

**LE ROLE DE LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE DANS
LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA A KINSHASA (1998-
2008): PERSPECTIVES MISSIOLOGIQUES [THE ROLE OF MISSION
EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE IN THE PREVENTION OF THE
SPREAD OF HIV AND AIDS AT KINSHASA (1998-2008): MISSIOLOGICAL
PERSPECTIVES]**

by

LUBO KASONGO EDMOND

Submitted in fulfillment of the requirements for the grade of

MASTER OF THEOLOGY

in the subject

MISSIOLOGY

at the

UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA

Supervisor: Dr Nzuzi Mukawa

Co-Supervisor: Prof. Kalemba Mwambazambi

February 2013

DEDICACE

A l'Éternel Dieu Tout-Puissant l'honneur et toute la gloire pour le souffle de vie, la protection et la grâce qu'il m'a accordée pour arriver à la rédaction de ma dissertation.

A mon Superviseur, Dr. Nzuzi Mukawa, qui a accepté de diriger ce travail avec amour malgré ses multiples occupations.

J'exprime également ma profonde gratitude à mon Co-Superviseur, le Professeur Kalemba Mwambazambi qui m'a appris la rigueur dans le travail et l'esprit de sacrifice, pour ses conseils, assistance morale et scientifique.

Au Professeur Nico Botha pour son affection et encouragement.

Au Pasteur Philémon Malangu pour son encadrement et ses prières.

Aux autorités académiques et au corps professoral de l'Université de l'Afrique du Sud.

A ma chère épouse Odia Brinette

A mes enfants et à ma famille

A mon collègue de tout temps Constantin Kapeta

A toute ma famille en Christ

Je dédie ce travail.

D E C L A R A T I O N O F A U T H O R S H I P

Student number: 3605-181-0

I declare that LE ROLE DE LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE DANS LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA A KINSHASA (1998-2008): PERSPECTIVES MISSIOLOGIQUES [THE ROLE OF MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE IN THE PREVENTION OF THE SPREAD OF HIV AND AIDS AT KINSHASA (1998-2008): MISSIOLOGICAL PERSPECTIVES] is my own work and that all sources that I have used or quoted have been indicated and acknowledged by means of complete references.

SIGNATURE

DATE

LUBO KASONGO E

2013-03-04

Le rôle de la Mission Évangélique de la Délivrance dans la prévention de la transmission du VIH/ SIDA à Kinshasa (1998-2008): Perspectives missiologiques

Par: L U B O K A S O N G O E

Degree: Master of Theology (MTh)

Sujet: Missiology

Supervisor: Dr. Nzuzi Mukawa

Co-Supervisor: Prof. Kalemba Mwambazambi

SOMMAIRE

La Mission Évangélique de la Délivrance (M.E.D) est dans une ville où le VIH/SIDA fait rage. Ceci crée un problème social dû à la transmission par manque d'information sur cette maladie meurtrière.

L'échantillon utilisé confirme l'idée selon laquelle la M.E.D contribue à la prévention de la transmission du VIH/SIDA et même cette lutte avec ses paroisses à travers les activités organisées concernant cette pandémie. Cependant, le besoin est d'étendre cette lutte dans les églises des autres communautés proches et lointaines dans la ville de Kinshasa.

La MED intensifie son action pour convaincre les gens ayant une conception archaïque sur la pandémie. Elle veut bannir les mythes qui l'entourent et donner les conseils précis sur la pratique sexuelle responsable. La MED amène les gens à se faire examiner pour connaître leur état sérologique. Elle encourage les atteints à vivre positivement et à collaborer sans gêne.

ABSTRACT

The Mission Evangélique de la Délivrance is in a city where the HIV/AIDS makes rage. It creates a social problem due to the transmission for lack of information on this murderous illness.

The used sample confirms the idea according to which the MED contributes to the prevention of the transmission of HIV/AIDS and even this struggle with her parishes through activities organized concerning this pandemic. However, the need is to spread this struggle in other near and far away community churches in Kinshasa.

The MED intensifies her action to convince people having an archaic conception on the pandemic. She wants to outlaw myths that surround it and to give the precise advices on the responsible sexual practice. The MED brings people to make examine themselves to know their serological state. She encourages those who are reached by the illness to live positively and to collaborate without hindrance.

KEYS TERMS

Kinshasa, Mission, Evangélique, Prévention, Rôle, VIH/Sida, Défi, Eglise, Gouvernement, Santé.

Kinshasa, Mission, Evangelic, Prevention, Role, HIV/AIDS, Challenge, Church, Government, Health

LIST OF ABBREVIATIONS

ADN : Acide Déoxyribonucléique

AFDL : Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération

AIA : Association Internationale Africaine

ANSEA : Association des Nations du Sud-Est Asiatique

ARN : Acide Ribonucléique

ASBL : Association Sans But Lucratif

AVV : Adultes vivant avec le VIH/SIDA

AZT : Azidothymidine

BAD : Banque Africaine de Développement

BCC : Bureau Central de Coordination

CETA : Centre d'Entraînement et des transports Aéroportés

CCT : Congo Chine Télécom

CFCG : Communauté des Frères en Christ Gareganze

Cor. : Corinthiens

CPN : Consultation prénatale

CUM : Centre Universitaire de Missiologie

ECC : Eglises de Christ au Congo

EU : Union Européenne

EIC : Etat Indépendant du Congo

EVV : Enfant vivant avec le VIH/SIDA

EZ. : Ezékiel

FAO : Fonds de l'Organisation pour l'Alimentation

FEM : Forum Economique Mondial

FSM : Forum Social Mondial

IBTP : Institut des Bâtiments et Travaux Publics

IFTSA : Institut Facultaire de Théologie et des Sciences Appliquées

INA : Institut National d'Arts

ISAM : Institut Supérieur d'Arts et Métiers

ISSTM : Institut Supérieur d'Enseignement Technique Médical
ISIPA : Institut Supérieur d'Informatique, Programmation et Analyse
ISP : Institut Supérieur Pédagogique
ISPT : Institut Supérieur Pédagogique Technique
ISTA : Institut Supérieur des Techniques Appliquées
ISTM : Institut Supérieur des Techniques Médicales
JVV : Jeunes vivant avec le VIH/SIDA
MED : Mission Evangélique de la Délivrance
MONUC : Mission de l'Organisation des Nations Unies au Congo
NMC : Nations du Marché Commun
OCPT : Office de Communication Poste et Téléphones
OEA : Organisation des Etats Américains
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONGD : Organisation Non Gouvernementale pour le Développement
ONU : Organisation des Nations Unies
OUA : Organisation de l'Unité Africaine
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PNLS : Programme National de lutte contre le SIDA
PVV : Personnes vivant avec le VIH/SIDA
RDC : République Démocratique du Congo
RTNC : Radio-Télévision Nationale
SIDA : Syndrome Immuno- Déficitaires Acquis
SNEL : Société Nationale de l'Electricité
UNECEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
VIH : Virus Immuno-Humain
ZDV : Zinavudine

RECONNAISSANCE (ACKNOWLEDGEMENTS)

La dissertation que je présente aux lecteurs s'intitule: *Le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA à Kinshasa (1998-2008): Perspectives missiologiques.*

Ce travail marque la fin du troisième cycle de notre formation théologique, spécifiquement en Missiologie, à l'Université de l'Afrique du Sud (UNISA) Pretoria.

Je suis parti d'une préoccupation réelle formulée sous forme d'une hypothèse, et dans la vérification de cette hypothèse un bon nombre de points ont touché mon esprit notamment: le problème de la transmission du VIH/SIDA et le manque d'encadrement.

Il est nécessaire d'avertir le lecteur qu'il trouvera ici la foi et les espoirs, la pertinence de la conscientisation avec une approche missiologique comme le souligne Makanzu (1998:42) «aujourd'hui nous ne voulons plus une église qui parle aux chrétiens seulement du ciel » et Bukasa (2002:49) appuie en ces mots «la bonne santé, le bien-être physique et la meilleur vie doivent commencer sur la terre comme Jésus l'avait dit». Je voudrais à ce sujet que l'Eglise prenne les choses en mains et saisisse la balle au bon pour prévenir les fidèles, les habitants de la ville de Kinshasa, du pays et voire même du monde afin de les sauver de la calamité.

L'Eglise devrait éviter la naïveté en toute circonstance pour transformer la vie politique, économique et sociale de son environnement direct à cause de sa spiritualité légendaire. Elle devrait guider la communauté des hommes et répondre efficacement aux problèmes spirituels et physiques de l'homme. Elle devrait être une Eglise dans laquelle Jésus-Christ et le Saint-Esprit contrôlent toutes choses.

Cependant, j'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à ma formation spirituelle, morale et intellectuelle.

Ma reconnaissance va en premier lieu à l'Éternel Dieu Créateur qui m'a accordé sa grâce et a permis que j'arrive à la fin de mes études théologiques.

Le travail scientifique ne s'accomplit pas dans la solitude. Pour cette dissertation, je remercie le Dr Nzuzi Mukawa, qui a accepté de superviser ce travail avec amour malgré ses multiples occupations, et ensuite au Professeur Kalemba Mwambazambi qui est Co-superviseur et le premier à m'enseigner la rigueur dans le travail académique et les ABC d'une méthode de citation Harvard.

Enfin, que tous ceux qui ont été de près ou de loin les agents dans l'ombre pour ma formation, et qui ont rendu possible l'élaboration de cette étude se sentent implicitement remerciés.

TABLE OF CONTENTS

Chapitre 1 : INTRODUCTION GENERALE DE LA DISSERTATION1

1.1. Introduction.....	1
1.1.1. But et objet de recherche.....	4
1.1.2. Questions de recherche.....	5
1.1.3. Délimitation de l'étude.....	5
1.1.4. Base théorique.....	7
1.1.5. Sources.....	8
1.1.6. Méthodologie de recherche.....	9
1.1.7. Division du travail.....	10
1.2. Définition des concepts.....	10
1.2.1. Le rôle.....	10
1.2.2. La transmission.....	11
1.2.3. Le VIH/SIDA.....	11
1.2.4. L'Eglise.....	12
1.2.5. Mission et mission chrétienne.....	12
1.2.6. Ethnie.....	16
1.2.7. Politique	16
1.2.8. Le développement... ..	17
1.2.9. Evangélisation.....	18
1.2.10. Délivrance.....	19
1.3 Conclusion partielle.....	20

Chapitre 2: PRESENTATION DE LA VILLE DE KINSHASA ET LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE

2.1. Introduction.....	21
2.2. Présentation de la ville de Kinshasa.....	21
2.2.1. Aperçu historique.....	21
2.2.2. Position géographique et topographique.....	23
2.2.3. Population, langues et religions.....	25
2.2.4. Division administrative.....	28
2.2.5. Economie.....	34
2.2.5.1. L'activité économique formelle.....	35
2.2.5.1.1. Le secteur primaire.....	35
2.2.5.1.2. Le secteur secondaire.....	36
2.2.5.1.3. Le secteur tertiaire.....	37
2.3. Présentation de la Mission Evangélique de la Délivrance.....	38
2.3.1. Aperçu historique.....	38
2.3.2. Paroisse mère de Binza- Ozone.....	39
2.3.6. Organisation de la MED	47
2.3.8. Profil théologique	50

2.4. Conclusion partielle.....51

**Chapitre 3 : ANALYSE ET EVALUATION DES SYSTEME DE PREVENTION
CONTRE LE VIH /SIDA A KINSHASA**

3.1. Introduction.....53

3.2. Physiopathologie.....54

3.3. Conclusion partielle.....90

**Chapitre 4 : ROLE DE LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE DANS
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

4.1. Introduction.....91

4.2. La MED et la lutte contre le VIH/SIDA.....91

4.3. Rôle du Gouvernement central.....109

4.4. Rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance.....113

4.5. Contribution des intellectuels de la ville de Kinshasa dans la lutte contre le
VIH/SIDA.....118

4.6. Contribution des ONG dans la lutte contre le VIH/SIDA.....121

4.7. Conclusion partielle.....126

Chapitre 5 : LES PERSPECTIVES MISSIOLOGIQUES

5.1. Introduction.....127

5.2. La prévention de la transmission du VIH/SIDA.....127

5.3. La réponse de Dieu au SIDA.....140

5.4. La prise en charge des PVV par l'Eglise MED.....142

5.5. La promotion du développement sanitaire.....143

5.6. Le défi.....146

5.7. Conclusion partielle.....149

Chapitre 6 : CONCLUSION GENERALE.....150

Bibliographie.....152

Chapitre 1: INTRODUCTION GENERALE DE LA DISSERTATION

1.1 Introduction

Le premier chapitre introductif de ma dissertation constitue une panoplie des termes sur lesquels je m'appuie pour expliquer le phénomène de la transmission de la pandémie du VIH/SIDA dans la ville de Kinshasa. Je donne par la suite le but et l'objet de recherche et les questions ayant conduit à la recherche.

Je limite le sujet dans le temps et l'espace pour être plus précis de la période et arriver à analyser missiologiquement ainsi qu'une brève définition des concepts du travail. Le but et l'intérêt de recherche. De la délimitation, je vais délimiter le sujet dans le temps et dans l'espace. De la question de recherche et de l'état actuel de recherche, je pense analyser missiologiquement la question principale d'étude qui est le défi missiologique auquel la MED fait face dans la ville de Kinshasa et la répondre à l'issue de mes investigations. Fournir des outils conceptuels d'analyse et de critique que je pense utiliser pour décortiquer différents problèmes causés par cette pandémie, ainsi que des sources d'informations. La méthodologie de recherche que je vais utiliser, la subdivision de la dissertation ainsi qu'une conclusion partielle de ce premier chapitre me plonge dans le vif avant d'aborder le deuxième.

En effet, au travers cette dissertation, je vais démontrer différents problèmes liés à la pandémie du VIH/SIDA auquel la MED fait face dans la ville de Kinshasa et comment ces problèmes préoccupent aujourd'hui le champ missionnaire en RDC. De ce fait, le VIH/SIDA est une maladie impitoyable et affreuse qui cause tant de désarrois et des pleurs dans plusieurs familles et dans plusieurs communautés. Maluleke (2001:129-130) souligne que «l'heure est arrivée, la vérité est là, tels sont les mots *kairos* qui peuvent s'appliquer à la pandémie du VIH/SIDA qui a précipité les Africains dans une crise qui - bouscule tout leur être et les met en insécurité. La maladie est là. Elle est réelle parce que les gens sont infectés et meurent. Elle existe certainement». Est-ce un mauvais sort se demandent les gens. Certains pensent que c'est une punition que Dieu inflige aux infidèles. Ils oublient que c'est une maladie qui a surgi comme l'ont été tant d'autres. Plusieurs personnes en ont été contaminées et moururent parce qu'elles n'avaient pas l'information nécessaire sur celle-ci afin de l'éviter. Et comme le nombre

de personnes atteintes du VIH/SIDA augmente de temps en temps dans la ville province de Kinshasa/RDC, la MED peut contribuer positivement à la transformation de la mentalité et à la conscientisation de la population même si ce fléau mondial du VIH/SIDA décime lentement et sûrement des millions de personnes de différentes catégories (jeunes et adultes) ayant contracté le VIH/SIDA d'une manière directe par le rapport sexuel volontaire ou involontaire (viol) ou d'une manière indirecte par contact avec des objets tranchants ou pointus sur lesquels le sang contaminé s'y est posé. Les personnes malades du SIDA se retrouvent aussi dans les églises. C'est pourquoi, la MED qui regorge en son sein des hommes et des femmes de différents âges, sexes et races, ne peut en aucun cas rester indifférente devant une telle situation calamiteuse. Elle a toujours besoin des hommes et des femmes en bonne santé physique pour sa continuité, son épanouissement et l'accomplissement de sa mission, son développement harmonieux ainsi que de celui de la communauté entière comme le démontre Bosch (1995:521):

L'Eglise est appelée à être un signe prophétique, une communauté prophétique dans laquelle peut s'opérer la transformation du monde. Seule une Eglise qui part de son centre eucharistique, affermie par la parole et les sacrements et ainsi renforcée dans sa propre identité, peut inscrire le monde à son ordre du jour. Jamais le monde, avec toutes ses questions politiques, sociales et économiques, ne cessera de donner à l'Eglise son ordre du jour.

Ceci signifie que pour tout problème concernant la vie humaine, la MED devrait s'impliquer afin de donner une solution pour tout développement à tous les niveaux de la vie sociale. Parce que le développement n'exige pas seulement la mobilisation des ressources matérielles telles que le confirme Van LIERDE (1968:2) «le développement est une transformation du système traditionnel en un système moderne sous l'impulsion d'une nouvelle structure mentale devenue progressiste», mais aussi la mobilisation des ressources humaines est très nécessaire pour la lutte contre ce fléau. Sans l'homme, le monde n'aurait pas son sens d'être et le développement serait un mot vain. L'homme étant le premier facteur de développement, il devrait être informé de tout problème qui est préjudiciable à sa santé physique, mentale et à son bien-être car quand il se trouve

affaibli par la maladie, il ne peut pas travailler convenablement et donner un bon rendement. Partant de ceci, le christianisme bien vécu ne peut être un opium pour le peuple, au contraire, il a le devoir de réveiller le peuple et bien plus l'empêcher de dormir vu le danger du VIH/SIDA qui guette l'humanité en général et la ville de Kinshasa/RDC en particulier. En effet, le problème de la longévité sur la planète terre ne concerne pas seulement les Africains mais toutes les personnes quelque soit la nationalité ou l'origine, car aucune personne n'est épargnée. A cet effet, le VIH/SIDA atteint tous sans distinction de race, de tribu, de clan ou de continent. Les personnes peuvent être attaquées et infectées si la précaution n'est pas prise. La personne humaine a besoin de vivre en bonne santé physique et mentale afin de travailler et réaliser ses projets.

De ce point de vue, le résultat de cette étude peut aider les missiologues, intellectuels africains, leaders ecclésiastiques et la MED à bien accomplir sa mission prophétique. Elle peut aider à l'amélioration de la santé individuelle et collective de la population de Kinshasa ainsi qu'à son développement intégral, car la mission holistique de l'église englobe le mandat spirituel et la vie physique de l'homme. C'est pour cette raison que la présente étude qui a comme l'objet principal de montrer, analyser et contextualiser le mandat missionnaire de la MED face aux différents problèmes liés à la propagation du VIH/SIDA dans la ville de Kinshasa, donne non seulement l'opportunité d'explorer ces problèmes mais de procéder aussi à une analyse missiologique d'effets positifs et négatifs de la maladie. Ainsi, comparer le comportement et l'apport de la MED par rapport aux autres églises congolaises semble complexe.

Mon analyse fournit quelques pistes missiologiques susceptibles d'aider les missiologues, intellectuels africains, leaders et églises à repenser leur mission. Ainsi, je vais examiner les problèmes causés par le VIH/SIDA et l'apport de la MED dans la lutte acharnée contre le VIH/SIDA et dans l'amélioration des conditions de vie humaine avec des outils conceptuels ci-après la foi, le salut, l'éthique et la morale, la place de Dieu dans la société congolaise, le développement communautaire et la mission chrétienne. Aussi m'appuyant sur la théorie de changements des paradigmes de David Bosch et ses écrits, je vais analyser la mission de la MED et fournir un complément théologique

susceptible d'équiper de ce point de vue la discipline missiologique avec un travail adéquat.

1.1.1 But et objet de recherche

Dans l'étude, je vise des objectifs spécifiques tels que : analyser, montrer et évaluer le niveau de transmission de la pandémie du VIH/SIDA qui ravage lentement et sûrement la vie des compatriotes en RDC et en particulier à Kinshasa ; et l'intervention de la MED en vue d'une solution à cette situation calamiteuse. Je relève aussi ses faiblesses et défis d'avenir. Ainsi, je procède à une comparative de l'apport théologique des autres théologiens et chrétiens de différentes communautés ecclésiales congolaises dans la prévention et l'éradication progressive de cette pandémie. Cela permet aussi de donner les objectifs généraux tels que démontrer la contribution globale de la MED aux résolutions de différents problèmes liés au VIH/SIDA et leurs implications missiologiques ; stimuler les intellectuels, leaders, peuples, églises congolaises en général et la MED en particulier à redynamiser la mission chrétienne et à expliquer à la population de Kinshasa les effets néfastes de la pandémie afin de promouvoir la lutte par des enseignements ecclésiaux solides et l'éducation de la masse. Le but de ma recherche est d'inviter les leaders religieux de toutes les confessions qu'il est important de s'occuper non seulement de la personne spirituelle mais aussi de la personne physique, comme Maluleke (2001:131) écrit, «les théologiens africains ont été lents et parfois même silencieux sur le problème du VIH/SIDA, de même que les églises d'Afrique».

Ce faisant, j'aborde les domaines fondamentaux du christianisme en RDC et espère relever les défis actuels et les exigences de la mission chrétienne pour l'église de la RDC. Ainsi, j'espère parvenir à une véritable prise de conscience nationale en Afrique et une codification de la culture africaine basée sur l'amour de Dieu et l'amour du prochain, en vue d'amener les missiologues et chrétiens africains à vivre dans la société, sur une grande échelle, avec l'éthique et le comportement appréciable calqués sur le modèle du Christ qui est le chef suprême de la mission chrétienne. Sur ce je pense répondre aux problèmes du VIH/SIDA et proposer quelques pistes de solutions afin

d'aider les missiologues, chrétiens et autres leaders congolais à bien accomplir leur mission selon la vision de Dieu.

1.1.2 Questions de recherche

En effet, je me suis posé plusieurs questions sur la mission de la MED aux problèmes tels que la pauvreté, la prostitution et la promiscuité liés à la transmission du VIH/SIDA à Kinshasa entre 1998-2008 et l'apport des autres églises dans la lutte contre le VIH/SIDA et dans le développement intégral de la population kinoise. A ce propos, des interrogations pertinentes ont jailli de mon esprit, mais avec comme question principale: Quel rôle la MED joue-t-elle dans la prévention de la transmission de VIH à Kinshasa? Cependant, des questions secondaires ont également surgi dans mon esprit telles que: Les messages sur le VIH/SIDA sont-ils traités et discutés dans les activités principales de la MED? La prévention du VIH/SIDA est-elle une grande préoccupation pour une église qui se veut missionnaire? La MED organise-t-elle des activités concernant le VIH/SIDA? Quels sont les comportements et attitudes de la population kinoise vis-à-vis du VIH/SIDA? Qu'est que la MED peut envisager dans l'avenir pour apporter l'espoir aux malades du SIDA et jouer un rôle prépondérant dans l'arrêt de la propagation de cette maladie? Y a-t-il une réponse de Dieu au SIDA sur le plan théologique et missiologique en vue de gagner la bataille contre le VIH/SIDA?

Ce sont ces questions cruciales auxquelles je réponds au cours de mes investigations afin de fournir ma contribution au développement de la discipline missiologique et essayer d'équiper la mission chrétienne avec des outils d'analyse et de critique nouveaux.

1.1.3 Délimitation de l'étude

Aujourd'hui, les Africains en général et les Congolais en particulier ont un défi à relever pour leurs nations dans lesquelles ils vivent et dans leurs églises. Chaque personne devrait être un agent de transformation sociale, proclamer aussi le message d'espoir là

où il ya le désespoir. Les églises comme institutions et les chrétiens comme individus ont très souvent tendance d'être absorbés par la complexité de leur milieu social. De ce fait, le VIH/SIDA est une maladie que tout le monde craint car elle n'a pas de remède, elle tue et cause beaucoup de traumatismes et de terreur partout dans le monde. Cependant, loin de prétendre tout connaître et traiter les problèmes du VIH/SIDA dans chaque pays d'Afrique, mon étude s'inscrit dans un cadre bien délimité qui est celui de la RDC et de la ville de Kinshasa. Raison pour laquelle, je pense me limiter à investiguer sur les défis missiologiques de la MED face aux différents problèmes causés par le VIH/SIDA à Kinshasa à partir de 1998 à 2008.

En effet, le VIH/SIDA constitue un risque majeur encouru par la population kinoise particulièrement les individus en âge de travailler. Les conséquences touchent également les membres des familles qui sont infectés et affectés par le VIH/SIDA. Evidemment, j'ai choisi l'année 1998 parce que pendant cette période, «le VIH/Sida faisait déjà rage à Kinshasa et le professeur Luruma avait déjà tenté de trouver un médicament qui s'appelait MM1» (Pongo 2000:13), et l'année 2008 où la MED a la responsabilité d'être une entité vivante au milieu des personnes qui souffrent, l'entité qui cherche à souffler la vie même aux ossements les plus secs (Ez 37:10), permettant ainsi la naissance des possibilités pour les membres de l'église qui sont dans le désespoir. Ainsi, l'église peut apporter l'espoir aux malades du SIDA et jouer un rôle dans l'arrêt de la propagation de la maladie, mais elle peut aussi fournir un soutien social et de l'encadrement approprié pour des personnes déjà infectées et affectées par la pandémie.

Du point de vue thématique, je pense que la délimitation thématique est aussi nécessaire dans le cadre de cette étude, parce que je ne peux prétendre tout analyser comme le soutient Mwabilua (1983:27) «un champ cultivé a ses limites qui déterminent sa grandeur, et c'est au niveau de sa grandeur que les hommes apprécient le travail accompli», raison pour laquelle je vais me limiter aux thèmes suivants Eglise, foi, mission chrétienne, peuple congolais, transformation, guérison et consolation. Evidemment, des sujets apparents existent mais je ne vais pas les examiner dans le cadre de cette étude. Il s'agit entre autre de la xénophobie, du racisme, de la pauvreté, de la famine, des réfugiés, des déplacés de guerre et j'en passe.

1.1.4 Base théorique

Le défi missiologique à relever par la MED à Kinshasa m'orienté à examiner différents problèmes causés par le VIH/SIDA à Kinshasa entre 1998-2008 par la théorie de changement des paradigmes de David Bosch. En fait, je ne pense pas entrer dans une analyse et une discussion détaillée de Bosch. Mais, je vais utiliser sa théorie de changement des paradigmes seulement lorsqu'elle s'avère nécessaire pour mes analyses et surtout pour évaluation et critique missiologique de l'apport de la MED dans l'arrêt de la propagation de la maladie du VIH/SIDA de nos jours dans la ville de Kinshasa.

Parce que cette théorie peut jouer dans le contexte congolais un rôle important comme un outil d'analyse et critique missiologique. Bosch (1995 :245) affirme dans sa théorie que la «science ne progresse pas de manière cumulative, mais plutôt par révolution». En d'autres termes, la solution aux différents problèmes causés par le VIH/SIDA à Kinshasa ne se trouve dans l'accumulation des connaissances. Mais par contre souligne Kalemba (2008:30) «elle tient aux révolutions qui se produisent lorsque quelques individus commencent à percevoir la réalité d'une manière qualitativement différente de celle de leurs prédécesseurs ou de leurs contemporains. Cependant, poussé par cette énigme, le changement des paradigmes parte à la recherche d'un nouveau modèle ou d'une nouvelle structure théorique pour remplacer l'ancien modèle», mais Bosch (1995:245-246) estime:

Qu'un tel changement ne peut se produire sans conflits, car la communauté scientifique est conservatrice par nature. Et, il n'y a pas de commune mesure entre ancien modèle et celui qui le supplante. Les points de vue des teneurs de chacun de ces paradigmes divergent de plus en plus ; on peut même affirmer que ces scientifiques en viennent à appartenir à des mondes différents, au moment où, ils vivent dans un même univers. Les défenseurs de l'ancien paradigme sont souvent incapables d'entrer dans les vues des partisans du nouveau modèle.

Parce que, souvent le passage de l'ancien paradigme au nouveau ne représente pas simplement une démarche rationnelle, dite académique. Cela explique pourquoi les partisans de l'ancien paradigme et du nouveau se trouvent parfois à un dialogue de sourds ». C'est dans ce sens que Hiebert (1985 :12) démontre que les « partisans de l'ancien paradigme ont souvent tendance à se fermer aux arguments des tenants du nouveau modèle ». Et aussi, résistent de manière profondément émotive aux défis posés

par le nouveau modèle ». Ce que ces « défis menacent la façon dont les partisans de l'ordre ancien perçoivent la réalité où en font l'expérience, car le monde que ces défenseurs se sont construits est mis en danger » (Kalemba 2008:31).

En effet, toute connaissance « appartient à une réalité à une société donnée, et elle est influencée par les courants à l'œuvre dans celle-ci ». Un tel raisonnement implique « qu'on peut mettre à l'épreuve non seulement les données scientifiques, mais aussi les scientifiques eux-mêmes » (Kalemba 2008:31). C'est pour cette raison que, je vais analyser, critiquer et contextualiser le rôle de la MED dans la lutte contre le VIH/SIDA sur base de cette théorie de changement des paradigmes. Evidemment, cette théorie de changement des paradigmes de Bosch est utile dans le cadre de cette étude, parce qu'en missiologie comme dans les autres disciplines théologiques, les missiologues et théologiens peuvent noter qu'il est grand temps de changer leurs conceptions dans les analyses et critiques théologiques, souligne Bosch (1995:245):

On vit une époque charnière et qu'on est en train d'abandonner une compréhension de la réalité pour en adopter une autre. Et dans le contexte actuel, on constate, d'une part, un abandon croissant des théories élaborées au temps des Lumières et, d'autre part, la quête d'une approche nouvelle et d'une compréhension différente de la réalité. Donc, on assiste à la recherche d'un nouveau modèle qui, en fait, existe déjà.

Aussi, je note que dans le domaine de toute recherche académique, qu'elle soit missiologique ou d'autres sciences humaines, il est important de ne pas penser en termes de catégories mutuellement exclusives, en opposant, selon Hiebert (1985:9) celles qui sont « absolues » à celles qui sont « relatives ». Parce que nos pensées théologiques sont parfois « partiales et souvent influencées par des facteurs de culture et de société », mais cela ne les rend pas pour autant relatives (Kalemba 2008:31). C'est pour cette raison je pense que ce travail sera d'une grande importance, car il propose des pistes de réflexion qui mettent en évidence parallèlement les grandes orientations d'une réflexion missiologique contemporaine. Ainsi, je pense faire une œuvre missiologique utile en apportant à la connaissance missiologique des données empiriques de première main.

1.1.5 Sources

Les sources importantes que je vais utiliser pour décrire le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA dans la ville de Kinshasa/RDC sont des livres, les conversations/interviews et les articles liés à ma recherche. Parce que Mouton (2001:88) affirme que «la consultation des livres, monographies, conférences, articles et journaux» liés la recherche scientifique est importante. Aussi, la conversation avec différentes personnes/l'interview et l'enquête sur terrain m'ont permis de cerner l'apport de la MED et ses défis missiologiques face aux différents problèmes causés par le VIH/SIDA. Mouton (2001:81) affirme que, «interview/conversation est l'une des sources» non négligeable parce qu'elle «procure des informations complémentaires» et les recherches sur terrain sont importantes pour un travail académique.

1.1.6 Méthodologie de recherche

Dans cette étude, je vais faire recours à la méthode analytique, descriptive, comparative et critico-théologique sur la pandémie du VIH/SIDA. En effet, le sujet de cette dissertation « Le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance dans la prévention de la transmission de VIH/SIDA à Kinshasa (1998-2008) : Perspectives missiologique » est une réflexion qui se veut à la fois théologique et socio-historique. Cependant, en vue de donner à mon étude un caractère beaucoup plus missiologique, d'autres sciences humaines seront exploitées comme la sociologie, l'anthropologie etc. Aussi, mes connaissances personnelles ainsi que mon expérience de travail au niveau national de la MED seront aussi exploitées dans l'élaboration de ce travail. Lubula (1975:39) ajoute, «l'utilisation des connaissances acquises amène l'homme à changer la configuration de sa société». Et Mouton (2001:61) estime que «l'expérience personnelle est une source importante pour le récipiendaire», et je vais donner à cette présentation, le plus de rigueur possible et à ces faits sélectionnés une garantie d'authenticité significative.

1.1.7. Division du travail

La présente dissertation se divise en six chapitres dont le premier introduit la dissertation et définit les concepts de base de mes recherches. Le deuxième chapitre porte sur la présentation de la ville de Kinshasa et de la Mission Evangélique de la Délivrance. Le troisième chapitre se penche sur l'analyse et l'évaluation de la pandémie, la physiopathologie, la manifestation clinique, mode de transmission du VIH/SIDA et les statistiques dans la ville de Kinshasa. Le quatrième chapitre vise le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance dans la lutte contre le VIH/SIDA, du gouvernement et de la contribution des intellectuels et les Organisations Non Gouvernementales (ONG). Le cinquième chapitre démontre des implications missiologiques dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA, de la promotion du développement sanitaire et le défi à relever. Enfin, une conclusion générale est considérée comme sixième chapitre qui clôture mes investigations.

1.2 Définitions des concepts clés du travail

Cette section est consacrée à l'explication des concepts de base de ma dissertation selon différents académiciens pour éclairer différents lecteurs sur le sens de chaque concept. De ce fait, les concepts rôle, transmission, le VIH/SIDA, église, mission et mission chrétienne, ethnie, politique, développement, évangélisation, délivrance seront analysés tour à tour dans les paragraphes qui suivent.

1.2.1 Le rôle

Le mot rôle tel que le définit le dictionnaire le Robert (1994:992) est «une conduite sociale de quelqu'un qui joue un personnage» c'est-à-dire une personne qui a de l'influence ou assure une fonction pour s'exprimer ».

Hiebert (1985:6), quant à lui, définit le rôle comme «modèle de comportement associé à un statut spécifique». Ce qui est important, je pense, c'est ce que l'individu manifeste comme action face à une situation donnée et la manière dont la fonction

donnée à quelqu'un est exercée. Kapeta (2000:17) considère le rôle comme « un statut attribué à une personne», Kalenga (2003:21) souligne que « le rôle est tout simplement se mettre dans la peau d'une autre personne que soi et exécuter correctement la fonction donnée », tandis que Mukonkole (2006:41) parle de «changement de fonction qu'une personne joue dans une pièce de théâtre» et Mulamba (2007:30) affirme que «c'est ce qu'une personne accomplit comme tâche dans l'exécution de son travail». Partant des écrits de ces auteurs, l'idée principale à laquelle tous convergent c'est de voir une personne exercer un devoir auquel il est appelé d'accomplir pour s'attendre à une appréciation positive ou négative.

1.2.2 La transmission

Le mot «transmission» vient du verbe transmettre qui signifie selon le Robert (2000:1131) «faire passer d'une personne à une autre, un objet, un pouvoir, un message, un germe ou une maladie». Et il convient de savoir qu'une transmission microbienne ou d'un virus crée de la maladie, une transmission verbale concerne et touche l'oreille ou donne une autorité mystique; et une transmission matérielle mène à la manipulation. Pour le cas d'espèce, la transmission est une pénétration d'un élément étranger dans l'organisme causant ainsi à la longue une maladie. Nguey (2005:28) trouve que la transmission est «un transfert verbal ou matériel» et pour Vervier (1998:19) «la transmission est un cheminement d'un message ou d'un objet quelconque à une personne qui le reçoit pour enfin créer en cette personne une réaction ou un agissement» tout à fait particulier. Toutes ces définitions vont dans le sens de déposer un matériel, un message ou un microbe ou un virus tel le cas du VIH/SIDA que je vais aborder dans les lignes suivantes.

1.2.3 Le VIH/SIDA

Le VIH est une abréviation du Virus de l'Immuno-Déficiência Humaine, qui signifie un virus qui attaque la propriété de résistance ou de défense du corps humaine, afin de

l'affaiblir et commencer à détruire les cellules. Le virus qui combat l'immunité humaine est vraiment dévastateur. Ce virus est «un organisme de très petite taille, ne contenant qu'un seul acide nucléique et ne pouvant se développer qu'à l'intérieur d'une cellule vivante» (Dufey 1995:77-78). Les virus sont responsables d'un grand nombre des maladies chez les plantes et les animaux, maladies bénignes comme le rhume, maladie mortelle comme la rage et le SIDA.

Le SIDA est une abréviation de Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis, qui signifie un ensemble des symptômes constituant une entité et caractérisant un état pathologique ou un ensemble des signes d'un état de santé jugé mauvais car la défense de l'organisme est diminuée par le virus obtenu jouant le rôle de prédateur. Cet état est irréversible parce que les étapes de progression vont se succéder sans recul.

1.2.4 L'Eglise

Le mot église est la traduction de «*ekklesia*» qui désigne un groupe de personnes appelées hors de, ou comme une assemblée dans un état autonome (Derek 200:9), mais d'après Thiessen (1987:347) «le Nouveau testament lui a donné un contenu spirituel, en sorte qu'il signifie un peuple appelé hors du monde et des choses pécheresses». Stott (1995:30) définit l'église comme «un abat-voix qui rabat la voix du prédicateur vers l'auditoire ou comme un satellite de télécommunication qui renvoie les signaux reçu» pour signifier que toute église qui a reçu le message peut le transmettre impérativement aux autres. Elle n'a pas le droit de le garder captif. Malanchton (1978:108) considère «l'église comme une école pour le peuple de Dieu. Elle est la compagnie de tous ceux qui sont appelés mais qui n'ont pas forcément répondu» par le fait qu'ils s'abstiennent et manquent ainsi au rendez-vous réservé à tous les saints».

Selon 1 Cor (12:13), l'église comprend tous ceux qui sont «nés d'Esprit de Dieu» et ont, par ce même Esprit, été «baptisés dans le corps de Christ». Sous cette figure, l'église est présentée comme un organisme, comme ayant un lieu vital avec Christ, comme étant «une unité, bien que composée des hommes et femmes, comme ayant une diversité de dons parmi ses membres et comme coopérant de façon idéal à l'accomplissement d'une tâche commune» (Thiessen 1978:348). Kalemba (2005:256)

définit l'église comme «un lieu de rassemblement des chrétiens réunis pour entendre la parole de Dieu afin d'être enseignés, instruits, corrigés, formés, informés et constituer une sainte maison, une famille; un édifice, etc.». Je note pour ma part que l'église est aussi un lieu de rassemblement, d'appartenance où chaque chrétien trouve son identité, un lieu d'ouverture, un lieu d'amour mutuel, un lieu de guérison et de croissance spirituelle, un lieu de pardon et de partage. Moke (1972:62) affirme que l'Eglise est «la communauté humaine où l'Esprit du Christ est à l'œuvre» pour révéler ce qui est caché.

Et pour Myer (1975:369) «l'église est une assemblée de personnes mises à part», ceci pour confirmer l'idée selon laquelle les chrétiens sont des citoyens du ciel quoique vivant encore sur la terre (Phil. 3,20). Cependant, quelques éléments caractéristiques font l'unanimité sur le mot église, selon le Dictionnaire Œcuménique de Missiologie (2001:103), l'église est: «Une communauté des croyants baptisés dans laquelle la parole de Dieu est prêchée, la foi apostolique est confessée, les sacrements sont administrés, l'œuvre rédemptrice du Christ pour le monde est témoignée, et un ministre d'évêque exercé par des évêques ou d'autres ministres dans la communauté».

Et d'après Matthieu (28:19 ; Luc 24:48 ; Actes 1:8) l'église a cependant le mandat d'aller dans «le monde» entier et de «faire de toutes les nations des disciples». Affirme Thiessen (1978:370): «La Bible ne nous ordonne pas de convertir le monde mais de l'évangéliser. Cela signifie que l'église a une dette envers le monde entier, c'est-à-dire, l'église est obligée de donner au monde entier une occasion d'entendre l'Evangile et d'accepter Jésus-Christ». Toutefois, la mission de l'église ne se limite pas seulement à l'action évangélique comme mentionnée ci-haut mais elle est aussi sociale. Ecrit Bosch (1995:10):

Les domaines d'intervention de l'action de l'Eglise sont multiples ; ils sont fonction des défis auxquels l'Eglise est confrontée. Le salut que les chrétiens ont vocation à célébrer, et dont ils peuvent témoigner en paroles et en actes, se manifeste par la proclamation de l'évangile comme par la lutte également évangélique contre toutes les formes du mal, que ce soit au plan personnel ou dans le domaine social.

