutte contre le VIH/SIDA à Kisangani : séquelle de la crise, du sous-développement.

La troisième période a commencé au second semestre de 2005 avec le traitement antirétroviral proposé par la Coopération Technique Allemande (GTZ-SANTE) et l'arrivée du PNMLS avec ses activités dans tous les secteurs de la vie. Cette période fut couronnée en 2010 par la fermeture du centre de traitement ambulatoire de la GTZ-SANTE et la prise en charge des PVV par les zones de santé de la ville de Kisangani. Cette période est caractérisée par plusieurs activités de lutte contre le VIH/SIDA : formations, sensibilisations et l'ouverture de la ville à l'extérieur par les moyens de communication rapides (téléphones mobiles, internet...)

I. L'AVENIR DES PVV ET LEURS FAMILLES

I.1. Des adultes et des antirétroviraux

D'emblée, l'on peut croire que toutes les PVV qui sont à Kisangani bénéficient des ARV. Ce qui n'est pas le cas. Les PVV qui se sont dépistées, qui se reconnaissent comme telles, ne représentent qu'à peine 10 %. Ces 10% constituent le 100% des PVV dépistées².

La différence entre 100 % des PVV et 10% de celles qui sont dépistées nous donne 90%. Les 10% des PVV dépistées qui connaissent leurs statuts sérologiques constituent 100% des PVV dont

² PNLS, *Rapport annuel 2014* p28.

seulement 14% sont sous le traitement antirétroviral. Les autres (86%) sont soit sur la file d'attente, soit perdus de vue. C'est-à-dire, une fois qu'elles sont informées de leurs résultats VIH+, certaines personnes vivant avec le VIH/SIDA développent des mécanismes pour ne plus rencontrer les prestataires qui leur auraient annoncé le résultat VIH+. Elles se cachent et ne vont plus à l'hôpital. Une des situations qui compliquent la lutte contre le VIH/SIDA à Kisangani et compromettent l'avenir des PVV.

Par contre, il existe déjà à Kisangani des PVV dont les virus sont devenus résistants à la 1^{ère} ligne. Celles-là sont remarquées par la dégradation de leur santé, quand bien- même elles observent et adhèrent au traitement de la 1^{ère} ligne. Il y a échec thérapeutique. Pour celles-là, il faut passer à la 2^{ème} ligne, or le traitement de la 2^{ème} ligne est coûteux. Les produits parviennent à Kisangani en petites quantités. Ce qui entraîne des ruptures régulières des stocks, et occasionne des cas de décès. Il est conseillé aux PVV de Kisangani de bien adhérer et d'observer le traitement ARV de la première ligne pour réduire le risque de passer à la 2^{ème} ligne. Les médicaments la 2^{ème} ligne étant plus toxiques que ceux de la 1^{ère} ligne.

Sur ce, les zones de santé et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA devront se consolider pour identifier les nouvelles stratégies d'identification des besoins pour effectuer des commandes proportionnelles. Ceci évitera une recrudescence des cas de décès pour des personnes qui manqueront de manière prolongée les ARV.

Quant au vaccin contre le VIH/SIDA, il y a des essais qui se font dans beaucoup de pays en l'occurrence l'Afrique du Sud. Ces essais se déclarent prometteuses dans les années qui suivent. A Kisangani, les personnes vivant avec le VIH/SIDA suivent de près ces avancées significatives ; c'est ce qui leur donne l'espoir, dès l'évolution positive du traitement.

I.2. Des orphelins et des veufs dus au VIH/SIDA

Les orphelins et les veufs dus au VIH/SIDA sont des personnes vulnérables et protégées par les lois.³ Il serait utile que le pays s'en charge de manière pratique. Le programme national de santé de l'adolescent s'occupe des statistiques des adolescents de manière générale et ne prévoit pas un budget spécifique pour les actions en faveur des adolescents victimes du VIH/SIDA.

La Division des Affaires Sociales quant à elle s'occupe aussi des statistiques et non de l'assistance réelle à ces personnes vulnérables. Il n'y a pas d'expériences documentées à propos des orphelins et des veufs rendus vulnérables par le VIH/SIDA à Kisangani.

