

RETICENCE DE LA POPULATION A LA PROCREATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA A KISANGANI EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.

Christian MASSABA AWESSE¹

Abstract

The population of Kisangani in Democratic Republic of Congo comes out of a transition prolonged from 1990 to 1997, of a war that ended in 2003, of a post-war difficult socioeconomic situation. The struggle against the VIH/SIDA of which the sensitization, the tracking voluntary of mass began in 2005 with the advent of the struggle multisectorary. Unfortunately this struggle multisectorary only made five years, without an assessment of the impact on the knowledge, attitudes and behaviors of the concerned persons facing the VIH/SIDA. on the other hand, the fear of the VIH/SID and his consequences brings to the fear of the tracking and a resistance to all what milked in the VIH/SIDA. From where this reticence of the population of Kisangani to the procreation of people living with the VIH/SIDA.

Résumé

La population de Kisangani en République Démocratique du Congo sort d'une transition prolongée de 1990 à 1997, d'une guerre qui a pris fin en 2003, d'une situation socio-économique difficile d'après-guerre. La lutte contre le VIH/SIDA dont la sensibilisation, le dépistage volontaire de masse a commencé en 2005 avec l'avènement de la lutte multisectorielle. Malheureusement cette lutte multisectorielle n'a fait que cinq ans, sans une évaluation de l'impact sur les connaissances, attitudes et comportements des intéressés face au VIH/SIDA. D'autre part, la peur du SIDA et de ses conséquences amène à la peur du dépistage et à une résistance à tous ce qui a trait au VIH/SIDA. D'où cette réticence de la population de Kisangani à la procréation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

¹Christian MassabaAwesse, est Diplômé d'études supérieures en sociologie à l'Université de Kisangani en République Démocratique du Congo

INTRODUCTION

L'ONUSIDA a lancé depuis 1995 la feuille de route pour l'accélération de l'accès universelle à la prévention au soin et traitement du VIH/SIDA dans le monde entier.

En Afrique, quelques pays ont emboité le pas en intégrant à large échelle l'accès aux services de prévention et du traitement du VIH/SIDA dans leurs programmes de santé. C'est le cas du Lesotho, du Malawi, du Botswana, de l'Ouganda, du Zimbabwe... où beaucoup d'expériences documentées et publiées ont été réalisées avec les communautés et les Personnes Vivant avec le VIH(PVV) pour l'accompagnement psychosocial et le traitement médical.

En RDC, le traitement du VIH/SIDA a commencé à Kinshasa en 2001 par Médecins Sans Frontières Belgique, six ans après la feuille de route de l'ONUSIDA pour l'accélération de l'accès universel au service et au traitement contre le VIH/SIDA. C'est de là que commencèrent les premières actions communautaires de lutte contre le VIH/SIDA documentées en RDC.

A Kisangani par contre, au courant de la même année, la Fondation Femmes Plus, une organisation non gouvernementale de lutte contre le sida s'est installée. Elle ne mit en œuvre que trois services : le conseil pour le dépistage du VIH/SIDA, la prévention contre le VIH/sida et l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV).

Au cours de la même période s'installèrent d'autres organisations non gouvernementales de lutte contre le VIH/SIDA de moindre envergure, qui ont offert les mêmes services. Cependant, il n'y avait pas de traitement antirétroviral. Ces organisations prodiguaient les conseils ci-après aux personnes vivant avec le VIH/SIDA :

- éviter des relations sexuelles, car ces dernières contribuent davantage à affaiblir l'organisme. Cependant au cas où la personne ne pouvait pas s'abstenir, elle pourrait, à la limite utiliser systématiquement les préservatifs ;
- Ne pas procréer compte tenu de l'état sérologique, physique et de l'absence d'une prise en charge médicale appropriée.²

Toutefois, bien qu'informé de cette situation difficile, il y avait toujours des grossesses et des naissances dans les rangs des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des cas de complications patentés ne manquaient pas de servir d'exemples négatifs pour décourager les personnes vivant avec le VIH de procréer. Cependant, les nouvelles naissances chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA se multipliaient à l'étonnement de tous.