Martin (2005:84) ajoute, «l'église a toujours eu en son sein des individus et des courants très sensibles à la dimension individuelle; la préoccupation pour les minorités, les démunis, les exclus y ont toujours existé d'une manière ou d'une autre». En fait, il semble complexe d'expliquer le concept église d'une part et ignorer le concept mission de l'autre part, car les deux termes marchent ensemble dans ce que j'appelle «Eglise et la mission». C'est pour cette raison, j'estime nécessaire d'expliquer le concept mission et mission chrétienne dans les lignes qui suivent.

1.2.5 Mission et mission chrétienne

De manière générale, ce vocable est l'objet de plusieurs interprétations et il mérite d'être expliqué pour saisir son vrai sens mondain et biblique. Du latin « *missio* » c'est une charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie, de faire quelque chose dans un cadre déterminé, donc c'est un mandat. Cela est soutenu par Bodho (1998:19) qui estime que «la mission est une tâche, un apostolat, une charge qui est autorisée, ordonnée par Jésus Christ. C'est un mandat que Jésus Christ a donné aux disciples pour évangéliser le monde entier». Nzash (1999:46) estime que le terme mission vient du mot latin «*missio*» qui signifie le fait d'envoyer ou l'action d'envoyer, en démontrant que: «La mission est l'action d'envoyer un homme (chrétien) et une femme (chrétienne) au nom de Jésus Christ, pour accomplir une œuvre culturelle et cultuelle dans un contexte transculturel. La mission est comme un oiseau qui a deux ailes: l'une représente le spirituel et l'autre le social».

En d'autres termes, la mission signifie l'évangélisation transculturelle. Mais Barret (1982:834) définit la mission chrétienne comme «le dépassement de toutes les frontières, par les hommes et les femmes qui aiment Jésus Christ, pour annoncer la Bonne Nouvelle à tous les peuples». Pour Bosch (1995:22) la mission se rapporte à la: «*Missio Dei* (Mission de Dieu), à la révélation de l'amour de Dieu, de l'amour de Dieu pour le monde, à l'engagement de Dieu avec et pour le monde, à la nature de Dieu et à son action qui concerne à la fois l'église et le monde et à laquelle l'église a le privilège de participer».

Missio Dei exprime la bonne nouvelle que Dieu est Dieu des humains. Cette réalité s'exprime dans les propos de Bosch par Zorn (2004:67) que Dieu a le souci du monde entier, le monde devrait être aussi le champ de la *missio Dei*. Celle-ci concerne tout être humain dans tous les aspects de son existence. La mission, c'est Dieu se tournant vers le monde dans son œuvre de création, de providence, de rédemption, et d'achèvement. Cela se passe dans l'histoire humaine ordinaire, pas exclusivement dans l'église et par elle. La mission de Dieu est plus vaste que la mission de l'église. La *missio Dei*, c'est l'activité de Dieu embrassant à la fois l'église et le monde, et à laquelle l'église a le privilège de partager.

Toutefois, la mission chrétienne tire son origine en Dieu qui en est la source et l'église en est le résultat. La mission chrétienne est d'abord mission de Dieu, un Dieu qui communique à tous les hommes de son amour de Père, tel que Jésus-Christ l'a manifesté dans son attention portée aux plus petits, dans la force et la communion du Saint-Esprit. La mission chrétienne met en lumière la relation dynamique entre Dieu et le monde, en particulier telle qu'elle est relatée dans le temps de l'alliance, Israël, et ensuite, définitivement, dans la venue, la vie, la mort, la résurrection et l'élévation de Jésus de Nazareth. Bosch (1995:13) ajoute que sur le plan théologique «on ne peut fonder la mission, qu'en se référant continuellement aux bases de notre foi: l'auto communication de Dieu en Jésus Christ». Dieu est à l'origine de la mission chrétienne et l'œuvre missionnaire est aussi cohérente, vaste et profonde que les besoins et les exigences de la vie humaine.

Kalemba (2005:35) souligne, «Dieu est le premier missionnaire par excellence, il associe l'être humain à la tâche du maintien et du développement culturel du cosmos». La mission chrétienne signifie en d'autres termes, la diffusion du message évangélique et extension de l'église. L'obéissance à l'impératif de Matthieu 28:18-20 est un acte de foi qui est fondé sur l'ordre suprême de Jésus Christ. Le témoignage en paroles et en actes publie universellement la Bonne Nouvelle du Dieu vivant, Dieu de la vérité; Créateur de toutes choses visibles et invisibles, Dieu d'amour et de l'unité en Jésus-Christ. La mission est aussi un ministère aux multiples facettes: témoignage, service, justice, guérison, réconciliation, libération, paix, évangélisation, communion,

implantation d'églises, contextualisation et bien d'autres choses encore (Bosch 1995:346).

Toutefois, définir avec limite ce qui est infini c'est empoisonner la *missio Dei* dans les étroites limites de nos prédispositions, raison pour la quelle, Kalemba (2005:38) estime que «nous devons prendre garde à toute velléité de limiter la mission de façon tranchée». Par ce fait, je soutiens la pensée de Kalemba pour confirmer de ma part que le mot «mission» n'est pas seulement d'application chrétienne. Il existe d'autres sortes à part la mission d'évangéliser telles que la mission de service pour une personne mandatée d'aller accomplir une tâche de contrôle ou de formation à d'autres personnes loin ou en dehors de son lieu de travail; la mission suicide pour la vie ou la mort à une personne déterminée à commettre un meurtre ou un quelconque forfait. Cependant, après avoir illustré quelques définitions sur la mission chrétienne, je m'en vais aborder le terme ethnie.

1.2.6 Ethnie

Le mot ethnie est défini par le Petit Larousse (2007:435) comme «une société humaine réputée homogène, fondée sur la conviction de partager une même origine et sur une communauté effective de langue et de culture», et Kalemba (2005:54) considère que l'ethnie est «un groupe de personnes qui se réclament d'un même ancêtre». Le fait d'appartenir à un même ancêtre montre la relation de consanguinité qui existe et les liens de fraternité qui rapprochent les personnes les unes des autres à vivre en harmonie dans un climat d'entente et de respect mutuel en suivant la ligne de conduite tracée par la tradition qui leur était léguée.

1.2.7. Politique

Politique vient du mot grec *politikê* et désigne l'activité qui organise et gère une cité (*polis*), plus généralement une collectivité dont les membres font corps, par entente tacite ou explicite, dans une destinée commune (Auroux 1990:226). En français, où le terme apparaît durant le XIV siècle, la notion est plurivalente, car elle concerne un

ensemble de phénomène que d'autres langues distinguent (Auroux 1990:226). En plus, écrit Auroux (1990:226) «la politique est à la fois l'activité organisatrice, l'art de gouverner, l'ensemble des affaires politiques, la théorie des régimes et la science qui analyse tous ces phénomènes». Platon cité par Auroux (1990:226) définit la politique comme «une science directive». Ajoute Foulquié (1962:550) «la politique vient de *politikos* qui concerne la cité (*polis*) ou les citoyens (*politès*)». Pour lui, la politique concerne la cité, c'est-à-dire, l'ensemble des citoyens vivant sous les mêmes lois. Il précise également que ce concept a deux sens. Le premier qui est large concerne la vie collective de la cité et le second qui est strict concerne le gouvernement de la cité, de l'Etat, régime, pouvoir, droits politiques, organismes politiques.

Pour Mbumba (1999:19) la politique doit être à la fois une volonté de transformation responsable de la situation sociale et un engagement actif par le fait qu'elle se présente actuellement comme un effort mené par l'homme afin de se libérer en vue de son épanouissement ou d'assujettir les autres telle qu'elle est pratiquée en Afrique noire. Ainsi, de Platon jusqu'aux auteurs modernes; tous reconnaissent que la société politique est divisée en gouvernants et gouvernés: d'un côté le pouvoir ou l'autorité qui commande, de l'autre les citoyens qui obéissent.

1.2.8 Le développement

Le dictionnaire Le Robert (1994:319) définit le développement comme «le progrès, en extension ou en qualité ». Van Lierde (1968:2) définit le développement comme étant «une transformation du système traditionnel en un système moderne sous l'impulsion d'une nouvelle structure mentale progressiste». Le développement est un changement allant de l'état inférieur à un état supérieur, ce qui signifie un abandon du niveau actuel des choses à un niveau avancé.

Il peut être pris comme la montée d'une marche d'escalier. Par la suite, le développement se réalise si seulement si les étapes ont été suivies, c'est à dire qu'une organisation préétablie a élaboré dans un ordre logique des priorités à suivre et qu'un programme a été mis au point pour atteindre les objectifs visés. De ce fait, le développement ne peut être nommé que lorsque les processus et les moyens sont

amorçés pour son effectivité. Quand l'exécution et les résultats dans l'amélioration se voient palpables à ce moment là éclot le développement. Son contraire est le sous développement qui est l'état décroissant d'une personne ou d'un pays dont le niveau de vie des habitants est faible. Les pays industrialisés se réclament développés parce que la presque totalité de la production passe par les circuits monétaires et est donc reprise dans le calcul du revenu national, ce qui n'est pas le cas dans les pays sous-développés où une partie importante de la production est immédiatement consommée sans passer par les circuits monétaires. La grande partie de la production est dans l'informel. De ce fait, elle n'est pas reprise dans le calcul du revenu national. Avancer des comparaisons portant sur les revenus nationaux «per capita» me semble quelque peu faussées d'autant plus qu'avec un dollar américain, un habitant dans un pays sous-développé peut se procurer beaucoup plus des biens qu'aux Etats-Unis, et Benham (1961:53) le confirme:

Tous les pays du monde sont en voie de développement si bien qu'à l'échelle mondiale, nous pouvons considérer tous les pays comme des perles sur une ficelle le long de laquelle on les déplace. Les pays les plus développés se trouvant parmi les premiers alignés et certains peuvent même contempler leurs réalisations avec une légitime fierté, tandis que les pays sous développés doivent viser des objectifs hauts placés et difficiles à atteindre.

Le développement est un mot qui est vu sous différents angles: social, économique, mental, culturel, ecclésiastique, politique etc. Je soutiens l'idée de Benham car le développement intégral ou entier est une utopie. Aucun pays au monde n'y est déjà depuis que le monde est monde, car y arriver, c'est se suffire en tout et pour tout. L'homme, non plus, n'y parviendra car l'atteindre c'est la perfection.

Le développement intégral ne pourra être atteint. Chaque pays occupe la position qui lui convient selon qu'il cherche à améliorer un secteur ou un domaine quelconque de la vie pour le bien-être de la personne humaine.

1.2.9. Evangélisation

Le mot évangélisation vient du verbe évangélisé qui signifie prêcher l'Evangile à des populations non chrétiennes dans le but de les convertir au Christianisme (Petit Larousse 2007: 439). Je soutiens cette pensée parce que la Bonne Nouvelle est apportée à des personnes ignorantes, sans connaissance de l'Evangile, leur en faire une découverte et

les aider à adhérer à une église locale pour leur encadrement et leur croissance spirituelle. Et Mitanta (1981:18) affirme «une personne n'appartenant pas à une église locale, elle n'a pas encore été évangélisée car elle peut rentrer très facilement dans sa vieille vie de péché par manque d'être suivie par un père spirituel» et j'ajoute qu'elle n'est pas encore convertie.

De ce fait, l'Évangélisation devrait apporter un message persuasif afin d'amener l'évangélisé à reconnaître son égarement de manière introspective et se décider à changer de camp. Et Sttot (1992:3) affirme que «les chrétiens et les églises locales qui ne sont pas engagés dans l'évangélisation du monde sont en contradiction avec une partie essentielle de l'identité que Dieu leur confère». Philippe (1982:17) atteste que l'évangélisation est «l'initiation à la foi et à la vie chrétienne, celle de la catéchèse et de l'introduction à la Communauté, celle qui conduit au baptême et à la scène». De manière brève, je pense que la personne qui évangélise communique le sens et la vie prônés par l'Évangile de Jésus-Christ afin d'être pratiquant. C'est également une étape qui permet à une personne de rencontrer Jésus-Christ, de connaître son ministère, sa passion, sa résurrection et sa prédication pour marcher dans une nouveauté de vie.

1.2.10. Délivrance

La délivrance est un mot dérivant du verbe délivrer et Petit Larousse (2007:343) le définit comme «remettre en liberté, débarrasser quelqu'un de quelque chose de pénible » pour justifier que la personne n'ayant pas connu la délivrance est guidée par les esprits qui l'empêchent de vivre une vie heureuse. Elle est tourmentée à certain moment et manque souvent la paix du cœur. Elle est également téléguidée pour agir contrairement à sa volonté. La délivrance rend la personne prisonnière de Satan libre comme le confirme Kambale (1998:12) «la délivrance débarrasse de la personne ce qui gêne ou nuit sa vie tout en la remettant en liberté d'agir». J'appuis cette pensée parce que la personne non délivrée agit et pose des actes surprenant, indépendamment de sa volonté, car elle est poussée par une puissance intérieure. L'esprit mauvais qui le possède l'influence à se méconduire. Cet esprit peut être seul ou avec d'autres.

1.3 Conclusion partielle

Dans le premier chapitre, j'ai introduit la dissertation en démontrant la problématique du VIH/SIDA, le but et objet de recherche, questions de recherche, délimitation de l'étude, méthodologie de recherche pour matérialiser la présente dissertation, division de l'état actuel de la recherche avec base théorique et sources. J'ai expliqué la conception du VIH/SIDA entre la population de la ville de Kinshasa et le personnel médical. Cette dernière tient compte d'expériences, de temps et d'espace.

J'ai souligné aussi que je vais utiliser des livres, articles, conversations, interviews, des enquêtes sur terrain comme sources particulières pour décrire les faits. J'ai défini les différents concepts clés de la dissertation tels que le rôle, la transmission, le VIH/SIDA, l'Eglise, la mission, l'ethnie, la politique et le développement pour la bonne compréhension.

Cependant, le deuxième chapitre qui suit portera dans la première section sur la présentation de la ville de Kinshasa tandis que la seconde section présentera la Mission Evangélique de la Délivrance (MED).

CHAPITRE 2: PRESENTATION DE LA VILLE DE KINSHASA ET LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE (MED)

2.1. Introduction

Dans le chapitre, je présente la ville de Kinshasa (RDC) et la Mission Evangélique de la Délivrance (MED). Je situe premièrement la ville par rapport à sa position géographique et topographique, le nombre des personnes qui y vivent, les différentes langues et religions qui s’y trouvent, sa division administrative, son économie et son climat. La présentation de la ville de Kinshasa est pertinente parce qu’elle illustre le lieu géographique de ma recherche et constitue le champ d’exploitation et de bataille pour éradiquer le VIH/SIDA parmi les habitants de cette ville.

Deuxièmement, je vais m’atteler à présenter la Mission Evangélique de la Délivrance (MED), son aperçu historique, son organisation au niveau national et au niveau des provinces ecclésiastiques, sa doctrine et sa relation avec l’Etat, son profil théologique et différents thèmes importants en discussion dans la Mission Evangélique de la Délivrance.

2.2. Présentation de la ville de Kinshasa

Dans cette partie de ma dissertation, je vais m’atteler de prime abord à donner l’aperçu historique de la ville de Kinshasa. De ce fait, je vais développer tour à tour chaque point mentionné ci-dessus tout en mettant en exergue la particularité de l’un ou de l’autre. En effet, la ville de Kinshasa est bâtie à l’Ouest de la République Démocratique du Congo dont elle est la Capitale du pays. Elle est une ville mais considérée comme l’une des onze provinces qui constituent la République Démocratique du Congo. Elle est également la ville où se trouvent toutes les Institutions du pays (Présidence, Primature, Ministères, Parlement (Assemblée Nationale & Senat) et les bureaux des autres Institutions Etrangères tels que les Ambassades, l’ONU, la MONUC, la BAD, l’UNESCO, l’UNICEF, etc. La ville est cosmopolite et est habitée par des étrangers de différentes races.

2.2.1. Aperçu historique

La ville de Kinshasa est située le long du fleuve Congo qui fait frontière commune et naturelle avec la ville de Brazzaville de la République Populaire du Congo. Kinshasa (ex. Léopoldville) vient du nom d'un village qui s'appelait N'shasa qui fut dirigé par le chef de la tribu Humbu (Lelo 2008: 33). A l'arrivée de Henry Morton Stanley, journaliste Anglais, il s'était fusionné avec un autre village du nom de N'tamo dirigé aussi par un chef Teke nommé Ngaliema à cause de leurs activités commerciales (Mbumba 1999:20). Ces deux villages unis constituèrent la ville que Stanley baptisa Léopoldville nom du Roi Souverain Belge qui avait encouragé ses initiatives (Mbumba 1999:12). Ce lieu fut l'endroit où les Banunu et les Bazombo d'Angola venaient effectuer leurs transactions commerciales.

Dès 1885, des commerçants Hollandais suivis plus tard par d'autres Européens construisirent des comptoirs d'achat et de vente dans ce qui est devenu aujourd'hui le quartier commercial de Kintambo d'où l'industrialisation débute très tôt du temps de Stanley avec l'installation de la Chanic dans la baie de Ngaliema où se déploie un véritable chantier naval appelé Chanimetal. C'est la naissance de la ville. Il est important de savoir que dès son origine, la ville appuie son développement sur la fonction industrielle telle que le confirme Saint Moulin (1971:38) que «chaque étape de croissance de la ville est marquée à la fois par une extension de l'habitat et par la création d'une zone d'industries». La ville qu'il établit en ce temps là est aujourd'hui la place de Mont-Ngaliema (Matthieu 1911:21) un lieu qui faisait la fierté du feu Maréchal Mobutu. Ainsi, la partie était habitée par les autochtones originaires de la ville de Kinshasa qui sont les Bahumbu et les Teke dont leurs villages occupaient le long du fleuve Congo; l'un résidant au Nord à la place actuelle de la poste dans la commune de la Gombe et l'autre à la place actuelle de Mont-Ngaliema vers l'Ouest dans la commune qui porte son nom déclare Kasongo (interview du 21 mars 2008).

Le 23 décembre 1981, Henry Morton Stanley négocia avec le chef Teke nommé Ngaliema pour l'achat de cette portion de terre qu'occupait la ville (Matthieu 1911:22). Cela fut fait et ils signèrent un pacte de fraternité (Kimpe 2004:69) bien qu'il n'ait plus aucun droit sur la terre qu'il vendit à Stanley. Cet homme Stanley n'était pas venu en Afrique plus précisément au Congo Léopoldville de son propre gré; il avait été envoyé

comme le souligne Matthieu (1911:22): «Henry Morton Stanley travaillait pour le compte de l'Association International Africaine (A.I.A.) que dirigeait le Roi Léopold II. L'intention du Souverain Belge était la création d'un vaste domaine d'échange économique embrassant tout le bassin du Congo dont on devine l'abondance des richesses».

La réalisation sera confirmée en 1985 lorsque la Conférence de Berlin reconnut l'Etat Indépendant du Congo (E.I.C.). L'exploitation de cette vaste région nécessita l'implantation des postes administratifs et commerciaux qui permirent l'acheminement des marchandises jusqu'à l'Océan Atlantique vers la métropole. A cet égard; la nouvelle ville devint d'un intérêt important au profit de la Belgique bien qu'elle se trouve loin des voies navigables sur le bassin du Congo et du Kasai (Vitta 1921:43). Cependant; entre les voies navigables et l'Océan Atlantique s'étendent trois cents kilomètres des rapides et des cataractes où tout transport par eau est impossible. Aujourd'hui; la ville de Kinshasa est devenue un grand carrefour d'échanges commerciaux; de coopération avec les autres pays et de cultures après le combat du vingtième siècle en 1973 ayant opposé deux géants de la boxe internationale Mohamed Ali alias Casius Clay et Foreman. Depuis ce temps; les gens venus de part le monde pour assister à ce combat furent séduits et la ville connaît aujourd'hui une progression extraordinaire et beaucoup d'activités nationales et internationales s'y déroulent normalement.

2.2.2. Position géographique et topographique

La ville de Kinshasa est une vaste agglomération de 9.965 km² bâtie à l'Ouest de la République Démocratique du Congo (RDC) dont elle en est la Capitale politique par le fait que toutes les décisions du pays y sont prises (Journal Officiel 1989 : 41). Elle se trouve entre deux provinces: Bas-Congo et Bandundu. Kinshasa est une ville portuaire, administrative, politique, universitaire et industrielle. Ben-Nshiya (1989:63) estime que «les travailleurs de la fonction publique (FP) dits travailleurs de l'Etat et ceux de Banques occupent vingt-cinq pourcents de salariés de la ville».

Cependant, cette déclaration a perdu toute sa valeur parce qu'aujourd'hui l'Etat est incapable de gérer ses propres travailleurs et beaucoup de morts enregistrés par milliers sont difficilement remplacés et de nombreuses Banques qui faisaient la fierté du

pays ont disparues. Les gens quittent la Fonction Publique à cause des salaires impayés vers les entreprises privées où la rémunération est régulière et à un taux élevé assurant un minimum vital. La ville de Kinshasa est située à 4°19' de latitude Sud et entre 15°14' de longitude Est Mbumba (1999:17). Elle est limitée à l'Est par la province du Bandundu, à l'Ouest par le fleuve Congo qui forme une frontière naturelle avec la République Populaire du Congo. Aujourd'hui, le nombre des habitants est estimé à dix millions à cause de l'exode rural incontrôlé et l'afflux des personnes ayant fui la guerre de l'Est du pays perpétrée par le Rwanda, le Burundi et l'Ouganda. Kapeta (2003:41) souligne que «la guerre a toujours engendré un exode involontaire obligatoire pour la conservation de la vie».

En plus, l'augmentation du nombre des habitants dans la ville de Kinshasa a engendré beaucoup de problèmes sur le plan sanitaire et alimentaires associés aux autres déjà existants tels que le transport urbain, l'insalubrité caractérisée due à une mauvaise ou absence totale de gestion de déchets, des inondations, des érosions catastrophiques à cause des constructions anarchiques de maisons dans des endroits inappropriés. La crise de logements, la dégradation des établissements humains existants, les problèmes moraux tels que la promiscuité, le viol, l'inceste, la dépravation des mœurs, enfants de la rue, recrudescence des maladies jadis éradiquées ont empiré la situation. En plus, l'Etat n'a pas la politique de l'habitat permettant la construction de nouveaux lotissements; et pourtant le taux de natalité est élevé en ville que dans les villages. Comme partout en Afrique et dans les pays du Tiers-Monde, l'urbanisation est un phénomène récent et rapide, favorisé par la combinaison de l'exode rural et du taux de natalité.

Le relief de la ville de Kinshasa est composé d'une plaine marécageuse et alluviale dont l'altitude varie entre 275 et 300 m et d'une collection de collines allant de 310 à 370 m d'altitude dont Mont-Ngafula, Ngaliema, Mont-Amba, les plateaux de Kimwenza et de Binza (Mbumba 1999:17). Plus loin de 80 km se trouve la commune de Maluku qui, à son aval, sur une distance de 30 km, le fleuve Congo s'étale sur 25 km de large. Cet élargissement amena Stanley, le jour de son arrivé, à penser qu'il s'agissait d'une mer. Il lui donna le nom de Stanley-Pool. A ce jour, cette grande étendue d'eau qui sépare les deux Capitales les plus rapprochées du monde Kinshasa et Brazzaville s'appelle Pool Malebo. Ce Pool s'étend sur plus de 100 km avec une largeur maximale

de 25 km entre ces deux villes. Il est parsemé de nombreuses îles et d'innombrables bancs de sable. Ses eaux ont une faible profondeur 5 à 14 m. Son débit de crue maximum est de 63 000m³/seconde entre Octobre et Mai et d'étiage de 22 000 m³/seconde entre Juin et Septembre (de Maximy 1974:51).

Du point de vue hydrographique, la ville est bâtie sur un site drainé par des rivières dont les plus importantes sont la N'djili, la N'sele, la Gombe, la Funa, la Basoko et la N'dolo qui se jettent toutes dans le fleuve Congo. La ville regorge aussi des ruisseaux tels que Binza, Bandalungwa, Makelele, Yolo, Tshangu, Matete, Lukunga, Lubudi, Mampenza, Tshenge et Selebao qui ont des débits variant selon les saisons. Les eaux de ces ruisseaux débordent pendant la saison de fortes pluies créant des inondations et ils se tarissent pendant la saison sèche à cause surtout de grand soleil. En effet, tous les cours d'eau prennent naissance dans les collines du Sud, hormis les rivières N'djili et N'sele qui viennent de très loin pour se jeter au Nord dans le fleuve (Lelo 2008:35). Soutient Maximy et Van Caillie (1974:23) «ces collines sont donc des vestiges des terrains s'étendant sur près de 5000 hectares avec des pentes allant de 8 à plus de 20% reliant jadis Mont-Ngafula à l'Ouest au Plateau de Bateke à l'Est». La configuration de la ville de Kinshasa est influencée par la topographie du milieu parce que les deux sites topographiques ont des forces attractives différentes dues à l'urbanisation plus aisée et rapide dans les plaines appelées villes basses que dans les collines appelées villes hautes.

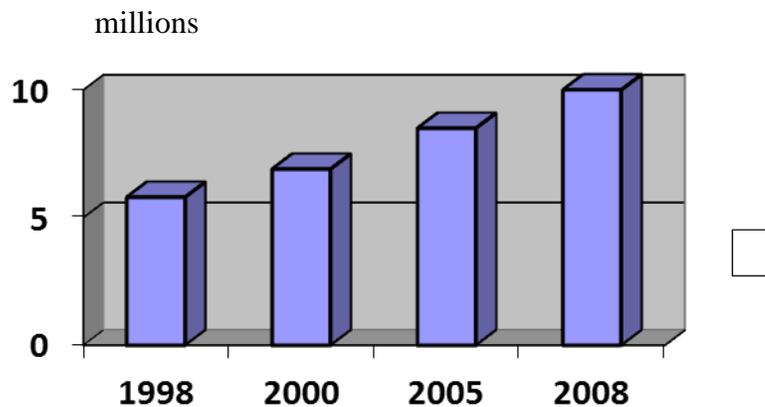
2.2.3. Population, langues et religions

La ville de Kinshasa est la plus grande et la plus peuplée de toutes les villes de la République Démocratique du Congo. Elle compte à elle seule 31% de la population urbaine du pays (Institut National de Statistique 1984:19). La croissance démographique de cette ville a été tout aussi rapide que celle d'autres capitales et villes africaines. Elle connaît les mêmes problèmes mais l'indice de croissance est plus élevé par rapport aux autres villes d'Afrique par le fait qu'aucun contrôle d'entrée et de sortie n'est effectué afin de maîtriser le nombre de la population.

Toutes les frontières de cette ville province de Kinshasa sont perméables. Les habitants de villages non loin des frontières viennent soit du Bandundu soit du Bas-

Congo à pied. Ils immigreront clandestinement et s'installent chez un membre de famille à qui ils alourdissent la charge. Cette immigration clandestine crée le problème de chômage. En plus, cette augmentation de la population ne suit plus le rythme d'il y a vingt ans comme le confirme Malangu (1973:15) «la croissance de la population de la ville de Kinshasa a toujours été le dixième de la population nationale à cause de la natalité», depuis lors une montée non proportionnelle se remarque car à ce jour au lieu qu'elle soit à six millions, elle est à dix millions; ce qui équivaut à 17 % d'augmentation.

Graphique 1 : Courbe de croissance de la population de Kinshasa de 1998 à 2008



La population de la ville de Kinshasa représentait 5 785 000 habitants en 1998, 7 millions en 2000 représentant une augmentation de 1 215 000 habitants soit 21% ; 8 370 000 habitants en 2005 représentant une augmentation de 1 370 000 habitants soit 20% ; et 10 000 000 d'habitants en 2008 représentant une augmentation de 1 630 000 habitants soit 20%.

Je soutiens ce que confirme Mwamba (1981:27) «la baisse du taux de mortalité et la permanence du taux de natalité ont toujours été les principales causes de la croissance démographique dans chaque ville ou pays». Bien que les difficultés surgissent, cependant deux avantages s'offrent pour la ville, car pour une population active tel que le souligne Ngoy (1987: 103) «une grande disponibilité de main d'œuvre en vue de la production s'observe contrairement aux régions ou pays sous peuplés» et aussi une meilleure possibilité d'augmenter la production sur la base des ressources naturelles disponibles est envisageable. En plus, une population nombreuse forme

également un grand marché de consommation et offre un débouché plus large pour les divers produits de chaînes de production.

C'est pour cette raison, la ville de Kinshasa ayant seulement deux grandes minoteries Minoka et Bwamanda ne parvient pas à fournir à sa population une quantité suffisante en produits ou aliments de base tels que la farine de maïs ou de manioc (Malaba 2005:41). Cette carence prédispose la population à la malnutrition et aux attaques de maladies. La croissance démographique crée souvent un déséquilibre sur le plan économique parce que le nombre de personnes à nourrir augmente conséquemment: la loi de l'offre et de la demande surgit en sursaut et le problème de transport se pose avec acuité pour la circulation des biens et des personnes. A mon avis, il est nécessaire de rompre avec le système de politique de développement qui ne prend pas en considération les paramètres d'augmentation de la population pour laquelle le développement est recherché.

En République Démocratique du Congo, le Français est la langue officielle de travail et de l'enseignement, et les quatre langues nationales sont réparties parmi les onze provinces: le Lingala (Kinshasa et Equateur), Swahili (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Katanga, Maniema, Province Orientale), le Tshiluba (Kasaï Oriental et Occidental) et le Kikongo (Bandundu et Bas-Congo). Cependant, dans la ville de Kinshasa, le Lingala est la langue vernaculaire parlée par la population. De nos jours, le Swahili commence à prendre de l'ampleur parce que des millions des rescapés de la guerre de l'Est du pays sont venus s'installer dans la capitale où ils se sentent en sécurité par rapport à d'autres provinces.

Depuis, la création de la Force Publique jusqu'à l'époque du feu Marchal Mobutu, le Lingala était la seule langue des policiers et des militaires à travers le pays. Avec l'arrivée de l'Alliance de Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (A.F.D.L), le Swahili a été imposé à tous ceux qui sont militaires ou policiers. Ainsi, aujourd'hui, le Lingala et le Swahili sont mis en exergue. La ville de Kinshasa regorge de petits groupes de deux cent-trente-quatre langues et dialectes parlés généralement en République Démocratique du Congo, et parmi ceux-ci «90% sont d'origine Bantu et quatre dites langues nationales (Ngonda 1998:14).

Conformément à la Constitution, la République Démocratique du Congo est un Etat laïc et indépendant. La liberté de religion est reconnue pour tout citoyen comme le stipule la Charte des Nations Unies de 1948 en son article 18: «Toute personne a le droit à la liberté de penser, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ; ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction seule ou en commun ; tant en public qu'en privé par l'enseignement, les pratiques, le culte ou l'accomplissement des rites».

Le principe de la laïcité de l'Etat ne pose aucun problème aux confessions religieuses car la Constitution du pays le prévoit et l'Etat ne privilégie aucune forme de religion et aucune religion n'est imposée à toutes les personnes entant que religion d'Etat en République Démocratique du Congo. En raison de cette laïcité, l'Etat respecte et protège les convictions religieuses de toutes les personnes. Dans la ville de Kinshasa, il existe cinq confessions religieuses traditionnelles: Catholique, Protestante, Kimbanguiste, Orthodoxe et Musulmane. Par ailleurs, beaucoup de sectes tels que le Peve Ya Longo; le Bundu dia Congo; le Malemba et autres se repartissent l'espace religieux de Kinshasa dans une proportion très petite. Toutefois, comme l'affirme Muntuabo (1994:14) «la présence de quelques animistes» font part, «mais la population de la ville de Kinshasa est majoritairement chrétienne». J'asserte aussi que le Kimbanguisme est syncrétiste parce qu'il fusionne les éléments issus du christianisme et des croyances traditionnelles.

2.2.4. Division Administrative

Sur le plan Politico-Administrative, la ville de Kinshasa est divisée en vingt-quatre communes dirigées chacune par un Bourgmestre. Elle est actuellement administrée par le Gouverneur André Kimbuta (Maire de la ville) qui est Président de l'Assemblée Régionale et il siège également avec les Ministres Provinciaux. Le Gouverneur de la ville province de Kinshasa est l'autorité qui dirige les affaires de l'Etat en vue d'un développement du milieu. Contrairement aux Maires des autres villes du monde. Celui-ci est plus concentré à la politique et oublie le social de la population. Il n'a aucune initiative pour le changement de la ville.

Je présente ci-dessous les communes; les quartiers et la superficie de chacune d'elles telle que définies par Mukonkole (1991:10):

Tableau 1: Les Communes de la Ville Province de Kinshasa

N°	Noms de Commune	Nombre des quartiers	Superficie en Km ²
1	Bandalungwa	8	7
2	Barumbu	9	5
3	Bumbu	13	5
4	Gombe	10	29
5	Kalamu	18	7
6	Kasa-Vubu	7	5
7	Kimbanseke	30	238
8	Kinshasa	7	3
9	Kintambo	8	3
10	Kisenso	12	17
11	Lemba	15	24
12	Limete	14	68
13	Lingwala	9	3
14	Makala	14	6
15	Maluku	20	7 948
16	Masina	21	70
17	Matete	13	5
18	Mont-Ngafula	7	358
19	Ngaba	6	4
20	Ngaliema	21	224
21	Ngiri-Ngiri	8	3
22	N'djili	13	11
23	N'sele	18	899
24	Selembao	18	23
	TOTAL	319	9 965

Source: Département du Plan 2004

La ville de Kinshasa compte 319 quartiers dirigés chacun par un Chef de Quartier qui est un fonctionnaire de l'Etat. La population de la ville de Kinshasa est de plus de dix

millions d'habitants soit les populations de deux pays réunis la Libye et le Congo-Brazzaville. Sa superficie de 9 965 Km² représente plus ou moins la superficie de quatre fois la Réunion ; neuf fois le Sao Tome et vingt fois le Seychelles (Le Monde dans ma poche 2008:27).

Je remarque à première vue que la plus vaste commune est celle de Maluku avec 7 948km², suivie de la commune de N'sele avec 899 km². Les plus petites communes sont celles qui ont 3 km² notamment Kintambo, Kinshasa, Lingwala et Ngiri-Ngiri. Parmi les vingt-quatre communes de la ville de Kinshasa, cinq sont considérées comme des communes semi-rurales: Maluku, N'sele, Kimbanseke, Kisenso et Mont-Ngafula représentent 9 460 km² soit 95% de la superficie de Kinshasa. Les communes urbaines représentent 505 km² soit 5% de la superficie totale de la ville Province de Kinshasa, en plus, la seule ville de la République Démocratique du Congo qui totalise un nombre très élevé de quartiers sur son étendue soit trois cent dix-neuf (Hôtel de ville 2006). Et à entendre ce chiffre, cela effraie et fait penser sans hésitation à l'encombrement et à la promiscuité. La croissance démographique dans la ville de Kinshasa a entraîné un développement considérable de l'agglomération et une prolifération des constructions anarchiques en dehors d'un cadre d'organisation de l'ensemble. Souligne Mbuyi (1970:59) il en résulte «un déséquilibre fondamental dans la répartition des fonctions urbaines et une inadaptation de la ville aux besoins de ses habitants, d'où la nécessité d'élaborer un schéma directeur d'aménagement urbain».

La ville de Kinshasa a quatre districts se répartissant les communes de la manière non proportionnelle et chacun dispose d'un service de parquet judiciaire:

- District de Funa: Bandalungwa, Bumbu, Kalamu, Kasa-Vubu, Ngiri-Ngiri, Makala, Selembao.
- District de Lukunga: Barumbu, Gombe, Kinshasa, Lingwala, Mont-Ngafula, Ngaliema, Kintambo.
- District Mont-Amba: Kisenso, Lemba, Limete, Matete, Ngaba.
- District de Tshangu : Kimbanseke, Maluku, Masina, Nd'jili, N'sele.

Le district de la Tshangu est le plus grand dans la ville province de Kinshasa et il représente 92% de toute l'étendue provinciale soit neuf mille cent soixante six kilomètres carrés et cent deux quartiers.

Tableau 2: District de Tshangu

Communes	Quartiers	Superficie en km²
Kimbanseke	30	238
Maluku	20	7 948
Masina	21	70
Nd'jili	13	11
N'sele	18	899
TOTAL	102	9 166

Source: Hôtel de Ville 2008

Le district de Lukunga est en deuxième position du point de vue superficie; il représente 6% de toute l'étendue de la ville de Kinshasa soit six cent vingt cinq kilomètres carrés et septante- un quartiers.

Tableau 3: District de Lukunga

Communes	Quartiers	Superficie en km²
Barumbu	9	5
Gombe	10	29
Kinshasa	7	3
Kintambo	8	3
Lingwala	9	3
Mont-Ngafula	7	358
Ngaliema	21	224
TOTAL	71	625

Source: Lelo, N. 2008:66

Le district de Mont-Amba est en troisième position du point de vue superficie. Il représente, quant à elle, 1% soit cent dix-huit kilomètres carrés et soixante quartiers.

Tableau 4: District du Mont-Amba

Communes	Quartiers	Superficie en km²
Kisenso	12	17
Lemba	15	24
Limete	14	68
Matete	13	5
Ngaba	6	4
TOTAL	60	118

Source: Hôtel de ville 2008

Le district de Funa est le plus petit du point de vue superficie. Il représente 1% soit cinquante-six kilomètres carrés et avec un grand nombre de quatre-vingt-six quartiers lui donnant la deuxième place après le district de Tshangu (Hôtel de Ville 2008).

Tableau 5: District de la Funa

Communes	Quartiers	Superficie en km²
Bandalungwa	8	7
Bumbu	13	5
Kalamu	18	7
Kasa-Vubu	7	5
Ngiri-Ngiri	8	3
Makala	14	6
Selembao	18	23
TOTAL	86	56

Source: Hôtel de ville 2008

En parcourant rapidement les tableaux ci-haut, j'estime que le district de Tshangu comme il a un nombre élevé de quartiers et la superficie la plus étendue, a une population aussi élevée par rapport aux trois autres districts. La vie dans ce district de Tshangu est presque celle du village à la seule différence que les maisons sont construites en matériaux durables et sont tôlees, mais le comportement et la mentalité de personnes citadines.

2.2.5. Economie

L'économie d'un peuple ou d'un pays donné fait penser à la circulation monétaire et la façon dont la population mène la vie sur le plan alimentaire, sanitaire, vestimentaire et l'acquisition des biens de première nécessité appelés primaires. Partant de celle-ci, l'idée d'inflation (dégradation monétaire) ou de stabilité monétaire intervient dans l'appréciation ou la dépréciation de la valeur de la monnaie en cours. De ce fait, une bonne économie vise plus l'augmentation en chiffre de devises en réserve en Banque entraînant une grande exportation que l'importation des biens. Quand l'exportation est grande par rapport à l'importation, il existe une stabilité des prix et une bonne appréciation de la monnaie. Et quand l'importation dépasse l'exportation en chiffre de devises, le déséquilibre est apparent d'où l'inflation, cela signifie que la Banque est dans la carence et manque de réserve en devises.

Les prix de biens est vu à la hausse, le panier de la ménagère diminue pour les gagnepetits d'où la misère. L'économie de la ville de Kinshasa présente deux façades distinctes: la façade structurée (formelle) et la façade non structurée (informelle). Le poids financier, économique et démographique ainsi que l'organisation et le dynamisme propre à ces deux façades les différencient sensiblement tant que l'intervention de l'intelligence est absente. Bongoma (1969: 5) le souligne aussi de façon claire de ce «qu'à l'origine et jusqu'à une époque récente, l'économie a été un effort intellectuel permettant d'étudier les voies et moyens d'améliorer les conditions de vie des hommes».