La République Démocratique du Congo dispose, à ce jour, d'une politique nationale précise dans le domaine de la protection sociale. Cependant, cette politique sociale est restée lettre morte. Les activités ciblant les groupes vulnérables sont menées par différents acteurs (Etats, les organisations

³ Loi n° 08/011 du 14 Juillet 2008, *Op cit*, p7.

non gouvernementales, les églises, les communautés de base, les associations des groupes vulnérables, des particuliers ...). Elles sont déployées dans un cadre non concerté et ne couvrent qu'une infime portion de la population vulnérable surtout en milieu urbain. Cette déficience du système de protection sociale se manifeste notamment par un nombre de plus en plus élevé d'enfants en situation difficile, plus de 40000 enfants de la rue, 10,7% d'orphelins de l'ensemble des enfants (dont 34% sont orphelins du SIDA).⁴

La Constitution de la République Démocratique du Congo à son article 13 stipule pourtant ce qui suit : « Aucun Congolais ne peut en matière d'éducation et d'accès aux fonctions publiques ni en aucune autre matière, faire l'objet d'une mesure discriminatoire, qu'elle résulte de la loi ou d'un acte de l'exécutif, en raison de sa religion, de son origine familiale, de sa condition, de sa résidence, de ses opinions ou de ses convictions politiques, de son appartenance à une race, à une ethnie, à une tribu, à une minorité culturelle ou linguistique ».

De ce fait, «les pouvoirs publics veillent à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme et assurent la protection et la promotion de ses droits. Ils prennent, dans tous les domaines, notamment dans les domaines civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, toutes les mesures appropriées pour assurer le total épanouissement et la pleine participation de la femme au développement de la nation. Ils prennent des mesures pour lutter contre toute forme de violences faites à la femme dans la vie publique et dans la vie privée. La loi fixe les modalités d'application de ces droits »⁵.

Pour ce point précis, la République Démocratique du Congo a élaboré à travers ses constituants, «la loi portant protection des droits des PVV et des personnes affectées ». C'est dans cette loi que les dispositions pour la protection des droits de ces derniers sont mentionnées.⁶ L'article 123, point 16 de la Constitution précise que sans préjudice, des autres dispositions, la loi détermine les principes fondamentaux concernant la protection des groupes vulnérables.

Pour mieux élucider cette protection, nous en citons quelques articles dans la loi portant protection des droits des PVV et des PA. Les articles 1, 7, 8,9 notent que l'Etat Congolais protège les PVV, les personnes affectées, les orphelins et les veufs. Il y a donc à espérer quant aux dispositions des lois. Reste à les examiner dans la pratique.

Au niveau International, la RDC est partie prenante de l'engagement de tous les chefs d'Etat de lutter contre le SIDA tenu en 2001 aux USA⁷. Le pays fait bénéficier ses populations de divers fonds du système des Nations-Unies et des institutions internationales. La République Démocratique du Congo accepte aussi que les organismes du système des Nations-Unies viennent soutenir ses efforts

⁴ *Idem*, 2008, p42.

⁵ *Op cit*, 2006, pp 13-14

⁶ *Idem*, 2006, p.4

⁷ ONUSIDA, *Résumé de la déclaration ou d'engagement des nations-unies sur le VIH/SIDA*, New York, du 25 au 27 juin 2001.

de lutte contre cette pandémie qui touche à la fois plusieurs de ses citoyens. Le pays compte sur le fonds du peuple américain pour le développement, USAID, les appuis des partenaires de coopérations bilatérales, diverses fondations... pour subvenir aux besoins de la lutte contre le VIH/SIDA en RDC et à Kisangani en particulier.

Cette collaboration avec les organisations internationales reste le plus grand espoir des PVV de la ville de Kisangani. La conception des stratégies de lutte contre le SIDA, la prévention, le dépistage, autres suivis biologiques, le traitement antirétroviral sont l'œuvre de ces organismes internationaux.

Bien que des critiques peuvent être émises par rapport à la pandémie du SIDA et à ces organisations internationales, ces dernières demeurent les moteurs dans l'évolution de la lutte contre le SIDA à Kisangani.

II. QUEL AVENIR POUR LES ENFANTS DES PVV A KISANGANI ?

Les avis sont partagés par rapport à cette question.