En novembre 2004 un « Centre de traitement ambulatoire de l'infection à VIH/SIDA » a vu le jour. Ce dernier commença le traitement antirétroviral sept mois après son installation ; en juin 2005. Il amena d'autres notions similaires : « pas de relations sexuelles sans préservatif faute de surinfection ». Ce qui veut dire clairement, non à la procréation.

C'est à peine que la notion de la Prévention de la Transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA (PTME) était entendue à travers la pression des grossesses des PVV. Désormais,

² PNMLS/FHI ; *Guide pratique du conseiller en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA*, Kinshasa, 2004, p5.

deux logiques s'affrontent : une première qui se réserve à propos de la procréation des PVV³ et la seconde qui estime qu'il est nécessaire que les PVV procréent⁴.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Généralement en Afrique, l'enfant est considéré comme un « bien » suprême dont un couple doit disposer coûte que coûte. Cette conception quasi unanime de l'enfant trouve sa source dans la signification à la fois cosmique, économique et ontologique. La fécondité est d'abord une valeur cosmique qui concerne tous les êtres vivants : animaux et végétaux. Chez le Dogon, la prière adressée à « Amma, Dieu » affirme : « donne le mariage, donne les enfants, multiplie les hommes. Donne le sel, la pluie, du mil, des femmes, des enfants à naître... ». Les termes hommes, pluie, graines et sel sont un résumé de l'ordre cosmique que seul Amma maîtrise parfaitement⁵.

Pierre Erny pour sa part constate que : « Plus on a des femmes et des enfants, plus on dispose des bras pour travailler, plus grande sera la surface cultivée, plus nombreux seront les greniers et les bêtes du troupeau ». Il en déduit donc qu' « avoir des enfants assure un avenir sur le plan socio-économique et confère du prestige, de la considération sociale ».

La fécondité vient répondre aussi, en Afrique noire, à la question de survie. Dans cette perspective, l'enfant est le bien le plus précieux. C'est lui qui soutient ses géniteurs dans leur vieillesse et leur assure une sépulture digne. Il leur permet aussi de devenir des ancêtres et de pouvoir vivre à travers lui et sa descendance.

Dans un tel contexte, la stérilité est perçue comme un désordre cosmique, une source de pauvreté et un drame métaphysique⁶.

M. Rosenheim et A. Itoua-Ngaporo soutiennent que, comme toute infection ou maladie grave, le SIDA entraîne des complications dans la sphère génitale de la femme. Celles qui conçoivent malgré leur infection connaissent des avortements spontanés ou des accouchements prématurés. Des cas des mort-nés sont observés. ... En plus, ils pensent que la prévention de la transmission mère-enfant est la plus délicate, parce que la plus difficile et la plus douloureuse de tous les aspects préventifs de cette infection. On sait, en effet, que le risque de transmission du virus à l'enfant au cours de la grossesse est élevé (entre 30 % et 5 % des cas), et que le risque de développement du SIDA chez l'enfant est considérable, sans doute de 9 à 95 %.

Dans ces conditions, il est difficile de parler en matière de conception à une femme séropositive.

³ PNLS, *Protocole PTME*, 2011, p20.

⁴ Loi no 08/011 du 14 juillet 2008, portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées, *In journal officiel de la R.D. Congo*, n° spécial, 50^{ème} année, 2009, p53

⁵ SATURIUM Anani I. *La procréation médicalement assistée à l'épreuve de la conception africaine de l'enfant*, Institut Catholique de l'Afrique de l'Ouest, Mémoire, Abidjan, 2000, p.24.

⁶ ERNY P, Cité par SATURIUM Anani I, *Op cit*, p24.

Interdire catégoriquement la procréation aux personnes affectées se concevrait aujourd'hui comme un manque de réalisme et de profondeur dans l'analyse de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA. Il serait aussi considéré comme renier la PTME ou ignorer l'existence de 90% des personnes qui ne connaissent pas leurs statuts sérologiques au VIH/SIDA.