Aujourd'hui en RDC, le secteur de l'économie est devenu une nouvelle manière de rançonner les autres personnes d'où la mal gérance. Les autorités de la RDC foule aux pieds l'article 25 de la Charte des Nations Unies qui stipule que «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être, et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires... ». Pour être plus clair, j'utilise le terme de secteurs économiques: formel et informel. Chaque économie regroupe en son sein les activités traditionnellement recensées sous trois secteurs: secteur primaire, secteur secondaire et secteur tertiaire.

2.2.5.1. Activité économique formelle

L'activité économique formelle canalise tous les secteurs monétaires d'un pays vers la Banque considérée comme dépôt légal de masses d'argent. Dans cette activité économique formelle, rien n'échappe à l'Etat car tout est à son contrôle contrairement à l'activité économique informelle où une partie de la masse monétaire est inapparente. Dans l'activité économique formelle toute production de quelque nature que ce soit entre dans le circuit cyclique: Banque, circulation monétaire, Banque. Ce système permet d'effectuer le calcul de revenu national brut annuel et le calcul du revenu brut individuel annuel (Bongoma 1969:33).

2.2.5.1.1 Le secteur primaire

A peine cinq pourcents de ressources alimentaires pour la consommation comprend des périmètres maraîchers et rizicoles dans la vallée de Funa, Lukunga et Ndjili, des ports de pêche fluviale (Maluku, Kinkole, Pool), une centaine de fermes agricoles (manioc, maïs, arbres fruitiers, élevage des bovins, ovins et volailles) des centaines d'étangs piscicoles (Kazadi 1996: 25) pour signifier que la production comme telle dans la ville est différente de celle de villages par ce fait que les grandes étendues sont vides et inexploitées; et quand je compare l'ensemble de ces activités primaires, je constate qu'il y a moins de quinze pourcents de terre exploitée. Les cultures pluviales les plus pratiquées à Kinshasa sont par ordre décroissant: le manioc, l'arachide, le haricot. A cette liste s'ajoutent les arbres fruitiers dont la vie et à croissance sont rythmées par les saisons. Je cite par ordre décroissant: le manguiier, l'avocatier, le safoutier, le bananier, le papayer et le citronnier. Les cultures citées sont pratiquées sous trois modes:

- Des fermes modernes essentiellement concentrées le long du fleuve Congo et sur le plateau de Bateke (Maluku, Ngambi-Lutete, Mitendi, Matadi-Mayo, Kimwenza et Ndingi-Dingi à Mont-Ngafula).
- Agriculture traditionnelle pratiquée par plus de cinquante milles agriculteurs. Les cultures vivrières pluviales : manioc, maïs, arachide, haricot et l'arboculture: avocatier, safoutier, bananier, citronnier sont sur des terres de vallée. Le nombre de pratiquants de l'agriculture traditionnelle est reparti de la manière suivante: 11750 à Mont-Ngafula, 5 000 à N'sele, Mikonga et Kinkole. Les agriculteurs

indépendants recensés à Maluku en 1996 (Kazadi 1996:27) représentent un chiffre important soit vingt mille cinq cent cinquante-trois. Quand je vois la vaste étendue de ce district de Tshangu, la production alimentaire est loin de satisfaire le besoin de sa population voire même de la ville de Kinshasa car c'est lui qui a une grande superficie pour l'agriculture et l'élevage, en plus son sol est très fertile comparativement autres districts de la Province.

- Quelques centaines de planteurs d'arbres fruitiers bénéficient d'un encadrement technique Belge ou Allemand. Cette forme est encore timide parce que les personnes pouvant s'y engager trouvent que la production des arbres fruitiers prend beaucoup de temps et elles sont impatientes. Ces personnes oublient une chose importante comme le confirme Anatole (1954:39) «une personne qui plante un arbre, récolte toute sa vie» et une plantation d'arbres fruitiers est un investissement à long terme qui produit des recettes de génération en génération. L'arboriculture est très importante et intéressante par le fait que le terme «planter» disparaît un long temps et un nouveau verbe d'action «entretenir» le remplace créant ainsi l'activité de tous les jours. La cueillette s'en suit après floraison et maturité des fruits.

2.2.5.1.2. Le secteur secondaire

Aujourd'hui, la ville de Kinshasa est devenue une grande métropole et un grand centre d'affaires sur le plan économique, commercial, industriel, politique, social et même touristique. Elle abrite plusieurs entreprises, sociétés et compagnies pour la génération des recettes contribuant au développement de la ville en particulier et du pays en général. Elle a des industries de transformation: minoteries, entreprises brassicoles, sidérurgie, les boutiques, les petites et moyennes entreprises. Ainsi, je cite notamment:

- Deux usines textiles : UTEXCO et TISSAKIN
- L'usine sidérurgique de MALUKU.
- Deux sociétés brassicoles : BRALIMA et BRACONGO.
- Une société chargée de la fourniture de l'électricité S.N.EL.
- Une société chargée de la fourniture d'eau potable : REGIDESO.

- Sept sociétés pétrolières chargées de ravitaillement en carburant : FINA, ELF, ENGEN, SONANGOL, COBIL dont Pétro-Congo et la SEP sont chargées d'achat, distribution et stockage.
- Quatre sociétés privées de réseaux de communication cellulaire : CCT, TIGO, VODACOM et ZAIN.
- Deux sociétés d'Etat exploitant les principales formes de communication : OCPT et RTNC.
- Trois sociétés de service taxi : Ets Vision, Taxi Bobo et Taxi Bleus.
- Trois sociétés de location automobile : Hertz, Avis et Avis Aéroport.
- Deux sociétés d'importation, exportation et distribution en produits manufacturiers: Beltexco et Hasson & Frère.
- Huit sites touristiques : Chute de Lukaya, Ma vallée, Mausolée de feu Président Mzee Laurent Désiré KABILA, Monument de l'héros national Patrice Emery LUMUMBA (le tout premier Ministre du premier Gouvernement de la RDC), Monument de Joseph KASA-VUBU (le tout premier Président de la R.D.C.), jardin d'Eden et N'sele Folis.
- Deux grands stades de football : Martyrs et Tata Raphaël.
- Deux grands amphithéâtres : Salle Mongita et Palais du peuple.
- Un aéroport international : N'djili et un aérodrome à Ndolo.

2.2.5.1.3. Le secteur tertiaire

Pour rendre service à ses habitants, la ville de Kinshasa regorge en son sein:

- Sept hôpitaux de référence et cliniques : Hôpital Général de Kinshasa, Hôpital de Kintambo, Hôpital Général de Selembao, Clinique Universitaire, Clinique Kinoise et Clinique Ngaliema (ex. Reine Elisabeth) et Hôpital Roi Beaudouin.
- Deux universités d'Etat : Université de Kinshasa (UNIKIN) et Université Pédagogique nationale (UPN).
- Sept Universités privées : Université Protestante au Congo, Université Catholique, Université Kimbanguiste, Université William Booth, Université Cepromad, Université Chrétienne de Kinshasa et Université Libre de Kinshasa.

- Huit Instituts Supérieurs d'Etat : I.S.T.M, I.S.T.A, I.N.A, I.S.A.M, I.S.P, I.B.T.P, I.S.P.T et Académie de Beaux Arts.
- Instituts Supérieurs privés : I.F.T.S.A, I.S.I.P.A, I.S.E.T.M, C.U.M. dont la formation en missiologie est assurée par l'I.F.T.S.A et C.U.M sur toute l'étendue de la ville voire du pays. La carence des missiologues est très remarquable.
- Trois grands marchés : Marché Central, Marché de la Liberté et Marché Gambela.
- Cinq Hôtels restaurants modernes : Grand Hôtel de Kinshasa, Memling, Nicolas, la Bonne Assiette et la Ciboulette.
- Huit Camp Militaires : C.E.T.A, KOKOLO, LUANO, LUFUNGULA, KABILA, BADIADINGI, SALONGO et TSHIATSHI. Ces camps ne répondent plus au besoin et aux normes du point de vue de la petitesse de ceux-ci, des maisons et des chambres. A ce jour, le nombre des soldats s'est accru depuis la guerre de l'A.F.D.E.L.

2.3. Présentation de la Mission Evangélique de la Délivrance

2.3.1 Aperçu historique

La Mission Evangélique de la Délivrance (M.E.D) est une église implantée par le Rév. Dr Kalemba Mwambazambi, faisant partie de la Communauté des Frères en Christ Gareganze (CFCG) créée par la volonté des églises protestantes issues de Missions des Frères Suédois. Elle est la 38^{ème} Communauté de l'Eglise du Christ au Congo (ECC) qui est le Conseil des Eglises Protestantes au Congo (Ndembo 2002:7).

La Mission Evangélique de la Délivrance réalise ses projets toute seule ou avec les autres Eglises de la même Communauté ou de l'ECC à travers la ville de Kinshasa où elle est implantée. Elle coopère avec les ONG de développement, de la promotion de la santé et de la promotion des droits de l'homme (Statut de l'Eglise 1997). L'origine dénominationnelle provient de l'ordre suprême du Seigneur Jésus-Christ (Mt 28:19-20). La Mission Evangélique de la Délivrance (MED) tire son origine de la Communauté des Frères en Christ Gareganze fondée par le Missionnaire Ecossais Frederick Stanley Arnot le 14 février 1886 à Bunkeya au Katanga (Kazembe 2004:14).

La Mission Evangélique de la Délivrance a été fondée, quant à elle par le Pasteur Claude Kalemba le 13 décembre 1996 à Kinshasa dans le souci de faire parvenir aux

autres personnes la Bonne Nouvelle de Jésus-Christ en les intégrant au sein de cette communauté qui existe dans les autres provinces: Katanga, Kasai-Oriental, Kinshasa, Bandundu et dont la mission s'est étendue jusqu'aux frontières de la Zambie et de l'Angola (Ndembo 2002:18) pays voisins de la République Démocratique du Congo (RDC).

Le Révérend Docteur Kalemba Mwambazambi a commencé cette œuvre avec l'autorisation de la Communauté dont il dépendait pour que les endroits qui manquent une église protestante en aient sans que les personnes fassent beaucoup de kilomètres à pied pour aller entendre la parole de Dieu. Le souci majeur qui l'a animé, est que les gens adorent le vrai Dieu près de chez eux. La discipline qu'il s'est faite est de servir, et rien que servir sans esprit d'intérêt quelconque. Il s'est dévoué en formant d'autres personnes qui ont adhéré à la vision qu'il avait pour avancer l'œuvre de l'Evangile de Christ. Ainsi, deux paroisses sont nées, l'une dans la Commune de Kintambo et l'autre dans la Commune de Mont-Ngafula (Don Bosco), l'Eglise mère elle-même dans la commune de Ngaliema à Binza-Ozone. La Mission Evangélique de la Délivrance compte trois cent septante-neuf membres dont quatre-vingt-six à Kintambo., cent vingt-cinq à Mont-Ngafula (Don Bosco) et cent soixante-huit dans l'Eglise-mère à Binza-Ozone.

Tableau 6: Les Eglises de MED

Eglises	Membres	Pourcentage
Binza-Ozone	168	44
Kintambo	86	23
Mont-Ngafula	125	33
TOTAL	379	100

Source: Mission Evangélique de la Délivrance 2008

La MED de Binza-Ozone en tant qu'Eglise-mère compte 168 membres effectifs soit 44%. Elle a plus de membres et un pourcentage élevé parce qu'elle a existé avant les Paroisses. Elle est suivie de la Paroisse de Mont-Ngafula (Don Bosco) avec 125 membres soit 33% et de la Paroisse de Kintambo avec 86 membres soit 23%.

2.3.2. Paroisse de Binza-Ozone

Dans la Paroisse mère de Binza-Ozone, la prédominance de sexe féminin se distingue dans les catégories d'âge de membres et la proportion que le sexe féminin occupe est dominante. Partant de cette constatation, j'affirme que le sexe féminin est majoritaire et le tableau ci-dessous le justifie indiscutablement.

Tableau 7: Répartition de l'Eglise de Binza-Ozone

Age (an)	Sexe			
	Masculin	Pourcentage	Féminin	Pourcentage
1-5 (n=49)	23	47	26	53
6-12 (n=36)	17	47	19	53
13-20 (n=30)	15	50	15	50
21-30 (n=24)	8	33	16	67
31-45 (n=16)	7	44	9	56
+46 (n=13)	6	46	7	54
TOTAL (n=168)	76	45	92	55

n= Nombre

Source: MED 2008

De 1 à 5 ans; les filles sont nombreuses parce que le taux de naissance en RDC est toujours supérieur à celui de garçons. La dominance demeure dans les autres catégories d'âge, mais à l'âge de 13 à 20 ans, il y a équilibre par le fait que de 6 à 12 ans, les filles meurent en grand nombre par rapport aux garçons. Quand je considère la catégorie de jeunes allant de 1 à 45 ans, je trouve que l'Eglise-mère de Binza-Ozone est aux jeunes car ils sont à 155 personnes soit 92% et les plus âgés 13 personnes soit 8%. Dans l'Eglise-mère de Binza-Ozone, les hommes sont 76 personnes soit 45% et les femmes sont 92 personnes soit 55%.

2.3.3. Paroisse de Kintambo

A la différence de l'Eglise-mère de Binza-Ozone, à l'âge de 1 à 5 ans, les garçons dominent par rapport aux filles ainsi qu'aux catégories d'âge de 13-20 ans et 21-30 ans.

Le reste n'échappe pas à la dominance du sexe féminin. Et je présente ici-bas le tableau explicatif pour illustrer les données :

Tableau 8: Répartition de la Paroisse de Kintambo

Age (an)	Sexe			
	Masculin	Pourcentage	Féminin	Pourcentage
1-5 (n=28)	16	57	12	43
6-12 (n=18)	8	44	10	56
13-20 (n=7)	4	57	3	43
21-30 (n=15)	8	53	7	47
31-45 (n=10)	3	30	7	70
+46 (n=8)	3	38	5	62
TOTAL (n=86)	42	49	44	51

n=Nombre

Source: Mission Evangélique de la Délivrance (MED) 2008

Contrairement à l'Eglise-mère, les garçons à l'âge de 1 à 5 ans prennent le dessus par rapport aux filles pour soutenir l'idée selon laquelle l'exception confirme la règle. Dans cette contrée de la ville, les garçons sont nombreux à la naissance que les filles par période.

La catégorie de jeunes de 1 à 45 ans représente encore un chiffre supérieur ou égal à 78 personnes soit 91% et de l'autre des personnes ayant dépassé l'âge de 45 ans équivaut à 8 personnes soit 9% sur l'effectif total de la paroisse. Quand je considère le nombre global de la paroisse, les 42 hommes représentent 49% et les 44 femmes représentent 51%. Dans cette paroisse, les femmes sont un de fois de plus majoritaires par rapport aux hommes. Je souligne aussi que le sexe masculin surpasse le sexe féminin en nombre à l'âge de 1 à 5 ans; 13 à 20 ans et 21 à 30 ans. Cela s'explique par le fait que, à l'âge de 1 à 5 ans, à la naissance les garçons dépassent les filles; à l'âge de 13 à 20 ans, les garçons veulent beaucoup apprendre que les filles et à l'âge de 21 à 30 ans, les garçons sont moins vagabonds et changent difficilement d'Eglise ou confession religieuse.

2.3.4. Paroisse de Mont-Ngafula

La paroisse de Mont-Ngafula est pratiquement la seule dominée à toutes les tranches d'âge par le sexe féminin. Le tableau ci-après présente de fond en comble cette domination féminine qui inquiète les hommes.

Tableau 9: Répartition de la Paroisse de Mont-Ngafula

Age (an)	Sexe			
	Masculin	Pourcentage	Féminin	Pourcentage
1-5 (n=37)	15	41	22	59
6-12 (n=20)	9	45	11	55
13-20 (n=16)	6	38	10	62
21-30 (n=21)	9	43	12	57
31-45 (n=15)	6	40	9	60
+46 (n=16)	6	38	10	62
TOTAL (n=125)	51	41	74	59

Source : MED 2008

La paroisse de Mont-Ngafula (Don Bosco) a en son sein 45 jeunes garçons soit 41% et 64 jeunes filles soit 59%. Quant je compare cette paroisse par rapport aux précédentes, les plus âgés que 46 ans ont un nombre élevé et représentent 13%. Quoiqu'elle soit d'une prédominance féminine, elle dépasse les deux autres pour les plus âgés en chiffre et en pourcentage.

2.3.5. La Mission Evangélique de la Délivrance

La MED est une Eglise avec trois paroisses Elle a trois cent septante-neuf membres répartis en différentes catégories d'âge et de sexe.

Le monde tel que Dieu l'a créé, il créa le sexe masculin et le sexe féminin pour que le processus de la multiplicité continue chez tous les êtres vivants qui se meuvent sur la terre (Genèse 1, 27). Il instaura aussi le système de la longévité de vie, de la durée du temps d'où le comptage d'heures, de jours, de semaines, de mois, d'année, de décennie, de siècle et de millénaire. L'âge et le sexe sont d'une importance capitale. Le

premier marque le temps qui amène le système de vieillissement et usure; et la seconde montre la différenciation physiologique entre le genre masculin et le genre féminin.

Tableau 9: Répartition de la MED

Age (an)	Sexe			
	Masculin	Pourcentage	Féminin	Pourcentage
1-5 (n=114)	54	47	60	53
6-12 (n=74)	34	46	40	54
13-20 (n=53)	25	47	28	53
21-30 (n=60)	25	42	35	58
31-45 (n=41)	16	39	25	61
+46 (n=37)	15	41	22	59
TOTAL (n=379)	169	45	210	55

Source: MED 2008

Parcourant le tableau, je souligne que le sexe féminin domine à tous les échelons en nombre et en pourcentage dans cette Eglise. Le sexe féminin est majoritaire. Evidemment, dans la ville province de Kinshasa, les femmes sont plus nombreuses que les hommes et même dans les différentes Eglises de la Capitale. La raison majeure à ce surpeuplement est que les femmes croient facilement et se convertissent rapidement que les hommes qui se posent mille et une question avant de prendre la décision finale pour s'engager dans la foi.

2.3.5.1. La MED selon les tranches d'âge

La Mission Evangélique de la Délivrance est une église dont les membres sont catégorisés en tranches d'âge. Le tableau ci-dessous les démontre clairement. Quand je le parcours, les jeunes de 1 à 45 ans sont majoritaires.

Tableau 10: Les tranches d'âge de la MED

Paroisses	Nombre	%	Tranches d'âge (an)					
			1-5	6-12	13-20	21-30	31-45	+46
Binza-Ozone	168	44	49	36	30	24	16	13
Kintambo	86	23	28	18	7	15	10	8
Mont-Ngafula	125	33	37	20	16	21	15	16
TOTAL	379	100	114	74	53	60	41	37

Source: MED 2008

Dans toutes les paroisses, le nombre de petits enfants de 1 à 5 ans est plus élevé que les autres tranches d'âge et représente 114 enfants soit 30%, la tranche de 6 à 12 ans : 74 enfants soit 19%, la tranche de 13 à 20 ans : 53 enfant soit 14%, la tranche de 21 à 30 ans : 60 enfants soit 16%, la tranche de 31 à 45 ans : 41 personnes soit 11% et la tranche de 46 à 59 ans : 37 personnes soit 10%. La décroissance numérique allant de 1 à 46 ans s'explique par le fait que certains abandonnent, soit la mobilité de changement de lieu d'habitation les éloigne du lieu de culte. Dans toutes les paroisses, l'école de dimanche se déroule seulement pour les deux premières tranches d'âge en un seul niveau faute de moniteurs pouvant organiser le deuxième niveau avec la troisième tranche d'âge.

2.3.5.2. La MED selon les catégories d'âge

Les catégories d'âge dans l'Eglise MED sont deux: l'une est la catégorie d'âge de 1 à 45 ans et l'autre est la catégorie d'âge de 46 à 59 ans. La première catégorie est constituée des personnes se considérant comme jeunes et la deuxième catégorie des personnes se considérant comme vieilles ou avancées en âge. En effet, les gens de la deuxième catégorie acquièrent la sagesse et ils ont l'expérience de la vie sexuelle, cependant ce sont de grands amoureux.

2.3.5.3. La MED et la Jeunesse

La représentation des jeunes dans l'Eglise MED dénote un privilège car la jeunesse est l'espoir de demain. Une Eglise comptant un nombre élevé des personnes âgées de plus de soixante pourcents est une Eglise vieillissante et un jour elle disparaîtra. Mais

l'avantage d'une Eglise ayant des personnes âgées est qu'elle progresse très vite en équipement car elle a des personnes qui comprennent vite les besoins de celle-ci et s'engagent. Cependant, c'est parmi les jeunes que Dieu se choisit les futurs dirigeants de l'Eglise pour la continuité de l'œuvre. Et aussi, la raison fondamentale est que l'avenir appartient aux jeunes qui prendront la relève et dirigeront.

2.3.5.4. La MED et les plus âgés

L'existence des personnes âgées dans l'Eglise MED se justifie par le fait qu'elles dirigent dans toutes les paroisses ainsi que dans l'Eglise-mère. Les personnes âgées responsables forment la jeunesse montante et l'orientent vers le but visé par l'Eglise. Ce qui est d'une notoriété publique est que ni dans l'Eglise-mère, ni dans les Paroisses, la présence des personnes de plus de 60 ans n'y est mentionnée.

Dans toutes les paroisses, ce qui est étonnant c'est de ne pas trouver une seule personne âgée de 60 ans ou plus. La raison à cela est confirmée par les statistiques d'expérience de vie qui va à 55 ans à cause de plusieurs facteurs : la malnutrition aggravée par le chômage, l'hygiène précaire et les conditions de logement médiocre. A la catégorie des personnes âgées, le sexe féminin, toujours lui, prend le dessus sur le sexe masculin. A cette catégorie, le sexe féminin compte 22 personnes soit 59% et le sexe masculin compte 15 personnes soit 41%. Par ce fait, j'affirme que l'Eglise MED, dans son ensemble, est majoritairement dominée par le sexe féminin. Tous les tableaux sur la présentation de l'Eglise MED le démontrent clairement que ce soit au critère de sexe, que ce soit au critère de classification par catégories d'âge.

L'Eglise porte cette dénomination de Mission Evangélique de la Délivrance parce qu'elle répond effectivement à l'ordre suprême qui recommande aux missionnaires d'aller annoncer la Parole de Dieu, délivrer les gens de leurs maladies, de leurs infirmités, de leurs pauvretés, de la prison de Satan et de leurs traditions etc. (Marc 16,18). La MED continue l'œuvre qui a fait même l'existence de la Communauté ecclésiastique et distribue de la littérature écrite en langues locales tel que Ndembo (2002:19) le confirme: «La communauté des Frères en Christ Gareganze s'est consacrée à annoncer la Parole de Dieu et à distribuer de la littérature chrétienne aux habitants de

chaque région ecclésiastique. La littérature était traduite dans les langues des habitants où la mission était établie pour faciliter la diffusion de l'Évangile».

L'Église MED a grandi et a donné naissance à deux paroisses avec des Pasteurs ordonnés pour la continuité de la mission. La période allant de 1996 à 2006 soit une décennie, la MED comptait deux cent trente-quatre membres. Aujourd'hui, elle évolue avec l'intention de l'augmentation. La MED joue aussi une importante influence parmi les autres églises de la commune et quartiers où elle est implantée. Malgré la multiplicité des tribus, des langues et des cultures différentes du milieu, la MED se déploie de rassembler les personnes dans une église locale où elles peuvent écouter la parole de Dieu en toute quiétude avec le slogan de base de «l'unité et l'amour» car cela exclut tout esprit de tribalisme et de discrimination dans les Paroisses comme l'atteste Falk (1985:350): «C'est ainsi que les Pasteurs et les catéchistes pouvaient habiter dans n'importe quel milieu sans être l'objet de discrimination ethnique et de provenance».

Je sais que toutes les personnes qui sont en Christ forment un seul peuple, une seule famille des enfants de Dieu et à fortiori l'Église Universelle où il ne s'y trouve ni juif, ni Grec, ni Congolais, ni Sud-Africain, ni Français, ni Belge, etc. mais seulement, tous sont frères et sœurs (1 Cor. 12, 13). De ce fait, le problème de nationalité ou d'origine est banni. En l'espace de deux ans, une augmentation en nombre soit cent quarante-cinq membres a été observée. Prenant ce chiffre, la croissance numérique par rapport à la dernière décennie est de 62% occasionnée par le service d'évangélisation.

La MED est l'une parmi des églises les plus actives de la Communauté de Frères en Christ Gareganze dans sa démarche à véhiculer le message de l'Évangile dans la ville de Kinshasa. La devise prônée par son fondateur le Révérend Docteur Kalemba Mwambazambi est de plus «gagner les âmes perdues pour Christ, les former et les envoyer comme missionnaires». Partant de celle-ci, l'église croit et la Communauté s'élargit en nombre d'églises locales et en nombre de personnes qui deviennent des membres effectifs. La MED et les autres églises sont appelées à croître numériquement et à affermir leurs membres.

2.3.6. Organisation de la MED

Dans le but d'obtenir un résultat fructueux à la fin d'un exercice quelconque dans les activités, toute entreprise ou association ou société met en place un certain mécanisme pouvant lui permettre d'assurer l'ordre dans la continuité du travail. Pour se faire, tout entrepreneur est censé mettre sur pied une bonne organisation. Ainsi, ce terme «organisation» est défini par Yungu (1987:22) comme: «Un ensemble de dispositions, de méthodes du personnel, des matériels, des capitaux, des inventions, avec un minimum de prix de revient et de satisfaction pour tous les individus».

Cette manière de diriger les personnes et d'utiliser les matériels montre que l'harmonisation conduit au progrès, le progrès au succès et du succès à l'épanouissement.

2.3.6.1. Organisation au niveau de la province

De ce fait, la Mission Evangélique de la Délivrance a quatre conseils suivants: Conseil Spirituel, Conseil de l'Eglise ; Assemblée Générale et la Représentation Paroissiale.

2.3.6.1.1. Conseil spirituel

C'est un organe constitué des ministres de Dieu: Apôtre, Evangéliste, Pasteur, Prophète, Enseignant et les Anciens établis exerçant une fonction au sein de l'Eglise MED conformément à la Parole de Dieu écrite en 1 Tim 5, 17. Ce conseil est chargé de veiller à l'application de la saine doctrine, d'encadrer les ministères naissants et les dons ; d'orienter à l'étude théologique, veiller à la croissance de l'Eglise par le biais des enseignements et à donner des séances d'affermissement.

Le conseil spirituel est l'organe de conception, d'orientation et de vision de la mission Evangélique de la délivrance dirigé par le Pasteur responsable (MED 2008)

2.3.6.1.2. Conseil de l'Eglise

Le conseil de l'Eglise comprend le Pasteur responsable de la Paroisse qui dirige les réunions et toutes les activités ; les anciens qui sont les Conseillers permanents du Pasteur s'occupent de tous les problèmes d'ordre spirituel au niveau de la Paroisse et du

Ministère de la parole. Ils jouent le rôle de garde-fou de la doctrine chrétienne ; les diacres s'occupent de la maintenance et de la gestion des matériels et de finance de la paroisse. Le conseil paroissial est l'organe d'exécution des projets et de leurs réalisations, de sanctions à prendre vis-à-vis d'un membre effectif dans la fragrance et de sa réhabilitation (MED 2008).

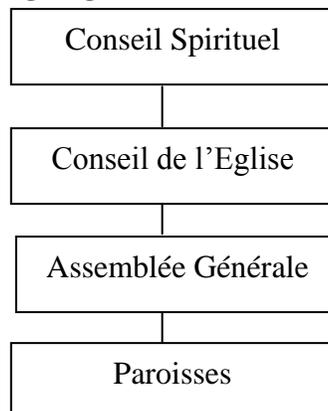
2.3.6.1.3. Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est constituée de tous les membres effectifs nés de nouveau. Les membres participent à l'élaboration du règlement d'ordre intérieur et du statut pour la bonne marche de l'Eglise. Les membres effectifs participent démocratiquement à la modification et l'amendement du statut et règlement d'ordre intérieur. Ils font l'audition et l'examen de la sanction prévue en rapport avec la faute commise conformément à la Parole de Dieu. Ils approuvent ou non le programme d'action présenté par le conseil de l'Eglise-mère. Les membres de l'Assemblée Générale (AG) jouent le rôle de contrôle et de suivi. L'Assemblée Générale est convoquée d'habitude par le Pasteur responsable de l'Eglise-mère sur proposition du conseil spirituel (MED 2008)

2.3.6.1.4. Représentation

La MED a deux paroisses qu'elle a placées dans deux communes de la ville de Kinshasa. La naissance de ces deux Paroisses n'a fait que rencontrer l'accomplissement de l'ordre suprême de Matthieu 28, 19-20. A Kintambo, la Paroisse est dirigée par le Pasteur Pongo, à Mont-Ngafula par le Pasteur Luba Tenga-Tenga et la paroisse de Don Bosco est dirigée par le pasteur Jean Makonga. Les dits Pasteurs sont les fruits de formation de l'Institut Facultaire de Théologie et de Sciences Appliquées «I.F.T.S.A» et ils assurent avec responsabilité les Paroisses qui leur sont confiées.

Organigramme de la MED



Le Conseil spirituel chapote tout dans l’Eglise parce que le Saint-Esprit dirige la vie de celle-ci sans lequel les dirigeants et les fidèles se permettraient d’agir contrairement à la volonté de Dieu.

Comme chaque église de la Communauté des Frères en Christ Gareganze est autonome sur le plan administratif, l’organisation de l’une diffère de celle des autres, mais la direction reste la même pour toutes les églises de la ville provinciale de Kinshasa. Cette direction est gérée par un représentant légal délégué qui est la plus haute hiérarchie de la CFCG au niveau de la direction autonome de Kinshasa, Capital de la République Démocratique du Congo, lieu de toutes les institutions gouvernementales et étrangères.

Le bureau du Pasteur responsable de MED est à Kinshasa sur 6, Avenue Kamba, Quartier Mosey/Binza-Ozone, Commune de Ngaliema. Ce bureau a pour objectif de représenter la MED au niveau provincial, communal et de répondre aux besoins communs des membres notamment :

- Renforcer des liens de fraternités entre les frères et sœurs de l’Église par la connaissance et l’assistance des uns et des autres
- Servir comme cadre de liaison et de consultation
- Promouvoir la vision de l’Église sur la paix, l’amour, la justice et le travail au sein de la MED et de la société
- Promouvoir des relations avec les autres Eglises de la CFCG tant à l’intérieur qu’à l’extérieur
- L’organisation des rencontres, des consultations et des visites
- La réalisation des projets communautaires
- La tenue des séminaires de sensibilisation et de formation d’éducation sur la vision de l’Eglise
- La facilitation de la communication par la diffusion des informations intéressant l’Eglise.

À propos de l’organisation de l’Eglise MED, je pense qu’il faille viser plus loin en traçant un programme traitant du VIH/SIDA sur les projets du développement afin que les membres de l’Eglise s’épanouissent et vivent en bonne santé comme l’exige l’article

3 de la Charte des Nations Unies « tout individu a droit à la vie, à la protection et à la sécurité de son être » et sans VIH/SIDA tel que le confirme Villey (1998 : 165) « la personne vivant sans symptôme d'une maladie quelconque, surtout du VIH/SIDA, celle-là est visée pour le développement ».

2.3.7. Doctrine et relation avec l'Etat

La MED, selon l'ordre suprême de Dieu, est appelée à manifester sa préoccupation d'unification de ses membres dans un travail commun pour le bien de tous. Elle est appelée à évangéliser et à susciter la paix dans toute la communauté kinoise. Elle appelle ses membres à respecter et à se soumettre aux lois du pays. Devant les calamités, les désordres politiques et les maladies, elle enseigne la paix, la compassion et l'espoir. Elle encourage le dialogue et débat entre les serviteurs de Dieu et Laïcs, exception faite à ce qui est contraire à la doctrine de l'Eglise. Elle permet la participation des membres effectifs, Diacre, Ancien et Pasteurs aux organes du pouvoir législatif, exécutif, judiciaire, aux autres postes politiques et aux processus électoraux. La MED est en contact permanent et en collaboration étroite avec l'Etat par le truchement des autorités communales et provinciales.

Les fidèles de MED ont le droit de refuser l'absolutisation du pouvoir. L'Eglise ne peut donc pas se substituer à l'Etat, et l'Etat ne peut pas intervenir dans les affaires propres de l'Eglise : dans sa direction, sa doctrine, sa liturgie ni sa pratique spirituelle. L'Eglise n'accomplit pas sa mission de salut par le sermon seulement, mais par la réalisation des bonnes actions permettant l'élévation morale et spirituelle.

2.3.8. Profil théologique

Le profil théologique de la Mission Évangélique de la Délivrance est évangélique. Pour MED, l'Eglise est institution divine exercée par les humains. L'Eglise a deux natures : divine et humaine. Elle est liée par sa nature humaine au monde, mais elle ne coopère pas avec le monde comme une institution terrestre car, elle agit par son pouvoir mystique. De même que son chef suprême Jésus-Christ, l'Eglise n'est pas de ce monde bien qu'elle soit dans ce monde. Ses membres peuvent agir l'image de Jésus-Christ, à

témoigner de lui et de son royaume. Les membres de l'Eglise peuvent participer à la mission du Christ (Jean 10 : 17).

La vie à laquelle chaque membre est appelé dans l'Eglise est un don incommensurable de Dieu aux hommes. La diversité des grâces dans l'Eglise provient de la diversité des dons, sachant que les grâces sont variées, mais c'est toujours le même Seigneur. Il y a diversité des dons, mais c'est le même esprit qui opère tout en tous (I Cor. 12 : 5-6).

Ainsi, l'Eglise est une assemblée de tous ceux qui croient en Jésus-Christ quel que soit leur nationalité, leur langue, leur race, leur mode de vie, leur instruction, leur richesse, leur pauvreté.

L'esprit de Dieu les unit en un lieu et leur donne une nature divine qui les différencie des gens du monde.

2.3.9. Thèmes importants en discussion dans la MED

Les assemblées générales tenues à la période de 1998-2008 ont traité différents thèmes concernant la vie de l'Eglise dont les plus importants étaient les suivants :

- La crise sociale au sein de l'Eglise causée par le chômage créant ainsi la pauvreté, l'oisiveté et l'instabilité
- Le refus des permutations des différents serviteurs de Dieu vu la position déjà occupée dans l'Eglise
- L'examen des différents projets de développement communautaire
- L'adoption des nouvelles stratégies pour l'avancement de l'œuvre de Dieu au sein de MED
- La formation sur le VIH/SIDA qui cause tant des désarrois dans l'Eglise, les familles et la communauté
- La prise en charge des orphelins et toutes les victimes du SIDA

2.4 Conclusion partielle

Le présent chapitre a porté premièrement sur la présentation de la ville de Kinshasa , sa position géographique et topographique, sa population, langues et religions, son

administration, son économie et son climat afin d'avoir une connaissance parfaite du lieu d'étude.

Deuxièmement, il s'est penché aussi à la présentation de la Mission Evangélique de la Délivrance centrée sur son organisation, sa doctrine et relation avec l'Etat, son profil théologique et les différents thèmes importants en discussion dans la Mission Evangélique de la Délivrance en précisant le cadre de recherche.

Le troisième chapitre s'occupera de l'analyse et évaluation des systèmes de prévention contre le VIH/SIDA à Kinshasa/RDC de 1998 à 2008.

CHAPITRE 3: ANALYSE ET EVALUATION DES SYSTEMES DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA A KINSHASA

3.1. Introduction

Le troisième chapitre que j'aborde concerne la physiopathologie du VIH/SIDA dans la mesure où les conséquences de cette pandémie interpellent chacun et bouleverse l'ordre de la vie sociale dans ses multiples dimensions. Et beaucoup de personnes sont inconscientes du danger qu'elles courent. Je vise outiller ceux et celles qui font face à une préoccupation à la fois théologique et existentielle.

Théologique, parce que le VIH/SIDA interroge le discours habituel sur Dieu, la perception de l'être humain et de la maladie. Boesak (1977:11) estime que «les activités de l'Eglise comme communauté de foi peuvent servir comme un point de réflexion pour toute théologie, et le Dieu de la Bible est un Dieu de la libération, de la justice, Dieu de la paix et d'amour».

Existentielle, parce que tout dérapage sexuel ou doctrinal sur la problématique du VIH/SIDA peut fragiliser davantage plus les personnes infectées et affectées et les enfoncer dans un fatalisme pouvant précipiter brusquement leur mort. MUKENDI (2005:63) le confirme «l'existence de l'homme dans le monde est marquée par sa présence physique. Sa vie se manifeste par l'épanouissement et dans la liberté qui lui est reconnu par la société».

Le VIH/SIDA est un motif d'embarras pour beaucoup de leaders religieux ou spirituels. Comme tant d'autres maladies touchant aux habitudes sexuelles et à la sexualité, à l'amour, à l'intimité, à la mort, au dépérissement physique, le VIH/SIDA crée la peur et suscite la honte. Les leaders religieux en général et ceux de la MED en particulier évitent dans leur homélie ce sujet parce que la maladie du SIDA fait penser à la mort, à la souffrance physique. Pour ne pas frustrer les fidèles, souvent, ils le contournent malignement parce qu'ils refusent de toucher les points saillants considérés comme tabou. Le VIH/SIDA passe pour une maladie honteuse pour les personnes infectées. Ceux ou celles qui en souffrent sont culpabilisés et considérés, à tort ou à raison, comme des supers pécheurs, des supers coureurs de jupons, des Don Juan, des amants du sexe.

De ce fait, ils sont généralement méprisés et privés de la chaleur familiale et de la communauté dont ils ont besoin. Quand une maladie s'installe dans le corps humain, je pense que les manifestations cliniques et le mode de transmission doivent être connus. Le nombre des personnes infectées permettra aussi à établir la statistique pour qu'une étude comparative et analytique soit faite sur différents niveaux afin de prévoir les moyens efficaces de lutte menant à la décroissance des cas rencontrés voire à l'éradication.

3.2. Physiopathologie

En 1981, le 5 janvier, Michael Gottlieb du Centre Américain du contrôle décrit pour la première fois ce syndrome chez les homosexuels Américains, au même moment les Professeurs Robert Ballo et Esser émirent l'hypothèse que l'agent causal de cette nouvelle maladie était apparenté à l'HILV1. Certaines affections qui caractérisent le nouveau syndrome n'a pas tardé à apparaître chez les hommes atteints de l'hémophilie dès qu'on a commencé à se rendre compte qu'il y avait association de maladies semblables à celles qu'avaient été observées aux Etats-Unis d'Amérique, en Afrique et en Europe, les scientifiques se souvinrent d'avoir noté des syndromes de ce type vers les années 1959, c'est ainsi que les Professeurs Haward Zémin et David Baltimore avaient fait les premiers pas sur la vie de la découverte du Virus de l'Immuno Déficience Humaine (Courtejoie et Pfuti 1995:14).

En 1983, un groupe de chercheur Français ont identifié un nouveau virus en laboratoire connu maintenant VIH (Virus de l'Immuno Déficience Humaine) comme étant la cause du SIDA. Ce type de virus était aussi connu sous le nom de VIH 1. Deux ans après, en 1985 un deuxième type de VIH virus était identifié au Sénégal parmi les trafiquants de sexes. Ce type de virus appelé VIH2 est trouvé fréquemment en Afrique de l'Ouest et semble moins transmis parce que c'est un virus moins virulent et moins fort que le premier type VIH1 (Courtejoie et Pfuti 1995 :14). Après plusieurs recherches, d'autres types de VIH ont été trouvés. Il existe 2 types de virus à VIH qui sont le VIH1 et le VIH2. Ces virus présentent une morphologie similaire au microscope électronique mais sont différents par leur constitution génétique.

Le VIH1: ce type de virus est présent dans tous les pays du monde. Il a été découvert en son sein plusieurs sous types qui sont désignés de A à J repartis de la manière suivante:

- En Europe et aux USA : il existe le virus du sous type B.
- En Afrique Australe y est beaucoup plus répandu le virus du sous type C.
- En RDC, à elle seule, il y existe plusieurs sous types A, F, G, H.