Tableau 1. L'espoir d'un avenir meilleur ou non des enfants des PVV

| Avenir des enfants nés des PVV Kisangani | f | % |
|---|------------|------------|
| Positifs | 381 | 92 |
| Négatifs | 33 | 08 |
| TOTAL | 414 | 100 |

Sur 414 personnes interrogées, 381 soit, 92 % estiment que leurs enfants et elles-mêmes auront un avenir meilleur. S'ils respectent les conseils des médecins en prenant correctement les ARV, ils vivront très longtemps et porteront leurs petits fils et arrières petits fils. Il y a eu plusieurs pandémies qui ont décimé les humains, mais ces derniers n'ont jamais baissé les bras pour chercher des solutions. Elles ont cité : «la peste, la tuberculose, la lèpre, syphilis dans le passé). Les hommes ont fini par trouver des remèdes. A présent, c'est le cas du SIDA et du virus EBOLA. Le 21^{ème} siècle étant très avancé en technologie, finira par trouver un remède. La qualité de vie des PVV ne dépend pas seulement des facteurs sanitaires, mais aussi d'autres conditions de l'environnement socio - culturel, économique, politique qui les entourent.

Pour les 33 enquêtés soit 8 % convaincus que leurs enfants et eux-mêmes n'auront pas un avenir prometteur, les arguments ci-après sont évoqués : le chômage généralisé ; les conditions socio - économiques médiocres dans lesquelles ils vivent ; pas de recherche pour trouver un traitement du VIH/SIDA en RDC. Les médicaments viennent de l'étranger ; ce qui consolide la dépendance. L'épidémiologie du sida est bien connue mais ne trouve toujours pas des traitements.

En définitive, bon nombre d'enquêtés pensent que le SIDA trouvera un jour un traitement. Il y a eu certainement une évolution observée à Kisangani. Il y a eu d'abord l'absence du diagnostic SIDA de 1981 à 1985. Cela ne signifiait pas qu'il n'y avait pas le SIDA à Kisangani pendant cette période. La maladie existait mais personne n'en avait la technique ni l'information. Cette nouvelle maladie semblait ne pas concerner les populations. Ensuite, ar le diagnostic a commencé en 1985. Le personnel soignant pouvait diagnostiquer le VIH/SIDA chez un patient mais ne pouvait pas l'informer parce qu'il était dépourvu des méthodes pour accompagner les personnes dépistées VIH+. Cela a duré de 1985 jusqu'à 2001. C'était la période de suspicion de SIDA lorsqu'une personne maigrissait, de divulgation des secrets professionnels, de contamination silencieuse.

En 2001 avec l'avènement des ONG de lutte contre le sida, le dépistage pouvait être réalisé, le résultat annoncé et l'accompagnement psycho-social des cas VIH+ observé. Malgré, le fait d'avoir été infectée l'accompagnement psycho-social pouvait permettre de vivre normalement et pendant longtemps sans que la personne ne passe à d'autres stades plus avancées de la maladie. Il n'y avait pas encore des ARV à Kisangani. Selon les assistants sociaux, ces médicaments coutaient chers. Il fallait attendre, un jour pour que le gouvernement les achète. Cette situation a perduré de 2001 à 2005. Il fallait avoir la chance pour entrer en contact avec ces ONG et bénéficier de ces informations.

En juin 2005 a commencé le traitement ARV. Il fallait compter le taux de $CD4 \leq 200 \text{ el/mm}^3$ pour être éligible aux ARV ou entrer dans la file d'attente. En 2007, le critère d'intégration dans la file d'attente s'améliora à un taux de $CD4 \leq 350 \text{ el/mm}^3$ pour commencer un traitement ARV. D'autres critères somatiques et psycho-sociaux liés à la maladie devaient être aussi pris en compte pour débiter les ARV. En 2015, les ARV devraient être fournis à toute personne dépistée VIH+.

En 2010, le CTA/Kisangani ferme ses portes et tous les malades sont essaïmés dans les 5 zones de santé de la ville. La prise en charge devient locale. Pendant tout ce temps, le traitement de 1ère ligne et réalisé en deux prises par jour à l'intervalle de 12 heures.

