

Les facteurs socioculturels impliqués dans la propagation du VIH/SIDA en R.D. Congo

KWENGO MANZANZA Symphorien

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section Santé Communautaire, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

RESUME:

Notre but dans cette étude a été de montrer les facteurs socioculturels qui ont accéléré l'expansion du VIH/SIDA en RDC. A l'issue de cette recherche, nous avons prouvé que ce sont les facteurs socioculturels qui sont à la base de la propagation du VIH/Sida en RDC. Citons entre autre (1) l'ignorance et les croyances, (2) la culture du silence, (3) les pratiques traditionnelles et culturelles actuelles, (4) le lévirat et le partage d'épouses, (5) la purification sexuelle, (6) la polygamie, (7) le statut social et l'infériorisation de la femme, (8) les croyances et les tabous. Tous ces facteurs s'ajoutent à la pauvreté avec ce que cela implique comme conditions de vie médiocres, rareté des médicaments et infrastructures sanitaires limitées et inadéquates.

Mots clés : Facteurs, Socioculturels, Propagation, VIH, Sida, RDC

ABSTRACT :

Our aim in this study was to show the socio-cultural factors that accelerated the spread of HIV / AIDS in the DRC. At the end of this research, we have proved that it is the socio-cultural factors that was causing the spread of HIV / AIDS in the DRC. These include (1) ignorance and beliefs, (2) culture of silence, (3) current cultural and traditional practices, (4) levirate and sharing of wives, (5) sexual purification, (6) polygamy, (7) the social status and inferiority of women, (8) beliefs and taboos. All of these factors add to poverty with what it implies as poor living conditions, scarcity of medicines and limited and inadequate health facilities.

Keywords : Factors, Sociocultural, Propagation, HIV, AIDS, DRC

*Adresse des Auteur(s)

KWENGO MANZANZA Symphorien, Section Santé Communautaire de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

I. INTRODUCTION

Le VIH/Sida est l'une des maladies les plus meurtrières, les plus terrifiantes qui emportent des millions des vies humaines chaque année. Il tue des adultes et des enfants, et il est à la base des millions d'orphelins qui, dans de nombreux cas, n'ont ni personne ni institution responsable pour s'occuper d'eux ^[1].

Le VIH/Sida est devenu une épidémie mondiale qui lance un défi aux responsables sanitaires et médicaux dans le monde entier. La croissance rapide du nombre de ses victimes est devenue une préoccupation mondiale^[2].

En 1996, plus de 23 millions de personnes dans le monde étaient infectées par le virus de Sida et plus de 6 millions de personnes sont mortes de SIDA. Le taux de mortalité était de 16,3 millions en 1999^[3].

Au cours de l'année 2000, les chercheurs ont trouvé que 36 millions d'adultes et d'enfants dans le monde vivaient avec le VIH/SIDA. Le rapport a montré aussi que 5,4 millions d'autres personnes avaient été infectées ^[4].

L'Afrique et plus particulièrement l'Afrique Subsaharienne, est la région où la maladie est très prononcée. Au cours des 20 dernières années, les pays de l'Afrique Subsaharienne ont battu le record de cette épidémie. Ils ont le taux le plus élevé de cas d'infection et de décès.

Certains chercheurs ont prouvé qu'en 2005, le VIH/SIDA avait occasionné 600.000 à 800.000 morts par an en Afrique et qu'en 2015, le nombre annuel de décès à la suite du SIDA a atteint 5 millions en Afrique et certains pays de l'Afrique Subsaharienne d'ici 2025 risqueront de perdre 20% de leur population si le problème de VIH/SIDA n'est pas résolu ^[5].

Selon l'ONUSIDA (2015), on compte environ 36,9[34.0 million–39.8 million]. Au total jusqu'à 17 millions des personnes vivant avec le VIH(PVVIH) sous traitement antirétroviral (ARV). Pour la même période, l'Afrique Sub Saharienne a compté jusqu'à 12,1 millions des PVV sous ARV sur un total d'environ 25,5 millions (23,0 million-28,3 million) des PVV ^[6].

En République Démocratique du Congo(RDC), la prévalence moyenne est estimée à 1,2%. Les calibrations faites sur base du Spectrum 5.41, le nombre des PVVIH est estimé à 412312. En fin 2015, 121762 PVVIH étaient encore sous traitement ARV ^[7] Fort des efforts accomplis quant à l'OMD 6 qui visait d'infléchir la tendance de l'évolution de l'infection à VIH et de mettre sous traitement ARV 15 millions en fin 2015, la Communauté internationale s'est fixée l'objectif ambitieux d'éliminer l'infection à VIH à l'horizon 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD). Pour y parvenir, des objectifs intermédiaires ont été fixés. Il est ainsi prévu d'étendre intensivement l'offre des services de lutte

contre le VIH/Sida de manière à dépister 90% des PVVIH, à mettre sous traitement aux ARV 90% d'entre elles et d'amener à la suppression de la charge virale 90% de ces dernières d'ici 2020.