Nous observons la situation en cernant le problème dans son ensemble (médical, culturel, financier, politique, structurel...). Nous focalisons notre attention surtout sur tout ce qui se rapporte à l'acceptation de la procréation, fait social qui constitue l'objet de cette réflexion.

Les études de l'équipe d'Alice Desclaux et Bernard Taverne présentent les facteurs sociaux qui favorisent ou limitent la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que les conditions culturelles de sa prévention. Il est indispensable de savoir, selon ces auteurs, ce que sont les pratiques d'allaitement maternel, dans les conditions « normales » ou dans le contexte de maladie ou de décès de la mère en Afrique de l'ouest

Comme M. Rosenheim et A. Itoua-Ngaporo, les travaux évoqués ci-haut, prolongent les problèmes que connaissent les femmes séropositives lorsqu'elles optent pour la procréation. Par contre, l'équipe de M. Rosenheim énumère seulement les acteurs qui interviennent dans le traitement des maladies de seins et d'autres problèmes qui y sont relatifs en Afrique de l'Ouest. Ce qui ne cadre pas directement avec notre souci d'évoquer la réticence des séro-ignorants, des séronégatifs face aux motivations de la procréation chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA à Kisangani en RDC.

Jackson Helen déclare dans son ouvrage qu'une des stratégies du Sida est que le virus peut passer du sang et des autres fluides organiques de la mère, y compris le lait maternel, au bébé et causer l'infection. Sans protection, un tiers environ des bébés de mères avec le VIH-1 attraperont le virus avant ou pendant l'accouchement, ou par le lait maternel. La transmission du VIH aux bébés est le deuxième mode de transmission du VIH, ... après les rapports sexuels hétérosexuels. On estime que 90 % des infections chez les bébés et les enfants en bas âge viennent de la mère. Alors que les autres 10 % sont le résultat d'abus sexuels, de transfusion sanguine et de toute autre exposition au sang infecté⁷.

Ce qui nous différencie, est l'aspect de réticences de la population de Kisangani à l'égard de la procréation des PVV et de l'autre côté la volonté manifeste des PVV de braver cette réticence à l'égard de leur procréation. Jackson Helen n'encourage pas cette procréation et se limite à en présenter les dangers.

Les études opérationnelles de Joanna Orne-Liebmann ont permis de fournir des données directement applicables aux populations du district de Buhera au Zimbabwe. Celles-ci s'intègrent dans le quotidien des acteurs locaux de santé publique et permettent en ce sens un éclairage éminemment social des enjeux de la PTME en milieu rural africain. Joanna a pu apprécier les difficultés logistiques et stratégiques de l'introduction des services de PTME au sein des structures de santé ; les répercussions professionnelles et sociales, parmi le personnel

⁷ JACKSON H., *Sida Afrique un continent en crise*, SAFAIDS, Harare, 2004, p187.

de santé, de l'offre de nouveaux services de conseil et de soutien en matière de VIH/SIDA ; ou encore les enjeux sociaux liés à la découverte par les femmes d'un statut sérologique positif et aux contraintes à l'adoption des comportements de prévention sexuelle du VIH et de PTME dans la période postnatale.

L'étude de Joanna a mis en lumière les limites d'une approche biomédicale de la PTME, trop focalisée sur les questions de maternité et qui ne prendrait pas suffisamment en compte les dimensions socio- culturelles et économiques de la gestion de l'infection à VIH. De nouveaux investissements dans des stratégies de promotion de la santé et de modification des comportements et des normes sociales en matière de VIH/SIDA semblent incontournables, notamment dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant dans les pays et zones géographiques africaines les plus touchées par le VIH/SIDA.⁸ Nous pensons que ceci est acceptable parce que, l'approche bio- médicale a prouvé ses limites. C'est cette logique qui a mis sur pied dans les pays touchés, des programmes nationaux multisectoriels de lutte contre le SIDA.