En 2013, le Programme National de lutte contre le VIH SIDA qui est l'organe technique du ministère de la santé, promettait déjà aux PVV un nouveau traitement dont la consommation ne serait que d'une fois par jour. Ce qui arriva.

Cette trajectoire suivie par certains de nos enquêtés et la lutte contre le VIH/SIDA les ont permis d'espérer un traitement curatif un jour. Pour eux, les savants des pays riches ne veulent pas encore mettre sur pied un traitement curatif pour continuer à vendre les antirétroviraux aux gouvernements des pays pauvres ; à l'occurrence la RDC. Le fonds mondial qui donne gratuitement ces médicaments à notre pays, les achète auprès des firmes pharmaceutiques internationales qui ne sont pas des entreprises philanthropiques.

Compte tenu de ces développements, les PVV espèrent un traitement curatif dans les jours qui viennent à partir des pays riches qui mènent des recherches et l'extension des résultats dans les pays à faibles revenus financiers comme la RDC.

Par ailleurs, de plus en plus, la lutte contre le SIDA évolue dans le bon. Il y a même des délais qui sont émis par ceux-là qui mènent les recherches opérationnelles pour le traitement du VIH. Ils ont fixé un objectif d'éliminer le sida d'ici 2030. Cet objectif est reconnu mondialement et toute la communauté internationale y croit. Il y a donc raison pour les PVV de Kisangani d'espérer, car dit-on « l'espoir fait vivre ».

L'espoir réside encore dans la baisse de prix de médicaments. Le TRUVADA couterait environs 500 Euros. Ce médicament tombera certainement dans le domaine public et pourra être générique. Ce qui devrait logiquement faire baisser le prix dans les jours à venir⁸. Il y a peu, les ARV, coutaient entre 2400\$ à 3000\$ par an pour une PVV. Soit 200\$ à 300\$ la consommation mensuelle (une boîte de 60 pilules). Les congolais étaient incapables d'en acheter individuellement, comme dans la plupart des pays en ressources financières limitées. Au fur et à mesure, les organisations internationales, les industries pharmaceutiques se sont convenues avec les Etats à leurs vendre à un prix abordable pour sauver leurs populations. Actuellement, les prix annuels des ARV sont descendus jusque 348\$/an par personne, soit 29\$ la boîte à Kinshasa. Ces prix peuvent encore diminuer pour le bien de l'humanité.

Malgré l'infection à VIH, le chômage et la pauvreté, certains parents PVV croient à l'avenir de leurs enfants à travers la scolarisation, l'apprentissage des métiers et d'autres activités qu'ils initient pour eux-mêmes soit pour le compte de leurs enfants. D'autres estiment même qu'en dehors de la scolarisation, leurs enfants les aideront toujours lorsqu'ils atteindront l'âge de la maturité. Le problème est de leur assurer une bonne éducation morale, les préserver du SIDA et d'autres handicaps.

Une dernière catégorie de parents PVV estime que leurs enfants ne leur seront pas utiles si la situation du pays ne change pas. Beaucoup d'enfants sont au chômage. A leurs niveaux, les efforts fournis ne serviront à rien. Pour eux, comment leurs enfants auront des emplois alors que la majeure partie de la population est au chômage ? La population compte sur les jeux du hasard. Il faut jouer aux loteries, chercher des pierres précieuses dans des carrières d'exploitation des minerais (Or, Diamant, Cassitérite...) soit exploiter du bois pour la fabrication des planches... Un autre moyen de faire face au coût de la vie dans l'informel, c'est de se lancer dans le commerce. Comment y arriver sans un fond de démarrage ? Voilà un cercle vicieux dans lequel tournent les espoirs des PVV qui ne croient pas à leur avenir. Quoi qu'il en soit, les PVV comptent sur leurs enfants.

Sur 414 enquêtés, 381 soit 92% croient positivement à l'avenir de leurs enfants à Kisangani. Les PVV ont le droit et même l'obligation de croire à l'avenir de leurs enfants. Qui croirait à un avenir meilleur pour leurs enfants si elles ne le font pas ?