C'est dans cette perspective que l'OMS a lancé les nouvelles directives dont la principale nouveauté est de mettre sous traitement aux ARV toute personne dépistée séropositive « TREAT ALL » ou « TEST AND START » ou encore « TEST AND TREAT ». Ce changement est dicté par des évidences scientifiques basées sur l'efficacité, la tolérance et le confort du patient, et les efforts de réduction des prix des médicaments et en particulier du Tenofovir [8].

Plusieurs études ont été entreprises par différentes agences sanitaires pour identifier les causes de la propagation du VIH/Sida en Afrique et en RDC. Les résultats de ces études ont révélé que cette expansion est due aux facteurs socioculturels. Cependant, malgré l'identification de ces facteurs, très peu d'efforts ont été menés pour en limiter l'effet. Généralement, ces causes ont été partiellement traitées. La documentation a fait état seulement des efforts pour maîtriser le problème en cherchant les médicaments contre le VIH/Sida. La conséquence fâcheuse, c'est qu'entre-temps l'épidémie continue à faire des ravages.

En plus, les médicaments disponibles sont très chers et comme la maladie est très répandue parmi les populations pauvres, seuls quelques malades sont en mesure de se procurer le traitement[9].

Compte tenu de tous ces facteurs, nous sommes d'avis que le problème de VIH/SIDA ne peut pas être considéré seulement comme un simple problème de santé. Malheureusement, en pleine crise, l'épidémie de VIH/SIDA est apparue comme une affaire des agences de santé seulement et non pas celle de toutes les institutions sociales. Une telle vision unidimensionnelle a empêché beaucoup d'institutions morales de prendre en considération la dimension socioculturelle de l'épidémie. Pourtant si on observe de plus près le processus de la lutte contre la propagation de l'épidémie, on se rend compte que derrière les facteurs favorisant sa propagation, il ya des facteurs socioculturels qu'on ne doit pas ignorer dans la recherche des solutions à ce problème en RDC.

Cette étude tente de découvrir les facteurs socioculturels qui contribuent à la propagation de l'épidémie de VIH en RDC.

D'une manière spécifique, l'étude cherche à répondre aux questions suivantes:

Pourquoi le VIH/SIDA est si répandu en RDC malgré les efforts fournis par le gouvernement et les organisations internationales pour maîtriser la situation? Autrement dit, y a-t-il des causes profondes cachées qui favorisent cette expansion rapide du VIH/SIDA et sa persistance? Si oui lesquelles?

II. MATERIEL ET METHODES

Cette recherche est fondée sur une documentation bibliographique. Pour mieux cerner les principales causes de l'épidémie de VIH/SIDA, nous avons utilisé des méthodes tant descriptive qu'analytique. La méthode descriptive a

consisté à présenter succinctement les facteurs socioculturels impliqués dans la propagation de la maladie en RDC.

III. RESULTATS

La pandémie du VIH/SIDA a déclenché une littérature qui devient de plus en plus abondante. Nous pouvons en citer quelques ouvrages auxquels nous avons eu accès lors de la rédaction de ce travail dont 'Le VIH/SIDA figure parmi les maladies dues à la pauvreté'. En effet, selon Melissa Parker et Gordon Wilson, la pauvreté est l'un de facteur qui est à la base de la propagation du VIH/SIDA dans le pays pauvre, spécialement dans l'Afrique subsaharienne et singulièrement en RDC.

Selon eux, la pauvreté absolue augmente la susceptibilité des pauvres à l'infection de VIH à cause du manque de revenus disponibles pour se payer des condoms, manque d'accès aux soins de santé et de programme de prévention contre le VIH. Parker et Wilson associent aussi l'expansion du VIH/SIDA aux inégalités économiques.

Dans la même perspective, Jeffrey D. Sachs, dans son article intitulé « A modest proposal », affirme que la maladie est difficile à combattre parce que le coût du traitement est plus élevé que les pays riches ne sont pas intervenus à temps en accordant des fonds pour la prévention et le traitement.