Comme l'auteur précédent, Kirere Mathe aboutit à la conclusion selon laquelle, il existe d'énormes difficultés pour implanter la PTME dans le milieu rural africain, et particulièrement dans la zone de santé d'Oïcha au Nord-est de la République Démocratique du Congo.⁹ Les services PTME, par exemple, ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux de Kisangani. En plus, les effets positifs de la PTME sont importants pour la nation. Des enfants issus des services de PTME implantés à Kisangani seraient l'avenir du pays ; sous réserve d'un certain nombre de facteurs socio -politiques.

La démarche de Kakelengwa Mbilizi met au-devant la prise en charge médicale des PVV. Par contre l'étude sur la procréation voudrait faire ressortir les contraintes culturelles et environnementales qui pèsent sur les PVV et la portée ontologique de la procréation des PVV en tant qu'humains face à un problème important de leur existence.

La particularité de notre nouvelle démarche est de ressortir les facteurs qui sont à la base de la réticence des séronégatifs de Kisangani face à la procréation des PVV qui est une nécessité ontologique pour celles-ci. D'autre part, notre étude se distingue de celles ci-haut citées, par le fait qu'elle a voulu démontrer que malgré les difficultés de divers ordres , les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont Kisangani ont donné naissance aux enfants pendant qu'il n'y avait aucune prise en charge médicale (trithérapie) et continuent actuellement à procréer, bien que la couverture des activités VIH ne soit toujours pas au-delà de la moyenne, et que le comportement des séronégatifs n'encourage pas cette procréation.

Notre étude part du constat selon lequel les séropositifs, éprouvent le besoin de progéniture, cela en dépit de la vision populaire qui ne souhaite pas cette procréation. En effet, le désir

⁸ Http : //www.google.com/search ?hl=fr&so, consulté à Kisangani, le 26 juin 2016

⁹ KIRERE MATHE M., *Mise en place d'une structure de prévention de la transmission mère-enfant du virus à VIH dans les zones instables du milieu rural africain. Etude de faisabilité dans la zone de santé d'Oïcha au nord-est de la République Démocratique du Congo*, Thèse de doctorat en médecine, Inédit, Université de Liège, 2007-2008.

d'avoir un enfant, surtout pour les africains est lié à la culture et la recherche de garantie de leur avenir quand ils seront vieux semble la principale explication de ce désir.

Cette réalité constatée n'enchant pas les habitants de Kisangani au regard des dangers que ladite procréation pourrait engendrer. C'est ainsi que cette question de procréation des PVV suscite un débat et deux tendances se dégagent. La première, s'oppose à cette procréation compte tenu de risques qu'elle comporterait notamment la propagation du VIH/SIDA aux adultes et aux enfants... La deuxième, souhaite la procréation des PVV pour protéger leurs descendance.

Malheureusement dans la mentalité de la ville, beaucoup de personnes ne se dépistent pas pour connaître leurs statuts sérologiques et bénéficier des conseils liés au dépistage/VIH. La plupart des femmes enceintes découvrent leur état sérologique au VIH dans les services des consultations prénatales. Au niveau national 86,3% des adultes de 15 à 49 ans n'avaient pas accès au dépistage VIH.¹⁰ « La RDC, de par l'effectif important de sa population et de par sa faible prestation en matière de PTME, est l'un des pays d'Afrique qui contribue de manière significative au nombre des besoins non couverts : 2 249 944 femmes enceintes n'ont pas eu accès au dépistage du VIH sur les 2 576 800 femmes enceintes attendues en 2010 (soit 87% du total).¹¹

L'habitant de Kisangani, en général ne bénéficie pas du dépistage du VIH/SIDA. C'est pourquoi il stigmatise les PVV en développant des idées négatives notamment en optant pour leurs stérilités. Ces idées ont leur soubassement dans les faits qu'elles ne sont pas en contact avec le service de conseil pour le dépistage du VIH/SIDA. Ainsi, il se remarque un écart entre la volonté permissive de procréer chez les PVV et la réticence à leur procréation par la communauté. Alors que la réalité vécue chez les PVV renseigne autrement.