Le VIH1 a une particularité: il entraîne une évolution très rapide vers des stades graves de la maladie. Ce virus, après l'infection, continue à se reproduire dans l'organisme et le système immunitaire y répond en fabriquant des anticorps dirigés contre ce virus. Contrairement aux anticorps dirigés contre la plupart des autres micro-organismes, ces anticorps ne détruisent pas le VIH. Leur problème ou leur absence dans le sang c'est ce que cherchent à déterminer les tests de l'infection à VIH. Toute personne dont le sang contient des anticorps anti VIH est dite « séropositive ». Les anticorps anti-VIH sont facilement décelables que le virus lui-même et ont généralement deux semaines à trois mois pour apparaître dans le circuit sanguin, mais parfois plus que cette durée affirme Michel Château Vert et Norbert Gilmore (1993:89).

Et d'où la période entre le contact avec le virus et l'apparition des anticorps est appelée «fenêtre sérologique». Pendant cette période la personne est source de contamination bien qu'avec des résultats négatifs au test pour le recherche des anticorps.

Le VIH2: est un variant du premier virus de l'immuno-déficiência humaine d'où sa dénomination, car légèrement différent de sa constitution génétique. Les recherches menées sur ce dernier prouvent que l'infection à VIH2 entraîne une évolution moins rapide vers le stade du SIDA que le VIH1. La plupart de cas à VIH2 ont été déclarés en Afrique de l'Ouest, peu de temps après des cas similaires ont été observés dans d'autres continents. Les deux familles VIH1 et VIH2 comportent une grande variété de sous types. D'où la difficulté de mettre au point un vaccin.

Le cas le plus récent du SIDA a été observé chez les homosexuels ou bisexuels masculins et chez les toxicomanes par voie intraveineuse dans certaines zones urbaines des Amériques et d'Europe Occidentale, d'autres parts, chez les hommes et les femmes à partenaires multiples dans certaines régions des Caraïbes et d'Afrique Centrale et

Orientale (Courtejoie et Pfuti 1995:17). Après cela, les épidémies majeures ont été trouvées dans un autre groupe marginalisé notamment des utilisateurs de seringues intraveineux en Europe, dans le Sud-est de l'Asie, la Chine et l'Inde. Le VIH/SIDA n'est pas une maladie seulement identifiée chez les homosexuels ou les toxicomanes. Une fois le virus dans le circuit sanguin, il règne sur le CD4 les globules lymphocytaires cervicaux lesquels constituent une partie vitale dans le système de l'immunité qui constitue la défense de l'organisme tel que le confirment Courtejoie et Pfuti (1995:19) et Webb (1997:3) ajoute qu'ils coordonnent la production de l'anticorps et toutes les réponses immunitaires. Les rétrovirus sont capables de causer des infections des globules cérébraux pour transmettre la génétique matérielle virale, l'acide ribonucléique (ARN) dans un autre type, l'Acide Déoxyribonucléique (ADN) avec lequel il infecte de nouveaux globules. Le VIH infecte principalement les globules blancs appelés «lymphocytes T4» et diminue ainsi la résistance de l'organisme aux autres infections (Courtejoie et Pfuti 1995:19).

Vauvillier (2001:341) souligne que le VIH appartient à la famille de rétrovirus. Un rétrovirus est un virus dont le matériel génétique est constitué d'ARN. Le VIH possède une enzyme «la transcriptase inverse» qui lui permet de synthétiser un brin de l'ADN complémentaire de l'ARN viral et s'intègre dans le génome de la cellule. Cet ADN néoformé peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant ainsi un provirus. Celui-ci se comporte comme un gène de la cellule infectée et peut soit resté silencieux se contentant d'être transmis aux cellules filles à chaque mitose soit s'exprimer et être traduit ensuite en protéine virale pour donner naissance à des particules virales identiques aux virus infectieux du départ (Robert Gallo et Coll 2005:72 – 73).

La libération de ces nouvelles particules virales entraîne la mort de la cellule hôte. Elles s'attaquent à la cellule cible suivante. Le virus peut également être transmis d'une cellule infectée à des cellules non infectées par fusion avec celles-ci. Le virus est vigoureusement sphérique et il a une dimension d'un micron. Il ne peut être vu qu'au microscope. En l'observant, il a une enveloppe faite d'une double layelles de lipides avec protéines. Cette enveloppe a aussi des protéines virales appelées gluco-protéines.

Les protéines jouent le rôle de liaison et d'invasion des globules étrangers au virus. La protéine virale se lie au CD4 une protéine sur la membrane des globules du système d'immunité. Le corps du virus et son contenu sont alors pris dans la cellule. La réplication des globules résulte dans les lymphes modes à travers le corps humain (Webb 1997:3). Les cellules infectées par le VIH se trouvent dans tout l'organisme. L'organisation mondiale de la santé (OMS 2005) stipule que dans le traitement, il y a quelques médicaments spécifiques contre le VIH qui ont accru la moyenne de survie tels que le Zinavudine (ZDV) et l'Azidothymidine (AZT ou RETROVIR) dont l'action est de bloquer l'enzyme viral transcriptase inverse. Cependant, le système immunitaire est compromis quand une proportion de T lymphocyte est graduellement détruite donc affectant les réponses immunitaires. Le processus relatif entier de VIH acquiert une déficience immunitaire (SIDA) qui peut s'étendre sur une décennie dans plusieurs individus. Dans beaucoup de pays sous développés où il y a prolifération des pathogènes, le processus de déficience est très court. Le système immunitaire en rapport avec l'infection à VIH est constitué par des variétés de globules blancs appelés lymphocytes. Il existe deux types de lymphocytes : T et B.

- Les lymphocytes T attaquent directement les microbes agresseurs pour les anéantir immédiatement. Ils constituent l'immunité cellulaire. Parmi les lymphocytes T, d'autres sont des porteurs de récepteurs CD4, les récepteurs auxquels le VIH peut s'attacher. Ce sont les lymphocytes T4 ou cellules CD4. Ces lymphocytes jouent son rôle important au cours de la réponse immune à l'activation des macrophages et à la phagocytose des parasites, de bactéries intracellulaires (salmonella, mycobactéries, champignons, etc.) et à la stimulation de la sécrétion d'anticorps permettant la lutte contre les infections virales et bactéries pyrogènes.
- Les lymphocytes B attaquent et détruisent les microbes grâce à la fabrication d'une substance appelée anticorps. Ce sont les lymphocytes T4 qui stimulent les lymphocytes B à fabriquer les anticorps. Mais cette fabrication des anticorps n'est pas immédiate. Il se passe toujours un délai entre la pénétration du microbe dans l'organisme et la fabrication des anticorps. Les anticorps produits sont spécifiques au microbe et reste longtemps dans l'organisme pour combattre le même type de

microbe en cas d'attaque ultérieure. Cela est appelé mémoire immunitaire. Les lymphocytes B constituent l'immunité humorale.

Tant que les lymphocytes T et B ne sont pas affaiblis ou vaincus, le système immunitaire fonctionne normalement. S'ils rencontrent un adversaire plus fort comme le VIH, ils s'affaiblissent et sont vaincus. Ainsi, au fur et à mesure que le nombre de leur destruction augmente tout le système immunitaire s'écroule à petit feu. Dirk (1999:51) souligne qu' «à côté de ce déficit quantitatif en lymphocytes CD4, il y a aussi un déficit fonctionnel. En cas d'infection par le VIH, l'immunité cellulaire et l'immunité humorale sont inefficaces pour détruire l'agresseur».

Le VIH attaque les lymphocytes T4 à travers les récepteurs CD4 qui sont progressivement détruits. Lorsque le taux de cellules CD4 détruites est élevé l'organisme perd sa capacité à lutter efficacement contre les autres infections d'où la parution des maladies opportunistes. A la longue, le système de défense s'épuise, raison pour laquelle au cours de l'infection par VIH vont apparaître les bactérioses, les viroses, les parasitoses, les mycoses, les mycobactérioses et toutes infections opportunistes que l'organisme avait autrefois l'habitude de vaincre. Melnick (2004:37) affirme que le VIH est l'agent causal d'un syndrome caractérisé par la détérioration progressive graduelle, irréversible et invalidante du système immunitaire humain.

L'immunosuppression profonde qui en résulte à la fin se manifeste cliniquement par la susceptibilité de l'hôte infecté à contacter un large éventail d'infections opportunistes et de cancers.

Généralement, la période d'incubation du SIDA est de dix ans. Le milieu environnemental joue aussi un rôle important quant à l'évolution et à la déclaration du SIDA (Kilolo 2000:15). C'est ainsi qu'à l'Ouest des Etats-Unis, la moyenne est de 6 ans, en RSA pas plus de deux ans, en RDC jusqu'à quinze mois. Partout le système d'immunité est incapable d'arrêter le développement des autres infections opportunistes et la période d'incubation varie d'un pays à l'autre, d'un continent à l'autre. D'habitude, ce sont ces infections opportunistes qui aggravent la situation en dégradant l'état de santé. La complication du SIDA la plus fréquente est la tuberculose. Courtejoie et Pfuti (1995:43) ajoutent que même si le système immunitaire n'est que modestement affaibli,

c'est amplement suffisant pour réveiller une tuberculose qui était latente depuis dix, vingt ou trente ans. En effet, depuis l'existence des médicaments antirétroviraux, le processus antirétroviral de la déficience immunitaire VIH a fait diminuer la puissance de VIH/SIDA et les personnes atteintes peuvent vivre le plus longtemps possible.

En donnant le produit tel que Zidovudine au patient oralement après quatorze semaines en intraveineux et Neonate pendant six semaines pour la population qui ne prend pas du lait maternel, cela réduit sensiblement la transmission de la mère à l'enfant de VIH1. Lorsqu'une femme séropositive est enceinte, le virus peut être transmis à son enfant in utéro bien que cela ne soit pas systématique. Et Ambroise (1989:27) affirme que:

Le diagnostic de la contamination est difficile à poser car à la naissance tous les enfants nés de mère séropositive sont séropositifs, sans pour autant être contaminés. Ils portent les anticorps, en fait, de leur mère qui sont passés au travers du placenta, car les enfants ne fabriquent pas encore leurs propres anticorps. Une séropositivité chez l'enfant à la naissance n'a pas la même signification que chez l'adulte. Ce n'est qu'à partir de quatorzième mois de vie qu'il est possible de mettre en évidence une contamination de l'enfant. En effet, à cette période, les anticorps de la mère ont disparu. Les enfants non contaminés redeviennent séronégatifs au dix-huitième mois après la naissance.

Comme dans le cas des autres maladies, une bonne alimentation est importante en associant le traitement du VIH/SIDA pour fournir assez des calories à l'organisme.

3.2.1. Manifestation Clinique

Lorsque le VIH pénètre dans l'organisme, il infecte différentes cellules dont certaines cellules du système immunitaire, en particulier les lymphocytes CD4 appelés aussi lymphocytes T4, qui sont la cible principale du virus de l'immunodéficiência humaine. Les manifestations cliniques du SIDA sont identiques au VIH1 et VIH2 bien que la déficience immunitaire soit basse avec VIH2.

Le corps humain possède un système de défense naturel contre les agressions dont il est en permanent l'objet, comme celles des parasites, des bactéries, des champignons et des virus. Ce système de défense est appelé système immunitaire. Il est composé tel que Binaux (2000:72) le confirme «des cellules immunitaires dont les chefs d'orchestre sont les lymphocytes CD4» appelés aussi les lymphocytes T4. Les virus sont

transmis par les liquides biologiques (Jeannot 1989:23). Le VIH s'installe et s'impose en détruisant les globules du système immunitaire et le corps devient incapable de résister aux différentes infections d'où son affaiblissement. Les pathogènes les moins forts laissent la place aux infections opportunistes qui rongent petit à petit le corps. Ainsi, le mécanisme de défense étant affaibli, le symptôme apparaît seul ou avec d'autres entraînant des signes majeurs et mineurs chez l'adulte et chez l'enfant que cite Eke (2006:36).

Chez l'adulte et adolescent:

- Signes majeurs : Perte de poids de 10%, diarrhée de plus d'un mois, Fièvre prolongée de plus d'un mois.
- Signes mineurs: Toux persistante plus d'un mois, dermatose prurigineuse généralisée, antécédent, de Zona ou Herpes simplex, Candidose de l'oropharynx blanchâtre, Adénopathie généralisée.

Chez l'enfant:

- Signes majeurs: Perte de poids ou croissance anormale, diarrhée chronique de plus d'un mois, fièvre prolongée de plus d'un mois.
- Signes mineurs : Adénopathie généralisée, candidose de l'oropharynx, toux persistante, éruption cutanée généralisée. Infections courantes récidivantes.

Les signes énumérés ci-haut constituent les conditions déterminées pour la déclaration du SIDA. Eke (2006:36) ajoute que «un adulte ou un adolescent est séropositif s'il présente deux signes majeurs et un signe mineurs» et «un enfant est séropositif s'il présente deux signes majeurs et deux signes mineurs». Comme la faiblesse du corps et plus précisément du système immunitaire continue, beaucoup de maladies sévères se manifestent elles-mêmes entre autres les méningites, cryptococques, les pneumonies et le cancer comme les lymphomes de Burkett et le sarcome de Kaposi. Cette forme sévère peut aller au-delà de deux ans avant la mort pendant laquelle période, il y a des infections chroniques et période transitoire ou de convalescence (OBIS 2001:16). L'OMS (Reuter 2003:7) classifie les manifestations cliniques du VIH/SIDA en 4 étapes:

- Première étape: VIH positif sans symptômes, à l'exception de quelques maladies mineures souvent à la période du début de contact avec le virus. Quelques personnes vont sentir de la fièvre forte, diarrhée et dans le cas rare la pneumonie. Cependant, ceci va normalement de quatre à cinq jours et beaucoup de gens ne prennent pas cela au sérieux. Durant quatre ans, ils ne peuvent pas avoir une maladie importante.
- Deuxième étape: VIH positif avec les maladies mineures telles que le problème de la peau, la grippe et les infections des oreilles.
- Troisième étape: VIH positif caractérisé par la perte de poids à dix pourcents, diarrhée, fièvre au-delà d'un mois, ganglions dans la bouche et pneumonie ou tuberculose.
- Quatrième étape: cette étape est appelée SIDA. Elle est décisive. Pendant ce stade, il n'y a que des gens avec le système immunitaire très faible qui peuvent être classifiés. A ce stade, tous les symptômes sont réunis et la dégradation de l'état de santé se fait remarquer.

L'association de la pneumonie, le toxoplasme, les méningites cryptococques, le sarcome de Kaposi, le cancer cervical, le lymphome, les ganglions, l'Herpes, les démangeaisons et la diarrhée bien sévère amènent plus rapidement à la mort. Chacune de quatre étapes permet de déterminer avec exactitude le stade auquel la personne ayant contracté le VIH se trouve. Cependant, l'étape déterminante et irréversible est bien sûr la quatrième étape qui conduit inéluctablement à la mort dans un court temps parce qu'aucun médicament, même les antirétroviraux, ne peut agir efficacement. Tout est bouleversé, la mort devient certaine. La personne n'attend que rendre l'âme.

3.2.2. Modes de transmission

Le VIH, virus responsable de l'épidémie, est transmis dans les circonstances précises et connues : l'utilisation des matériels souillés tels que la seringue, l'aiguille, la lame de rasoir dans le cas d'opération (Jacques 1998:27). Mais le VIH n'est pas transmis par l'air comme le virus de la grippe, par les aliments comme celui de l'hépatite virale A, par des salutations à la main comme pour le choléra, ou par les insectes comme la maladie du sommeil, de la fièvre jaune ou le paludisme.

Ainsi, il s'agit d'une maladie transmissible et non pas contagieuse. Le VIH se transmet par des liquides biologiques humains (sang, sperme, sécrétions vaginales principalement) Jacques (1998:43). Il peut être transmis aussi au fœtus lors de la grossesse et probablement à l'enfant par le lait maternel, si la personne qui allaite est contaminée.

Tableau 1 : Modes de transmission

Liquides biologiques pouvant transmettre le VIH.	Liquides et produits biologiques ne pouvant pas transmettre le VIH (à moins d'être sanglant)
<p>Sang</p> <p>Sécrétions vaginales et cervicales</p> <p>Sperme et sécrétions séminales</p> <p>Fluide synovial</p> <p>Lait maternel</p> <p>Liquide amniotique</p> <p>Liquide céphalorachidien</p> <p>Liquide d'ascite</p> <p>Liquide pleural</p> <p>Liquide péricardique</p>	<p>Crachats</p> <p>Larmes</p> <p>Salive</p> <p>Liquide de vomissement</p> <p>Sécrétions nasales</p> <p>Selles</p> <p>Sueur</p> <p>Urine</p>

Jacques (1998:43).

3.2.2.1. Les conditions de transmission

Il existe deux conditions indispensables pour que le virus puisse se transmettre.

- La sécrétion contaminant doit contenir une quantité importante de VIH. C'est le cas du sang, du sperme ou des sécrétions vaginales des personnes contaminées.
- Le VIH doit pouvoir pénétrer dans l'organisme soit par une muqueuse (vagin, pénis, anus, bouche, œil), soit par une blessure (piqûre, coupure, peau ou muqueuse abimée).

3.2.2.2. Les modes de transmission

Ils sont à trois:

- La transmission par les sécrétions sexuelles : PNLIS (2002), c'est le mode de transmission majeur, notamment en Afrique où elle représente quatre-vingt dix pourcents des contaminations.

Les relations sexuelles avec pénétration anale, vaginale ou orale, quelles soient hétérosexuelles ou homosexuels, peuvent transmettre le VIH. La fragilité naturelle des muqueuses génitales fait qu'elles sont souvent le siège de microlésions et les micro-inflammations. La contamination est plus facile par les lésions microscopiques qui ont lieu au cours de la pénétration. Ceci permet le contact du VIH présent dans le sperme ou dans les sécrétions vaginales avec le courant sanguin ou les lymphocytes du receveur. Les sécrétions sexuelles sont les principaux véhicules de transmission du VIH (Courtejoie et Pfuti 1995:35). Je souligne aussi que toutes les pratiques sexuelles qui favorisent les lésions et les irritations entraînent inévitablement une augmentation du risque de transmission, exemple, faire le rapport sexuel par voie orale.

Cependant, la transmission peut se faire même si les muqueuses sont intactes. J'ajoute également que toute infection génitale, en particulier celle s'accompagnant d'ulcération chez l'un des partenaires, augmente énormément les risques de transmission (herpès, ulcération génitale, gonococcie, syphilis). Les infections au niveau du prépuce facilitent l'infection chez l'homme Delvin et al (1997:27). Ils confirment que les relations anales seraient les plus infectants car elles sont les plus traumatisantes pour les muqueuses déjà plus fragile que la muqueuse vaginale. Le VIH est présent dans les sécrétions sexuelles chez la personne infectée en quantité suffisante pour qu'une contamination soit possible.

La contamination peut avoir lieu lors d'un contact entre ces sécrétions et les muqueuses du vagin, du pénis ou de l'anus qui sont des portes d'entrée possibles pour le virus VIH. Je présente ci-dessus un tableau récapitulatif.

Tableau 2: La contamination

Contamination	Prévention
<ul style="list-style-type: none">• Risque élevé pour les deux partenaires lors d'une pénétration vaginale ou anale sans préservatif.• Risque faible lors des contacts bouche-organes génitaux ou bouche-anus.	<p>L'utilisation systématique de préservatifs prévient les possibilités de contamination.</p> <p>Dans tous les cas, il est prudent d'éviter les contacts non protégés entre le vagin, le pénis, l'anus et la bouche, de même que tout contact de sécrétions contaminées avec une muqueuse.</p>

Delvin et *al* (1997:27)

Je pense que l'utilisation du préservatif dûment contrôlé soit utilisée à chaque rapport sexuel. Si l'un des deux partenaires a pu être contaminé s'abstenir. L'homme mettra le préservatif dès le début de l'érection afin de ne pas l'oublier quand il aura atteint l'orgasme. En fait, l'utilisation du préservatif n'est pas toujours un moyen sûr de protection car le risque de contamination au VIH est certain en cas de déchirure.

- La transmission par le sang : chez une personne contaminée, le VIH est présent dans le sang en quantité suffisante pour qu'une contamination soit possible. La contamination telle que le confirment Courtejoie et Pfuti (1995:36) se déroule lors d'un contact avec le sang ou les tissus profonds d'une autre personne considérée saine et Jackson (2004:76) ajoute que la transmission se fait «entre une personne dont le sang est souillé et une personne n'ayant jamais été en contact avec celui-ci».

Les accidents peuvent arriver lors de certains actes médicaux tels que l'intervention chirurgicale, l'injection des produits pharmaceutiques, le tatouage et les scarifications. L'utilisation d'objets tranchants ou pointus contaminés par le sang d'un sujet vivant avec le VIH constitue un danger permanent s'ils entrent en contact avec le sang d'une personne saine.

Tableau 3: Les objets de contamination

Objets ayant pu être contaminés	
Contamination	Prévention
<ul style="list-style-type: none"> • Bien que minime, le risque de contamination reste possible avec des objets qui ont été en contact avec les liquides biologiques ou les muqueuses d'une personne contaminé. • Le risque existe aussi en cas de partage d'ustensiles d'hygiène personnelle contaminés par le sang : brosses à dent, rasoir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Désinfection et stérilisation obligatoire, ou bien usage unique des objets piquants ou tranchants et des récipients ayant contenu des liquides ou des instruments contaminés. • Jeter les objets et les récipients ayant pu être en contact avec du sang. • S'abstenir de partager les ustensiles personnels. • Privilégier les médicaments per os.

Delvin et *al* (1997:29)

Les contacts transfusions avec le sang souillé représentent les risques les plus importants de contamination. La catégorie des personnes victimes de transmission par le sang sont les toxicomanes qui s'injectent la drogue en intraveineux par une même seringue.

Tableau 4: Voie de contamination

Toxicomanie par voie intraveineux	
Contamination	Prévention
<p>La contamination se fait par l'échange ou la réutilisation d'aiguilles ou seringues par plusieurs personnes.</p>	<p>Les seringues et les aiguilles doivent être à usage strictement personnel. Des seringues stérilisées, jetables et à usage unique peuvent être achetées librement dans les pharmacies. Mais en cas d'impossibilités absolue : désinfecter les seringues en plastique à l'alcool avant la réutilisation, désinfecter les seringues en verre dans l'eau bouillante avec un peu d'eau de javel pendant quinze minutes.</p>

Depuis Mai 1987, le Décret 87-328 du 13 mai 1987 de l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'achat des seringues en pharmacie sans avoir à justifier de son identité a été autorisé et cela avec la mention obligatoire «strict usage unique».

La transfusion, je pense, est la plus dangereuse qui soit, car la quantité du VIH contenu dans le sang met la personne ayant reçu le sang au stade (phase) où se trouve le donneur. Ainsi, le receveur va développer la maladie très rapidement et aller dans la même situation de dégradation que le donneur en peu de temps.

Tableau 5: Voie de transfusion

Transfusion sanguine	
Contamination	Prévention
<p>Le risque est total pour le sang infecté de VIH.</p> <p>Le risque est minime pour les dons de sang en période de séroconversion (nouveau porteur de virus pas encore séropositif).</p> <p>Les hémophiles, souvent transfusés, sont les plus touchés.</p>	<p>Les contaminations par transfusion sanguine sont en voie de disparation grâce à un dépistage systématique des dons de sang.</p> <p>Eviter le sang non testé.</p>

Delvin et al (1997:32)

Kilolo (1971:50) appuie que «la sécurité transfusionnelle est étroitement liée au respect vigoureux des règles fondamentales concernant les risques de contamination».

Un autre phénomène grave de contamination du VIH est la transplantation d'organes. Elle apporte aussi une quantité des cellules déjà infectées qui vont mettre le VIH dans le circuit sanguin.

Tableau 6: Voie de transplantation

Transplantation d'organes	
Contamination	Prévention
<ul style="list-style-type: none"> • Si le donneur est contaminé, le VIH est présent dans les organes à transplanter. 	<ul style="list-style-type: none"> • La pratique d'un dépistage systématique devrait être faite pour chaque don d'organe.

Ambroise (1989:30)

- La transmission mère-enfant: elle n'est pas systématique car un enfant sur cinq né de mère séropositive est contaminé par le virus. La transmission se fait pendant la grossesse, sans connaître s'il existe une période de développement du fœtus où le risque de contamination est plus important. L'autre risque est de voir l'enfant être contaminé pendant le travail lors des contractions utérines ou plutôt lors de l'expulsion. Dans les pays nantis, des cas rapportés de transmission mère-enfant en période post-natale n'existe pas parce que les matériels appropriés sont disponibles, « la transmission de la mère à l'enfant est possible pendant la grossesse avant ou après la naissance » affirme Ambroise (1989:31).

Tableau 7: Voie de grossesse

Grossesse	
Contamination	Prévention
<ul style="list-style-type: none"> • La contamination se fait pendant la grossesse. • Le risque de contamination lors de l'accouchement n'est pas du tout exclu. 	<ul style="list-style-type: none"> • La femme séropositive évitera à tout prix d'être enceinte, même si les deux conjoints sont séropositifs.

Ambroise (1989:31)

Concernant la nutrition, l'allaitement d'un enfant par une mère autre que sa propre mère présente aussi des risques éventuels de transmission de virus et des risques de contamination bactériologique. Les contrôles physico-chimiques et bactériologiques systématiques seront faits chaque fois, mais le risque de transmission est très banalisé.

Tableau 8: Le risque par allaitement

Allaitement maternel	
Contamination	Prévention
Le risque de contamination par l'allaitement maternel est très faible.	L'allaitement d'un enfant par une mère séropositive devra être interdit bien que dans les pays sous-développés, il est indiqué malgré le risque.

Ambroise (1989:31).

3.2.3. Information statistique sur le VIH/Sida

Les données statistiques fournissent une information sûre et précise sur une situation ou un échantillon choisi, et Jeffrey (1982:167) souligne que «l'information ne doit pas être conservée, mais aller d'une personne à l'autre» pour en avoir la connaissance.

Dans le cas d'espèce, je pense dégager le nombre de personnes qui ont été infectées dans la ville de Kinshasa, République Démocratique du Congo, de 1998 à 2008 par le VIH/SIDA et essayer d'être le plus objectif possible dans l'analyse et l'interprétation.

Aujourd'hui, la pandémie du VIH/SIDA bouleverse les calculs de paramédicaux, des biologistes et tous les hommes de science car tous les continents sont touchés sans exception. Bon nombre de mes contemporains sont atteints et d'autres craignent d'être victimes et de mourir en état squelettique inacceptable. Ils trouvent que cela suscite la honte du cadavre lui-même et de la famille, c'est donc un déshonneur. Le VIH/SIDA est une maladie virale incurable et redoutable qui ruine et par la suite tue impitoyablement. L'information statistique donne, quant à elle, une clairvoyance du nombre des personnes infectées bien que les médicaments antirétroviraux soient mis au point ajoutant une coudée d'années de vie de l'homme. Les données sont chiffrées et déterminent le nombre de personnes effectivement infectées desquelles une conclusion de progression ou de décroissance est tirée.

Cependant, la diminution des cas décelés ne signifie pas que la disparition est définitive, car il peut y avoir un rebondissement inquiétant. De ce fait, ce qui est mieux de faire c'est de suivre à la loupe chaque cas, combattre avec la dernière énergie l'envahisseur ou le destructeur VIH en prévoyant la non récidence et la non rechute amenant à la gravité.

3.2.3.1. Etude comparative et analytique

Dans cette étude, je vais comparer le niveau d'infection du VIH/SIDA en République Démocratique du Congo et dans la ville de Kinshasa.

Certes, le VIH/SIDA fait peur. Il crée l'effroi et donne des frissons à toute personne qui l'entend et la tique en même temps. La comparaison pousse toujours à dénicher le bastion du virus. Et dès que la découverte est faite, il faudrait se focaliser sur

la pandémie et trouver des solutions appropriées. Dans le cas de cette pandémie, l'inattendu arrivera quoique toutes les dispositions soient prises. Et ce qui est important dans le cas de VIH/SIDA, c'est de lutter farouchement contre la transmission du virus à partir des personnes infectées vers les personnes saines.

3.2.3.1.1 Niveau de la RDC

La statistique de la pandémie du VIH/SIDA sur le plan planétaire donne un nombre alarmant pour les personnes déjà infectées du virus VIH et pour celles qui sont atteintes chaque jour. Ce qui ne préserve pas la RDC et sa Capitale Kinshasa. Le constat est vraiment amer et présage un mauvais augure si les mesures d'encadrement et de prévention continues ne sont pas envisagées et prises dans l'immédiat par l'autorité de tutelle et l'Eglise. Le VIH/SIDA est un problème de santé publique causant une véritable crise sociale en tant que facteur de pauvreté et de frein au développement.

La pandémie se répand en outre dans un contexte planétaire, car elle touche tous les domaines de vie de l'homme présentement.

La solution à la pandémie devra nécessairement considérer l'aspect global du problème que le VIH/SIDA suscite. Le SIDA est de plus en plus présent dans les Eglises, les Universités, les Ecoles et les lieux de travail, raison pour laquelle l'homme visé comme cible par le VIH est appelé à prendre les précautions qui s'imposent pour se garder en bonne santé lui-même et protéger l'autre. Le SIDA est une maladie gravissime par ce fait que la médecine est incapable de donner un traitement approprié pour le soigner et la science est également incapable de trouver un médicament pouvant le guérir définitivement. Il est mortel et son virus impitoyable, impardonnable et dévastateur.

Cette pandémie s'est répandue à travers le monde et elle sévit en RDC causant tant des désarrois et des pleurs dans des familles. Le SIDA pose de sérieux problèmes à la société humaine de part le monde. Il se transmet d'un continent à l'autre de manière sournoise car ceux qui entrent en contact avec le VIH contaminent les autres avant que la maladie du SIDA ne se manifeste chez eux. Il fait souffrir des hommes, des femmes et des enfants longtemps avant de les tuer; cela dans tous les continents pour ceux qui l'ont attrapé.

La maladie phénoménale SIDA tue inévitablement et aucun médicament sur le plan mondial n'a été trouvé pour l'éradiquer ni aucun vaccin prévu. Aujourd'hui, le slogan qui convient est «sauver l'homme» du VIH/SIDA, et cela constitue un leitmotiv; trois mots qui réjouissent le cœur de l'homme qui l'entend. En effet, des méthodes et stratégies à prendre permettront à lutter efficacement pour arriver à l'élimination de cette pandémie.

«Sauver l'homme» signifie que chacun des habitants de la planète terre (hommes, femmes et enfants) a le droit indéniable à la vie et de la conservation de l'état de sa santé physique et mentale. La pandémie du VIH/SIDA est mondiale, elle se vit dans les pays nantis et dans les pays plus pauvres. Elle ne fait exception de personne. Le problème de la transmission pourra donc s'aggraver si les mesures radicales ne sont pas adoptées à court et à long terme à vue de la projection de la population mondiale faite par Jacques Diouf (1995:2), Directeur Général de la F.A.O., dans son message du 16 octobre 1995, lors du cinquantenaire, affirme «la projection de la population mondiale en 2030 sera d'une augmentation de trois milliards», cela signifie qu'en additionnant aux six milliards actuels elle sera de neuf milliards de personnes.

En ce temps-là, la F.A.O. aura le problème pour l'alimentation et l'O.M.S. aura le problème crucial de la santé publique, et ipso facto le nombre de personnes vivant avec le VIH se sera accru si les mesures d'encadrement et de prévention ne sont pas prises dès à présent. Cet appel a été jadis lancé par le Secrétaire Général des Nations Unies Koffi Anan, lors du sommet Africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses, tenu en Avril 2001 (ONUSIDA 2002:11). D'où cent quatre-vingt-neuf pays ont convenu que le SIDA constituait un problème de développement de la plus haute importance à l'échelle tant nationale qu'internationale et ont signé une déclaration d'engagement historique sur le VIH/Sida qui promettrait des ripostes novatrices, des efforts coordonnés et une obligation de rendre des rapports concernant le progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie menaçante.

Selon Koffi Anan, le Sida est un problème proéminent qui est sur l'agenda et tous les sommets et des décisions prises par les différents forums des Nations notamment les groupes de G8 et G7, l'organisation des Etats Américains (O.E.A.), l'organisation de l'Unité Africaine (O.U.A.), les Nations du Marché Commun (N.M.C.),

l'Union Européenne (E.U), l'Association des Nations du Sud-Est Asiatique (A.N.S.E.A.) et le Secrétariat de la Communauté Caribé (CARICOM).

Ensuite, d'autres forums tels que le Forum Economique Mondial (F.E.M) et le Forum Social-Mondial (F.S.M) ont tenu des sessions à Porto Alegre pour trouver des solutions sur le VIH/SIDA. Depuis ce temps, les Nations Unies ont commencé à considérer le SIDA non comme un problème de santé isolé, mais comme une question de développement humain si grave que les autres problèmes auxquels le monde est confronté actuellement.

Le premier groupe des personnes vivant avec le VIH est un groupe constitué des enfants que j'appelle «groupe des victimes innocentes». Les enfants vivant avec le VIH (EVV) pour la plupart, sont victimes soit lors de leur accouchement ayant favorisé la contamination de la mère à l'enfant, soit de la mauvaise utilisation par les paramédicaux des matériels tranchants ou pointus de soin souillés par le sang infecté, soit ils ont été transfusés du sang infecté du VIH. Les jeunes vivant avec le VIH (JVV) sont ceux qui ont soit essayé leur première expérience de la vie sexuelle ou s'y acharnent, soit ils sont également victimes de la mauvaise utilisation des matériels tranchants ou pointus de soin souillés par les paramédicaux, soit ils ont aussi été transfusé du sang infecté par le VIH.

Les adultes vivant avec le VIH (AVV) sont ceux qui ont été victimes lors de leur rapport sexuel avec un ou plusieurs partenaires occasionnelles infectés, soit ils ont été victimes lors de la mauvaise utilisation des matériels tranchants ou pointus de soin souillés par le paramédicaux, soit eux-mêmes lors de l'utilisation de seringue souillée par le sang infecté (cas de toxicomanes), soit lors d'une transfusion du sang infecté, soit lors d'une transplantation d'un organe infecté du VIH et soit lors d'administration de soin d'un paramédical à une personne vivant avec le VIH et vice-versa. Et je précise que les EVV, les JVV et les AVV sont tous les PVV.

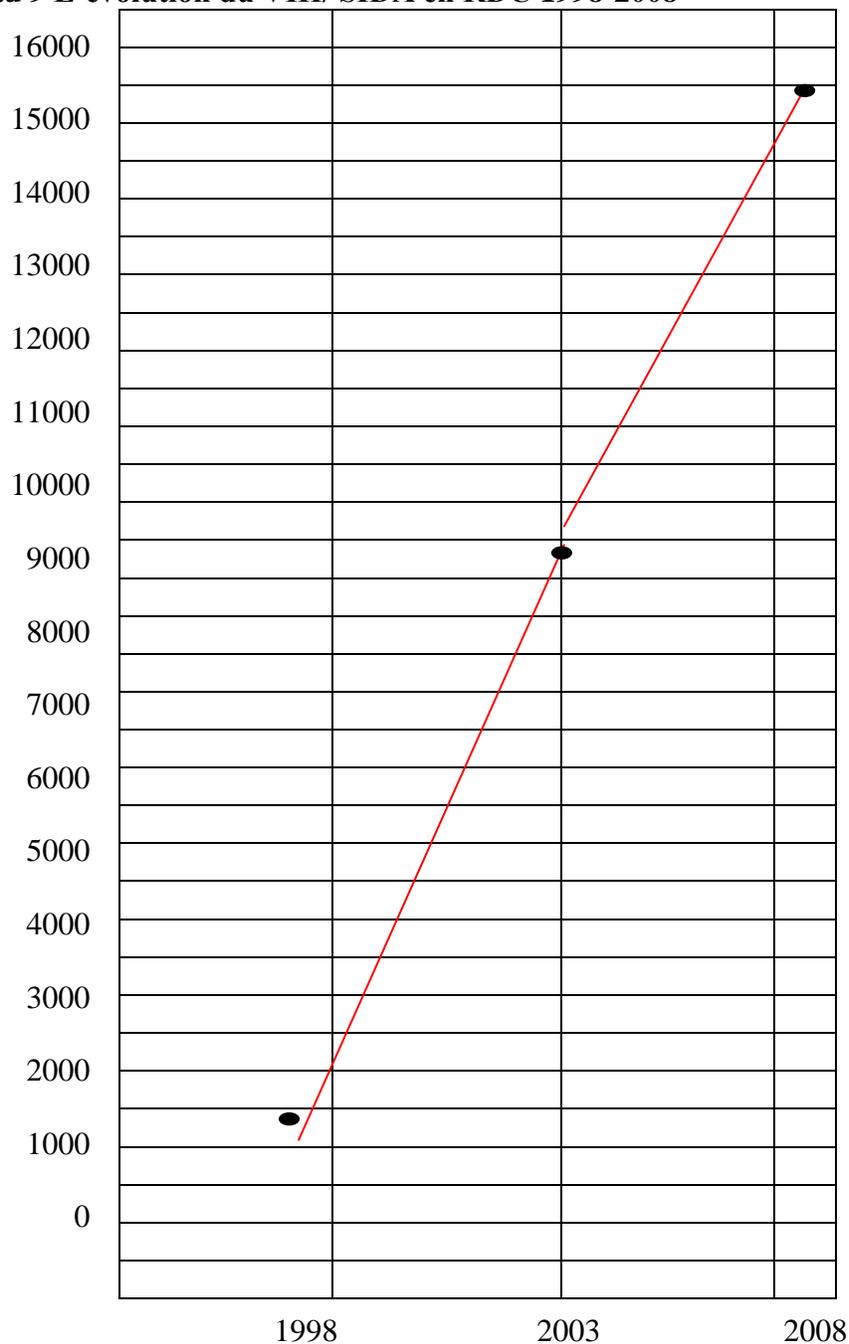
Partant de toutes les infections énumérées, ce qui attire la peur de tout le monde est qu'il faille se méfier de tous et de tout.

Le regard d'un observateur affûte sur l'échiquier ci-dessous voit la forme d'une montée difficile à escalader pour une lèche tirée atteignant la personnel qu'elle trouve dans sa direction pour signifier que les hommes ont besoin de la protection et que des

études sérieuses sur la lutte contre le VIH/SIDA devraient être faites et des stratégies à prendre bien raisonnées afin de diminuer des cas de nouvelles infections et des cas des décès. Les facteurs favorisant l'accroissement en nombre des cas de nouvelles infections demeurent entre autres: le tabou, la polygamie, la liberté sexuelle engendrée par la pauvreté.

En République Démocratique du Congo du Congo comme partout ailleurs dans les autres pays d'Afrique et du monde, la pandémie du VIH/SIDA est un problème sérieux qui s'ajoute à ceux qui existaient déjà rendant ainsi la vie de la population plus compliquée qu'avant son existence sur la liste des maladies dangereuses et meurtrières. La situation politique, sociale et économique du pays devient plus complexe par le fait que l'homme, agent principal de développement, est menacé et terrorisé par le VIH/SIDA qui le met dans un état d'insécurité psychologique sans précédent. Depuis la déclaration en RDC des premiers cas de SIDA en 1983, la situation épidémiologique n'a cessé d'évoluer en nombre jusqu'à en faire un problème véritablement de santé compte tenu de son impact et son ampleur sur les individus, les familles, les communautés et le développement de toute la nation Congolaise.

Tableau 9 L'évolution du VIH/ SIDA en RDC 1998-2008



Quand je prends le nombre de 1.453 personnes vivant avec le VIH de 1998 avec celui de 9.413 personnes vivant avec le VIH de 2003, je trouve une grande augmentation de 7.960 PVV soit 547% signifiant que le nombre de 2003 vaut au moins cinq fois plus que celui de 1998. Ceci montre combien les autorités du pays ne s'intéressent pas à cette pandémie du VIH/SIDA. Quand je prends le nombre de 9.413

PVV de 2003 par rapport à celui de 15 411 PVV de 2008, je trouve une augmentation de 5 998 PVV soit 64%. Cette croissance en nombre de PVV devrait de prime à bord interpeler les autorités du pays. Quand je considère 1 453 PVV de 1998 à celui de 15 411 PVV de 2008, l'augmentation est assez grande et mérite une attention particulière.