Dans le livre de The politics of public health, turshen traite le problème de VIH/SIDA. Il montre la gravité de la maladie pour les adultes, les jeunes et les enfants. Commençant par une brève présentation sur l'étiologie du VIH/SIDA, Turshen conclut que le VIH/SIDA est devenu une réalité défiante. D'après lui, bien que le VIH/SIDA ait son origine en Amérique, sa propagation rapide sur le continent africain résulte des conditions sanitaires déplorables par rapport aux états unis d'Amérique et ce pourquoi l'origine du SIDA est attribuée en Afrique.[10]

Parlant des facteurs principaux contribuant à la propagation rapide de la maladie, Turshen pointe du doigt le militarisme sur le continent africain, le manque de soins de santé, le nouveau mode de vie qui occasionne le système d'émigration des travailleurs, la promiscuité hétérosexuelle, la malnutrition, le manque d'équipement médical, ceux-ci étant la conséquence de la pauvreté due elle-même à des systèmes économiques très précaires.

Dans la conférence inter régionale sur « une approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA » du 02 au 04 octobre 2000 en aérodrome, au KENYA, on a bien souligné le fait que l'expansion du VIH/SIDA est étroitement liée à la culture.[11]

À la lumière des ouvrages consultés, plusieurs facteurs socioculturels ont contribué au mode de propagation du VIH/SIDA.

Citons entre autre (1) l'ignorance et les croyances[12], (2) la culture du silence[13], (3) les pratiques traditionnelles et culturelles actuelles[14], (4) le lévirat et le partage d'épouses, (5) la purification sexuelle[15], (6) la polygamie[16], (7) le statut social et l'infériorisation de la femme[17], (8) les croyances et les tabous[18].

III.1. L'ignorance et les croyances populaires

L'ignorance et les croyances populaires ont considérablement joué un rôle important dans la propagation du VIH en Afrique subsaharienne. En effet, il va sans dire que suite à l'ignorance, les gens restent passifs et ne prennent aucune responsabilité pour se protéger contre l'infection du VIH. Par conséquent, ils continuent inconsciemment à s'engager dans des comportements à risque qui les exposent à contracter des maladies sexuellement transmissibles^[19].

Les recherches ont révélé que l'ignorance et les croyances populaires sont des raisons de base à cause desquelles l'épidémie du SIDA demeure et se propage sans contrôle dans l'Afrique subsaharienne^[20]. En effet, les croyances culturelles africaines sur la recherche de l'origine de tout événement dans le monde des esprits maléfiques s'appliquent aussi à la question du VIH/SIDA. Beaucoup d'africains, surtout parmi ceux qui n'ont pas eu accès à l'instruction moderne, croient que les maladies, les mauvaises sorts, les catastrophes ou la mort sont toujours l'œuvre d'un mauvais esprit qui, pour une raison ou une autre, s'est fâché et a ainsi infligé une malédiction quelconque à quelqu'un, le VIH/SIDA est associé à ces croyances chez plusieurs groupes ethniques de l'Afrique subsaharienne^[21]. Plusieurs croient, par exemple, que le VIH/SIDA est une maladie qui est infligée par de mauvais esprits à des personnes infidèles pour avoir violé les tabous traditionnels ou alors elle est infligée par un voisin jaloux du progrès et de la prospérité matérielle de sa victime^[22].

Ce genre de croyance est combiné avec l'ignorance généralisée concernant l'épidémie de VIH/SIDA et son évolution scientifique. En effet, les résultats de plusieurs enquêtes ont prouvé qu'il existe une ignorance généralisée dans l'Afrique subsaharienne vis-à-vis du VIH/SIDA et ses modes de transmission^[23]. Plusieurs africains ne comprennent ni ne considèrent l'origine scientifique et l'évolution de la maladie. Différents modes de transmission du VIH/SIDA tels que le comportement sexuel, la transfusion sanguine, l'usage d'aiguilles et d'autres matériels contaminés sont presque ignorés suite à la prévalence des croyances culturelles autour de la maladie. Les patients de SIDA attribuent très souvent la cause de la maladie à l'empoisonnement par un voisin jaloux. Cette croyance est partagée par plusieurs pays subsahariens tels que la Tanzanie, le Nigeria, la RDC, la Zambie, le Malawi, le Zimbabwe, etc. Cette vague connaissance empêche les gens de comprendre et de prendre les dispositions pour éviter les voies de transmissions possibles du VIH telles que les relations sexuelles, la transfusion sanguine, le partage des aiguilles et autres pratiques à risque comme prouvé par les épidémiologistes modernes^[24]. Ainsi, cette ignorance constitue un obstacle pour trouver des modes alternatifs d'un comportement responsable qui empêcherait la transmission du VIH/SIDA.