Tenant compte des instruments internationaux tels que (la déclaration universelle de droit de l'homme, la charte africaine de droit de l'enfant,) et nationaux tels que (La constitution article 40,123 al 16, la loi n°08/011 du 14 juillet 2008 article : 7, 8,9...), le souci d'apporter un éclairage sur les facteurs de réticence à la procréation des PVV, nous pousse à aborder cette étude à travers une réflexion axée sur la question de savoir les causes de réticence des séro-négatifs, des séro-négatifs sur la procréation des PVV à Kisangani.

II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Sur le plan méthodologique, notre raisonnement est dialectique. Nous avons réalisé une triangulation des techniques et des données pour mieux cerner notre objet d'étude. Entre autres : la technique documentaire en consultant divers documents et archives. Aussi avons-nous recouru l'échantillon à choix raisonné compte tenue de la nature des personnes à interroger. Nous avons interrogé 440 séro-négatifs dans six communes de Kisangani pour nous permettre de recueillir leurs points de vue à propos de la procréation des PVV. Nous

¹⁰ PNMLS, *Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du maintien des mères en vie : 2012-2017*, Kinshasa, 2012, p5.

¹¹*Idem*, p15.

nous sommes servi d'un guide d'entretien qui nous a permis d'interroger et de recueillir les points de vue des personnes interrogées. Ladite démarche a été échelonnée de septembre à décembre 2015. Nous avons interrogé 414 PVV au niveau des hôpitaux généraux de référence de Kisangani, pour recueillir leurs motivations sur le même fait. Pour ce faire, nous avons recruté les points focaux de distribution des ARV pour administrer notre questionnaire. Ceci pour respecter le principe de la confidentialité cher à la politique nationale de lutte contre le VIH.

Pour le traitement des données, nous avons utilisé l'analyse de contenu pour approfondir notre argumentaire à chaque réponse fournie.

Nous avons recouru à trois types d'unités d'analyse : premièrement, les unités d'enregistrement qui nous ont servi de définir chaque donnée (en codant les données) ; deuxièmement, les unités de contexte afin de comprendre le sens de chaque donnée (en prenant en compte les mots clés, les thèmes et le genre de donnée) et troisièmement, les unités de numération afin de définir le poids ou l'importance de chaque donnée (en considérant les fréquences et les proportions).

Ce phénomène a été étudié de 1985 à 2015 pour deux raisons. La première est que 1985 indique l'année où le SIDA a été diagnostiqué pour la première fois à Kisangani aux Cliniques Universitaires. L'année 2015 marque la date butoir où l'humanité a proclamé pour la première fois les objectifs du millénaire pour le développement. Parmi lesquels il y a eu « l'objectif zéro » lié à l'infection à VIH/SIDA. Cet objectif a voulu que chaque pays réalise en 2015 « zéro nouvelle infection ». Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA de la deuxième génération a pris fin autour de la même période en 2014. Ces documents ont constitué des repères de base pour certaines données de notre démarche.

Le choix de Kisangani comme site d'investigation se justifie par le fait que cette ville serait selon certaines hypothèses discutées jusqu'à ces jours, le berceau du VIH/SIDA. Kisangani aurait atteint un taux de prévalence VIH/SIDA de 9.5% en 2009.¹²

III. LA RETICENCE DES SERONEGATIFS ET DES SERO-IGNORANTS A LA PROCREATION DES PVV A KISANGANI

D'une manière générale, les séronégatifs habitant Kisangani, dont la plupart ne se sont pas dépistés (séro-ignorants), pensent qu'une personne vivant avec le VIH ne peut pas procréer. Pour eux, le SIDA est synonyme de la mort. C'est la tendance générale de la communauté de Kisangani. Il n'y a qu'une faible proportion des personnes qui est informée sur la PTME. En règle général, sur 100 femmes enceintes sans traitement, ni suivi médical, 30 d'entre elles, soit 30% auront la mal chance d'enfanter des bébés contaminés. Tandis que 70 femmes soit 70% auront la probabilité d'enfanter les bébés qui se révéleront non infectés par le VIH.

¹² PNLS, RAPPORT ANNUUEL 2009, p.8.