La République Démocratique du Congo est un grand pays au centre de l'Afrique avec neuf voisins dont à l'Est l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie; au Nord le Soudan et la République Centrafricaine; au Sud l'Angola et la Zambie, et enfin à l'Ouest par la République du Congo. Sa position géographique la prédispose à la transmission du VIH de l'extérieur vers l'intérieur vu que ses frontières sont facilement perméables à cause de la corruption qui atteint un niveau très élevé, et occasionnent le passage même des gens suspects porteurs sains sans aucune exhibition au préalable des documents médicaux.

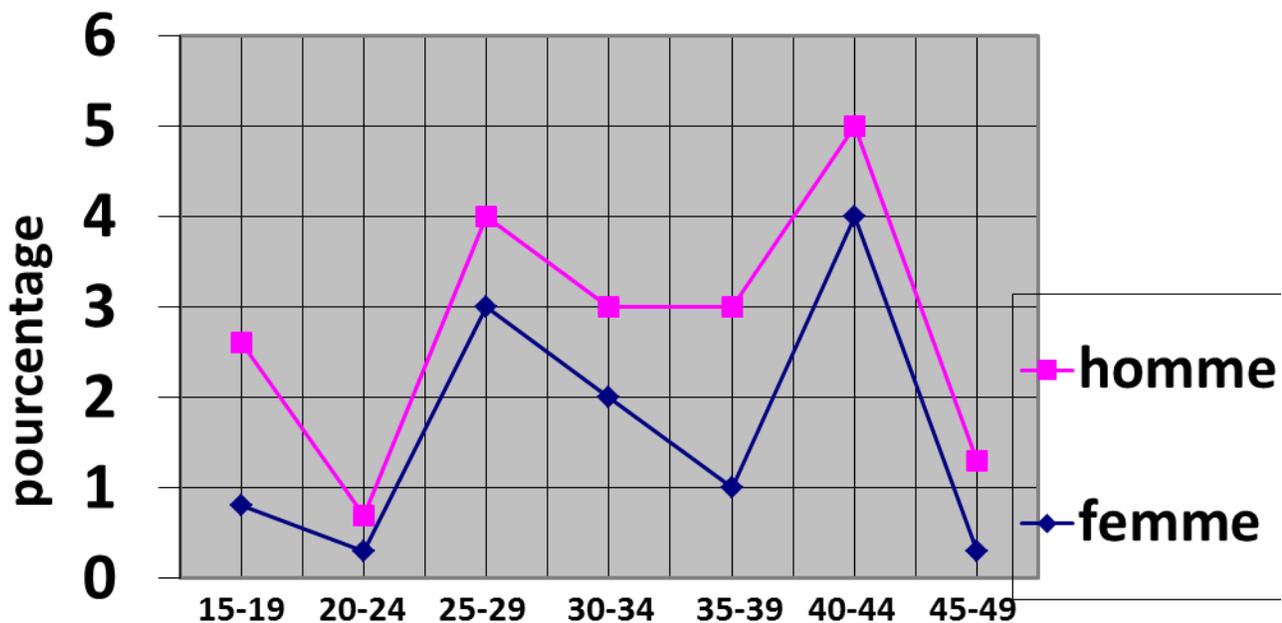
La guerre de l'Est du pays est l'un des facteurs favorisant des viols, des meurtres et des violences faites à la femme sur le plan sexuel permettant la transmission du VIH sur le territoire national. Pour besoin d'analyse sur la prévalence du VIH, la RDC qui compte onze provinces est répartie en quatre régions: Région Est 2% (Province Orientale, Sud-Kivu et Nord-Kivu); Région Ouest 1% (Equateur, Bandundu et Bas-Congo); Région Centre-Sud 1% (Katanga, Kasai-Oriental et Kasai-Occidental) et région Kinshasa 2%. La prédominance et l'égalité des pourcentages pour deux Régions Est et Kinshasa s'expliquent pour deux raisons majeures: premièrement la Région Est, est le bastion de la guerre interminable occasionnant l'infection du VIH par des viols perpétrés par des soldats atteints du virus venus d'autres Nations telles que le Burundi, le Rwanda et l'Ouganda. Deuxièmement, les rescapés de la guerre immigrent très nombreux dans la ville province de Kinshasa où du moins la sécurité semble être observée par rapport aux lieux où se trouve la guerre.

3.2.3.1.2. Prévalence du VIH/SIDA par âge

De manière générale, les jeunes sont plus infectés comme le confirme Nzinga (2004:95) «les jeunes adolescents sont en effet plus vulnérables que les adultes au VIH/SIDA que les adultes aux infections sexuellement transmissibles. Environ le tiers des personnes

atteintes aujourd'hui de VIH dans le monde se situe entre 10 et 24 ans. Pour des raisons biologiques et culturelles, les filles sont les plus touchées». Les jeunes hommes sont plus infectés que les jeunes femmes; mais après 24 ans, les femmes sont plus infectées que les hommes. La prévalence atteint 4% chez les femmes à 40–44ans et chez les hommes, elle atteint 2% à 35 – 39ans de manière générale. La prévalence de 15 – 19ans se remarque chez les hommes 2% et les filles 1% ; à l'âge de 20 – 24ans le pourcentage chez les hommes et chez les femmes est moins de 1%. A l'âge de 25-29ans, la prévalence chez les femmes est 3% et chez les hommes 4%. Entre 30-34ans, les femmes prédominent avec 2% et chez les hommes 1%. A 40-44ans, la prévalence chez les femmes est 4% et chez les hommes 1% et enfin à l'âge de 45-49ans, chez les femmes le pourcentage est 1% et chez les hommes moins de 1%.

Tableau 10 : La prévalence selon l'âge



Quand je regarde et compare les deux courbes d'évolution, les garçons sont plus infectés à l'âge de 15-19ans parce que c'est le moment où ils veulent entrer dans la découverte de l'acte sexuel et beaucoup de jeunes filles sont déflorées en ce temps là. Ils sont poussés par l'instinct sexuel à faire leur premier essai. Et aussi, c'est la période de la puberté. Ils sont également plus infectés à 35-39ans parce que c'est le moment où ils ont

le plaisir sexuel et ils préfèrent des sorties pour des fêtes, des bars, de concerts de musique et en plus ils sont plus virulent dans le rapport sexuel.

La déclinaison débute à l'âge de 40-44ans car ils commencent à se fatiguer ayant vu que ce qu'ils ont fait par le passé n'était qu'un parcours pas très important mais passionnant car ils ont acquis l'expérience de la vie. Ils prennent maintenant conscience. Et d'ailleurs, la plupart d'entre eux deviennent de grand-père. Ils trouvent que se donner à cette pratique d'aventure c'est se dévaloriser. Chez les femmes de 15-19ans, la formation de la stature féminine se fait remarquer, et elles aussi, entrent à la période de la puberté où elles veulent se prévaloir, se confirmer et elles optent à plus se soigner pour attirer l'attention des garçons. Cependant, elles sont plus infectées à l'âge de 25-29ans, parce que c'est le moment où elles aiment le luxe. Elles deviennent plus coquettes et préfèrent le copinage, les fiançailles, les sorties, des fêtes et des concerts de musique. A ce moment, elles aiment aussi le rapport sexuel et se rencontrent souvent avec des hommes de 35-39ans qui ont plus besoin de la libido. Et à l'âge de 40-44ans, elles sont plus infectées parce qu'elles veulent rattraper le retard et faisant tout pour se rajeunir. Elles sont chaudes et aiment le sexe car après cette étape, c'est la ménopause moment où le plaisir de rapport sexuel va diminuant et les ovaires ne produisent plus des ovules pouvant être fécondés pour donner naissance. A la ménopause, le corps de la femme tend à se refroidir et elle devient moins chaude.

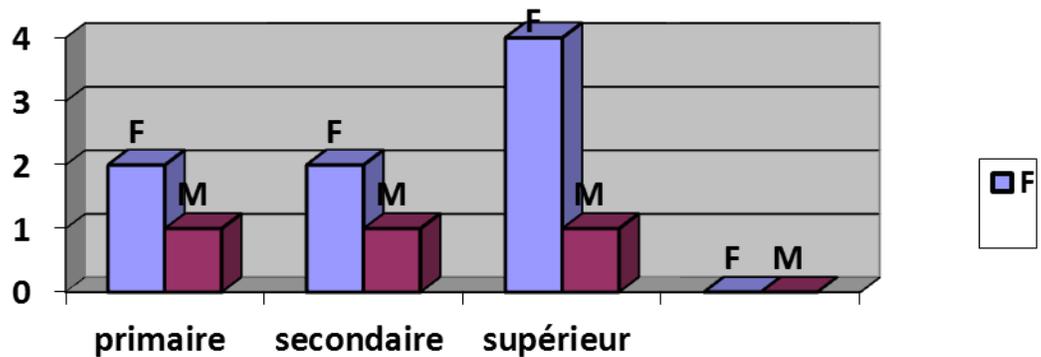
3.2.3.1.3. Prévalence du VIH/Sida selon le niveau d'instruction

En RDC, au niveau primaire 3% sont repartis de la manière suivante 2% pour les filles et 1% pour les garçons. La prévalence à ce niveau se trouve du côté des filles parce qu'il y a des tribus où les parents poussent leurs filles à la découverte sexuelle dès que les mamelles prennent du volume, telles que les Bangala, les Mongo, les Bakongo. Au niveau secondaire 3% sont repartis de la manière suivante 2% pour le sexe féminin et 1% pour le sexe masculin (Pongo 2009:25)

La prévalence est du côté des filles parce qu'à cette période, ai-je déjà confirmé plus haut, elles se trouvent dans la tranche d'âge 15-19ans. Au niveau supérieur 4% sont repartis de la manière suivante 3% pour les filles et 1% pour les garçons. La prévalence demeure du côté des filles parce que la plupart d'entre elles sont dans la tranche d'âge

24-29ans (Pongo 2009:26). Elles se conduisent comme elles veulent car les parents ont cessé de les contrôler en les assimilant aux adultes. A tous les niveaux cités d’instruction, le sexe féminin a un taux d’infection plus élevé que le sexe masculin par le fait que les femmes sont plus séduites et les Saintes Ecritures le confirme et prouve leur faiblesse (Genèse 3: 1-6).

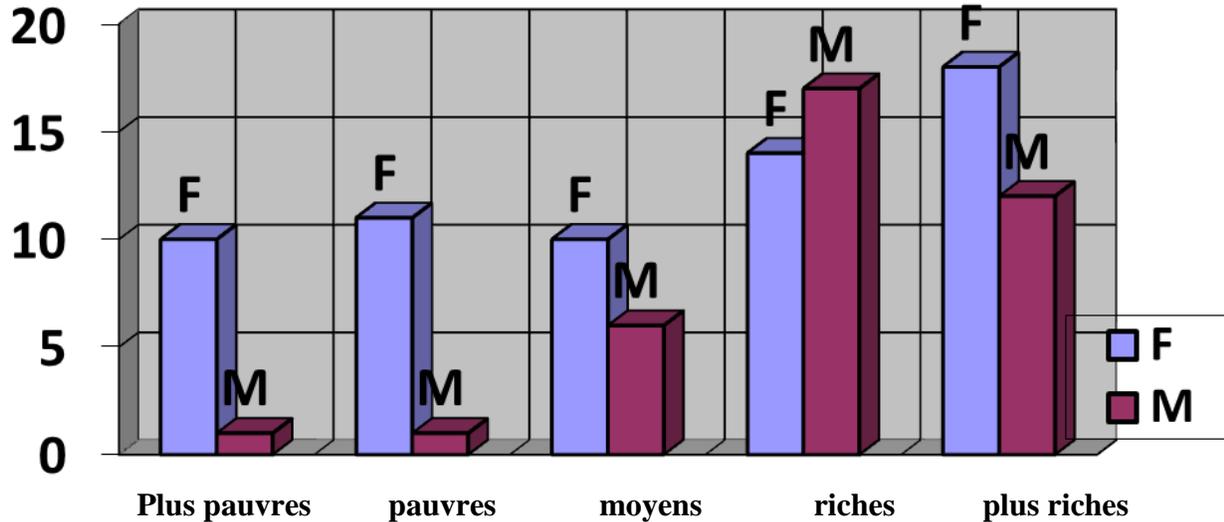
Tableau 11: La prévalence selon instruction en pourcentages



3.2.3.1.4. Prévalence selon le niveau social

Le VIH en RDC est encore l’un des problèmes qui s’ajoute à celui de la faim rongant la société. Contrairement à ce que les hommes pensent, ce sont les foyers de riches qui sont les plus touchés par l’infection du VIH. La prévalence est plus élevée chez les femmes et les hommes de la catégorie de riches que chez les plus pauvres. Ceci pour deux raisons, chez les riches parce que l’argent qu’ils possèdent les pousse à faire de la folie se plongeant dans une sexualité sans contrôle. Chez les plus pauvres, le taux est inférieur par le fait que le moyen de se lancer à une telle folie manque. Ils sont limités dans leurs agissements, mais ils s’adonnent plus à l’alcool pour oublier leur misère (Ministère du plan 2007).

Tableau 12: La prévalence selon le niveau social



Prenant le niveau des plus pauvres, la prévalence est du côté des femmes parce qu'elles veulent coûte que coûte sortir de cet état dans lequel elles se trouvent afin d'améliorer la situation de leur vie misérable tandis que les hommes de ce niveau, eux, se maintiennent et acceptent volontiers cette situation la trouvant naturelle et héritée. Au niveau des pauvres, le taux de prévalence chez les femmes augmente par le fait de la convoitise qu'elles ont, et elles se prostituent très facilement avec les hommes de ce niveau. Mais les hommes pauvres se comportent comme les misérables car tous deux considèrent la souffrance comme un état naturel.

Et au niveau moyen, le pourcentage diminue un peu chez les femmes et rejoint celui des misérables vu qu'elles veulent aussi voir un changement de standing de vie. A la différence des femmes plus pauvres, celles-ci sont ambitieuses et envieuses. Elles veulent posséder, se distinguer sans fournir d'efforts, et les hommes du niveau moyen aiment beaucoup le sexe et l'alcool qui le pousse à une sexualité incontrôlée. Au niveau des riches, les hommes se prostituent avec les femmes de l'âge de 25-29ans; raison pour laquelle le taux de prévalence en infection de VIH est accentué que chez les hommes riches et les filles de 25-29ans qu'ils contaminent facilement parce qu'elles sont en quête d'argent de vivre dans l'aisance sans aucun effort fourni. Les femmes riches à leur tour se comportent aussi comme leurs maris et font cour avec les hommes de 35-39ans qu'elles infectent aussi facilement car elles sont négligées sur le plan sexuel par leurs

maris. Au niveau des plus riches, les femmes battent le record du point de vue infection en VIH car pour la plupart les maris sont vieux et l'acte sexuel est moins fréquent d'où le rapport sexuel se fait avec les hommes riches qui les contaminent facilement comme le font les jeunes femmes de 25-29ans; mais les hommes plus riches n'ont pas une fréquence de rapport sexuel comme les hommes riches.

Quand je prends la classe des pauvres appelée aussi classe des prolétaires constituée par trois niveaux : les plus pauvres ou misérables; les pauvres et les moyens, je trouve que le pourcentage d'infection en VIH des hommes est des femmes est 39% soit pour les hommes 8% et pour les femmes 31%. Quand je prends aussi la classe des riches appelée classe bourgeoise constituée des deux niveaux : les riches et les plus riches ; je trouve le pourcentage plus élevé 61% soit pour les hommes 29% et pour les femmes 32%. Contrairement à ce que les gens pensent, c'est la classe des riches qui est la plus infectée du VIH que celle dite pauvre. Quand je prends seuls les hommes de toutes les deux classes, le pourcentage est 37% soit pour les hommes de la classe des pauvres 8% et pour les hommes de la classe bourgeoise 29%. Et quand je considère uniquement les femmes de toutes les deux classes, le pourcentage est 63% soit pour les femmes de la classe des pauvres 31% et pour les femmes de la classe bourgeoise 32%.

Quand je compare les taux d'infection en VIH sur l'étendue de la RDC, les femmes ont une prévalence en infection VIH avec 63% et les hommes 37%. Ainsi, la population de la RDC court un danger car elle est composée de 51% des femmes et 49% d'hommes (Ministère de la Santé 2004). Dès qu'un grand nombre des femmes est infecté de VIH sur le territoire national, la transmission sera très grande et rapide, le risque est d'avoir un pays avec un taux plus élevé des personnes vivant avec VIH d'où une intervention imminente de la part des autorités du pays s'annonce urgente.

3.2.3.1.5. Taux d'infection par classe sociale

Quand je compare le taux d'infection en VIH chez les hommes, la classe prolétarienne a un pourcentage moins élevé que celui de la classe bourgeoise par le fait que les hommes pauvres sont limités dans leurs agissements par leurs moyens et leur vie précaire ; tandis que les hommes bourgeois préfèrent la cour avec de jeunes filles qui les infectent impunément.

Quand je compare le taux d'infection en VIH chez les femmes, la classe bourgeoise dépasse légèrement celle des femmes pauvres par le fait que les femmes pauvres sont à la recherche de l'argent pour se positionner et mener une vie meilleure, tandis que les femmes riches recherchent le plaisir afin de satisfaire leurs passions. La prévalence du taux d'infection en VIH est plus chez les femmes riches que chez les femmes pauvres. Les hommes et les femmes riches sont les plus infectés, et eux également infectent à leur tour un très grand nombre de personnes car ils mettent tous les moyens pour ne pas mourir seuls. Les personnes vivant avec le VIH ont la devise secrète: «Je transmets le VIH car j'ai été transmis du VIH».

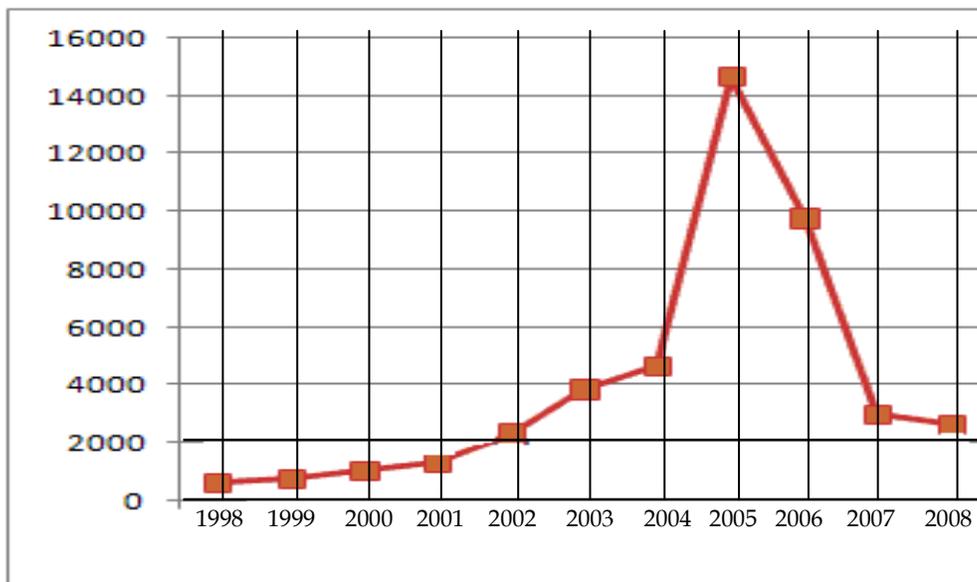
3.2.3.1.6. Niveau de la ville province de Kinshasa

La ville de Kinshasa est une des onze provinces de la République Démocratique du Congo dont elle en est la Capitale politique avec une superficie de 9. 965 km² soit une fois le pays de Chypre; quatre fois la Réunion; neuf fois le Sao Tome, quatre-vingt fois la Belgique et une fois plus un tiers du Rwanda. Dans cette ville province, la maladie du SIDA avait été découverte pour la première fois en 1 983 à l'Hôpital de Kinshasa (ex Mama Yemo) avec trois cas seulement. En ce temps là, L'Etat ne faisait aucune attention parce que le nombre des victimes était minime, et que cette maladie pourrait disparaître.

Cependant, la maladie s'enracinait petit à petit dans la population par la transmission du VIH surtout par voie sexuelle. La pandémie du VIH/SIDA touche pratiquement les hommes dans différents milieux de travail dans la ville de Kinshasa: les soldats, les policiers, les enseignants, les universitaires, les professeurs, les infirmiers et médecins, les élèves, les artistes, les commerçants, les bureaucrates, les ingénieurs, les ouvriers, les politiciens, les prostituées etc. Ce virus atteint toute personne qui entre en contact avec lui. Il ne craint personne et il ne tient pas compte du grade ou de la position sociale que la personne occupe au sein de la société. Il raccourcit la vie et tue sûrement. Toutes les catégories de la personne humaine sont visées par lui. De ce fait, la ville province de Kinshasa a besoin pour son développement des personnes en bonne santé physique, d'où la vigilance de tout le monde, à tous les niveaux est recommandée. Chaque personne devrait avoir une oreille attentive au message du VIH/ SIDA.

Le SIDA n'est pas seulement une maladie des villes mais aussi des villages car les commerçants infectés ou non à mauvaise moralité pratiquent la sexualité avec des partenaires occasionnels infectés ou non. Et comme cette pandémie du VIH/SIDA concerne la population de cette ville et que ma dissertation s'y penche, je vais exploiter les données statistiques copulées de 1998 à 2008 pour les Hôpitaux et Cliniques de référence dans la ville Capitale: Hôpital Général de Kinshasa, Hôpital général de Kintambo, Hôpital Général de Selembao, Hôpital Roi Baudouin, Clinique Universitaire, Clinique Ngaliema et Clinique Kinois. Les données statistiques de cette période se présente de la manière suivante: 623 PVV en 1998; 732 PVV en 1999 ; 1 015 PVV en 2000; 1 306 PVV en 2001; 2 304 PVV en 2002; 3 849 PVV en 2003 (Statistiques copulées des Hôpitaux et Cliniques); 4 664 PVV en 2004 ; 14 646 PVV en 2005; 9 764 PVV en 2006; 2 976 PVV en 2007 et 2 620 PVV en 2008 (Rapports PNLS 2004 à 2008).

Tableau 13: L'évolution du VIH à Kinshasa 1998-2008



Selon le Rapports PNLS (2004 à 2008), l'année 1998 a été une année de grands effrois dans la ville de Kinshasa par le fait que le nombre de 1997 soit 207 PVV a triplé jusqu'à atteindre 623 PVV en 1998, ce qui équivaut à 300% par rapport à l'année précédente. C'est à partir de 1998 que la croissance était devenue dangereuse pour la ville de Kinshasa, et c'est ce qui a attiré mon attention.

Quand je prends le nombre de 623 PVV de 1998 par rapport à celui de 732 PVV de 1999, je trouve une augmentation de 109 PVV soit 17%; le nombre de 732 PVV de 1999 par rapport à celui de 1 015 PVV de 2000, l'augmentation est de 283 PVV soit 39% ; le nombre de 1 015 PVV de 2000 par rapport à celui de 1 306 PVV de 2001, l'augmentation est de 291 PVV soit 29%; le nombre de 1 306 PVV de 2001 par rapport à celui de 2 304 PVV de 2002, l'augmentation est de 998 PVV soit 76%; le nombre de 2 304 PVV de 2002 par rapport à celui de 3 849 PVV de 2003, l'augmentation est de 1 545 PVV soit 67%; le nombre de 3 849 PVV de 2003 par rapport à celui de 4 664 PVV de 2004, l'augmentation est de 815 PVV soit 21% ; le nombre de 4 664 PVV par rapport à celui de 14 646 PVV de 2005, l'augmentation est catastrophique 9 982 PVV soit 214% ; le nombre de 14 646 PVV de 2005 par rapport à celui de 9 764 PVV de 2006, la diminution est de 4 882 PVV soit 33% ; le nombre de 9 764 PVV de 2006 par rapport à celui de 2 976 PVV de 2007, la diminution est de 6 788 PVV soit 70%, le nombre de 2 976 PVV de 2007 par rapport à celui de 2 620 PVV de 2008, la diminution est de 356 PVV soit 12% (Rapports PNLIS 2004 à 2008).

Quand j'observe le tableau, l'augmentation monte en flèche ; cependant le scandale s'était produit entre 2004 et 2005 année à laquelle la croissance avait atteint 14 646 PVV équivalant à plus de 300% le nombre de 2004 ; cela parce que les gens qui fuyaient la guerre de l'Est de la République et ceux des régions avoisinantes étaient venus très nombreux dans la Capitale pour chercher asile. Je subdivise aussi cette période en deux temps: 1998 à 2003 et 2003 à 2008 pour l'évolution de chaque après cinq ans. Les premiers cinq ans de 1998 à 2003 ont donné 3 226 PVV considérées comme nouveaux cas soit 517%. Les derniers cinq ans de 2003 à 2008 ont donné une grande régression de 1 229 PVV soit 32% malgré les inquiétudes de 2005 (Rapports PNLIS 2004 à 2008).

3.2.3.1.7. Prévalence du VIH/SIDA selon le sexe

Dans la ville province de Kinshasa, Capitale de la RDC, le taux d'infection par sexe de 1998 à 2008 se présente de la manière suivante dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Prévalence selon le sexe

Année	Nombre	Sexe			
		Masculin	%	Féminin	%
1998	623	278	45	345	55
1999	732	376	51	356	49
2000	1015	497	49	518	51
2001	1 306	689	53	617	47
2002	2 304	1 194	52	1 110	48
2003	3 849	1 925	50	1 924	50
2004	4 664	2 289	49	2 375	51
2005	14 646	7 320	50	7 326	50
2006	9 764	5 344	55	4 420	45
2007	2 976	1 418	48	1 558	52
2008	2 620	1 223	47	1 397	53
Totaux	44 509	22 553	51	21 956	49

Sources : Hôpitaux généraux 1998 – 2003 et PNLS 2004 – 2008

Quand je parcours le tableau partant de l'année 1998 à 2008, le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA va en croissance jusqu'à l'année 2005 pendant la quelle le pourcentage sur l'infraction s'égale presque pour les deux sexes. Et la décroissance se voit à partir de l'année 2006 par le fait que les batteries étaient mises en marche de part la MED, le Gouvernement et les ONG.

Ainsi, pour le sexe masculin de 278 PVV de 1998 à 376 PVV de 1999, l'augmentation est de 98 PVV soit 35% ; de 376 PVV de 1999 à 497 PVV de 2000, l'augmentation est

de 121 PVV soit 32% ; de 497 PVV de 2000 à 689 PVV de 2001, l'augmentation est de 192 PVV soit 39% ; de 689 PVV de 2001 à 1 194 PVV de 2002, l'augmentation est 505 PVV soit 73% ; de 1 194 PVV de 2002 à 1 925 PVV de 2003, l'augmentation est de 731 PVV soit 61% ; de 1 925 PVV de 2003 à 2 289 PVV de 2004 , l'augmentation est 364 PVV soit 19% ; de 2 289 PVV de 2004 à 7 320 PVV de 2005, l'augmentation est de 5 031 PVV soit 220% ; de

7 320 PVV de 2005 à 5 344 PVV de 2006, la diminution est de 1 976 PVV soit 27% ; de 5 344 PVV de 2006 à 1 418 PVV de 2007, la diminution est de 3 926 PVV soit 73%, de 1 418 PVV de 2007 à 1 223 PVV de 2008, la diminution est 195 PVV soit 14%.

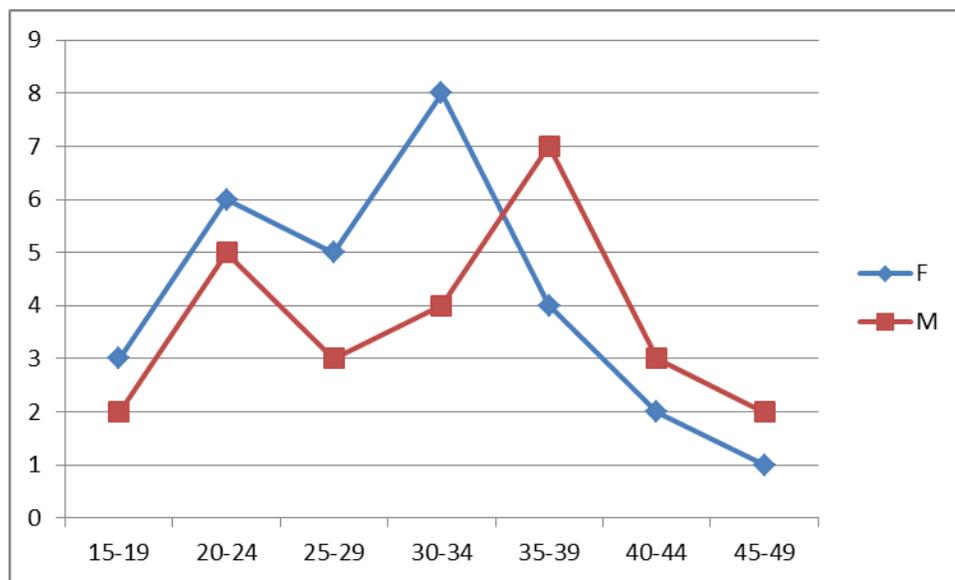
Du côté sexe féminin, le cheminement se présente de la manière suivante : de 355 PVV de 1998 à 356 PVV de 1999, l'augmentation est de 1 PVV soit moins de 1% ; de 356 PVV de 1999 à 518 PVV de 2000, l'augmentation est de 162 PVV soit 46% ; de 518 PVV de 2000 à 617 PVV de 2001, l'augmentation est de 99 PVV soit 19% ; de 617 PVV de 2001 à 1 110 PVV de 2002, l'augmentation est de 493 PVV soit 80% ; de 1 110 PVV de 2002 à 1 924 PVV de 2003, l'augmentation est de 814 PVV soit 73% ; de 1 924 PVV de 2003 à 2 375 PVV de 2004, l'augmentation est de 451 PVV soit 23% ; de 2 375 PVV de 2004 à 7 326 PVV de 2005, l'augmentation est 4 951 PVV soit 208% ; de 7 326 PVV de 2005 à 4 420 PVV de 2006, la diminution est de 2 906 PVV soit 40% ; de 4 420 PVV de 2006 à 1 558 PVV de 2007, la diminution est de 2 862 PVV soit 65% ; de 1 558 PVV de 2007 à 1 397 PVV de 2008, la diminution est 161 PVV soit 10%.

Et quand je regarde le tableau ci-haut, je trouve que le sexe masculin a pourcentage élevé d'infection contre toute attente soit 51% et le sexe féminin 49%. A Kinshasa, les jeunes sont aussi plus infectés que les adultes pour deux raisons majeures : l'influence de la mentalité dans la ville est de taille et le comportement différents des autres milieux de la RDC.

Dans la ville Capitale, cependant, le sexe féminin est plus infecté que le sexe masculin par le fait de la convoitise des jeunes filles jusqu'à l'âge de 34 ans ; et après le masculin prend le dessus parce que les Kinois désirent la vie d'ambiance telle que la musique,

la boisson et le sexe. Ainsi, je considère l'âge partant de 15 ans parce que reconnu par la loi de la RDC à la jeune fille de se marier avec l'homme de son choix. La prévalence atteint 3 % chez les jeunes filles à l'âge de 15–19 ans et les garçons 2% ; elle monte à 6% chez les jeunes filles de 20-24ans et les jeunes garçons 5% ; elle est de 5% chez les filles de 25-29 ans et les garçons 3%. La prévalence va jusqu'à 8% chez les jeunes filles de 30-34 ans et les jeunes garçons 4%. De 35- 39 ans, la prévalence se remarque chez le sexe masculin 7% et le sexe féminin 4%; de 40 - 44 ans, la prévalence est chez les hommes 3% tandis que les femmes 2%. Et à l'âge de 45-49 ans, la prévalence chez les hommes est de 2% par rapport aux femmes 1%. Le graphique que je présente en bas éclaire amplement cette situation de fait sur l'âge.

Graphique 5 : Prévalence du VIH/SIDA selon l'âge



Quand je compare l'évolution des courbes, les jeunes filles sont les plus infectées de 15-19ans par rapport aux garçons parce qu'à cette période la formation de la stature féminine se remarque, elles entrent à la puberté pour se prévaloir, se confirmer en tant que telle, elles se soignent plus le corps et portent des habits à la mode pour attirer le regard du sexe opposé. Cependant de 20-24 ans le taux d'infection monte par rapport à d'autre sexe parce que c'est le moment où elles deviennent friandes, coquettes et ont des copains avec qui elles font des sorties, aller à des fêtes et des concerts de musiques. A cette période elles font des rapports sexuels avec des hommes de 35-39ans qui,

éprouvent le plaisir dans la libido. Et de 30-34 ans le taux d'infection atteint le plus haut sommet chez les jeunes filles parce qu'elles font tout pour séduire et avoir un mari; car dépassé cet âge la chance du mariage diminue. Elles craignent plus le célibat. La déclinaison à l'infection commence à partir de 35ans pour le sexe féminin. Du côté du sexe masculin, les garçons s'infectent à l'âge de 15-19 ans aussi parce que c'est le moment où ils sont curieux et veulent découvrir l'acte sexuel. Ils sont poussés par l'instinct sexuel à faire leur premier essai. Et aussi, c'est la période de la puberté. La courbe montre aussi à cet âge ; mais ils sont plus infectés de 30-34 ans parce que ils ont le grand plaisir sexuel et préfèrent des sorties en compagnie pour des fêtes, des bars, de la musique et en plus ils sont plus virulents dans le rapport sexuel.

Chez le sexe masculin, la diminution de l'infection débute à l'âge de 40-44 ans car ils commencent à se fatiguer ayant vu que ce qu'ils ont fait par le passé n'était qu'un parcours pas très important mais passionnant car ils ont acquis l'expérience de la vie. Ils prennent maintenant conscience. Et d'ailleurs, la plus part d'entre eux deviennent des grand-pères. Ils trouvent que se donner à l'aventure c'est se dévaloriser.

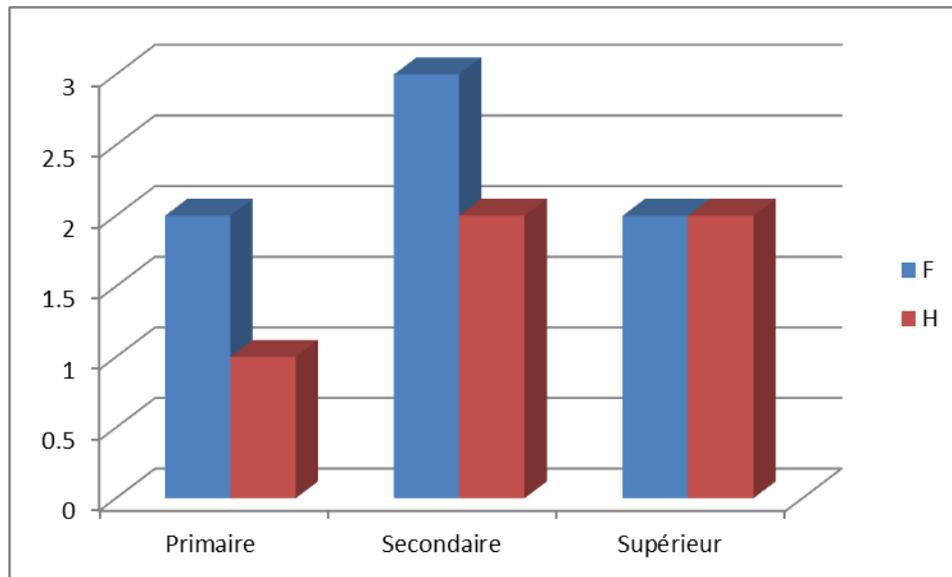
3.2.3.1.8. Prévalence du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction joue un grand rôle pour appréhender un message donné. Au niveau primaire; le taux d'infection au VIH/SIDA est de 2% pour les filles et 1% pour les garçons. La prévalence au niveau primaire se trouve du côté du sexe féminin parce qu'il ya des tribus où les parents poussent leurs filles à la découverte sexuelle dès que les seins prennent du volume; telles que les Bangala ; les Mongo et les Bakongo en RDC (Pongo 2008).

Au niveau secondaire; les 5% sont repartis de la manière suivante: 3% pour le sexe féminin et 2% pour le sexe masculin. La prévalence est du côté des filles parce qu'à cette période ; ai-je confirmé plus haut ; elles se trouvent dans la tranche d'âge de 15-19 ans. Au niveau supérieur; les 4% se repartissent d'une façon équitable 2% pour les filles et 2% pour les garçons. Cette égalité en taux d'infection se justifie par le fait que les deux sexes ont acquis la science. Ils comprennent très vite un message et prennent des précautions (Pongo 2008:49). Les étudiants sont libres comparativement aux deux

autres niveaux car les parents ont cessé de les contrôler en les assimilant aux adultes. Aux deux premiers niveaux ; le sexe féminin a un taux d'infection élevé car la compréhension est difficile et le message sur le VIH/SIDA est pris avec une certaine légèreté.

Graphique 6: Prévalence selon instruction

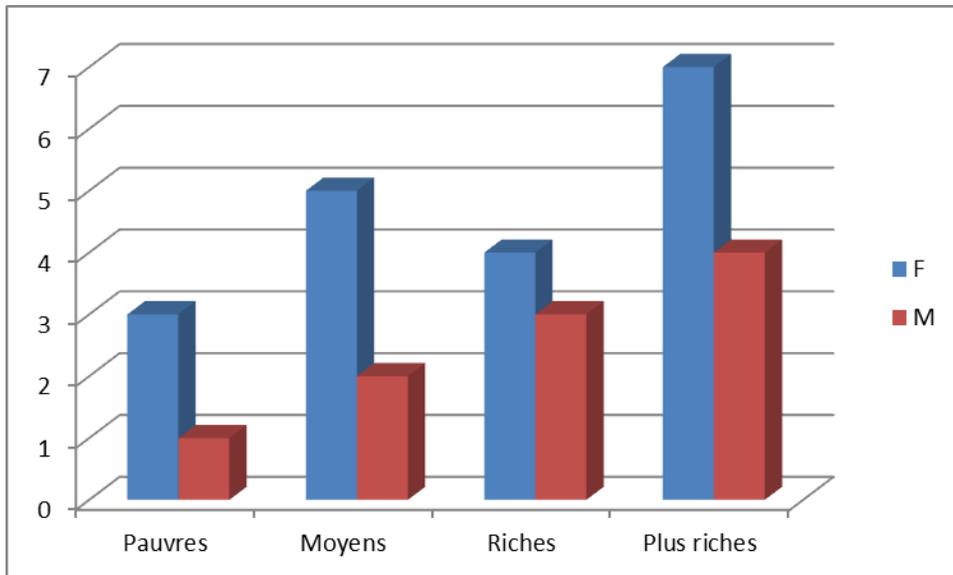


3.2.3.1.9. Prévalence du VIH/SIDA selon le niveau social

Dans la ville de Kinshasa, il existe quatre catégories de personnes: les pauvres, les moyens, les riches et les plus riches. Le VIH/SIDA est venu s'ajouter à celui de la misère qui secoue le pays. Contrairement à toute attente, les femmes de plus riches sont les plus touchées par l'infection du VIH. La prévalence est plus élevée chez les femmes et les hommes de la catégorie de plus riches que les autres. La raison est que les plus riches ont des moyens financiers qui leur permettent des aventures dans une sexualité incontrôlée ; et chez les deux autres dits de la classe des prolétaires, le taux d'infection est élevé chez les femmes de la catégorie moyenne. En majorité, les hommes de la catégorie moyenne ont peu d'argent qu'ils utilisent principalement pour l'alimentation. Ils sont généralement limités dans leurs agissements, mais « ils s'adonnent plus à l'alcool pour oublier leur misère » (Ministère du Plan 2007). Cependant, le graphique présente la réalité suivante pour montrer la différenciation constatée sur le niveau social : chez les pauvres 3% pour les femmes et 1% pour les hommes; chez les moyens 5%

pour les femmes et 2% les hommes; chez les riches 4% pour les femmes et 3% pour les hommes; chez les riches 4% pour les femmes et 3% pour les hommes ; chez les plus riches 7% pour les femmes et 4% pour les hommes (Ministère du plan 2007). Le graphique suivant montre cette différenciation sur le niveau social.