D'autre part, les croyances africaines combinées à l'ignorance ont conduit à des spéculations autour de la maladie. Les recherches ont révélé que le VIH/SIDA est suspecté par les africains pour être une maladie introduite en Afrique par des méthodes malicieuses avec l'intention d'exterminer les sociétés africaines^[25]. En Afrique du Sud par exemple,

comme l'épidémie de VIH/SIDA a coïncidé avec la fin de l'apartheid, on pense que la maladie a été introduite par la race blanche dans le but d'exterminer la population noire.

Non seulement en Afrique du Sud, mais aussi ailleurs comme au Kenya, on pense que les préservatifs mêmes pouvaient être la source du VIH/SIDA et faire partie d'un plan orchestré pour réduire la population locale^[26]. Cette sorte de spéculation empêche l'usage des méthodes de protection. Ils préfèrent vivre comme si la maladie n'existait pas. Des croyances pareilles, qui ne peuvent pas promouvoir un comportement sexuel responsable, ont constitué un grand obstacle à l'effort fourni pour combattre la propagation du VIH/SIDA.

On voit à quel point, l'ignorance empêche de façon générale la prise en considération des modes de transmission des maladies signalées par les épidémiologistes. Elle empêche donc les croyants traditionalistes d'adopter un comportement responsable.

III.2. La culture du silence

Le silence est un autre facteur qui favorise la propagation du VIH/SIDA et handicape toute initiative responsable de lutte contre les causes de son infection en Afrique subsaharienne. Par culture de silence, il faut entendre ici le fait qu'on ne veut pas croire à son état de santé réel et encore moins se déclarer infecté dans le cas où un dépistage volontaire le prouverait. Pour plusieurs raisons, il est souvent difficile pour certaines personnes d'accepter qu'elles soient infectées à cause du fait que le sida est lié au sexe, résultant ainsi des comportements sexuels incontrôlés. Comme le dit Mary Crew de l'Université de Prétoria, si quelqu'un contracte le SIDA, il est supposé qu'il s'est méconduit^[27].

Cette culture de silence s'explique par le fait que, culturellement, les sociétés africaines condamnent l'immoralité sexuelle, surtout chez les femmes^[28]. Ainsi, les malades de SIDA sont stigmatisés, rejetés, méprisés et exclus de leurs familles comme des immoraux^[29].

Au Malawi, jusqu'en 1994, la discussion publique sur le SIDA était interdite. En Tanzanie, par exemple, les membres de famille d'une Personne Vivant avec le VIH décédée avaient exigé au pasteur de ne jamais mentionner pendant l'enterrement la cause du décès de cette dernière^[30]. Il en est de même en République Démocratique du Congo, pendant les services funéraires, on ne tolère pas que le pasteur signale que la cause de la mort de certains paroissiens est le SIDA^[31].

En somme, le VIH/SIDA est resté longtemps une maladie à garder secrète. Ce qui a rendu difficile tout effort de détection des personnes infectées à suivre ou à prendre en charge. Certaines personnes déjà infectées qui sont encore sexuellement actives peuvent donc continuer à répandre la maladie soit inconsciemment, soit sciemment en s'engageant d'une manière irresponsable dans des rapports sexuels non protégés.

Sans nous attarder sur des exemples pareils, l'essentiel est de noter qu'à cause de la culture du silence à l'égard de la maladie et du fait qu'on ne révèle pas les cas d'infection, les patients continuent à infecter les autres parce que n'étant pas identifiés. C'est pourquoi le silence est signalé comme l'un des facteurs majeurs qui^[32] contribue à la propagation du VIH/SIDA dans notre pays la RDC.

III.3. Pratiques culturelles africaines

Certaines pratiques culturelles ont aussi accéléré la propagation du VIH/SIDA en RDC à tel enseigne qu'elles ont engendré certains comportements qui exposent les gens à un haut risque d'infection^[33]. Approuvées dans la société traditionnelle, ces pratiques culturelles justifient certains comportements vis-à-vis de certains groupes de la société. Parmi ces pratiques portons notre attention sur le lévirat et le partage d'épouses, les rites de purification sexuelle, la polygamie, les tabous, le statut dénigré des femmes et les pratiques libertines de la sexualité^[34]. Comme la plupart d'elles impliquent l'activité sexuelle, il y a un lien étroit entre ces pratiques culturelles traditionnelles et la propagation du VIH/SIDA dans notre pays la RDC. C'est ce que nous allons démontrer dans les lignes qui suivent.

a) Le lévirat et le partage d'épouses

La pratique du lévirat et du partage d'épouses qui existe dans certains groupes ethniques de la RDC, a contribué à la propagation du virus de VIH dans le pays^[35]. En effet, dans certains groupes ethniques, quand le mari meurt, son épouse, ses biens et ses enfants sont hérités par le frère du défunt. Cette pratique est dangereuse en ce sens que si le mari est mort du sida, c'est fort probable qu'il ait transmis le virus à son épouse. A son tour, la veuve héritée peut inconsciemment transmettre le virus à son nouveau mari et à la descendance issue de leur relation.