Cependant selon les données du plan ETME 2010, 36,7% des femmes auraient contaminées leurs enfants contre 63,3 (63) qui auraient enfanté sans VIH.¹³ La plus grande question est de savoir de ces 100 femmes : lesquelles enfanteront des enfants infectés par le VIH, car la distribution de l'infection à VIH/SIDA sur le 30% est aléatoire ? Les 30% des bébés infectés constituent une proportion importante pour une maladie déclarée chronique est incurable à ce jour.

Les moyens mis en jeu pour combattre la pandémie du VIH/SIDA étant disproportionnés par rapport aux besoins.

Les données des enquêtes du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA consolident ce point de vue. En 2010, 326 856 femmes enceintes ont été testées pour le VIH et 6 461 étaient séropositives. Seules 3371 femmes enceintes séropositives ont reçu des ARV pour réduire le risque de transmission du VIH. Le taux de transmission du VIH était de 36,7%.¹⁴

Le nombre des personnes ayant perdu la vie se situe entre 1.5 à 3.0 millions pendant l'intervalle de 2000 à 2015¹⁵. Au-delà des affres de la guerre, des maladies diverses pour lesquelles les personnes manquaient le traitement. Le SIDA, étaient aussi l'une des causes majeures de cette mortalité.

En 1995 au moment où l'ONUSIDA, a proclamé la feuille de route pour l'accélération de l'accès universel à la prévention, au traitement contre le VIH/SIDA, la République Démocratique du Congo, République du Zaïre à l'époque, était sous un régime de rupture des relations avec les organisations internationales et les pays développés qui pouvaient lui transférer les techniques et des intrants pour la prévention et la prise en charge médicale des PVV. Cette situation n'a fait qu'empirer l'état de la lutte contre le VIH en RDC et à Kisangani en particulier.

A l'issue de cette enquête nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau 1. Les raisons de réticence de la procréation des PVV.

Causes	Sexe		Total	
	H	F	Effectif	%
L'organisme des PVV est détruit par le VIH	33	51	84	19
Le risque d'avortement et décès chez les femmes	30	44	74	17
Le risque de contaminer les séro-ignorants, les séronégatifs	62	92	154	35
Le risque d'augmenter le nombre des PVV dans la ville	23	21	44	10
Total	148	208	356	81
%	33.6	47.2	-	81

¹³ PNMLS, *Op cit*, 2012, p9

¹⁴ PNMLS, *Op cit*, p9.

¹⁵ Ministère du plan, *Op cit*, 2006, p29.

Les femmes interrogées (au total 208), s'opposent à la procréation des PVV, soit 47.2%. Les hommes étant moins nombreux 148 ont été réservés dans une proportion de 33.6%. Tous ont fournis les mêmes arguments. En définitif, pour la population de Kisangani, même un couple séropositif n'a pas droit à la procréation. La PTME est restée l'apanage des maternités dotées par l'Etat Congolais, qui lui-même est soutenu en quasi-totalité par l'extérieur ou les organisations humanitaires internationales (97%). Une bonne partie des institutions sanitaires est gérée par les secteurs privés : entreprises, confessions religieuses, soit par des professionnels de santé en chômage. Ces structures ne reçoivent pas des subsides de l'Etat et moins encore des organismes internationaux impliqués dans le secteur de lutte contre le VIH/SIDA. Des informations de PTME n'atteignent pas toutes les couches de la population de Kisangani. Les femmes enceintes ne représentent qu'une faible proportion de la population générale, soit une moyenne de 4%. Toutes ne sont pas touchées par les messages du programme de PTME car ne fréquentant pas les hôpitaux de l'Etat.

Tableau 2. Les représentations des réticences à la procréation des PVV

Causes	Sexe		Total	
	H	F	Effectif	%
Peur de la contamination	65	111	176	40
Phobie de la mort par une maladie chronique	48	36	84	19
Ignorance	35	61	96	22
Total	148	208	356	81

Il y a trois attitudes majeures qui justifient la réticence des séro-ignorants face à la procréation des PVV à Kisangani. Il s'agit de la peur de la contamination, phobie de la mort par une maladie chronique et l'ignorance liée à la sous information.

Tableau 3 Les types de risques à éviter.