Graphique 7 : Prévalence selon le niveau social



3.2.3.1.10. Niveau de l'Eglise

La Mission Evangélique de la Délivrance compte un effectif de 379 membres dont 169 personnes du sexe masculin soit 45% et 210 personnes du sexe féminin soit 55% de tout âge confondu. Elle est répartie en trois paroisses: Binza-Ozone, Kintambo et Mont-Ngafula (Don Bosco).

Ce nombre est aussi important, et parmi celui-ci le cas de transmission reste inévitable. Le VIH/SIDA est même dans l'Eglise. Il ne craint pas les enfants de Dieu parce qu'ils pratiquent eux aussi la sexualité. Les jeunes qui y viennent sont à la recherche de découverte de la vie sexuelle en aimant la personne du sexe opposé à laquelle il manifeste son amour. Les enfants qui y naissent sont des victimes innocentes car ils proviennent d'une lignée dont l'un des parents ou tous les deux sont atteints.

Ce nombre apparaît à premier vu moins significatif, cependant le VIH/SIDA crée un problème sérieux dans l'Eglise et sur les personnes atteintes par les soucis

qu'elles se font chaque jour. Les jeunes s'inquiètent pour la diminution de la longévité de leur vie et les plus âgés de la souffrance endurée avant la mort.

Le nombre de PVV dans l'Eglise MED est plus élevé chez les petits enfants de 1 à 5 ans, parce qu'ils sont les plus nombreux : 6 PVV représentent 27% sur ceux qui sont atteints ; la tranche de 6 à 12 ans : 3 PVV soit 14% ; la tranche de 13 à 20 ans : 4 PVV soit 18% ; la tranche de 21 à 30 ans : 2 PVV soit 9% ; la tranche de 31 à 45 ans : 2 PVV soit 9% et enfin la tranche de plus de 46 ans : 5 PVV soit 23%.

Notre échantillon sur l'étude des cas de l'Eglise MED, après le test médical de ses membres, est de 22 PVV réparti de la manière suivante selon l'âge et le sexe.

Tableau 11 : Les PVV de l'Eglise MED

Ages (ans)	Nombre	%	Sexe			
			Masculin	%	Féminin	%
1-5	6	27	2	9	4	18
1-12	3	14	1	5	2	9
13-20	4	18	1	5	3	14
21-30	2	9	0	0	2	9
31-45	2	9	1	5	1	4
46-59	5	23	3	14	2	9
Total	22	100	8	36	14	64

Source : MED 2008

Quand j'observe le tableau, je vois que le sexe masculin prédomine à la tranche de 46 à 49 ans parce que les hommes ne trouvant pas autres distractions, se lancent dans la débauche par infidélité. Au sexe féminin, le pourcentage élevé se remarque à la

tranche d'âge de 1 à 5 ans pour les fillettes, elles sont que des victimes innocentes ainsi que les garçonnets. Cependant, la tranche d'âge de 13 à 20 ans, les jeunes filles sont à la recherche de leur première expérience sexuelle.

Le cas des PVV dans l'Eglise MED nécessite beaucoup d'encadrements et la conscientisation, car les jeunes peuvent s'aimer et de fois se proposer en mariage avec une personne atteinte du VIH/SIDA. De ce fait, le responsable de l'Eglise est tenu d'être informé de toute alliance secrète d'amour entre les différents membres pour arriver à appliquer les perspectives missiologiques que je parlerais dans le chapitre suivant.

3.3 Conclusion partielle

J'ai traité dans le présent chapitre de la physiopathologie de la pandémie VIH/SIDA et a éclairci sur les manifestations cliniques, les modes de transmission, l'information statistique sur le VIH/SIDA. J'ai démontré par une étude analytique les différents niveaux que cette pandémie a atteints à l'échelon de la Nation Congolaise et de la ville de Kinshasa. J'ai expliqué aussi comment observer la prévention pour être épargné et comment la transmission se fait sournoisement, et combien d'êtres humains sont atteints et meurent dans un état pitoyable. Le SIDA est une réalité bien que d'autres personnes demeurent à ce jour dans le doute. A ceux-là, je les invite à visiter les pavillons de Sidéens dans les Hôpitaux ou les Cliniques pour s'en rendre compte.

Et dans le quatrième chapitre, je parlerais du rôle de la MED et la lutte contre le VIH/SIDA, les mythes et les croyances, le rôle du gouvernement central, de la contribution des intellectuels de la ville et des ONG.

Chapitre 4: ROLE DE LA MISSION EVANGELIQUE DE LA DELIVRANCE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

4.1 Introduction

Dans le quatrième chapitre, je dégage le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance et les moyens de lutte qu'elle mène au sein de la Nation Congolaise en général et plus particulièrement dans la ville province de Kinshasa, la Capitale. A ce propos, l'idée principale est d'expliquer les différentes activités que l'Eglise MED organise dans cette ville, déterminer la part du Gouvernement central du pays dans cette lutte et la contribution des intellectuels de la République Démocratique du Congo pour sa survie face à cette pandémie et celle des habitants de la ville province qui est le lieu où j'ai mené mes enquêtes. Le problème de VIH/SIDA n'est pas seulement local ou national, il est aussi un phénomène mondial.

En outre, je souligne également ici comment les Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont entrées dans la danse pour mener une lutte d'ensemble contre le VIH/SIDA. L'Eglise est au milieu du village, disent les sages, cela signifie que tout ce qui se passe dans le village, elle en est au courant la première car les informations toutes fraîches lui parviennent de part et d'autre. Les responsables des Eglises et de toutes les confessions religieuses connaissent le mode de vie, le comportement et la conduite de leurs membres d'une manière générale dans la société où ils vivent, et cependant l'intervention de l'Eglise est plus que nécessaire pour éviter d'arriver à la dérive.

4.2. Mission Evangélique de la Délivrance (MED) et la lutte contre le VIH/SIDA

LA Mission Evangélique de la Délivrance est une Eglise qui a son organisation ecclésiastique interne et respecte les règlements préétablis par la Communauté des Frères en Christ Gareganze «CFCG» pour sa bonne marche. La MED prescrit dans son programme d'activités annuelles qu'elle organise le point saillant de la lutte contre le VIH/SIDA dans son agenda de travail cela dans le but d'étudier les voies et moyens de diminuer ou d'éliminer cette pandémie dans son milieu. Le SIDA est une maladie

réellement transmissible qui décime impitoyablement et tue à coup sûr la population dont elle a besoin pour accomplir sa mission première de sauver les âmes et ensuite d'informer ses membres du danger qui les guette à l'affût dans le cas où ils ne prennent dorénavant la précaution d'éviter d'être en contact avec le VIH qui conduit à l'étape fatale du SIDA à laquelle la mort s'ensuit indiscutablement. En effet, les membres de l'Eglise sont appelés à la prudence dès qu'ils ont reçu l'information. L'ignorance tue et la personne qui s'entête meurt étant elle-même responsable de sa propre mort prématurée. L'Eglise MED a le souci majeur de ce que ses membres évoluent normalement dans tous les domaines de la vie étant en bonne santé physique et mentale afin de développer la Nation Congolaise et le milieu dans lequel ils vivent.

L'Eglise MED regorge en son sein des membres allant d' 1 an à 59 ans. Cependant, dans l'Eglise il y a absence des personnes de plus de 60 ans car les gens meurent le plus souvent tôt, et l'espérance de vie est 55 ans (Ministre de la Santé). La MED compte 114 enfants de 1 à 5 ans soit 30%, 74 enfants de 6 à 12 ans soit 19 %; 53 adolescents de 13 à 20 ans soit 14 %, 60 majeurs de 21 à 30 ans soit 16 %; 41 personnes adultes soit 11 % et 37 personnes plus âgées soit 10 %. Le pourcentage le plus haut est celui des enfants et le pourcentage le plus bas est celui des personnes plus âgées .Les personnes les plus âgées se comptent au bout des doigts parce qu'elles sont peu nombreuses dans les paroisses et dans l'Eglise mère.

Tableau 1: Statistique des membres de MED

Ages (ans)	1-5	6-12	13-20	21-30	31-45	46-59	Total
Membres	114	74	53	60	41	37	379
%	30	19	14	16	11	10	100

Source: MED 2008

Quand je scinde en 2 groupes les tranches d'âge soit 1 à 20 ans et de 21 à 59 ans, j'obtiens 241 enfants âgés de 1 à 20 soit 64 % et 138 personnes âgées de 21 à 59 ans soit 36 %.

Tableau 2: Les groupes d'âge de MED

Age (ans)	1-20	21-59	Total
Membres	241	138	379
%	64	36	100

Source: MED 2008

Dans mes enquêtes, je considère les trois dernières catégories de personnes ayant dépassé l'âge de vingt ans parce qu'elles peuvent émettre un jugement de valeur et elles discernent bien les choses.

Par ce fait, j'avais distribué mon questionnaire à cent personnes parmi les membres effectifs de la MED; mais seulement 92 copies m'ont été retournées pour être traitées soit 92 % sur l'ensemble. La distribution par catégorie, a été faite de la manière suivante: 30 copies aux jeunes de 21 à 30 ans, 35 copies aux personnes de 31 à 45 ans et 35 copies aux adultes de plus de 46 ans. Ces copies me sont parvenues à ce nombre parce que j'ai été en contact régulier avec ces personnes, et en plus je leur ai demandé de répondre sincèrement et avec réflexion mûrie vu l'intérêt manifesté par eux sur ce sujet d'actualité mondiale. Et Elumba (1991:49) affirme «vous ne pouvez collectionner des papiers de recherche en grande quantité que lorsque vous vous rendez auprès de vos correspondants de manière régulière en les persuadant». Ceci est bien vrai que l'homme dans sa nature est un oublieux à qui le rappel à tout temps s'avère nécessaire afin d'éveiller sa mémoire. La statistique pour la remise du questionnaire est répartie aux trois dernières catégories suivant le tableau ci-dessous par âge et sexe.

Tableau 3: Sexe et âge

Age (ans)	Masculin	Féminin	%
21-30	15	15	30
31-45	18	17	35
46-59	20	15	35
TOTAL	53	47	100

Source : MED 2008

La statistique à la collection a diminué de 8 %, cependant la majorité soit 92 % a remis le questionnaire. A la remise, le sexe masculin a remis 52 copies soit 52 % et le sexe féminin 40 copies soit 40 %. Un total de 92 copies qui constituent l'échantillon sera l'objet d'analyse.

4.2.1. Le caractéristique de l'échantillon

Le profil des personnes prises comme échantillon tient compte de l'âge; du sexe, du niveau d'étude, de l'occupation journalière et leur activité dans l'Eglise.

- ◆ **Age** : 26 personnes de 21-30 ans soit 28 %, 32 personnes de 31-45 ans soit 35 % et 34 personnes de 46-59 ans soit 37 %.
- ◆ **Sexe**: 52 personnes du sexe masculin soit 57 % et 40 personnes du sexe féminin soit 43 %
- ◆ **Niveau d'études**: primaire 27 personnes soit 29 %, secondaire 44 personnes soit 49 %, Supérieur 17 personnes soit 18 % et analphabètes 4 personnes soit 4 %.
- ◆ **Occupation journalière** : travailleurs 18 personnes soit 20 %, chômeurs 69 personnes soit 75 % et autres 5 personnes soit 5 %.

Tableau 4 : Profil selon âge

Profil	Nombres	Pourcentage
Age (ans)		
21-30	26	28
31-45	32	35
46-59	34	37
Total	92	100

Source : MED 2008

La tranche d'âge de 46 à 59 ans compte 34 personnes soit 37 %. Les personnes de cette tranche d'âge sont tous chefs de familles, elles mènent et dirigent leurs foyers en responsable car la source de celles-ci dépend d'eux. La joie, le bonheur et l'amour fraternel en sont la résultante. Tandis qu'aux tranches d'âge de 21 à 30 ans la plupart est encore étudiant et à 31 à 45 ans les personnes veulent s'affirmer en se mariant et elles quittent le toit paternel pour être indépendantes.

Tableau 5 : Profil selon le sexe

Profil	Nombres	Pourcentage
Sexe		
Masculin	52	57
Féminin	40	43
Total	92	100

Source : MED 2008

A ce niveau , le sexe masculin prend un pourcentage élevé par rapport au sexe féminin par le fait que les hommes ont reçu un nombre un peu élevé de copies de questionnaire et ils s'intéressent plus à ce sujet que les femmes.

Tableau 6 : Profil selon l'étude faites

Profil	Nombres	Pourcentage
<u>Etudes faites</u>		
Primaire	27	29
Secondaire	44	49
Supérieur	17	18
Analphabètes	4	04
Total	92	100

Source : MED 2008

En ce qui concerne les études, les adultes et les jeunes de l'échantillonnage de 21 à 59 ans surprennent car ceux qui n'ont fait que l'école primaire et les analphabètes réunis donnent un nombre de 31 personnes soit 33 %. Ce pourcentage fait voir comment l'accès à l'enseignement en République Démocratique Congo est difficile à cause de la pauvreté grandissante et permanente.

Tableau 7: Profil selon l'occupation journalière

Profil	Nombres	Pourcentage
<u>Occupation journalière :</u>		
Travailleurs	18	20
Chômeurs	69	75
Autres	5	5
Total	92	100

Source : MED 2008

C'est ici où le bas blesse à cause du taux de chômage très élevé 75 %. En voyant ce taux de chômage, cela reflète l'image de la situation au

pays. Le gouvernement n'a pas de politique de réinsertion sociale. Même les personnes venant de terminer les études secondaires ou supérieures n'ont pas du travail si vite. Ils passent trois à cinq ans à vivre dans l'oisiveté, et raison pour laquelle la vie active et professionnelle commence au delà de 35 ans.

4.2.2. La durée des membres dans l'Eglise MED

Dans l'Eglise MED, les membres sont subdivisés en 4 catégories selon l'ancienneté : 0-1an, 2-5 ans, 6-10 ans et 10-12 ans. D'après les analyses statistiques, l'étude a révélée que 24 personnes ont une durée de 0-1 an soit 26 %; 31 personnes ont une durée de 2-5 ans soit 34 %, 24 personnes une durée de 6-10 ans soit 26 % et 13 personnes une durée de 10-12 ans soit 14 %. Dans la catégorie de 0-1 an, le sexe masculin représente 14 personnes soit 58 % et le sexe féminin 10 personnes soit 42 %, de 2-5 ans le sexe masculin 16 personnes soit 52 %; de 6-10 ans le sexe masculin 8 personnes soit 33 % et le sexe féminin 16 personnes soit 67 % et de 11-12 ans le sexe masculin 3 personnes soit 23 % et le sexe féminin 10 personnes soit 77 %.

Tableau 8 : La durée dans l'Eglise

Durée (ans)	Nombre	%	Sexe			
			Masculin	%	Féminin	%
0-1	24	26	14	15	10	11
2-5	31	34	16	17	15	16
6-10	24	26	8	9	16	17
11-12	13	14	3	4	10	11
Total	92	100	41	45	51	55

Source : MED 2008

4.2.3 La responsabilité ou charge dans l'Eglise MED

Les responsabilités ou les charges ou les postes de fonctionnement exercés dans l'Eglise sont notamment: Ministres de Dieu, diacres, moniteurs de l'Ecole de dimanche (Ecodim), chantres, protocole ou membres simples. Les données statistiques après la collection montre pour les Ministres de Dieu 3 personnes soit 3 % ; 6 diacres soit 7 % ; 3 monitrices de l'Ecole soit 3 % ; 24 chantres soit 26 % ; 12 protocoles soit 13% ; 44 membres simples soit 48%.

Dans la catégorie de Ministre de Dieu , le sexe masculin représente 3 personnes soit 100% car le sexe féminin n'a aucune représentation ; soit 0% ; pour les diacres le sexe masculin 2 personnes soit 33 % et le sexe féminin 4 personnes soit 67 % ; pour les moniteurs de l'Ecodim le sexe masculin n'a aucune personne soit 0 % et le sexe féminin 3 personnes soit 100 % ; pour les chantres le sexe masculin 11 personnes soit 46 % et le sexe féminin 13 personnes soit 54 % ; pour les protocoles le sexe masculin 2 personnes soit 17 % et le sexe féminin 10 personnes soit 83 %; pour les membres simples le sexe masculin 18 personnes soit 41 % et le sexe féminin 26 personnes soit 59 %. Le sexe féminin domine largement le sexe masculin au protocole parce qu'elles sont coquettes (les filles) et à l'Ecodim parce qu'elles aiment bien encadrer les enfants ; et la bonne ou mauvaise éducation pour les petits enfants commence par elles.

Tableau 9 : La responsabilité dans l'Eglise MED

Charge dans l'Eglise	Nombre	%	Sexe			
			Masculin	%	Féminin	%
Ministres de Dieu	3	3	3	100	0	0
Diacres	6	7	2	33	4	67
Moniteurs de l'Ecodim	3	3	0	0	3	100
Chantre	24	26	11	46	13	54
Protocoles	12	13	2	17	10	83
Membres simples	44	48	18	41	26	59
Total	92	100	36	39	56	61

Source : MED 2008

4.2.4. La participation aux activités de l'Eglise

Pour la participation aux activités de l'Eglise, j'ai demandé à chaque répondant au questionnaire de préciser la colonne de sa présence aux séances suivantes par oui, non ou quelque fois ; culte de dimanche; enseignement biblique; séminaire biblique; conférence sur VIH/SIDA ; séance de prière et réunions. Le dépouillement des données a montré que les 92 personnes soit 100% viennent régulièrement au culte de dimanche; pour l'Enseignement biblique 86 personnes soit 94 % y participent ; 4 personnes soit 4 % n'y participent pas et 2 personnes soit 2 % quelque fois. Au séminaire biblique 75 personnes soit 81 % y assiste, 10 personnes soit 11 % n'y assistent pas et 7 personnes soit 8 % quelque fois. A la conférence sur le VIH/SIDA, 11 personnes soit 12 % y

participent, 69 personnes soit 75 % n'y participent pas et 12 personnes soit 13 % y participent quelque fois.

Aux séances de prière, 72 personnes soit 78 % participent, 10 personnes n'y participent pas soit 11 % et 10 personnes soit 11 % participent quelque fois. Le taux de participation est très élevé au culte de dimanche parce qu'ils aiment tous adorer Dieu et à l'enseignement biblique parce qu'ils ont besoin d'être affermis; au séminaire biblique parce qu'ils ont besoin des informations sur la doctrine chrétienne et aux séances de prière parce qu'ils ont besoin d'avoir des solutions à leurs problèmes. Cependant, la grande déception se remarque au taux de participation à la conférence sur le VIH/SIDA où 69 personnes soit 75 % brillent par leurs absences et parce qu'ils considèrent le SIDA comme une maladie des pécheurs et une punition de Dieu. L'ignorance flagrante demeurent en eux parce qu'ils ne connaissent pas d'autres moyens de transmission du VIH. **Tableau 10 : La participation aux activités de l'Eglise MED**

Activités de l'Eglise	Taux de participation (n = 92)					
	Oui	%	Non	%	Quelque fois	%
Cultes de dimanche	92	100	0	0	0	0
Enseignements bibliques	86	94	4	4	2	2
Séminaires bibliques	75	81	10	11	7	8
Conférences sur le VIH/SIDA	11	12	69	75	12	13
Séances de prière	72	78	10	11	10	11
Réunions	54	59	18	19	20	22

Source : MED 2008

4.2.5. Les mythes et les croyances sur le VIH/SIDA

Les mythes et les croyances sur le VIH/ SIDA sont des idées ou des pensées auxquelles les hommes croient opinément. Ces idées ou pensées sont creuses et sans fondement scientifique. Elles ne reforment aucune vérité car reflétant de l'imagination tout simplement. Elles ne sont que des déclarations fortuites. Je constate que les hommes s'attachent beaucoup à des idées que de chercher la véracité de l'existence de cette maladie afin de l'éviter. Ils se font des illusions et s'exposent au danger que je compare à un feu qui s'embrase et ne s'éteint que quand tout est consumé. Les déclarations proposées à eux auxquelles ils doivent crocher la case préférée par vrai ou faux leur ont permis de s'exprimer librement.

Après dépouillement; les résultats de la recherche ont été les suivants 69 personnes soit 75 % ont accepté que VIH/SIDA est une maladie des pécheurs et 23 personnes soit 25 % ont refusé; 27 personnes soit 29 % ont accepté que le VIH/ SIDA est une maladie de Blancs amenée en Afrique et 65 personnes soit 71 % ont refusé; 9 personnes soit 10 % ont accepté que le VIH/ SIDA est une maladie que seules les femmes transmettent aux hommes et 83 personnes soit 90 % ont refusé; 7 personnes soit 8 % ont accepté que le VIH/SIDA est une maladie causée par les sorciers et 85 personnes soit 92 % refusé; 75 personnes soit 82 % ont accepté que la plupart des infectés ne savent pas eux-mêmes et 17 personnes soit 18 % ont refusé; 36 personnes soit 39 % ont accepté que le VIH/ SIDA est une maladie causée par un virus et 56 personnes soit 61 % ont refusé; 69 personnes soit 75 % ont accepté que le VIH/SIDA est une punition de Dieu aux infidèles et 23 personnes soit 25 % ont refusé; 15 personnes soit 16 % ont accepté que coucher avec une fille vierge mineure guérit le VIH/ SIDA et 77 personnes soit 84 % ont refusé; 19 personnes soit 21 % ont accepté que coucher avec un vieillard guérit le VIH/ SIDA et 73 personnes soit 79 % ont refusé ; 62 personnes soit 67 % ont accepté que le VIH/SIDA est une maladie des adultes et 30 personnes soit 33 % ont refusé cette déclaration (MED 2008).

Tableau 11 : Les mythes et les croyances selon MED 2008

Déclarations	Vrai	%	Faux	%
Le SIDA est une maladie des pécheurs	69	75	23	25
Le SIDA est une maladie des Blancs amenée en Afrique	27	29	65	71
Le Sida est une maladie que les femmes transmettent aux hommes	9	10	83	90
Le SIDA est une maladie causée par les sorciers	7	8	85	92
La plupart des infectés ne savent pas eux-mêmes	75	82	17	18
Le SIDA est une maladie causée par un virus	36	39	56	61
Le SIDA est une punition de Dieu aux infidèles	69	75	23	25
Coucher avec une fille vierge guérit le SIDA	15	16	77	84
Coucher avec un vieillard Guérit le SIDA	19	21	73	79
Sida est une maladie des adultes	62	67	30	33

Quand je considère les pourcentages les plus élevés, les résultats montrent que les 69 personnes soit 75 % soutiennent que les pécheurs sont les premières victimes du

VIH/ SIDA et que Dieu les punit de cette manière pour que les autres craignent. Et que 62 personnes soit 67 % croient que la maladie du SIDA est pour les adultes parce qu'ils pratiquent la sexualité. Partant de ces points de vue, l'ignorance grande dans l'Eglise. L'Eglise en tant que encadreuse des personnes elle doit instruire en commençant par expliquer ce que cette pandémie meurtrière est réellement et ce que fait le VIH quand il s'introduit dans le corps humain. Quand les gens croient que le SIDA est une maladie réservée aux infidèles, ils sont en erreur grave car le SIDA attaque même les enfants et les tue de la même manière que les adultes. Les modes de transmission définissent clairement les voies de pénétration du virus VIH dans le corps humain. Dans une société ou une communauté d'hommes où l'information ne passe pas, le peuple sombre dans une ignorance telle que tout ce qui se déroule autour de lui devient une surprise. Et quand une maladie apparaît, elle décime des milliers de vie humaine parce que personne n'y prend garde et essaie de réveiller celles qui dorment ou qui sont distraites (MED 2008).

Et le Pape Jean Paul II (1986:5-88) affirme «dans une société où la vérité n'est pas recherchée, où on ne cherche pas à la rejoindre, toute forme d'exercice authentique de la vérité est aussi affaiblie. Cela ouvre la voie à un libertinisme et à un individualisme qui nuisent à la protection du bien de la personne et de la société». Le problème du VIH/SIDA concerne toutes les personnes vivant sur la planète terre car celle-ci peut pénétrer dans l'organisme de la même manière chez l'enfant ou chez l'adulte par les moyens de transmission déjà énumérés précédemment. La MED mène la lutte contre le VIH/ SIDA étant une interlocutrice valable du gouvernement dans ce sens qu'elle se donne à parler à ses membres du VIH/SIDA à la place du gérant de la population car c'est elle qui a, à tout moment, les membres de cette population. Elle a le privilège de donner l'information à ses membres et à les promulguer des conseils qu'ils peuvent bien écouter et garder pareillement aux messages de l'Evangile. Certes, la difficulté de la compréhension apparaît quand le niveau d'étude est bas. Comme elle a toujours conjugué des efforts à communiquer, elle devra fournir des explications claires et intéressantes à convaincre les interlocuteurs. La MED est, de ce fait, la bouche autorisée maintenant pour passer le message du VIH/SIDA dans la société qui est la sienne.

La Mission Evangélique de la Délivrance a des responsabilités en ce domaine de la santé pour ses membres car elle a compris la gravité de la situation entraînée par le VIH. Elle prend des mesures nécessaires à préserver ses fidèles aux risques et aux dangers causés par cette pandémie du VIH/SIDA. La lutte qu'elle mène se base sur la virginité de l'esprit, la chasteté, la continence, la prudence et la fidélité afin de conserver l'état de pureté d'âme et du corps qui permet de sublimer l'énergie vitale indispensable à l'élévation spirituelle de l'homme. La virginité d'abord parce qu'elle est l'état d'intégrité ou de pureté physique, mental et spirituelle. Et l'Apôtre Paul s'adressant au peuple de Corinthe en Asie mineure avait abordé dans le même sens d'éviter à tout prix à souiller le corps afin de garder l'état de pureté dans toutes ses dimensions (1Cor. 6:16-19). Dans son aspect physique, la virginité est souvent liée à la relation sexuelle. Partant de ce point de vue, je souligne que «est vierge» toute personne qui n'a jamais réalisé l'acte sexuel.

Cependant, dans la conception courante, la notion de virginité est attribuée à tort seulement au sexe féminin par le fait que la fille doit conserver son hymen vaginal intact jusqu'au mariage, tout en banalisant l'aspect mental et l'aspect spirituel qui ne sont pas aussi de moindre. L'état de virginité témoigne d'une bonne éducation reçue. Il préserve des dangers des rapports sexuels hors mariage et prépare à un plein épanouissement dans la vie adulte. L'état de virginité physique chez la fille ne demeure pas toute la vie. Et Brock (2007:6) le confirme: «L'hymen, cette membrane recouvrant partiellement l'entrée vaginale ne reste pas présent durant toute la vie de la fille. En effet, les menstruations que connaît la fille amoindrissent son élasticité qui finira avec l'âge à être nulle, la fine membrane disparaîtra un jour de façon naturelle».

La considération des femmes religieuses comme vierge toute leur vie est exclue de cette hypothèse. Du point de vue moral; la virginité se caractérise par l'absence des idées érotiques. Cela se traduit par la pudeur dans le langage, les gestes et les actes posés, et Scheler (2004:146) souligne que «la pudeur est un état affectif qui implique ou présuppose que nous sentons notre moi comme un objet. Nommons ce sentiment une image de valeur». La pudeur devrait venir de la conscience permettant de choisir judicieusement l'acte à poser non seulement pour le profit de la personne elle-même

afin de lui donner de l'honneur mais surtout à lui donner de la valeur; et pas dans le sens de la nuire pour créer la honte s'étendant de l'individu à la famille, et de la famille à la communauté mais à lui conserver de la santé. L'approbation religieuse de la pudeur empêche la réalisation des fins proprement physiques pour la conservation des forces de l'individualité. Guyau (1910 :278) affirme:

Quant le printemps est passé, on ne conserve les vierges, comme certains fruits, qu'en les desséchant» pour signifier que l'espèce pure se conserve contre vent et marée. De la chasteté parce que cette force morale et spirituelle est une vertu qui dispose à la tempérance aux plaisirs charnels voire à l'abstinence totale ou temporaire, la chasteté consiste en une maîtrise de soi qui empêche de manière volontaire la légèreté ou la bassesse dans les pensées, les désirs, les sentiments, les paroles et les actes, mais elle autorise une jouissance saine des organes génitaux.

La chasteté pour les mariés consiste dans l'abstinence volontaire dans le cas où les deux conjoints vaguent à la prière pour un temps déterminé comme le souligne l'Apôtre Paul (1 Corinth. 7:5). Tandis que pour les célibataires elle exige une abstinence totale de toutes les jouissances sexuelles. La chasteté témoigne la maîtrise de soi et canalise les pulsions sexuelles. Elle ouvre au monde spirituel et divin, et elle permet aussi de vivre l'état de virginité. De la continence parce que cette vertu conduit toute personne à s'abstenir de façon libre et volontaire de tout plaisir charnel lié aux relations sexuelles. La continence mène sûrement à l'abstinence. Elle réalise l'état de pureté d'âme et du corps qui permet de sauvegarder la vitalité et la vigueur. Elle se rapproche de la virginité. De nos jours, la continence, jadis observée dans la société Congolaise (RDC) et certaines tribus, se bute aux théories et affirmations erronées de la rue et des médias dits de liberté sexuelle et sexy.

Des affirmations gratuites au sujet de la continence se propagent largement de la bouche à oreille et déterminent le modèle de comportements adoptés par les jeunes et les adultes d'aujourd'hui telles que: la continence peut provoquer la stérilité tant chez l'homme que chez la femme; la continence est à la base de certaines difficultés d'accouchement chez la femme primipare; la continence prolongée conduit à la démence chez l'homme et la continence prolongée rend la femme frigide.

Beaucoup de personnes assimilent facilement ces propos dont les contenus sont dénués de fondement scientifique, sur quatre –vingt douze personnes interrogées , le résultat de l'enquête a été le suivant : 50 personnes soit 54 % soutiennent que la continence peut provoquer la stérilité tant chez l'homme que chez la femme et 42 personnes soit 46 % refusent cette affirmation; 63 personnes soit 68% admettent que la continence est à la base de certaines difficultés d'accouchement chez la femme primipare et 29 personnes soit 32 % rejettent ce propos ; 44 personnes soit 48 % acceptent que la continence prolongée conduit à la démence chez l'homme et 48 personnes soit 52 % refusent cette assertion, 72 personnes soit 78 % approuvent que la continence prolongé rend la femme frigide et 20 personnes soit 22 % désapprouvent cette affirmation (MED 2008).

Tableau 13 : Aspect sur les considérations

Affirmations	Oui	%	Non	%
La continence peut provoquer la stérilité tant chez l'homme que chez la femme	50	54	42	46
La continence est à la base de certaines difficultés d'accouchement chez la femme primipare	63	68	29	32
La continence prolongée conduit à la démence chez l'homme	44	48	48	52
La continence prolongée rend la femme frigide	72	78	20	22

Source : MED 2008

4.2 .6. Les activités de l'église pour la lutte contre le VIH/SIDA

Les réponses au dépouillement ont révélé que 27 personnes soit 29 % veulent que le message de VIH soit donné pendant le culte de Dimanche et 65 personnes soit 71 % refusent parce que cela touche à la sexualité et à la pudeur, 49 personnes soit 53 % aimeraient avoir des enseignements sur le VIH/ SIDA et 43 personnes soit 47 % disent non parce que le lieu n'est pas approprié; 76 personnes soit 83 % acceptent des

séminaires sur le VIH/SIDA dans l'Eglise et 16 personnes soit 17 % refusent que cela se passe dans l'Eglise; 85 personnes soit 92 % admettent que les conférences sur le VIH/SIDA s'organisent dans l'Eglise et 7 personnes soit 8 % n'admettent pas dans l'Eglise; 64 personnes soit 70 % veulent des séances de prière intenses en faveur des malades du SIDA et 28 personnes soit 30 % refusent parce que les victimes ont eu la récompense de leur comportement et 74 personnes soit 80 % acceptent d'en parler dans les réunions, 18 personnes soit 20 % refusent d'inclure le sujet du VIH/SIDA dans les réunions de l'Eglise parce qu'il y a plusieurs matières ou points à traiter à chaque rencontre.

Tableau 12 : Les activités de l'Eglise pour la lutte contre le VIH/SIDA

Activités de l'Eglise	Inclusion du VIH/ SIDA dans les activités de l'Eglise (n=92)			
	Oui	%	Non	%
Cultes de Dimanche	27	29	65	71
Enseignement sur le VIH/SIDA	49	53	43	47
Séminaires sur le VIH/ SIDA	76	83	16	17
Conférences sur le VIH/ SIDA	85	92	07	08

Séances de prières	64	70	28	30
Réunions	74	80	18	20

Source : MED 2008

Partant de ces affirmations fausses, je trouve que les gens ne sont pas suffisamment informés ni instruits sur le problème de la sexualité. Ils considèrent le rapport sexuel comme un jeu dans la sexualité. Ils ne calculent pas le degré du danger auquel ils courent dans le cas d'infection du VIH et les préjudices que cause le SIDA sur l'individu lui-même, sur la famille et sur la communauté.

Sur l'individu lui-même, la maladie du SIDA affaiblit l'organisme, l'amaigrit, l'appauvrit économiquement, financièrement et matériellement. Le SIDA crée également un déséquilibre psychique et psychosocial, le souci et le rejet par les siens. Sur la famille le SIDA occasionne d'énormes dépenses d'où la ruine de finance, le risque de contamination, existence des orphelins, la réticence qui engendre le rejet du malade et la privation de la chaleur familiale. Sur la communauté, le SIDA crée la perte des cerveaux, la pauvreté due à la baisse de la production, le dépeuplement, le taux élevé des orphelins et veuves, le taux élevé des enfants de la rue appelés ailleurs les « sans domicile fixe » et à Kinshasa (RDC) les « phaseurs », et la propagation du VIH/SIDA. Cependant, la pratique de la continence oriente l'énergie sexuelle vers le don de soi. La continence favorise l'éclosion des autres facultés humaines latentes témoignant de la grandeur de la personne tels que exceller dans les études, se distinguer dans le sport, réussir aisément dans les études et les domaines de compétition.

En effet, la continence améliore l'état général de la santé de l'individu. Elle forge également une personnalité équilibrée. La continence optimise la concentration propice aux activités mentales et physiques ce qui amène le plus souvent à la

créativité. Elle préserve d'être en contact avec les infections sexuellement transmissibles et le SIDA. Je souligne aussi le danger d'abuser des pulsions sexuelles propres. Quand les relations sexuelles deviennent exagérées comme dans le cas de nymphomanie, elles ruinent la santé physique que mentale. A ce moment là, elles mènent très souvent à la perversion.

Nombreuses déviations fonctionnelles de la sexualité trouvent leurs racines dans l'incontinence. La prudence est recommandée parce que l'utilisation d'objets pointus et tranchants peuvent transmettre le VIH en blessant dans le cas où ils sont souillés par le sang infecté en étant en contact dans la circulation sanguine ou la muqueuse voire même par un objet mou tel que la brosse à dent. De la fidélité parce que les deux partenaires restent dans un climat de confiance mutuelle après avoir fait des tests de dépistage volontaire prouvant la séronégativité de l'un comme de l'autre dans le mariage surtout où la crainte est bannie.

4.3 Rôle du Gouvernement central

Le Gouvernement étant une constitution politique de l'Etat (Le Robert 1994:528) dispose d'un Ministère qui a la charge de s'occuper de la santé publique de la population. Dans le contexte du VIH/ SIDA, le Gouvernement de la R.D.C par l'entremise du Département de tutelle ne ménage aucun effort pour assurer la vulgarisation, l'information, la formation et l'éducation de la population sur la pandémie du VIH/SIDA en vue de permettre une bonne compréhension de ce qu'est réellement le fléau qui menace des vies humaines.

Ce travail a une importance capitale car le dessein visé rencontre les préoccupations fondamentales de la population congolaise pour son bien-être en santé physique, morale et spirituelle. Depuis l'existence de cette maladie, il déploie de temps à autre des activités intenses dans le but d'atténuer la vulnérabilité de celle-ci. La première de chose pour mener une lutte d'envergure le Gouvernement se doit allouer un budget conséquent et réel dans le financement et la réalisation des programmes arrêtés pour le bon fonctionnement. Il incitera toutes les autorités politiques à s'y engager

pleinement. Dès que la politique s'emmêle, le message trouve son poids pour être véhiculé, son contraire marque un freinage sans précédant par le fait que le financement pouvant être affecté sera détourné pour l'autres fins.

Le Gouvernement devrait aligner les financements extérieurs sur les priorités nationales en vue d'obtenir des résultats positifs. Il développerait une politique d'utilisation rationnelle des ressources humaines en rapport avec la lutte contre le VIH/ SIDA en tenant compte des besoins de la Nation Congolaise. Cela conduit à l'amélioration des conditions de travail et à l'enveloppe salariale. Le Gouvernement promouvrait et encouragerait la production des matériels didactiques pouvant servir à la diffusion et à l'enseignement sur la pandémie du VIH/ SIDA aussi bien que la promotion des droits fondamentaux des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA créant un environnement éthique et juridique qui leur est favorable telle que la construction des infrastructures d'accueil, des organisations en association et promouvoir également les droits de la communauté à la protection contre tout risque d'infection au cours de l'exercice du travail nursing.

Le Gouvernement en cette matière de la protection du travailleur soignant devrait avoir un plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives et juridiques, le Parlement et le Sénat pour prendre des textes de loi basés sur la sécurité sociale et le risque de métier notamment la loi protégeant les travailleurs en cas d'infection et la prise en considération des droits des Personnes Vivant avec le VIH/ SIDA (PVV) tenant compte des document des P.V.V déposés le 27 Décembre 2005 au Parlement du pays. (Assemblée Nationale 2005)

La vulgarisation se fait pour le mieux par la traduction en des termes plus simples et clairs en langues vernaculaires du milieu, par le Gouvernement, les textes qui consacrent les droits et les devoirs d'une personne. En ce cas, le Gouvernement mènerait une réflexion sur l'élaboration d'une politique nationale de promotion et de protection des droits humains dans le contexte du VIH/ SIDA. Il devrait également avoir un plaidoyer auprès des autorités ecclésiastiques, des leaders d'opinion, des chefs coutumiers pour la soutenance et la vulgarisation des textes de loi notamment la loi en question et les textes législatifs en vigueur. Et Mwaka (1984:37) souligne: «une

personne qui se protège est celle qui se met à l'abri soit du vent, de la pluie ou de la maladie ayant pris dorénavant elle-même des mesures de précaution d'en échapper; et en plus, avant que les autres viennent pour porter secours».

Je soutiens son argumentation car cette personne utilise son savoir-faire par son sens de responsabilité élevé pour le maintien de l'intégrité de sa santé physique. Le Gouvernement étant le premier responsable de la santé de la population, il est dans l'obligation de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA car elles sont fréquemment victimes de beaucoup de cas de violation de leurs droits les plus élémentaires. A cet effet, elles sont confrontées à des problèmes tels que notamment l'inaccessibilité aux soins médicaux faute des moyens financiers, l'inadmissibilité à un poste de travail de commandement, la perte d'emploi sous prétexte d'inaptitude physique, la discrimination et le rejet par la famille et par la communauté créant une fureur et une mélancolie en elles. Le droit à la vie telle que prônée par l'article 3 de la Charte des Nations Unies est inaliénable. Personne ne peut attenter à la vie de son semblable. Dans le cas présent, l'euthanasie est proscrite même si la personne vivant avec le VIH/SIDA demande sa mort.