Le partage d'épouses a été indexé comme agent de la propagation du SIDA dans certaines tribus de la RDC et dans d'autres parties de l'Afrique^[36]. Le partage d'épouses devient une source de propagation exponentielle de la maladie parmi les partenaires impliqués qui, à leur tour, transmettent la maladie à leurs épouses légitimes et ces dernières à leurs nouveau-nés.

Ces comportements culturels par lesquels les gens sont forcés à avoir des relations sexuelles à haut risque, sont des comportements irresponsables vis-à-vis de la nécessité de la préservation de la vie humaine. Ainsi, ces agissements doivent être défiés dans la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA.

b) La polygamie et la polyandrie

La polygamie est l'autre pratique culturelle à travers laquelle plusieurs gens sont devenus victimes du VIH/SIDA^[37]. La polygamie est un système de mariage très ancien en Afrique, dans lequel un homme peut épouser plus d'une femme. Il est évident qu'à travers la polygamie, la maladie se propage puisque dans le cas où l'un des partenaires est infecté, il/elle sert de source d'infection à partir de laquelle la transmission va s'opérer pour atteindre tous les autres partenaires.

Le danger de la propagation du VIH/SIDA demeure aussi évident dans les cultures qui favorisent la polyandrie, c'est-à-dire la liberté et la situation d'une femme qui a plusieurs partenaires. En Ouganda, par exemple, dans certains groupes, on peut tolérer qu'une femme entretienne des relations sexuelles avec des hommes autres que son propre mari^[38]. Ces pratiques existent aussi en Tanzanie et dans d'autres parties de l'Afrique^[39].

c) Les rites de purification sexuelle

Les rites de purification sexuelle sont aussi l'objet de pratiques traditionnelles susceptibles de contribuer à la propagation de VIH/SIDA dans les sociétés africaines en ce sens qu'elles impliquent des relations sexuelles^[40]. Cette pratique culturelle africaine est fondée sur la croyance selon laquelle on peut être purifié d'un mauvais sort ou d'une maladie à travers des relations sexuelles avec certaines personnes spécifiques. Dans certains groupes ethniques, par exemple, une veuve doit se purifier en ayant des relations sexuelles avec le frère de son mari. Plusieurs personnes ont été contaminées par le virus de VIH au moyen de cette pratique^[41].

D'autres croient que l'on peut être guéri du VIH/SIDA en ayant des relations sexuelles avec une fille vierge^[42]. Cette croyance a fait que les personnes âgées, en quête de la guérison miracle, aient des relations sexuelles avec des jeunes filles, les exposant ainsi à l'infection du VIH/SIDA. Certains hommes violent des jeunes filles croyant qu'ils guériraient par cet acte, pourtant ignoble.

De la même façon, des hommes sexuellement actives conscients que le VIH/SIDA est courant parmi les prostituées, courent derrière des jeunes écolières qu'ils considèrent non encore exposées à l'infection du VIH et croient ainsi se protéger contre la maladie plutôt que de s'abstenir de l'activité sexuelle extraconjugale^[43]. Ce comportement peu responsable expose d'ailleurs la vie de plusieurs jeunes filles à la possibilité d'infection.

d) Les tabous

Les recherches faites au sein des plusieurs sociétés africaines mènent à la conclusion selon laquelle il ya résistance contre l'usage des préservatifs^[44]. Quelle en est la raison? Elle se trouve justement dans le respect des tabous.

Au Rwanda, par exemple, les hommes hésitaient d'utiliser les préservatifs qui étaient déjà disponibles au nom de la culture^[45]. Au Zimbabwe parmi la société Shona, ainsi qu'en Tanzanie, au Kenya et dans d'autres pays africains, les hommes détestent l'usage de ces condoms parce qu'ils croient qu'ils les empêchent de bien consommer l'acte sexuel et qu'en plus cela constitue une perte de leur substance procréatrice^[46]. Culturellement parlant, on croit que la perte de cette substance peut entraîner la stérilité au sein de la société. D'après Taylor, plusieurs africains estiment que les préservatifs réduisent la sensation sexuelle recherchée dans l'acte sexuel et empêchent la procréation considérée comme la preuve de leur masculinité^[47].