Risque	f	%
Infester les partenaires	154	35
Infester l'enfant	70	15.9
Avortement	67	15.2
Anémie	30	6.8
Absence du traitement approprié pour l'enfant	22	5
Discrimination, (risque d'abandon par l'accoucheuse)	28	6.4
Prise en charge couteuse (allaitement artificiel, césarienne)	18	4.1
Créer d'autres problèmes sociaux	11	2.5
Difficultés financiers	28	6.4
Crainte des effets secondaires liés aux antirétroviraux	12	2.7
Total	440	100

La population de la ville de Kisangani a la même appréhension sur les dangers liés à la procréation des PVV que les PVV elles-mêmes. Cependant, les séronégatifs mettent plus

l'accent sur leur contamination par les séropositifs soit 35%. Ce qui les amène à s'opposer à cette procréation.

CONCLUSION

A la fin de cette étude, il est important de rappeler que notre préoccupation a tourné autour de la réticence de la population de Kisangani en République Démocratique du Congo par rapport à la procréation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il était question de savoir pourquoi la réticence des séro-ignorants, des séronégatifs à propos de la procréation des PVV. Ce questionnement a généré trois hypothèses qui ont été vérifiées tour à tour. Somme toute, les séro-ignorants et les séropositifs de la ville de Kisangani sont réticents à propos de la procréation des PVV car cette dernière serait considérée comme un facteur de la propagation du VIH aux adultes et aux enfants. La réticence se manifeste par les attitudes ci-après : la peur de la contamination, de la mort, et la sous information dans laquelle se trouvent les séro-ignorants et les séronégatifs. Les séro-ignorants et les séronégatifs, reconnaissent qu'il existe des risques qui mettent en péril tous les enjeux liés à une procréation responsables des PVV.

BIBLIOGRAPHIE

- DARRELL Ward, *Comprendre le VIH/SIDA*, le guide de Amfar, nouveaux horizons, Paris, 2002.
- DESCLEAUX A. et Raynaut C., *Le dépistage VIH et conseil en Afrique au sud du SAHARA*, « aspects médicaux et sociaux », éd. Karthala, Paris, 1997.
- JACKSON H., *Sida Afrique un continent en crise*, SAFAIDS, Harare, 2004.
- SATURIUM Anani I. *La procréation médicalement assisté à l'épreuve de la conception africaine de l'enfant*, Institut Catholique de l'Afrique de l'Ouest, Mémoire, Abidjan, 2000.
- JOANNA Orne-Liebmann ; *Défis à la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique Australe. Le cas d'un district rural du Zimbabwe* ; Université Victor Segalen – Bordeaux 2, Thèse de doctorat en sociologie, Année 2005.
- KAKELENGWA MBILIZI B., *Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Kisangani en République Démocratique du Congo*, « l'action publique et la solidarité sociale à l'épreuve des faits », Mémoire d'études supérieures en sociologie, UNIKIS, inédit, 2009.
- KIRERE MATHE M., *Mise en place d'une structure de prévention de la transmission mère-enfant du virus à VIH dans les zones instables du milieu rural africain. Etude de faisabilité dans la zone de santé d'Oïcha au nord-est de la République Démocratique du Congo*, Thèse de doctorat en médecine, Inédit, Université de Liège, 2007-2008.
- Constitution de la République Démocratique du Congo*, in *journal officiel* ; 18 février 2006.
- Loi no 08/011 du 14 juillet 2008, Portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées, In *journal officiel de la R.D. Congo*, n° spécial, 50^{ème} année , 2009.
- PNLS, *Protocole PTME*, Kinshasa ; 2011.
- PNLS, *Rapport Annuel 2009*, Kisangani, 2010.
- PNMLS/FHI ; *Guide pratique du conseiller en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA* Kinshasa, 2004.
- PNMLS, *Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du maintien des mères en vie : 2012-2017*, Kinshasa, 2012.
- <http://www.google.com/search?hl=fr&so>, consulté à Kisangani, le 26 juin 2016.
- <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/vih-> Consulté à Kisangani, le 22 novembre 2013.