La prérogative de donner la mort revient à notre Dieu Créateur seul. Le gouvernement doit soutenir toutes les confessions religieuses et toutes les associations de lutte contre VIH/SIDA parce qu'elles intègrent les programmes de formation et d'information sur le VIH/ SIDA dans l'agenda de leurs activités annuelles et ceci pour garantir à toute personne ses droits divers. Il est de son devoir de soutenir de la même manière les Organisations Non Gouvernementales (ONG) dans leurs efforts de recherche des solutions portant sur le vaccin non encore trouvé, le traitement du VIH et la prise en charge des PVV sans oublier les orphelins et les veuves du SIDA. Le Gouvernement devrait organiser dans le compte de toutes les catégories sociales de la population des séminaires spécialisés, des conférences et la tenue des journées communales de VIH/SIDA à Kinshasa et en provinces pour donner une signification particulière à la date du 1er Décembre de chaque année, journée mondiale du VIH/ SIDA, un cachet spécial ayant pour cible: les écoles, les Universités, les Instituts

Supérieurs, tous les cadres éducationnels, les marchés, les foyers (cellules de base) et bien d'autres activités culturelles.

Le Gouvernement doit obliger tous les membres de la population de faire un test de dépistage volontaire du VIH/SIDA pour savoir l'état sérologique de chacun afin de prendre des mesures et précautions inhérentes et adopter le comportement responsable dans le changement de la mentalité. Il devrait organiser aussi des campagnes de sensibilisation, encourager des leaders d'opinion, des chefs religieux, des chefs coutumiers, instruire la population en général sur les droits fondamentaux des PVV. IL introduirait les aspects éthiques et juridiques dans les curricula de formation dans les écoles, les Universités, les Instituts Supérieurs, les notions d'éthique, droit et VIH/ SIDA. L'organisation des sessions de formation continues incombe à l'état par le truchement du Gouvernement et elle est indispensable. L'implication des structures académiques et autres, les communautés religieuses et les différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans la planification et la mise en œuvre des activités de lutte diverses visent l'obtention d'un résultat positif.

Le Gouvernement joue le rôle de catalyseur et concourt à l'instauration des conditions nécessaires au déploiement de la sécurité de santé maternelle et de l'hygiène, il doit honorer pleinement l'engagement qu'il a pris dans le cadre de « meilleure santé pour tous » en donnant, en effet, à son engagement de reformer et de rétablir le système sanitaire en se conformant aux dispositions du Pacte International relatif aux Droits de santé, car toute personne a le droit d'un meilleur état de santé physique et mental. Le Gouvernement dans son plan de redressement ou de lutte contre le VIH/ SIDA a le droit de demander en tant que membre effectif de l'Organisation des Nations Unies (ONU), à la Communauté Internationale et plus particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est une branche et un système des Nations Unies pour la santé d'apporter un appui aux compétences techniques locales afin d'impliquer leur participation à des programmes de coopération technique en matière de santé et renforcer les échanges scientifiques, documentaires ainsi que d'expériences en vue de la réussite.

Le Gouvernement peut engager des reformes fiscales pour mobiliser des ressources financières à mener la lutte contre le VIH/SIDA et arriver à l'objectif, si seulement si, il se comporte en responsable et lutte énergiquement contre les violences sexuelles faites à la femme et à l'homme.

4.4 Rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance

La Mission Evangélique de la Délivrance (MED) en tant qu'Eglise, elle joue le rôle de rassembleuse des masses et elle se doit dans sa démarche de protéger ses membres contre la pandémie du VIH/SIDA dévastateur. Parce qu'elle a remarqué les failles du Gouvernement de ne pas atteindre tout le monde sur l'étendue de la République et de la ville de Kinshasa en particulier, elle se veut un canal de véhiculer le message du VIH/SIDA parce que l'Etat bien que possédant un personnel qualifié en matière de soins de santé, il résout partiellement les problèmes sanitaires; sociaux, de l'éducation etc. La MED a des responsabilités à accomplir au sein de la société Congolaise plus précisément dans la ville de Kinshasa, et des services à rendre pour arriver à la protection totale de ses membres auxquels une éducation sexuelle devra être donnée afin de sortir du silence mitigé occasionné par le tabou sur la sexualité.

La MED, comme les autres confessions religieuses, a le monopole de la population, raison pour laquelle elle joue le rôle d'informatrice au sein de la communauté C.F.C.G. et de la société kinoise afin de réduire la propagation de la pandémie du VIH/SIDA par l'information, l'éducation et le changement de comportement dans l'utilisation du sexe. La MED travaille dans le but de convaincre la conscience humaine et d'effacer les affirmations gratuites inculquées dans la mémoire des personnes par la rue et donner la vérité connue au quotidien sur le VIH/SIDA. Les affirmations gratuites fausses proviennent d'une personne ou de plusieurs personnes qui les imaginent et les dictent aux autres personnes de la communauté et cela se reprend dans la société avec ou sans fondement scientifique.

Dès qu'elles sont intériorisées, elles poussent les gens à agir et à afficher un comportement en rapport étroit avec celles-ci. Les idées fausses, les pensées mal pensées

ne surgissent pas d'elles-mêmes et elles ne peuvent agir spontanément sur la vie sociale. La raison majeure est que leur influence sur la personne ne peut s'exercer que le jour où elles sont traduites en acte et en des comportements donnés. Cependant, la vérité répond favorablement aux besoins de la vie sociale, elle se répand tôt ou tard dans la conscience des masses; et devenant populaire, elle a sur les masses une puissance mobilisatrice insoupçonnée.

Par le processus simple de communication, les idées cessent d'être de simples concepts pour se traduire dans des actes, tandis que la vérité pousse les personnes à posséder la connaissance exacte et nécessaire afin d'accélérer la marche vers le changement de comportement pour éviter le mal. Bosch (1995:548) affirme que «le mal n'habite pas seulement le cœur humain, mais aussi les structures sociales. Nous devons donc évangéliser, répondre aux besoins humains immédiats et soutenir la transformation sociale» en vue d'arriver au changement de mentalité et de comportement qui améliore l'état et la manière de vie des personnes dans une société donnée. La MED a le devoir de persuader les Gouvernants à assumer leurs responsabilités dans la tâche qui leur revient de préserver la bonne santé de la population.

Ainsi, la MED vient seulement pour aider à la réalisation des objectifs assignés. Elle les stimule de prendre soin du personnel de l'Etat pour un éveil d'amour humanitaire et de la conscience professionnelle résultant d'une bonne rémunération surtout pour ceux qui s'exposent à contracter le VIH/SIDA parce qu'ils touchent le sang à tout moment et manipulent les instruments tranchants et pointus souillés ou non. Le risque d'infection est permanent pour eux. La MED intervient non seulement pour informer, instruire, éduquer et sensibiliser ses membres par les films, le théâtre, les séminaires et études bibliques en ce qui concerne le VIH/ SIDA et elle encourage les PVV dans le but d'obtenir un changement de mentalité et comportement, mais aussi à dénoncer les maux individuels et sociaux et combattre les antivaleurs, les coutumes et les traditions rétrogrades en matière de sexualité rendant la femme vulnérable au VIH/SIDA.

Elle attire une attention permanente sur le fléau qui se propage discrètement d'un individu à un autre de manière inapparente et sournoise. La MED s'est engagée totalement dans l'accomplissement de sa mission pour le redressement de la situation calamiteuse causée par le VIH/ SIDA dans la ville de Kinshasa et pour le progrès du christianisme avec une grande détermination afin de donner une libération mentale et physique que j'appelle la «conversion» vis-à-vis de la pratique sexuelle, et Kä Mana (2005:84-85) le soutient en ses termes pour signifier que la conversion est :

La reprise constante de soi sur ses désirs, ses avoirs et ses œuvres de manière à être ouvert à la nouveauté de Dieu. La libération du dedans, ses passions, va de pair avec le changement de mentalité qui dévoile des possibilités enchaînées et refoule, les impossibilités fabriquées et imposées comme destin à la lâcheté et à la résignation des hommes.

Le VIH s'accroche au corps humain parce qu'il trouve en celui-ci un lieu privilégié de vie. Margaret Harriet, Richard et Pat (2005:69) affirment qu'il « ne peut vivre qu'une minute en dehors du corps humain ». La raison est maintenant claire. Le virus évite sa mort .Il signe de mourir avec la personne qui l'a hébergé. Ceci prouve à suffisance que le virus VIH est têtue et extraordinaire. Il mène une autodéfense même contre les médicaments pouvant l'anéantir. Raison pour laquelle, la fabrication du vaccin demeure difficile à réaliser de nos jours .Les dirigeants de la MED ayant toute la connaissance sur le virus VIH ne sont pas restés indifférents, ils se sacrifient en donnant l'information sûre à leurs membres en insistant sur la manière de l'éviter.

Aujourd'hui le monde contemporain étant le monde de la technologie, il est assoiffé d'informations tout autant que des voyages, d'ouvertures et de découvertes. Toute personne veut connaître ce qui se passe autour de lui, que cela soit bon ou mauvais; mais pourvu qu'il ait une information qui va de son intérêt ou pas . En ce qui concerne le VIH/ SIDA, l'information est tout à fait frustrante amenant tout de suite à la pensée de toute personne l'idée de la mort pour celle ayant été en contact avec le VIH que j'appelle « virus de la mort». Certainement, aucune censure n'est préférable ou permise à ce sujet quoique cela suscite la peur.

La personne humaine bien qu'elle mourra un jour; elle doit avoir une curiosité assez grande sur la pandémie qui tend à la détruire, à diminuer sa longévité de vie et à

précipiter sa disparition sur la surface de la terre. Le débat sur le VIH/ SIDA continuera longtemps à se passionner autour de la vérité de la maladie du SIDA tant qu'elle persistera dans son opiniâtre à décimer les vies humaines. Aucun homme ni aucune femme ne désire la mort. Elle ne devrait pas venir tout de suite surtout avant la vieillesse et que l'âge n'ait été rassasié après avoir vécu tant de situations, événements pour en être un témoin oculaire et un bon conseiller. De nombreuses personnes connaissent le mot SIDA et savent assurément ce qu'il engendre au niveau de la famille : le souci, la tristesse et la douleur de la disparition des êtres chers faute de l'autodiscipline sexuelle.

Nancy (1990 :74) déclare que «l'objet de la discipline consiste à former la personne pour qu'elle sache se conduire par elle-même»; mais cependant nombreuses personnes ont une mauvaise image du SIDA, elles négligent les voies de pénétration du VIH dans le corps humain et ont une mauvaise utilisation du sexe. Le but ultime de l'information est d'amener les autres personnes à posséder la connaissance exacte d'une chose, d'un événement ou d'une maladie etc. de la même manière que le possesseur. Dès que la connaissance est vulgarisée, chaque personne avisée agira consciencieusement et conséquemment en sa faveur ou en sa défaveur.

La MED instruit sur le VIH/SIDA en fournissant des explications claires et appropriées sur les effets néfastes de la maladie pour que ses membres adoptent le principe de l'abstinence qui demeure le seul moyen sûr d'éviter l'infection au VIH et la fidélité qui dénote la personnalité et la confiance du partenaire. L'utilisation du préservatif demeure non désirée au niveau de l'Eglise car c'est un piège tendu. Porter la capote communément appelée bottine pousse ceux qui sont infectés à continuer les rapports sexuels avec les non atteints et vice-versa. Dans cette accoutumance, l'oubli peut venir un jour et la transmission sera possible. L'homme préfère le frottement corps à corps pour avoir une entière satisfaction.

La MED joue également le rôle d'éducatrice des masses dans ce sens qu'elle réunit ses membres à qui elle donne l'orientation et explique le but de la vie de l'homme sur la terre et de quelle manière cette vie doit être vécue: d'abord la crainte de Dieu en évitant des partenaires multiples ce qui épargne à priori contre l'infection au VIH. Dieu se soucie du bien-être de toute personne ainsi que de toutes les familles. Dieu invite

l'homme et la femme d'être sincères dans leurs rapports sexuels et à garder l'intégrité de leur état physique. Les couples mariés défendent leur honneur dans le mariage quand le foyer repose sur les solides fondations telles que l'amour, la fidélité, l'entente et le pardon. Par ceux-ci, ils vivent et ne craignent rien à craindre de l'avenir.

La MED explique aux membres l'origine de la vie et notamment: l'existence de l'homme, les buts fondamentaux de la sexualité qui consistent à apprendre à donner et à accepter l'amour ; à être satisfait de son rôle sexuel; à respecter son corps ce qui est une mise en valeur de la personnalité par la connaissance que chaque partie du corps humain est admirable et a un but utile précis; à accepter les changements physiques pour enfin entrer dans l'enjeu sexuel. Nancy (1990:96) appuie cette assertion «le respect de soi assure la base du comportement». L'acte sexuel est un besoin physique de même nature qu'avoir faim pour manger quelque chose. Le sexe tel que Dieu l'a donné à l'homme et à la femme joue deux rôles extrêmement importants: premièrement comme moyen de procréation. Dans Genèse 1,28 ; Dieu prononça cette parole: «Soyez féconds, multipliez, remplissez la terre... ».

Deuxièmement comme moyen d'évacuation des matières toxiques à l'organisme par les urines. Comme instinct, l'homme et l'animale en ont en commun; et à la seule différence que les animaux ressentent le besoin de s'accoupler seulement à la période déterminée du rut dans la finalité de la reproduction, tandis que l'homme considère le rapport sexuel comme un moment de jouissance dans l'amour, mais certains en ont changé l'usage. L'homme pécha et changea la manière d'utiliser le sexe. Ainsi naquirent l'homosexualité, la zoophilie, la fellation et le cunnilingus qui sont des pratiques de la sexualité extravertie qui déshonorent le Dieu Créateur.

L'éducation sexuelle donnée par la MED se concentre plus sur ce qui a fait déborder largement la sphère génital basée sur la reproduction et l'évacuation vers la bestialité pour se réaliser dans une dimension affective et spirituelle. La MED a aussi le devoir principal de sensibiliser ses membres, les autres personnes de la même communauté C.F.C.G. et les autres confessions religieuses à prendre conscience par les séances de formation qu'elle organise et la projection des diapositives pour attirer l'attention, de s'assurer que le VIH/ SIDA existe réellement et que l'éviter est possible.

La sensibilisation vise beaucoup plus une écoute attentive suscitant un intérêt particulier. Le message transmis au cerveau est enregistré et est envoyé au niveau du cœur pour être conservé ou pas.

La visualisation d'images et la diffusion du message que j'appelle «le chemin vers la conscience» conduit à une réflexion introspective et à l'autocritique et tout acte qui se produit est taxé de consciencieux bien que l'agissement soit contraire au comportement attendu. Une personne qui pose un acte utilise son raisonnement et sa conscience d'où sa responsabilité s'engage dans tout ce qu'elle fait.

4.5 Contribution des intellectuels de la ville de Kinshasa dans la lutte contre le VIH/ SIDA

Le mot intellectuel dérive du mot «intellect» et du latin «*intellectus*» qui signifie comprendre, intelligence c'est-à-dire qui a la faculté de comprendre les choses. Un intellectuel est une personne qui a la capacité de comprendre les situations et de les analyser avant de prendre une décision quelconque. Cette capacité lui permet de s'adapter dans tout milieu et de trouver des solutions aux problèmes qui se posent dans la vie courante.

Il a la faculté de compréhension élevée. L'intellectuel possède en lui la science qui élargit ses connaissances, et il est capable, partant de ses pré-requis, de fournir des résolutions et créer des méthodes pouvant faire sortir d'une situation difficile ou de crise, une société désespérée tel le cas du VIH/SIDA qui demeure sans traitement ni vaccin à nos jours. L'intellectuel est une personne instruit dans différents domaines, les intellectuels de la ville de Kinshasa sont organisés et regroupés selon les fonctions et les activités qu'ils exercent dans la vie: ordre des Médecins, ordre des pharmaciens, ordre des Avocat, Union des femmes juristes, Union des femmes journalistes, le Syndicat de professeurs d'Universités, le Syndicat des Enseignants, Union des Intellectuels chrétiens etc. Tous ces groupes sont susceptibles d'être atteints par le VIH/SIDA qui est capable de paralyser le dynamisme social, politique, économiques culturel ou

religieux. Les intellectuels pensent et conçoivent de leur manière la pandémie du VIH/SIDA.

Il est temps qu'ils réagissent tous vigoureusement dans leurs groupes pour barrer la route à la propagation du VIH/SIDA. Et pour affronter cette situation dans l'urgence, il est impérieux dès à présent que tous travaillent en synergie et incluent dans leurs carnets de débats le sujet sur la prévention du VIH/SIDA dans leurs rencontres mensuelles ou trimestrielles. Les intellectuels devraient être les premiers à mener la lutte contre la honte engendrée par le tabou dans chaque tribu sur la sexualité, briser le silence observé dans plusieurs milieux, cesser la stigmatisation et la discrimination qui entourent le VIH/SIDA. Pour réduire le nombre de contamination en VIH dans la ville de Kinshasa, ils devront intensifier les séances de conférences et débats pour la vulgarisation. Je les encourage d'accepter d'abord eux-mêmes le dépistage volontaire pour la connaissance individuelle de l'état sérologique comme première étape importante dans le changement de comportement. Le «connais-toi, toi-même» du philosophe grec Socrate doit être d'application pour arriver à mieux se contrôler soi-même (Kasongo 2006:59)

Et une deuxième étape, la personne n'ayant pas succombé est en mesure de prodiguer de bons conseils pour assurer la protection de celui qui l'écoute. Cette deuxième étape n'est possible que si l'environnement est assaini dans sa globalité par tous les membres de la communauté. Le VIH/SIDA est un problème sanitaire qui intéresse et touche toutes les couches de la vie sociale. Le VIH/SIDA fragilise les relations humaines, il affaiblit le corps humain comme toutes les autres maladies à la seule différence que le VIH/ SIDA s'insère dans le groupe des maladies incurables. Et parmi les intellectuels, je distingue les fidèles de confessions religieuses suivantes; les Catholiques, les Protestants, les Kimbanguistes et les Musulmans.

L'appréciation sur la manière de conserver l'état de santé physique pour mener une vie meilleure comme le souligne le cardinal Malula (1970:5) «vivre heureux est une aspiration de tous» dépend des uns des autres. A ce qui concerne la fidélité, l'abstinence et les préservatifs ; les violons ne s'accordent pas à certains points de vue. Les Protestants ne sont pas d'accord avec l'utilisation des préservatifs (appelés encore

les capotes ou les bottines) parce que le risque d'infection au VIH n'est pas totalement écarté. Les préservatifs peuvent être troués sans le savoir ou se perforer en action sexuelle. En plus, les personnes qui les utilisent pour la plupart ont des partenaires multiples auxquels elles ne sont pas sûres de leur conduite, et ceci marque un signe d'infidélité vis-à-vis du conjoint ou de la conjointe envers lequel ou laquelle la confiance est bannie.

Chez les Musulmans, la fidélité n'existe pas par le fait que la polygamie est autorisée. Pour l'abstinence, toutes les confessions religieuses soit 100 % sont d'accord parce qu'elle permet à toute personnes de se conserver et de ne pas entrer en contact avec le VIH. L'abstinence demande un cœur de sacrifice et de désintéressement. J'ai demandé aux dirigeants de différentes confessions religieuses d'écrire oui ou non dans chaque colonne et le résultat a été le suivant: pour la fidélité, trois confessions religieuses: catholique, protestante et kimbanguiste soit 75 % sont d'accord de l'observer scrupuleusement tandis que les Musulmans soit 25 % n'en tiennent pas compte car ils pratiquent la polygamie. La fidélité fait partie intégrante de la règle de bonne conduite d'une personne et dénote aussi une bonne éducation héritée des parents. Tel père tel fils. Pour l'abstinence, les quatre confessions religieuses soit 100 % sont unanimement d'accord de l'observer. Pour le préservatif, trois confession religieuses: catholique, kimbanguiste et musulman soit 75 % acceptent son utilisation tandis que les protestants soit 25 % refusent son emploi parce qu'il n'assure une garantie définitive de protection par son usage désinvolte (Musumba 2006 : 34).

Tableau 15: L'observation des religions

Religions	Fidélité	Abstinence	préservatif
Catholique	Oui	Oui	Oui
Protestante	Oui	Oui	Oui
Kimbanguiste	Oui	Oui	Oui
Islamique	Non	Oui	Oui

Musumba 2006: INA

Le rapport de oui concernant la fidélité représente trois sur quatre confessions religieuses soit 75 % et non un sur quatre soit 25%.

Le rapport de oui pour l'abstinence représente quatre sur quatre confessions religieuses soit 100% et non zéro sur quatre soit 0%. Le rapport de oui pour le préservatif représente trois sur quatre confessions religieuses soit 75 % et non un sur quatre soit 25%.

Quand j'observe les colonnes du tableau, je remarque que deux confessions religieuses: catholique et Kimbanguiste adoptent les trois principes de protections contre le VIH/SIDA tandis que les deux autres confessions rejettent l'une la fidélité et l'autre le préservatif. Il convient de savoir que la fidélité est pour les personnes intègres, l'abstinence est pour les personnes ayant un cœur de décision ferme, le préservatif est pour les personnes faibles et indécises. Les intellectuels aident les gens de la ville de Kinshasa qui ont perdu le sens du mot «vie» qui pratiquent la sexualité et qui utilisent abusivement leur sexe pour gagner de l'argent afin de vivre d'attirer leur attention sur la transmission du VIH. La vie n'est pas une vanité et une poursuite de vent comme le Roi Salomon (Eccles. 2,17) parle. La vie est riche de sens pour une personne qui veut prolonger la durée de son existence sur la terre.

A cet effet, les humains peuvent mener une vie pleine de sens et satisfaisante quand ils respectent les principes que Dieu a établi sur la terre, notamment: pratiquer les rapports sexuels dans ses normes pour la procréation ou non ; trouver de quoi manger en travaillant diligemment et honnêtement, savoir partager en venant en aide à des personnes en difficulté tels les Sidéens, les pauvres et les autres qui sont dans le besoin; avoir des relations interpersonnelles sans lesquelles tel que Atelain (1979:135) confirme «le monde n'est qu'un désert».

4.6. La contribution des ONG dans la lutte contre le VIH/ SIDA

4 .6.1. Historique du mouvement ONG

La création des ONG en République Démocratique du Congo entre dans la logique des stratégies nées de l'échec de plusieurs plans de développement conçus par les gouvernements dans les pays en développement sans impliquer les populations

concernées. C'est pour cette raison que ce sont développés d'autres structures qui tentent de recentrer le travail autour de la participation des populations à l'analyse de leurs besoins réels en vue de rechercher avec elles des solutions appropriées. Ces types d'associations ont nées lors de la décolonisation en R.D.C et surtout pendant la première décennie du développement allant de 1960 à 1970. Le phénomène ONG n'est pas nouveau au pays. Elle date de la période d'avant l'indépendance. A l'époque coloniale comme le confirme Nsangua (1994:29) «les églises missionnaires catholiques et protestantes se sont occupées du développement de la population et ont posé des actions concrètes en faveur des plus démunis.

Elles ont crée des écoles, des hôpitaux et des foyers sociaux, les décrets-lois du 24 Mars 1956 sur les coopératives et du 27 Novembre 1959 sur les Associations sans but lucratives et, ont régi les associations en ce temps. Parmi les ONG les plus anciennes se trouvent le Fond Social du Kivu (FSKI) de 1931, l'Armée du Salut de 1934 et le centre scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles (CEMUBAC) de 1938 (répertoire CNOGD et UNICEF 1996). Avec l'indépendance, en dehors des structures confessionnelles de développement d'autres structures indépendantes ont été créés. Ce sont les ONG laïques. L'ordonnance loi du 18 Septembre 1965 régit jusqu'à ce jour les Associations sans but lucratif (ASBL) dont font partie les ONGD.

A partir de 1980, le mouvement des ONG pour le développement (ONGD) s'est remarqué avec la prolifération des programmes ou projets de développement variés dans de différents domaines de la vie agriculture, élevage, production, commercialisation, reboisement, santé, vulgarisation des technologies nouvelles appropriées, conscientisation et animation rurale. Et après le 24 avril 1990, date du déclenchement du processus de démocratisation en RDC, une grande recrudescence des ONGD a été observée avec tous ses corollaires relatifs à l'exercice des libertés individuelles et collectives dont la liberté d'association reconnue par le droit positif congolais. Yamba (1998 :12) affirme que « 66 % des ONGD ont été créés entre 1990 et 1996, dont 19 % en 1995 considérant 1322 ONGD identifiées par le CNONGD et UNECEF en 1996 ».

4.4.2. La contribution des ONG

Je veux parler par ce fait d'un concept qui est devenue aujourd'hui d'actualité dans tout pays qui s'engage sur le chemin de développement avec la participation des ONGD (Organisation Non Gouvernementale pour le Développement). Un regard attentif sur les ONGD permet d'affirmer que toute initiative privée née en dehors de l'impulsion du gouvernement peut être appelée, sans contredit, une ONGD. Mais le législateur considère les ONGD comme faisant partie des Associations sans but lucratif (ASBL). Celles-ci sont définies comme des «associations qui ne se livrent pas à des opérations industrielles ou commerciales si ce n'est à titre accessoire, et qui ne cherchent pas à procurer à leurs membres un gain matériel» (article 1 du chap. I de la loi 18 Septembre 1995) en vigueur au pays jusqu'à ce jour.

Ainsi, les sociétés industrielles et commerciales ne font pas partie des ONGD puisqu'elles poursuivent un but lucratif. Et partant de ce qui précède, une ONGD est comprise comme une organisation sans but lucratif formée par des privés en dehors de l'impulsion du Gouvernement. Elle est créée dans un esprit de volontariat et de bénévolat de base. Une ONGD est autonome vis – à – vis de l'Etat, sa vocation est l'appui au développement par des activités sociales, économiques, civiques et politiques.

L'ONGD vise l'autopromotion des communautés de base en vue de les aider à prendre en charge leur progrès social. Kimpianga (1993 :7) affirme que «une ONGD est une organisation volontaire de développement, une association sans but lucratif avec une structuration à terme confirmée par acte juridique et de fait dont l'objectif est de se mettre au service de la collectivité comme interface sociale dans le but de lui assurer un appui financier, matériel, technique et moral visant son épanouissement». Une ONGD vise à priori la responsabilisation et l'autodétermination de la population afin de se prendre en charge. Elle donne des orientations nouvelles à cette population pour améliorer sa condition de vie. Le code de conduite des ONGD réalisée par le PREFED définit une ONGD comme «une association de personnes qui vise l'amélioration durable, participative et consciente des conditions de vie des populations et dont la création ne résulte pas de la décision d'une institution étatique».

Par ce fait , un groupe de personnes qui distribue des livres et des cahiers aux élèves , qui remet des dons aux personnes démunies , qui donne de la nourriture aux pauvres etc. , ne peut pas être nommé ONGD tant que comme le confirme Yamba (1998:21) «cette assistance n'entre pas dans la logique d'aider les bénéficiaires à s'aider eux – mêmes , à se prendre en charge et à décider de leur avenir. Ce groupe est plutôt une association philanthropique faisant du développement cadeau qui est souvent à la base du comportement passif et de la mentalité d'assister des bénéficiaires».

Cette façon d'agir crée l'inactivisme et elle ne rencontre pas la vision d'une ONGD. Les activités d'une ONGD supposent une technicité avec compétence dans les interventions et dans la méthodologie à appliquer. Je souligne qu'il faille éviter la confusion en considérant les organisations de Nations Unies comme des ONGD.

Par ce fait, Il convient de savoir que ces organisations telles que le BIT, le PNUD, l'OMS, l'UNICEF ainsi que des organismes de coopération bilatérale telles que USAID, les services culturels et les services de coopération des Ambassades ne sont pas des ONGS. Les Eglises, les mutuelles, les coopératives, les syndicats, les fondations sont des ASBL et non les ONG. Les ONG ont pour finalité la promotion de la personne humaine dans toute ses dimensions: culturelles, sociales, économiques et politique sans discrimination de sexe, d'idéologie, de race, de religion ni d'ethnie.

L'idéal recherché par les ONG est d'assurer l'autopromotion des communautés de base par la promotion des droits inaliénables tels les droits socio-économiques et les droits civiques et politiques pour une prise en charge effective de leur destin. Pour le cas d'espèce, les ONG liées à la lutte contre le VIH/ SIDA telles que Amo/ Congo, BCC/ SIDA (aujourd'hui PNLS) ont la mission de vulgariser à Kinshasa la ville province les moyens d'éviter la transmission du VIH/ SIDA mais elles devraient le faire par des colloques et des conférences dans chaque quartier et dans chaque commune au lieu de se limiter aux seuls médias.

Un travail de grande envergure devrait être déployé à travers la ville de Kinshasa afin d'informer la population du danger qu'elle court dans le cas où le virus VIH est transmis à une personne saine. Quand un individu constate qu'il est atteint du VIH/

SIDA; la première des choses il panique. Il peut même piquer une crise d'hypertension ou tomber en syncope parce que surpris de son état sérologique. La deuxième des choses, il se met en colère. Et la troisième des choses, il cherche à se venger en pratiquant une sexualité incontrôlée avec une personne de l'autre sexe. Il crée en lui le principe de mort en ligne s disant « ne pas mourir seul » comme le confirme Francis (1994:42) «le SIDA est une maladie qui tue non seulement la personne seule, mais il poursuit tous ceux qui ont fait les rapports sexuels avec elle pour les amener aussi à la tombe». Il est vrai comme le souligne Fwala cité par Babudaa (2001:139) que le virus d'un côté adjure à l'homme « laisse-moi vivre même si tu ne sauras me supporter » et de l'autre côté l'homme qui demande au virus Babudaa (2001:139) «ne me tue pas, précieuse est ma vie, innocente est ma vie, sacré est ma vie. Je t'en supplie laisse-moi vivre».

Le virus et l'homme veulent chacun vivre, mais l'homme se débat pour s'en embarrasser en cherchant les moyens de tuer le virus par les médicaments antirétroviraux. Et le virus dans son opiniâtreté se montre très tenace et déclare « nous mourons tous deux et serons dans un même cercueil. Toi dans le cercueil et moi en toi ». Cette unification stipulant l'incarnation fait plus peur aux humains. Il s'agit là d' «un couplage qui demeure à la fois fermé et ouvert» Mbungu (2007:18). Il est fermé parce que la séparation est inenvisageable et l'union reste très forte dépassant celle du mariage dont le port des anneaux scelle l'amour de l'inséparabilité. Il est ouvert parce que la transmission d'une personne à l'autre reste possible, et elle se réalise avec toute facilité.

Ainsi, le virus VIH trouve un lieu de prédilection pour assurer sa survie en détruisant les cellules humaines. Les hommes des ONG savent très bien que la fureur d'une personne ayant contractée le VIH/SIDA est grande; raison pour laquelle ils devront mener des campagnes de sensibilisation en persuadant les atteints à accepter leur état sérologique, et à ne pas contaminer les autres personnes par ruse et mauvaise foi. Les ONG ont pour objectif d'aider le Gouvernement dans tous les domaines où il échoue. En ce qui concerne le cas de la pandémie du VIH/ SIDA, les ONG précitées jouent un rôle prépondérant dans la ville de Kinshasa pour lutter contre la transmission

du VIH parmi les membres de la population en leur présentant les trois moyens d'éviter le contact avec le VIH/SIDA: abstinence, fidélité et préservatif appelé aussi condom ou capote ou bottine par les utilisateurs.

4.7 Conclusion partielle

Le quatrième chapitre a traité notamment le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance et du Gouvernement par les moyens et les stratégies qu'ils ont entrepris pour arriver effectivement à lutter contre la transmission du VIH/ SIDA dans la ville province de Kinshasa par des conférences-débats et des projections des diapositives pour convaincre les consciences. Il y a été également démontré comment les intellectuels et les ONG se sont mêlés dans cette lutte par leurs contributions afin de vulgariser les techniques qui permettent à la population d'éviter d'être en contact avec le virus de la mort VIH qui cause tant de tristesses et de pleurs dans les familles et la communauté entière de cette ville. Dans le cinquième chapitre, je pense dégager des perspectives missiologiques pouvant amener la diminution de cas d'infection dans la ville de Kinshasa.

CHAPITRE 5 : LES PERSPECTIVES MISSIOLOGIQUES

5.1. Introduction

Le cinquième chapitre que j'aborde concerne les perspectives missiologiques prises comme clés d'ouverture à une solution durable sur la prévention de la transmission de la pandémie du VIH/SIDA que tous les hommes et toutes les femmes devront observer impérativement et pratiquer avec modestie l'utilisation de leurs sexes pas pour les monnayer ni en faire un usage abusif, mais pour en tirer une joie et non un plaisir. Je parlerai aussi de la promotion du développement sanitaire comme catalyseur de changement au niveau de la santé physique parce qu'elle influence grandement l'état mental, et par la suite le défi sera relevé pour barrer la route à la croissance numérique de cas de contamination du VIH/SIDA dans la ville province de Kinshasa/RDC.

5.2. La prévention de la transmission du VIH/SIDA

Le virus du VIH/SIDA est apparu depuis un quart de siècle. Et à peine que les personnes de tout l'univers viennent de prendre conscience de ce phénomène de destruction massive des cellules du corps humain dans tous les milieux: familial, scolaire, universitaire, religieux et de travail. Le taux de séroprévalence en montée est le reflet par excellence de la négligence collective face aux enjeux qui impliquent l'histoire de la vie humaine. Un vieux adage est encore valable en ce troisième millénaire marqué par les extraordinaires progrès de la science : « mieux vaut prévenir que guérir ».

De ce fait, je souligne qu'il est important d'avoir d'abord la compréhension claire sur le mot prévention qui signifie prendre « un ensemble de mesures, dans le cas présent, ou des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies ou leurs conséquences à long terme » Larousse (2007:869). De manière stricte, une prévention est un avertissement lancé à tout homme. La maladie provient toujours d'une transgression des lois de la nature telles que le manque de repos, de l'hygiène, de l'intempérance, du manque d'air pur et aussi l'usage de certains aliments malpropres ou mal préparés ou encore l'abus des fonctions sexuelles. White (1994:59) soutient cette pensée en ces termes « Dieu n'est pas disposé à accomplir un miracle en faveur de celui ou de celle qui ne prend pas soin de son corps, qui viole constamment les lois de la santé, et ne fait aucun effort pour éviter la maladie».

Les Evêques Catholique (2005:103) abordent dans le même sens «si les gens contractent le SIDA à cause de leur vie immorale et de leurs mœurs légères, la maladie n'est pas un châtement de Dieu mais plutôt le résultat inévitable de leur comportement sexuel qui est contre la loi de Dieu. Les gens eux-mêmes, et non pas Dieu, sont responsables de leurs actes». Le virus VIH n'est pas seul envahisseur de l'organisme humain ; tant d'autres existent tels que le virus de l'herpe, le virus Ebola, le virus de la fièvre jaune, etc. viennent s'associer à lui pour bien le détruire rapidement.

Il existe plusieurs types de virus dans le monde. Un rapport établi en 1995 a identifiée 4000espèces de virus divisées en 71 familles ou groupes, basés sur des caractéristiques génomiques (génome à ADN ou ARN), morphologiques et antigéniques des virus (Fleury 1993:18). Le tableau ci-dessous montre différents types de virus et certaines de nombreuses maladies qu'ils provoquent.

Tableau 1: La classification de virus

Virus à ADN		Virus à ARN	
Nom de famille	Maladie	Nom de famille	Maladie
Herpesviridae (virus de l'Herpès)	Herpès, Zona, Varicelle	Flaviviridae	Fièvre jaune
Poxiviridae	Variole	Orthomyxoviridae	Grippe
Hepadniridae	Hépatite B	Retroviridae	Sida

Source: Fleury, H.J.A., 1993 : Virologie Humaine.

Christie (2002:45) précise que: «le virus de la grippe pénètrent dans les poumons et les bronches tandis que le virus des oreillons peut entrer dans les parotides situées dans les joues».

Tous ces virus diminuent à coup sûr la résistance de l'organisme humain pour enfin aliter la personne chez qui ils ont trouvé refuge et en dernier ressort ils causent la mort. Une personne qui meurt ne pourra plus émettre un son ni parler car il n'a plus de voix tel que Derby (1996:171) le souligne «en effet, par sa sonorité, la voix suppose doublement la vie puisqu'il faut y avoir part aussi bien pour produire un son vocal que pour l'entendre » et à ce point Brague (1988:262) appui en ses termes que « la voix est

produite par un être animé en tant que tel. Il faut donc, pour qu'il y ait voix, que celui qui l'émet soit pourvu d'une âme, au sens le plus primitif du terme psychè: le souffle». Ceci pour signifier que la mort ne permet plus à la personne morte d'exercer les activités de ceux qui sont vivants ni d'être en contact.

Certains facteurs favorisant de la maladie du SIDA entrent en ligne de compte pour causer des pleurs et des tristesses tels la pauvreté, l'absence des antirétroviraux, le viol etc. Ainsi, d'autres facteurs déterminants de la transmission du VIH s'ajoutent tels:

- Les facteurs liés aux croyances et religions: hostilité du condom (préservatif) considéré comme péché, les faux espoirs de guérison et pas de messages dans les sermons.
- Les facteurs liés au transport: les voyages par bateau, par train, par camion.
- Les facteurs liés aux traditions et coutumes: coucher avec la femme du défunt comme délivrance, le lévirat, le tatouage, déflorer sa fille comme moyen de l'initier aux relations sexuelles chez les Azande, le pacte de sang, la sexualité dans l'accueil chez les Bambala (RDC).
- Les facteurs liés à la jeunesse: insuffisance d'information, la non implication des jeunes.
- Les facteurs liés aux médias: les films pornographiques et l'insuffisance de couverture médiatique sur le SIDA.
- Les facteurs géographiques: voisinage avec les pays à haute prévalence des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Toutes les confessions religieuses Catholique, Protestante, Kimbanguiste et Musulmane ont le devoir éminent à jouer pour protéger la population, surtout les jeunes, contre le VIH/SIDA parce que si une vieille génération des personnes sidéennes meurt laissant une jeunesse indemne, la maladie du SIDA disparaîtra définitivement car le virus ne sera plus nommé dans le milieu, ni trouvé sur une personne. Et Jésus-Christ a amplement raison quand il souligne « malheur à celui qui scandalise un de ces petits » (Matthieu 18:6). Scandaliser va dans le sens de pousser une jeune personne manquant de maturité et de discernement à commettre un acte irréfléchi le faisant tomber dans un piège.

Ainsi, l'accent dans la lutte contre le VIH/SIDA devrait être mis sur la protection de la jeunesse, mais également de tous les êtres humains tel Kauffman (1997:1) le confirme «la protection des sujets humains se basent toujours sur le respect des droits de l'individu, l'obligation de protéger l'individu de tout risque» et Ngondankoy (2004:316) le soutient «il n'est de droits que protéger». Ceci pour dire que quand le droit, malgré ses multiples articles, ne parvient pas à protéger les individus et leurs biens, son importance s'écroule.

L'action menée relativement contre le VIH/SIDA devrait être une action permanente pour la continuité de la vie, étant donné que la meilleure façon de pleurer les morts reste celle de s'occuper des vivants. Tous les partenaires à la vie tels que les parents, les enseignants, les autorités administratives, les paramédicaux, les leaders de confessions religieuses, les organismes privés devront conjuguer leurs efforts à épargner la jeunesse du VIH/SIDA. Cette jeunesse a besoin d'une formation et d'une information sûre qui ne se basent pas sur des discours ou des causeries mais sur l'éducation sexuelle occasionnant de bons exemples à suivre pour avoir un monde ou un milieu sans VIH/SIDA. Tous les partenaires de la vie qui travaillent en protégeant ou en soignant les personnes atteintes du VIH/SIDA œuvrent au respect du droit à la santé stipulé dans la Charte de l'ONU tel qu'énoncé dans le texte juridique en son article 25 alinéa 1.