Bien plus grave encore, certaines rumeurs, comme il s'en répand beaucoup en milieux africains, font croire que le préservatif lui-même est déjà infecté du virus de VIH et que s'en servir serait aussi un moyen de répandre le VIH en Afrique^[48].

e) Le statut dénigré des femmes

Il va sans dire que les femmes africaines sont appelées à être soumises aux hommes. Elles sont considérées comme des personnes de seconde classe et ne sont pas associées dans la

prise des décisions pouvant affecter leur propre famille et leur vie^[49]. Elles dépendent de leur maris sur tous les plans.

Cette situation d'infériorité affecte aussi leur comportement sexuel. Plusieurs femmes n'ont pas le pouvoir de changer leur comportement sexuel. Dans beaucoup de vies de mariages marquées par cette culture patriarcale, la femme ne peut pas oser, par exemple, suggérer à son partenaire l'usage des préservatifs pour se protéger contre l'infection de VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles par crainte d'être mal comprise, maltraitée ou abandonnée et ainsi perdre son statut d'épouse dont elle dépend tellement pour sa survie. Quand une femme ose suggérer à son mari de faire usage d'un préservatif, celui-ci considère cela comme un affront et qu'elle le suspecte d'entretenir des relations louches avec les prostituées. Comme le note Janardan Subedi, lorsqu'une femme suggère l'utilisation de condom, particulièrement en Afrique, cela implique qu'elle n'a pas confiance en son partenaire et qu'elle peut être infidèle et séropositive^[50].

Pourtant, dans ces conditions, les femmes n'ont pas la liberté d'interroger, ni d'interpeler leurs maris à propos des relations sexuelles extra maritales. Dans beaucoup de cas, elles n'ont pas de contrôle sur le comportement de leur mari et ne peuvent solliciter une quelconque méthode de pratique sexuelle sûre. Elles sont souvent mal comprises par leurs partenaires. Ceci a lieu non seulement avec les femmes mariées, mais aussi avec les concubines.

Bien plus, les résultats d'enquête sur le comportement sexuel des certaines populations africaines ont été révélés que ce ne sont pas seulement des hommes qui sont réticents à l'usage des préservatifs, mais aussi des femmes. Celles-ci les rejettent à cause du fait qu'ils empêchent de jouer leur rôle de mères procréatrices, ce rôle grâce auquel elles ont de la valeur et sont acceptées dans la lignée familiale de leurs maris.

May et Cochran May (1993) nous aident à saisir ces comportements en disant que négocier des relations sexuelle plus sûres avec un partenaire rencontre une résistance des hommes, résistance enracinée dans la culture et cela met en danger la survie économique d'une femme^[51].

Selon Jawardan, toutes ces pratiques résultent du fait que les femmes manquent du pouvoir. Selon elle, en citant Basset et Muhloyi : « le manque de pouvoir social pour les femmes est la pierre de touche de leur risque vis-à-vis du SIDA parce que leur position est largement liée à leur contribution à la progéniture du lignage c'est-à-dire que les intérêts sociaux de rejoindre leur famille d'origine à celles de leur maris et leur capacité de produire les enfants ».

Un autre facteur qui rend la plupart des femmes vulnérables au VIH/SIDA, c'est le statut économique ou la féminisation de la pauvreté et leur faible représentativité dans les institutions politiques.

La pauvreté rend certaines femmes surtout les célibataires communément appelées « femmes libres », incapable de répondre aux besoins de leurs familles et poussent ainsi certaines à offrir de service sexuel payés en s'exposant ainsi à un haut risque d'infection.

En RDC par exemple, à cause de la pauvreté, certaines femmes ont commencé à pratiquer le commerce du sexe comme moyen de survie personnelle et familiale. Certaines femmes, surtout celles qui vivent dans les zones en pleine

guerre, s'offrent aux militaires pour de services sexuels à fin de survivre. Dans des cas plus criminels et de plus en plus fréquents, elles sont tout simplement violées par ces militaires. Or, il est suffisamment prouvé qu'environ les deux tiers des militaires envoyés en expéditions guerrières dans ce coin du pays sont séropositifs^[52].

III.4. Obstacle d'ordre religieux

Les croyances religieuses ont empêché la prise de responsabilité pour éviter la transmission du VIH. Ainsi elles ont constitué à un certain niveau un obstacle au contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA en RDC.

La raison principale souvent évoquée par les hommes d'églises, c'est qu'ils pensent que si les jeunes gens, particulièrement les adolescents, sont informés de l'usage des condoms et qu'ils en aient l'accès, ils seront poussés à l'activité sexuelle. Au Kenya et en Zambie, par exemple, les institutions religieuses se sont opposées aux campagnes publiques de la promotion des condoms.

Plusieurs leaders catholiques romains ont été particulièrement très réticents à soutenir l'usage des préservatifs, car ils considéraient que l'abstinence et la monogamie sont les seuls moyens de protection qui sont conformes à la croyance catholique.