⁸<https://www.santemagazine.fr/actualités/5choses-à-savoir>

Le chiffre de 33 enquêtés soit 8 % qui ne croient pas à l’avenir de leurs enfants, constitue le cas d’exception qui confirme la règle.

III. ESPOIR D’UNE GUERISON DES PVV A KISANGANI

Les opinions exprimées par les PVV par rapport à la perception de leur avenir se résument dans le tableau 2. Certains affichent clairement leur optimisme et d’autres sont très pessimistes.

Tableau 2. Répartition des PVV de Kisangani selon leurs espoirs de guérir du VIH/SIDA.

| Espoir de guérison | f | % |
|--------------------|------------|------------|
| Optimisme | 381 | 92 |
| Pessimisme | 33 | 08 |
| TOTAL | 414 | 100 |

Sur 414 sujets, 381 personnes soit 92 % ont la confiance qu’elles guériront du VIH/SIDA en dépit de toutes les informations positives et négatives qui sont diffusées à travers le monde à propos de leur maladie. Pour les 92 % qui donnent un avis positif : en tant qu’humains, ils ont contracté la maladie, telle qu’elle se définit, Syndrome de l’immunodéficience acquis. Ils pensent qu’ils pourront aussi un jour s’en débarrasser.

Tandis que 33 enquêtés sur 414, soit 8 % estiment qu’ils ne guériront pas du SIDA. Pour ceux-ci, personne ne leur a jamais dit qu’ils pourront un jour se débarrasser de cette maladie en dehors des pasteurs des églises de réveils et des doutes qu’ils émettent eux-mêmes.

De tout le temps et de partout le SIDA reste une maladie qui n’a pas encore un traitement curatif. C’est le message absolu. Le traitement antirétroviral est un traitement palliatif à vie ; c'est-à-dire un traitement qui rétablit les fonctions de l’organisme et que l’on prendra jusqu’à la mort. C’est le message qui est instruit à chaque conseiller pendant la formation. C’est le même message qui est relayé aux personnes dépistées VIH+ pendant l’accompagnement psycho-social, l’adhérence et l’observance au traitement antirétroviral.

Si le traitement est à vie, il exige deux notions à réunir pour le réussir. L’observance et l’adhérence. Deux notions complémentaires dans le traitement avec des antirétroviraux. Une grande littérature explique ces deux concepts. En réalité c’est pour montrer aux PVV que c’est une situation difficile mais qu’il faut combattre pour la réussir. S’y adapter, persévérer peut être : « guérir un jour... »

Cette phrase ne peut se prononcer que dans l’imaginaire de l’homme car ce dernier est un être pensant. Scientifiquement aucun chercheur, ni une institution de recherche sur le VIH n’a encore déclaré de manière strict que le traitement contre le VIH/SIDA sera trouvé ; en donnant un délai fixe. Les délais sont d’un intervalle de 15 ans. Ce fut « l’objectif zéro » en 2015. Actuellement c’est l’objectif 90%, 90%,90% d’ici 2020 ; 7 ans après le premier objectif.

L'ONUSIDA déclare : « la fin de la pandémie d'ici l'horizon 2030 ».⁹ Il ne dit pas toutes les stratégies qui seront mises sur pied pour mettre un terme à l'épidémie du SIDA à cette échéance. Serait-il comme en 2000 ou l'objectif du millénaire pour le développement à atteindre à 2015 lié au VIH/SIDA était l'objectif centré sur la prévention où tout le monde serait sensibilisé, dépisté et soigné, sans un traitement curatif ?

Les 33 personnes qui n'acceptent pas leurs guérisons se réfèrent au premier message qu'elles ont reçu. « Le SIDA n'a pas un traitement ». Elles s'en tiennent à la science jusqu'au jour où elles verront les malades du sida déclarés guéris.

Quoi qu'il en soit ; que l'on instrumentalise ces déclarations ou non. Ce sont les mêmes pays ou les mêmes spécialistes qui ont découvert le VIH/SIDA qui le soignent déjà, ils finiront par découvrir le traitement curatif pour mettre fin à l'épidémie.

Les échecs en matière des nouvelles infections à l' « objectif zéro » ont été patent. Beaucoup d'avancées significatives ont été remarquées entre autres en matière de la PTME (Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant).