Le rôle capital des Eglises, qui prohibent et s'opposent à la médiatisation de l'utilisation des contraceptifs dans plusieurs pays, a rendu difficile leur acceptation par le public. Les églises recommandent toujours l'abstinence et le changement de comportement comme étant les seules méthodes de prévention comme l'infection du VIH.

Aussi, certains dirigeants d'églises ignorent la nature de la maladie et ses modes de transmission. Certains leaders chrétiens et musulmans croient encore que le SIDA est une maladie des pécheurs infidèles, maladies qu'ils subissent comme une punition leur infligée par Dieu. Cette croyance détourne le regard et l'attention de leur paroissiens sur les autres modes de transmission du virus tels que l'utilisation d'une aiguille par plus d'une personne, le sang infecté.^[53]

IV. CONCLUSION

Les croyances culturelles et traditionnelles ainsi, que les croyances religieuses ont généré un comportement qui favorise la propagation du VIH/SIDA en RDC. Les hommes et les femmes ont mis en danger leurs vies dans l'effort de s'accrocher aux cultures avec leurs pratiques qui parfois servent de moyen de transmission du VIH. Suite aux cultures et doctrines religieuses, ils sont restés passifs, sans prendre la responsabilité de combattre la propagation du VIH/SIDA. Ainsi, la culture, les traditions et les croyances religieuses s'avèrent être des facteurs majeurs contribuant à l'accélération du VIH en Afrique. Elles constituent un problème d'éthique non négligeable qui nécessite une intervention responsable.

REFERENCES

[1] Taylor, condoms et cosmologie : la personne fractale et risque sexuel au Rwanda en science sociale et Médecine, 1990.

Les facteurs socio-culturels impliqués dans la propagation...

- [2] Basset, M.M, Femmes et SIDA au Zimbabwe. La formation de l'épidémie. Au journal international de services de santé, 1994.
- [3] Russel, M.L l'église et le sida : Le renouveau au milieu de la crise, Louisville, West minister presse John Knox, 1990.
- [4] Mankekolo, M.N Le SIDA en Afrique : perspective africaine et prophétique. Baltimore : presse de Gateway, 2001.
- [5] Subedi, J et Galtagher, B.E, société, santé et maladie perspectives transculturelles : New Jersey salle prentice hall, 1996.
- [6] Allen, T et Thomas, Pauvreté et développement au 21eme siècle, oxford=presse universitaire, A 2000.
- [7] Brushaber, K.G et compagnie, La chrétienté aujourd'hui (fevrier7), 42, 2000
- [8] Musimbi, K, Sexe, honte et VIH/SIDA. Les femmes africaines défiant la religion, culture et pratiques sociales, historique de la conférence du cercle des femmes théologues africaines, 2000.
- [9] Green, E, Engager les guérisseurs indigènes africains dans la prévention du sida et maladies sexuellement transmissibles. Dans Han ,A.R Harris, K.W . anthropologie en santé publique : combler le fossé de différences entre culture et société, oxford : presse universitaire, 1999.
- [10] Cochram, S.D et Mays, V.M, Appliquer les modèles psycho-sociaux pour prévenir le VIH/SIDA les risques sexuels des comportements y afférents parmi les Afro-américains, au journal de la psychologie des noirs, .1993.
- [11] Almond, B, Les affaires publiques trimestrielles, 13,3 (juillet), 1999.
- [12] Parker, M et Wilson ,G, Maladies de la pauvreté, dans allen .M et thomas A ,pauvreté et développement au 21eme siècle, oxford l'université ouverte, 2000
- [13] Anderson, R et Robert, M, Les maladies infectieuses des humains dynamique et contrôle, oxford = presse universitaire, 13, 1991
- [14] Rapport PNLs RD Congo, 2015.
- [15] Enquête Démographique et de Santé de la RDC, 2013-2014
- [16] ELEN, WILLIONE; Unidea commun: jeunesse, sexualité et VIH/SIDA dans trois pays africains ,Juin 1998.
- [17] U NESCO, OMS, ONUSIDA: Education sanitaire à l'école pour la prévention du SIDA et ses MST, activités pour les élèves, Rio de Janeiro, 1997.
- [18] AUDERSET, M.J. et HELD, J.B: adolescence, paris, éditions de Lamartinière, jeunesse, 1996
- [19] Conseil Eocuménique des Eglise, Comité Centrale trente-huiteieme session, Geneve, , "le SIDA est la tache de guerison de l'eglise", 1987
- [20] Collignon R. Gruenais M.E. et Vidal L. : l'annonce de la seropositivité au VIH/SIDA en afrique. psysco pathologie africaine vol.XXVI(2), 1994
- [21] HERITIER F, -Masculin/Feminin II. dissoudre la hérarchie. Ed Odile Jacob, Paris, 2002
- [22] LE PALEC A.: (bamako, taire le sida) in collignon R., Gruenais M-E et vidal L. L'annonce de la séropositive au VIH en Afrique. psychopathologie africaine, vol.XXVI, n° 2, 1994
- [23] Nations UNIES, (rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes) Beijing, septembre, 1995
- [24] HERTRICH V. et LOCOH T. rapports de genre, formation et dissolution des unions dans les pays en développement. Liege, UIESP, Série "Gender in population studies" Pinneli A(ed) 1999
- [25] Ghanadason, A et Kanyoro, M , introduction. In violence and Nonviolent change geneva. WCC Publications, IX, 1996
- [26] Henderson, W.J, Health Economic and policy. USA: south-Western college Publishing, 1999
- [27] Hesse-Biber, S et Al, feminist Approaches to theory and Methodology: An interdisciplinary Reader, New-York: Oxford university press, 1999.
- [28] Donald G.M: the nature and mission of the church, Richmond, John Knox Press, 1959
- [29] Flakerud, H.J. culture and Ethnicity. In flakerud, H.J et Ungvaski JP HIV/AIDS: A Guide to Nursing care, Third Ed. Philadelphia: W.B SAUNDETRS COMPANY, 1995
- [30] Ghallagher, B.E, society, Health and Disease: Transcultural Perspective. USA prentice Hall, 1996
- [31] Chin, J., Current and Future Dimension of HIV/AIDS IND Women and Children, Lancet 336, (July 28), 222. 1990
- [32] Goliber, J.T.; Africa's expanding Population: old Problems, New Policies, In Population Bulletin, 44, 19-21, 1989.
- [33] Neff, Christianity Today, (February), 7, 40, 2000,
- [34] Newswerek; The International Newsmagazine, February 19, 2001.
- [35] Steven, zaire Leads African Fight Against AIDS. In Christian Science Monitor (April 19), 12-13, 1999.
- [36] World Bank Repor, 1993.
- [37] World Development Report: Investing in Health. Oxford: University Press, 1993.
- [38] World Mark Encyclopedia of the Nations Africa, 19th ed., 1998.
- [39] Lipset, S. M.. The Encyclopedia of Democracy, 1, London; Routledge, 1995.
- [40] Ashford, L.. New Population Policies: Advancing Women's Healt and Rights, 56, 1, 18, 2001.
- [41] Kohut, J., UNESCO the Courier: A New Deal for the Poor, (March), 1999.
- [42] Stremmlau, J.. Ending Africa's Wars. In Foreign Affairs. (July/August), 79, 4, 119, 2000
- [43] CIA, Congo Democratic Republic of the, In The World Fact Book. (<http://www.odci.gov/publications/factbook/cghtml>), 1999,
- [44] Ligner, I.. Zimbabwe-AIDS: AIDS Sufferers are First Victims of Zimbabwe's Economic Crisis. In: Agence - Presse, (May 25), 2000
- [45] Hahn, A.R. Anthropology in Public Health: Bridging Differences in cultures in Culture and Society, Oxford University Press, p.63. 1999.
- [46] Hesse-Biber, S. et al.. Feminist Approaches to Theory and Methodology: An Interdisciplinary Reader. New York: Oxford University Press, P.12, 1999
- [47] Nzioki, C. AIDS Policies in Kenya, in Kenya, in Aggleton, P-Davies P. AIDS: Foundations for the Future: Taylor and Francis, p.166, 1994..

- [48] Lear, D. Women. AIDS in Africa: A Critical Review. In Subedi, J.- Gallagher, B.E. Society, Health and disease: Transcultural Perspectives. USA: Prentice Hall, p.291, 1996,
- [49] Irwin et al., Knowledge, Attitudes and Beliefs about HIV Infection and AIDS among Healthy Factory Workers and their Wives in Kinshasa, in *Epidemiology*, 32, 4, 63-72, p 917, 1991.
- [50] McGrath, J., Rwabukwali C- Schuman, D. Cultural Determinants of Sexual Behavior Among Baganda Women, Presented at American Anthropological Association Meetings, Philadelphia, November, 1999,
- [51] The Economist, Paul Livingstone Tito Omukuba: A Victim of AIDS Acknowledged, (Jul 28-Aug 3), p.79. 2001
- [52] Bright Chibruri, Christianity today. (February 7), p.42, 2000,.
- [53] Kuyper, A, , The Problem of poverty. USA: Baker Book House Company, 1992.