Moins de deux enfants sur 100 naissances des femmes VIH+ naitront VIH+ si la PTME est bien faite soit 0,1%. Ce qui est une avancée très significative avec la disponibilité des ARV pédiatriques, les ARV pour les géniteurs, les suivis biologiques et une alimentation équilibrée.

L'objectif 2030 serait consacré à se donner encore du temps pour bien exploiter les antirétroviraux avant de lancer un traitement curatif, afin de débiter une nouvelle exploitation par la vente aussi lentement et sûrement du nouveau médicament contre le SIDA.

Ce dernier passe par un objectif intermédiaire. L'objectif 90%, 90%,90% d'ici 2020 ; C'est l'objectif « zéro » atténué. Ceci suppose pour la RDC, l'amélioration significative de la lutte contre le VIH/SIDA. A l'allure où évolue la ville de Kisangani, un indicateur de la lutte contre le VIH/sida de 90% est difficile à atteindre.

Ces réflexions sont autorisées aux PVV, si nous voyons la durée que la pandémie du SIDA a prise. Cette fois-ci, Kisangani aura un choix à réaliser entre les antirétroviraux, les intrants qui seront généralisés, les nouveaux médicaments curatifs qui couteront encore plus chers et la prévention.

⁹ ONUSIDA ; *Rapport annuel 2013*, p40

CONCLUSION

Compte tenu de l'environnement sanitaire, socio -culturel, économique- politique de la ville de Kisangani en République Démocratique du Congo, nous étions tentés d'éclairer nos lanternes sur la perception de l'avenir des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leurs enfants.

Ces deux préoccupations ont été formulées sous forme d'un entretien à deux questions séparées que nous associons dans cette conclusion. Ceci parce que les réponses à ces deux questions se sont ressemblées. Les PVV qui pensaient que leurs enfants issues de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA (PTME) seront heureux dans l'avenir, ont estimé aussi qu'elles seront heureuses et qu'elles seront guéries du SIDA. Cette catégorie se réfère à l'histoire des pandémies qui ont décimé les humains par le passé. A ces jours, ces pandémies sont devenues des maladies maîtrisées et d'autres éradiquées.

Quant aux septiques, ils disent qu'avec plus de 80% de la population au chômage en RDC, leurs enfants auront moins de chances de se faire embaucher. D'autre part, ils ne croient pas à la guérison au regard de l'information reçue sur l'incurabilité du SIDA. Le Sida sans traitement hier à Kisangani a aujourd'hui un traitement palliatif avec possibilité de vivre aussi longtemps que l'espérance de vie d'un homme le veut. Même si demain un traitement curatif pourra être trouvé, les pessimistes n'y croient pas.

Bien que cette position négative plane sur une minorité des personnes vivant avec le VIH/sida de Kisangani, la grande partie 92% espère la guérison et un avenir meilleur aussi pour leurs enfants. « L'espoir fait vivre », « l'avenir appartient à dieu » déclarent ces personnes vivant avec le VIH à Kisangani en RDC.

BIBLIOGRAPHIE

JACKSON HELEN, *Sida Afrique, un continent en crise*, SAFAIDS, Harare, 2004.

SAGES FMMES DU MONDE, *Enfanter*, « *Le lien mère-enfant-père* », éd. Frison Roche, Paris, 1989.

TSHOMBA KINYAMBA S. et all, *Mutation du secteur informel en économie sociale en République Démocratique du Congo*, « *Nécessité et conditions de faisabilité* », édition M.E.S, Kinshasa, 2014.

Constitution de la République Démocratique du Congo, in journal officiel ; 18 février 2006.

Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées ,In *Journal Officiel*, 50^{ème} année, numéro spécial, 25 mai 2009.

ONUSIDA ; *Rapport annuel 2013*.

ONUSIDA, *Résumé de la déclaration ou d'engagement des nations-unies sur le VIH/SIDA*, New York, du 25 au 27 juin 2001.

PNLS, *Rapport annuel 2014*.

PNMLS, *Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH, Rapport d'enquête*, Kinshasa, Novembre 2012.

<https://www.santemagazine.fr/actualités/5choses-à-savoir>