Au fait, la maladie du SIDA condamne ceux qui sont atteints au rejet par des membres de la famille et de la société en dépit de l'ignorance ou du caractère des victimes passives. En effet, le SIDA ne se transmet pas par se serrer la main, embrasser sur la joue, utiliser la même vaisselle, voyager dans des autobus ou des voitures bondées, nager ou se baigner ensemble, être ensemble dans la même pièce, les piqûres de moustiques ou insectes (Butrin 1993:14).

Le SIDA est la source de perte des capacités humaines, économiques et politiques. J'en appelle à la prudence et à l'autodiscipline par l'éducation sexuelle de la part des parents et tous les autres partenaires à la vie susmentionnés car les buts fondamentaux de l'éducation sexuelle tels que Nancy Van Pelt (1990:179) les formule doivent non seulement équilibrer l'homme mais surtout le mettre en harmonie avec la nature, notamment:

Aimer et être aimé, être satisfait du rôle sexuel, respecter son propre corps et se rendre compte que chacune des parties est admirable sachant qu'il a un but utile ;

comprendre et accepter les changements physiques qui sont des différentes étapes de croissance que le corps devra subir, savoir comment commencer la vie sexuelle et l'apprécier, et enfin vivre dirigé par des saines notions quant à la sexualité.

L'éducation sexuelle consiste à aider la personne jeune à acquérir des fermes principes quant à la sexualité, sinon quand elle découvre par elle-même dans la rue par l'influence des mauvaises compagnies, cela mène souvent à la déviation ou à l'incontinence.

Dans ma recherche, j'ai posé une question pertinente aux gens: «Qui de la personne sidéenne et du serpent préféreriez-vous la mort? Et Pourquoi?».

Cette question dont 70 copies distribuées en dehors et dans l'Eglise et auxquelles 54 copies retournées a donné le résultat suivant : 13 copies soit 24% ont révélé la mort de la personne sidéenne parce qu'elle est devenue un être dangereux pour la propagation du VIH et elle est, en plus, moins utile pour la société étant devenue une charge d'aucun n'accepterait de vivre ce calvaire; 37 copies soit 69% ont révélé la mort du serpent parce que la mort d'un animal tel le serpent n'inquiète pas l'homme; 4 copies soit 7% ont révélé la mort de la personne sidéenne et du serpent parce que les deux indisposent la vie de l'homme.

Tableau 2: Les déclarations

Déclarations	Nombre	Pourcentage
Mort de la personne sidéenne	13	24
Mort du serpent	37	69
Mort de la sidéenne et du serpent	4	7
TOTAL	54	100

Source: MED 2008

Quand je considère le cas présent, les deux ennemis de l'homme, tous deux sont nuisibles. Cependant, l'un est visible (le serpent) et l'autre est invisible à l'œil nu (le VIH). Ces deux ennemis sont à combattre acharnement. L'ennemi visible est extérieur et il peut ne pas être très dangereux car son abattage éventuel fera disparaître d'emblée son existence, tandis que l'ennemi invisible est très dangereux par le fait qu'il est difficile de

le maîtriser, de savoir où il organise son attaque et quand il va la commencer. Partant des déclarations énumérées, l'homicide envisagé par 24% de correspondants ou l'euthanasie sont à décourager et à supprimer car une personne sidéenne peut encore rendre de loyaux services pour le développement de son milieu et de son pays tant que la maladie du SIDA ne l'a pas encore alité pour le rendre inapte. La personne sidéenne, quand elle est forte, elle est capable de beaucoup des choses. Je stigmatise que la personne sidéenne ne peut pas être mise au même rang avec un reptile.

Elle est un être humain victime tout simplement du VIH/SIDA. Elle doit jouir de tous les droits à la vie liés à la santé, à l'alimentation, à l'habitat, à l'information et à toutes les libertés acquérantes prévues par la loi. Le malade du SIDA devra les revendiquer par toutes les voies de droit en cas de discrimination contre la famille, l'Etat, les ONG et les organismes nationaux et internationaux. Ce qui est important, c'est de le voir vivre comme toutes les autres personnes.

A ce fait, les leaders religieux devront accompagner, encadrer et assister les personnes vivant avec le VIH à préparer leur mort.

Les leaders religieux qui enseignent le « savoir-vivre » devront:

- Enseigner aussi le « savoir-mourir » aux personnes vivant avec le VIH en les entourant de l'amour, de la dignité et de la tolérance afin qu'elles meurent avec une conscience apaisée
- Conscientiser les personnes vivant avec le VIH à ne pas propager le virus VIH en se vengeant inutilement
- Donner une nouvelle directive éthique et morale fondée sur le respect de l'être humain, la justice sociale et le droit.
- Affirmer l'autorité du message sacré et garantir l'intégrité corporelle tel que le recommande la Charte de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en son article 3 : « Tout individu a droit à la vie, à la protection et à la sécurité de son être »
- Marquer une rupture avec les antivaleurs qui conduisent à la débâcle.
- Eviter le dénigrement et donner de la considération aux personnes vivant avec le VIH.

La personne sidéenne n'a pas seulement des droits, elle a également des obligations relatives à sa maladie et des devoirs à accomplir vis-à-vis de ses semblables pour son épanouissement dans le milieu où elle vit. Elle doit informer ses proches, sans se gêner de la maladie dont elle souffre. Et le leader religieux devra l'amener à s'ouvrir au monde que de la laisser se réfugier dans son anonymat ; l'amener à ne pas contaminer les personnes saines par mauvaise foi car sa responsabilité sera engagée au motif de transmission du virus VIH. Cet acte est condamné au même titre que la personne qui pose un acte pour nuire à autrui.

La mort du serpent n'a aucune influence sur la vie de l'homme ; et sa disparition dans le milieu humain ne pose aucun problème. Ceux qui ont voulu la mort du serpent soit 69% ont une considération de la personne humaine. Ils ont trouvé que la valeur de l'homme est très supérieure à celle de l'animal. Cette considération est basée sur une conviction fondamentale de l'homme étant qu'un être créé à l'image de Dieu et à sa ressemblance (Genèse 1, 27) et Muteba (2007:28) souligne que « comme tel, cet homme est revêtu d'une dignité inaliénable. Sa vie est un don de Dieu. L'église est donc chargée de la protéger, de la défendre en toutes circonstances ».

Ceux qui ont souscrit pour la mort de la personne sidéenne soit 24% sont dans une erreur si grande car ils ne peuvent pas accorder la même valeur à l'homme et à l'animal. Ils oublient que le développement de l'humanité toute entière dépend, dans toutes ses dimensions, de l'homme. Dans une étude faite par la Banque Mondiale en 1997 ; elle a reconnu que « si le SIDA influe sur le développement économique, le développement économique influe lui aussi sur l'évolution de l'épidémie ». Muller (1996 :15) le confirme: «L'extension du SIDA va de pair avec la paupérisation et le sous-développement. Le SIDA n'est pas seulement l'indice des troubles moraux et sociaux du monde occidental, il manifeste le fossé grandissant entre le Nord et le Sud».

La maladie du SIDA met l'homme dans une situation qui exige aujourd'hui l'intervention d'une nouvelle pédagogie éducative, particulièrement à l'adresse des femmes, des hommes et des jeunes. Les leaders religieux devront insister dans leurs messages sur la prévention et l'information projective d'images lors des séances de séminaires et de conférences liées au VIH/SIDA. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont abusivement considérées comme faisant partie de l'ethnie des damnés

de la terre qui subissent de la moquerie, de l'indifférence et du mépris des passants ou des voisins ainsi que de la haine. Pourtant, la cause de cette maladie n'est pas toujours liée à l'activité sexuelle. Ceci érige un mur de séparation communicationnelle tant que la personne malade du SIDA ou la personne vivant avec le VIH/SIDA se voit discriminer.

Elle se rabat sur elle-même et reste dans un état d'énervement permanent alors qu'elle devrait bénéficier d'un encadrement spécial afin de garder sa conscience tranquille et son cœur en paix. J'exhorte les chrétiens et les autres religions de briser le mur de séparation et garder la collaboration et le contact continuels avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA car le souci qu'elles peuvent se faire à la longue peut créer des maladies psychosomatiques telles que l'anorexie, la gastrite, l'insomnie, la dyspnée, la fatigue, la nervosité, la polyurie, la frigidité, la lombalgie, la diarrhée et de la migraine.

Ces maladies psychosomatiques poussent très souvent les personnes vivant avec le VIH/SIDA à développer en elles l'esprit d'isolement, d'angoisse, de révolte et quelque fois de la culpabilité. Le problème du VIH/SIDA se vit dans les Eglises, et il ne doit pas être un motif de rejet par les siens mais un motif d'échange, de tolérance et de compassion. Les Evêques (2005:103) affirment que: «Peu importe la cause du SIDA, le patient est toujours une personne humaine, et elle a toujours les mêmes droits que tout autre homme ou femme. Plus son état de santé n'est grave, plus la famille et même la société doivent lui manifester de l'attention et de la tendresse».

De trois milieux éducatifs l'école, la rue et la famille, cette dernière reste le meilleur lieu privilégié de lutte contre le VIH/SIDA car elle assure une éducation permanente où chaque personne ne peut se détacher définitivement. C'est elle qui a placé le premier jalon pour afficher un comportement donné. Aujourd'hui, les hommes de l'époque contemporaine savent que le VIH/SIDA est une maladie incurable; et il faut une panoplie de mesures pour arriver à empêcher la transmission de la pandémie par une prévention efficace. Ainsi, pour arriver à une prévention efficace, je donne cinq stratégies :

- Former de groupes où la formation de personnes pour la vulgarisation devrait outiller celles-ci à posséder la connaissance vraie en matière du VIH/SIDA car elles seront butées à répondre correctement aux questions de leurs interlocuteurs. Elles devront avoir aussi la maîtrise de soi afin de supporter leurs caprices

- Ouvrir des bureaux d'antennes est d'une importance capitale dans chaque quartier parce que d'autres personnes voulant avoir l'information correcte sur le VIH/SIDA s'y introduiront et poseront des questions. En dernier ressort, elles y sortiront avec une connaissance nouvelle et des conseils. Un vieux dicton de mon village dit; «Mukutwe kuipuja, shalanga mbumbulu» qui se traduit par «une personne qui ne veut pas puiser l'information auprès d'une autre; celle-là demeure abrutie». Les bureaux d'antennes présentent deux avantages : diminuer le chômage et décroître la prise en charge
- Eveiller la conscience endormie devrait être un leitmotiv pour que les personnes naïves puissent en tirer profit et prendre à cœur le problème du VIH/SIDA
- Financer l'encadrement des encadreurs devrait être fait pour que ceux qui exercent ce travail trouvent leur compte afin de fournir des informations fiables à la population
- L'informateur devrait amener son interlocuteur à prendre la décision d'engagement responsable à ne pas blaguer avec la vie parce qu' « on ne vit qu'une seule fois, après vient le jugement » (Hébreux 9, 27).

Je ne suis pas de même avis que William, Blibolo et Kerouedan (1995:55) qui affirment que «la prévention ne peut être efficace que si elle est accompagnée du soutien et des soins aux personnes infectées» car l'élément capital qui suscite ou touche la conscience «l'information» manque. L'information bouscule la conscience et elle la pousse à changer de comportement contrairement au temps de l'ignorance.

Je parle plus de la prévention pour que l'amélioration des niveaux de connaissance sur le VIH/SIDA soit effective par adopter la conduite et les pratiques sexuelles favorables à la réduction de la transmission du VIH/SIDA ; réduire la discrimination occasionnée par la rupture de contact avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les gens prononcent souvent du bout des lèvres le mot « virus du SIDA » mais ils oublient si vite l'impact toujours actuel de l'acculturation subie dans ce monde de déchirement, de tiraillement et d'ambiguïté. La prévention ne dépend pas seulement des autorités sanitaires, mais aussi de chaque personne vue le comportement qu'elle devrait afficher pour mener une vie décente. Jonas (1997:30) affirme l'idée selon

laquelle chaque personne devrait réfléchir « agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre ».

La prévention du VIH/SIDA ou d'une autre maladie demande l'adoption d'une attitude liée aux comportements sexuels observés et les mesures d'évitement mises à la disposition de la communauté concernée. Certaines activités capables d'entraîner une contamination devraient être bannies. Le danger est là, il est réel. Que les gens ne se voilent pas le visage en essayant de l'ignorer ou de le minimiser, car s'informer devrait être le souci majeur de chaque personne afin de posséder la connaissance réelle sur la maladie du SIDA. Le changement de comportement aidera à éviter la maladie et à diminuer les risques.

Le SIDA est devenu l'affaire de tous dans le sens que la recommandation à s'informer à des sources fiables afin d'éradiquer ce fléau est nécessaire. Parmi les tristesses et les angoisses des hommes qui font monter des cris de détresse au sein du monde actuel, il y a sans doute ce souci lié à l'avenir de la vie humaine. Dans l'information se trouvent les facteurs favorisant la transmission du VIH tels que l'ignorance, le changement fréquent des partenaires sexuels et des rapports sexuels non protégés. Tandis que dans les mesures de prévention, je conseille l'observation des principes chrétiens d'abstinence sexuelle avant le mariage pour les célibataires, la bonne fidélité dans le mariage, l'utilisation correcte des préservatifs comme les leaders religieux ne se prononcent pas là-dessus Joinet (1994:3) le confirme « malgré tout, dans leur discours officiel, public, ils gardent le silence sur le préservatif. Un silence de mort » car qui ne dit mot consent et Samba Lefebvre (1994:17) ajoute que « certes sur ce point, les Eglises insistent sur l'abstinence et la fidélité pour éviter la contamination, mais elles ne font pas campagne contre l'usage du préservatif ».

Le dépistage devrait être obligatoire et la prudence devrait être exercée dans l'utilisation des objets tranchants et pointus. En effet, la maladie du SIDA est une maladie qui, dès qu'elle s'enracine, crée plusieurs ramifications pour une destruction cellulaire massive et Kapeta (1998:57) le souligne « tout le monde s'accorde à dire que la problématique du VIH/SIDA dépasse le cadre épidémiologique. C'est un phénomène ayant des ramifications sociales au-delà du problème de santé ». En cas de maladie non déclarée, les personnes suspectées devraient se rendre dans les centres hospitaliers

spécialisés pour y être consultées par les médecins formés afin de recevoir des soins appropriés avec les antirétroviraux ; éviter l'automédication parce qu'un tel avait utilisé tel médicament et s'était senti mieux. En plus, elles ne devront pas avoir honte de leur état ni cacher la maladie. Elles ne devront pas non plus paniquer ni perdre l'espoir de vivre car la vie de tout homme dépend de Dieu.

Ces personnes devront aussi éviter les rapports sexuels avec les autres partenaires ou non pour ne pas propager le virus VIH. En ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), le passage du virus VIH de la mère à l'enfant pourra être écarté dès que la femme au début de sa grossesse fréquente un centre de santé spécialisé lors de la consultation prénatale (CPN). Certes, le traitement se diffère par le fait que les personnes fréquentant les centres médicaux de l'Etat de notoriété publique vont au mouvoir tandis que celles qui vont dans des centres privés polycliniques sont celles qui ont le moyen financier. Ela (1985:103-104) soutient que:

La prolifération des cliniques privées renforce le caractère inégalitaire du système médical qui s'installe. Pendant que la conscience professionnelle déserte les hôpitaux publics, les privilégiés se font soigner dans les meilleures cliniques Européennes, aux frais des paysans misérables. Car l'évacuation sanitaire systématique traduit l'incapacité du système médical à promouvoir une politique sanitaire conforme aux besoins des populations laborieuses. Non seulement le mode de gestion de la plupart des rouages de l'Etat frappe l'immobilisme bon nombre d'initiatives, mais la lourdeur de l'appareil hiérarchique qui gère la santé ne permet ni de répondre aux besoins de secteurs prioritaires ni d'inventer des réponses neuves aux problèmes de la santé du plus grand nombre.

Pour que cette méthode soit efficace, la mère devrait, comme je l'ai insinué précédemment, se faire tester obligatoirement pour savoir si elle est infectée. Et dès que le résultat est positif, elle sera prise en charge pour un bon suivi afin d'éviter la transmission du virus VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, à la naissance ou lors de l'allaitement de l'enfant. Ainsi, pour la prévention de l'infection chez les nouveau-nés, j'avance l'idée selon laquelle toutes les femmes devraient avoir en horreur le VIH/SIDA ; que les femmes séropositives se préservent des rapports sexuels, que le changement des partenaires multiples soit banni, que les familles participent à la prise en charge et au soutien des femmes séropositives et leurs nourrissons. L'article 25 alinéa 2 de la Charte de l'ONU souligne que « la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à

une assistance spéciale » parce que ces deux personnes ont plus besoin de l'assistance des autres.

Cependant, à ce jour, quatre interventions spécifiques pour réduire la transmission mère-enfant du VIH sont intégrés dans les centres de soins maternels et infantiles, notamment : « les conseils et dépistage volontaire ; donner les meilleurs soins obstétricaux et adoption des pratiques à moindre risque pour toutes les femmes sans distinction de statut sérologique ; l'utilisation d'antirétroviraux qui réduisent grâce à leur spectre la virulence du VIH, ce qui est déjà un pas géant franchi par la médecine moderne, les conseils en alimentation infantile et maternel soutenus dans le temps et suivi des femmes séropositives ». (Ministère de la santé).

Le défaut d'apport alimentaire comme le confirme Pettifor (1991:123) met le malade dans «un état de faiblesse et fatigue du corps qui profite au VIH de terrasser celui-ci dans le cas où l'alimentation n'est pas riche en calcium». L'état de nutrition de la communauté affecte la santé globale. Une bonne alimentation assure la résistance du corps aux maladies et une bonne croissance chez les enfants.

Les quatre points nommés sont des éléments constitutifs du paquet minimum de soins à donner à toutes les femmes enceintes. Je pense également que dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA, certaines qualités personnelles telles que le dynamisme, la dignité, l'excellence morale et la pensée positive sont à prendre en compte pour un changement de comportement. La pensée positive crée un caractère affirmatif dans l'application de la décision prise à coïter qu'avec un seul partenaire sexuel. Dans l'expérience quotidienne, je considère que c'est Dieu le Créateur qui donne un sens ultime et une justification suprême à la vie. La vie est courte. Il convient de savoir jouir de bons fruits de la vie aujourd'hui avant la mort. Guthe (1993:27) le confirme de sa manière: «Si l'on ne reconnaît pas qu'apprendre à vivre est tout aussi important que de faire des études académiques et techniques, la pollution génitale continuera à s'étendre dans une société où un nombre croissant de personnes sérieuses sont d'avis que la liberté sexuelle est de saine pratique».

Je soutiens cette pensée parce que la liberté sexuelle expose à la transmission que de protéger les personnes contre le danger qu'est le VIH/SIDA. Wieland (1978:33) est aussi de même avis quand il affirme que: «La liberté évidemment est un bien désirable.

L'amour de la liberté est un sentiment qu'on ne peut refréner, car il a été implanté dans le cœur humain par le Créateur lui-même. Dieu a accordé la liberté à tous les hommes sans exception. La preuve, c'est qu'ils sont libres de croire ou de ne pas croire en lui, de lui obéir ou de lui désobéir».

La liberté ne signifie pas se permettre de tout faire mais juger avant de faire. Valadier (2008:15) la considère comme «une liberté négative» dans le sens que l'individu voit seulement la satisfaction de l'instinct sexuel que de mesurer la conséquence qui adviendrait après ce rapport sexuel. Cette facilité à coïter devient ou cause un mal à sa propre personne. Et c'est cet accouplement à risque qu'il faille combattre à tout prix. Le Pape Jean XXIII (1958:27) déclare que:

La présence de l'Etat n'a pas pour but de réduire de plus en plus la sphère de la liberté de l'initiative personnelle des particuliers, tout au contraire elle a pour objet d'assurer ce champ d'action la plus vaste ampleur possible, grâce à la protection effective pour tous et pour chacun, des droits essentiels à chaque personne humaine d'être et demeurer normalement première responsable de son entretien et de celui de sa famille.

Les hommes ayant dévié les principes de Dieu pratiquent la sexualité perversie telle que l'homosexualité, le lesbisme, la bestialité, le cunnilingus etc. La prévention d'une maladie est une affaire sociale parce que le public devrait être informé des risques encourus en pratiquant la liberté sexuelle avec n'importe quelle personne du genre opposé. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA devront comprendre que Dieu donne la vie et il guérit toutes les maladies (Psaumes 103:3). Les cas isolés de guérisons-miracles sont réservés à ceux qui ont la foi en Dieu par Jésus-Christ. En dépit des effets alarmants causés par le ravage du VIH/SIDA. Dieu est entrain de démontrer sa puissance au travers les prières de ses serviteurs. Les Eglises ou les Confessions religieuses qui ont pris au sérieux l'existence réelle du VIH/SIDA, elles ont enregistré des témoignages, de séances de repentance, de pardon et de délivrance réelle.

Ceux qui ont pris conscience en retard, bien qu'infectés, avertissent les personnes saines de s'écarter du mal du VIH/SIDA. Par ce fait, le mal est une chose inacceptable par n'importe quelle personne. Le mal cause toujours un préjudice soit sur l'état physique entraînant l'amaigrissement, soit sur l'état mental en baissant le niveau de raisonnement, d'intelligence et même provoquer la démence. Chaque personne fournit

des efforts pour l'éviter. Et Drewermann (1997:11) affirme que «le mal serait un reliquat archaïque de la psyché humaine, une séquelle de l'évolution, inadaptée au présent» pour signifier que le mal est ce que l'homme répugne dans sa vie. Billheimer (1990:63) soutient que: «Lorsque nous voyons le mal chez l'autre, nous ne pouvons jamais voir le degré de résistance que cette personne a opposé intérieurement au mal, ou au degré d'humiliation et de tristesse qu'elle peut éprouver pour ses échecs et ses défauts».

Car souvent le mal tel la maladie du SIDA frappe la vue d'une façon éclatante et surprenante. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA souffrent en secret et elles sentent dans leur cœur une humiliation et un chagrin profond dont personne ne peut avoir la connaissance. Les hommes, en général, continuent à se battre pour conquérir le pouvoir et des postes de service de grande valeur pour leur célébrité sans remarquer le progrès du ravage du VIH/SIDA qui rend obsolète le sens de la vie. La peur que cause le VIH/SIDA perturbe de fois même le fonctionnement de l'organisme d'où l'intelligence humaine perd toute possibilité de maîtriser les prétentions de l'instinct, et la grâce que les hommes obtiennent de la part de Dieu est que le VIH/SIDA n'est pas une maladie héréditaire; sinon le monde ou l'existence de l'homme sur la terre disparaîtrait par le fait que l'accroissement des cas des sidéens serait catastrophique. Les non infectés dans les générations futures deviendraient infectés, le mariage disparaîtrait et ce serait la fin de l'espèce humaine. La prévention joue un grand rôle pour la conservation de l'espèce.

5.3. La réponse de Dieu au SIDA

L'Eternel est un Dieu créateur et un Dieu d'amour. Il aime tous les hommes, toutes les femmes et tous les enfants malades ou sains (Jean 3 : 16). Christ lui-même fondateur de l'Eglise a insisté sur l'amour disant : « tous connaîtront que vous êtes mes disciples, si vous avez l'amour les uns et les autres » (Jean 13 : 35).

En plus sa joie est de voir tous ses enfants revenir à lui pour l'adorer lui le seul vrai Dieu. Il peut guérir la personne atteinte du SIDA ou le laisser mourir dans cet état selon sa souveraineté. La main de Dieu ne peut être forcée d'agir par personne. Mourir est une étape de la vie que le corps subit en tant que chair étant attaqué par diverses maladies. Dieu veut que tous les hommes demeurent dans l'état de pureté de corps et

d'esprit en évitant tout rapport sexuel hors mariage. Il sait que la débauche ouvre la voie à la transmission pas seulement des maladies vénériennes mais aussi du VIH/SIDA.

5.3.1. Le pardon

L'Eternel est un Dieu de pardon. Ainsi, Jésus-Christ exhorte les hommes à pardonner les fautes des autres personnes.

Le mot « pardon » doit être d'application même quand une personne atteinte du SIDA contamine une autre qui est saine. Le contaminé ne doit pas considérer l'acte par le contaminant, mais une attitude du calme et serein lui est recommandée sinon il peut causer un acte criminel. Une personne qui n'a pas l'esprit du pardon se met très vite à pratiquer une sexualité incontrôlée avec n'importe qui en vue de distribuer de manière gratuite le VIH.

5.3.2. Le mariage

Le lien du mariage est sacré. Le mariage n'est pas tenu d'être traité avec légèreté car il en va de la longévité de la vie. Le mariage qui signifie se compléter, s'unir, exige de la part de deux conjoints de se conduire avec honnêteté et respect de soi, se comporter avec fidélité en posant des actes responsable car la vie peut être comparée à un œuf qu'une personne a dans sa main. Si elle la lâche, il tombe et se détruit sans jamais avoir l'occasion de le reconstituer. Le mariage est une union de confiance mutuelle entre époux.

5.3.3. La protection

Le mot protection veut dire garder son état initial, se mettre à l'abri de quelque chose : maladie, pluie, vent, etc. ; être épargné, ne pas être touché. Et, ce mot engendre deux connotations : la protection divine et la protection individuelle. La protection divine est celle que Dieu assure à tout homme. Il ne permet pas que certaines situations de quelque nature que ce soit lui arrive. Tandis que la protection individuelle est celle qui revient de la responsabilité de chaque personne à pouvoir assurer son intégrité corporelle. Un adage ancestral dit : « kuikana na munue kui uyeyeja » qui se traduit littéralement par « celui qui veut avoir son doigt intact doit le protéger soigneusement ». L'idée reste la même

pour tout le corps humain. En effet, pour vivre sans jamais avoir retrouvé le SIDA, la personne doit éviter le rapport sexuel avant le mariage comme moyen très sûr de protection individuelle et elle doit aussi être prudente dans l'utilisation des objets tranchants ou pointus.

5.3.4. L'espoir

La personne vivant avec le VIH/SIDA devra avoir l'espoir en soi-même se disant qu'elle est encore utile pour sa famille et la société, qu'elle peut rendre service. Ainsi, elle vit positivement avec le VIH/SIDA en acceptant son état sérologique avec une conscience tranquille, loin de toute inquiétude et toute sous-estimation.

La capacité qu'elle a la poussera à s'intégrer facilement dans n'importe quel milieu pour prouver son existence.

5.3.5. La compassion

Le mot compassion vient du verbe « compatir » qui signifie : sentir en soi la douleur ou l'amertume ou la tristesse ou la souffrance qu'une autre personne a dans son cœur. La personne vivant avec le VIH/SIDA a des remords incessants, des reproches internes injustifiés qui se manifestent très souvent par une attitude de colère. Elle souffre dans son cœur, raison pour laquelle elle a besoin d'une assistance. Et dans la tradition des hommes, la personne qui compatit et celle qui encourage avec des conseils et assiste la concernée soit financièrement soit matériellement soit spirituellement. À ce point, la honte de la personne vivant avec le VIH/SIDA doit être bannie.

5.4. La prise en charge de PVV par l'Eglise MED

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont des personnes qui ont plus besoin d'assistance physique et spirituelle. La présence des autres personnes à côté d'elles les fortifie et donne un sens à leur vie en dialoguant et en jouant ensemble. En plus, l'assistance spirituelle les conduit à la communion fraternelle dans la prière ou dans le partage de la parole de Dieu à laquelle il y a aussi l'échange d'expériences vécues. Cependant, l'assistance physique ou spirituelle des Pasteurs et autres membres de l'Eglise ne suffisent pas car, la prise en charge nécessite un ravitaillement en biens pour

satisfaire les besoins primaires tels que : la nourriture, l'habillement, le logement et les soins médicaux.

L'Eglise MED est confrontée à beaucoup de problèmes car elle n'a pas des moyens financiers pour nourrir et habiller les PVV ni les loger ni les assurer les soins de santé. Tous les problèmes relevés constituent le défi que l'Eglise MED devra trouver solution pour un bon encadrement et un bon suivi de ses membres atteints du VIH/SIDA.

5.5. La promotion du développement sanitaire

J'aborde le mot promotion qui intéresse tout le monde, pas dans le sens que le Petit Larousse (2007:870) le considère comme étant « un ensemble de mesures destinées à développer les ventes » ou dans le sens qu'Antoine (2006:73) le définit comme « une élévation au sein d'une institution où l'on exerce un service » ou comme « une propagande faite pour la vente des produits commerciabiles » tel que l'affirme Lubuika (2007:24) mais comme méthode utilisée en vue de changer une situation donnée allant de la médiocrité à l'excellence ou de la précarité à l'observation des règles d'hygiène pour la conservation durable de l'état de santé de la personne humaine.

La promotion a toujours visé le sens d'amélioration dans un domaine donné marquant ainsi le développement qui est le départ d'un point négatif vers un point positif. Le développement sanitaire n'échappe pas à ce cheminement. Et la promotion ne vient que quand le développement d'un quelconque secteur de la vie change. La promotion du bien de l'individu s'associe ainsi au service du bien commun tel que le souligne Desclée (1972:78) « les droits et les devoirs se correspondent et se renforcent mutuellement ». Le développement d'une manière générale vise le haut niveau de réalisation et d'application des systèmes de choses pour un changement qualitatif de vie d'un individu ou un lieu; car le droit à la vie est inviolable. De même, une vraie culture de la vie garantit le droit de venir au monde à celui qui n'est pas encore né.

Le développement sanitaire devrait élever les conditions d'observation des principes d'hygiène qui assurent une protection dans le cas d'éviter toute sorte de maladie. Je souligne aussi avec véhémence que prévenir c'est protéger dans le cas où le sujet (la personne) averti pratique les principes qui lui ont été donnés sans faillir.

L'observation des principes de base sur la notion d'hygiène apporte une mesure de prévention de ceux qui l'appliquent dans le but de se maintenir en bonne santé physique.

Dans le cadre du développement sanitaire, la MED organise des campagnes de sensibilisation et des conférences-débats pour apporter la vraie information et donne des conseils appropriés sur le VIH/SIDA car celui-ci est un problème communautaire auquel il faudrait s'attaquer impérativement. Elle contribue à sa manière à la lutte contre le VIH/ SIDA en projetant des films liés à la pandémie et distribue des revues parlant du VIH/SIDA. Et affirme Pierrot (2006:34) «la vision est directe quand elle part d'une observation sur quelque chose de concret» pour signifier que l'image projetée devant une personne se fixe plus vite dans le cerveau que des racontages qui ne sont qu'une expression orale à laquelle la représentation d'images fausses, de fois, apparaissent. La projection de films ou l'affichage des photos ou croquis sur planche attire plus l'attention et crée l'intérêt des auditeurs. Chaque personne se réalise dans sa tête que souffrir ainsi avec le VIH/SIDA n'est pas préférable. L'aspect introspectif de l'individu est plus visé. Vaut mieux se préserver du danger.

La MED stimule ses membres de se rendre à l'un des centres médicaux spécialisés pour un dépistage volontaire afin que chaque personne soit au courant de son état sérologique en vue d'ajuster son comportement; et cela pour éviter une surprise désagréable. La promotion de dépistage volontaire a en soi une valeur inductive au changement de comportement. Cette façon d'orienter les gens vers des centres médicaux spécialisés présente certains avantages tels que la découverte de la maladie à temps pour ceux qui s'ignorent médicalement appelés «porteurs sains», une prise en charge à temps et un encadrement prématuré.

La promotion du développement sanitaire devrait être un propulseur d'état de santé physique et mentale de toute personne non atteintes et celles dont le virus de la pandémie tend à affaiblir. Le maintien de l'état de santé se remarque pour les porteurs sains pris en charge car un service de suivi est organisé spécialement pour eux ; et la présentation physique de ces personnes ne suscite aucune suspicion sur leur état de maladie, et je dirai du cendre qui couve du feu en me permettant cette expression. Le fait d'être pris en charge à temps pour les soins médicaux permet que la thérapie soit appliquée avec délicatesse à temps afin de lutter contre les virus envahisseurs du corps

humain et prédateurs des cellules de l'organisme humain. Kibambe (2006:24) affirme que « accepter de vivre même avec un seul virus surtout celui du VIH, c'est s'attirer d'ennuis car plus tard il ne sera plus seul, mais il pourra s'associer aux autres pour causer du tort ».

Comme pour dire que celui qui vit avec un ou plusieurs virus prépare sa propre déchéance physique. Nulle personne au monde ne préfère l'état de maladie de quelque nature que ce soit, parce que la maladie dérange le fonctionnement de l'organisme. La maladie crée une indisposition caractérisée par la faiblesse du corps. Rosny (1981:28) le confirme: «La maladie est considérée comme un signal d'alarme, dénonçant l'intrusion d'un ennemi, ou une punition au-delà pour une mauvaise conduite. Aussi toute thérapie fera-t-elle appel, en plus des techniques médicales, à une action surnaturelle de remise en harmonie de l'être tout entier avec les siens, la nature et Dieu».

Ce qui dérange l'être humain en premier lieu sur la terre c'est la maladie ; car celle-ci perturbe le calendrier des réalisations de projets dont il s'est fixé. La maladie diminue la durée de la vie de l'homme parce qu'elle finit par faire appel à la mort qui, elle, amène à la tombe, et c'est la disparition de l'être tant désiré, tant aimé par ses semblables. La mort est là, mais la personne devrait éviter à ce qu'elle vienne si tôt l'emporter par le VIH/SIDA à cause d'un mauvais comportement sexuel.

La mort est considérée comme un mal par le fait qu'elle suscite des soucis et des douleurs aux cœurs des hommes. Elle afflige le cœur en lui donnant le sentiment prolongé de tristesse mêlée de rancœur lié à une humiliation ou une déception considérée comme une injustice de sort, et la personne atteinte du VIH/SIDA se pose la question « pourquoi moi ? » choisie pour souffrir dans cet état. Elle cherche par tous les moyens de trouver la guérison mais en vain car le virus de la mort VIH s'incarne. La guérison s'obtient à moins d'une intervention divine par une prière efficace d'un Ministre de Dieu au nom de Jésus-Christ (Jacques 5:15).

Le développement sanitaire concerne à la fois une conscience avisée et non avisée pour amorcer un décollage en matière des soins et de protection. Et soutient VALADIER (2008:14) «l'être humain prend conscience quand la société peut et doit se réguler par elle-même et en elle-même». Cette promotion devrait élever le niveau de compréhension du problème de VIH/SIDA et la connaissance exacte sur ce virus

prédateur afin de ne pas faire le rapport sexuel avec un partenaire qui n'est pas issu d'un mariage. Cela est bien vrai parce que le mariage assure une garantie de ne pas être en contact avec le VIH/SIDA. Cette garantie provient de deux conjoints qui se font confiance mutuellement. Ainsi, pour arriver à réaliser la promotion du développement sanitaire quatre éléments s'avèrent indispensables: le matériel de soins approprié; un personnel qualifié; un cadre adéquat; la connaissance et le besoin du milieu. La promotion du développement sanitaire vise plus le bien-être physique de l'être humain et son environnement car la planète terre est habitée par lui; et celle-ci est aussi le lieu où Dieu le Créateur le plaça pour mener sa vie.

Cette vie ne peut être vécue que si l'être humain lui-même est en bonne santé physique et mentale afin de coordonner toute chose par son travail quoiqu'il ne se voit pas encore libéré de toutes les situations qu'impose son existence dont le dernier rempart à vaincre est la mort. Le progrès scientifique exige un dépassement de soi.

5.6. Le défi

La pandémie du VIH/ SIDA reste, bien que la négligence soit de la part des hommes, une des plus grandes maladies meurtrières que l'humanité n'aie jamais connue. Elle est classée parmi les maladies incurables et elle demeure impitoyable. Son nom révèle même sa nature prédatrice qui fait trembler le cœur et secoue la science humaine quant à son ampleur et son impact qu'elle a d'ores et déjà sur les indicateurs du bien-être tels que l'état de santé, l'espérance de vie et son influence sur la croissance économique voire même ce qu'elle causera dans les années futures. Le SIDA atteint les adultes très souvent dans les années les plus productives de leur vie économique et il cause toujours une mort atroce malgré les récents progrès de la médecine. Il réduit sensiblement l'espérance de vie de manière considérable et demande également l'augmentation en fourniture des médicaments.

La maladie du SIDA risque d'exacerber la pauvreté et les inégalités sociales déjà existantes au niveau de la population de la ville de Kinshasa. Et quand je considère les dommages que cause cette pandémie aux personnes humaines, je trouve une complexité des interactions entre les politiques de développement et le virus de VIH parce que les politiques de développement auxquelles l'homme veut de tout son cœur améliorer sont

étouffées par les effets créés par le VIH qui tend à anéantir les efforts fournis. Toutefois, les responsables de l'Eglise du Christ et ceux des autres religions qui devraient mener une action d'ordre public ont souvent honte de parler du SIDA et pourtant c'est dans leurs prérogatives d'agir de cette manière pour atténuer l'effervescence de cette pandémie menaçante actuellement. Bien que la transmission du VIH/ SIDA soit essentiellement liée aux comportements privés par les rapports sexuels ou la consommation de drogue par injection, les leaders religieux devraient dénoncer et lancer des mesures de protection par le système de prévention de cette maladie en priorité pour l'avantage des fidèles qu'ils dirigent voir même de la communauté dans laquelle ils exercent leurs ministères.

Les leaders religieux devraient aussi expliquer le bien fondé du système de prévention qui assure la protection individuelle et collective; et que chaque membre devrait participer la vulgarisation de l'information d'une manière active pour lutter efficacement contre le SIDA. Partant du principe que l'Eglise a pour mission d'informer les fidèles, elle devrait s'engager dans la lutte contre le SIDA sur le secteur tant privé que collectif parce que sans elle l'Etat demeure dans la léthargie de ne pas s'intéresser et s'impliquer totalement aux problèmes que crée cette pandémie. Et confirme Bosch (1995:6) «la mission de l'Eglise doit être constamment analysée et repensée dans un cadre plus vaste, plus dynamique et plus mobilisateur» tout cela pour l'éveil de la conscience de l'homme. L'Eglise devrait jouer le rôle d'un responsable en informant les fidèles et toutes la communauté la façon dont les gens devraient se comporter à l'égard de leurs santé physique et surtout viser la transformation du mental car l'ignorance est à la base de la mort je l'ai déjà insinué dans les lignes précédentes.

Le mariage entre une femme séropositive et un homme séropositif ne pourrait être célébré à l'Eglise au nom de l'amour bien que les deux personnes sont porteuses du VIH. La raison majeure s'explique par le fait que les stades de progression de la maladie différent et, en plus, le virus de la personne qui est à un stade avancée risquerait d'accélérer le stade de l'autre et la mort pourrait les emporter à la même période. Je sais que toute personne vivant avec le VIH a besoin de la vie sexuelle quoique son apparence laisse voir qu'elle est en bonne santé; son organe sexuel fonctionne normalement, cependant à un moment donné et non connu, la maladie du SIDA va l'effondrer et tout

de suite elle perd la vigueur et le goût. Ainsi, l'Eglise rejette aussi le mariage entre deux personnes dont l'une est séropositive bien qu'une intervention divine pourrait arriver par une guérison miraculeuse.

Ce refus se justifie par le fait que la transmission du VIH est certaine. Ce couple serait séropositif et créer premièrement une descendance des porteurs de VIH qui propageraient à coup sûr ce virus de VIH. Et deuxièmement accroitraient le nombre d'orphelins sidatiques. L'Eglise refuse d'entendre parler de cette souche de personnes qui pourrait envenimer la situation déjà compliquée. Les membres de l'Eglise devraient vivre aussi loin du virus de la mort et même en être épargnés de tout contact. Normalement, le problème du VIH/SIDA devrait intéresser en premier lieu les leaders de l'Eglise chrétienne et des autres confessions religieuses parce que ce sont eux qui ont le pouvoir persuasif et sont les plus écoutés par les masses d'hommes qu'ils encadrent. Ils devraient également faire face et considérer le problème de la pandémie du VIH/SIDA que se voilé le visage en portant la cagoule ou le masque de la honte créé par le tabou. La honte engendre le silence. Et je rejoins la pensée d'Emonet (2007:3) qui affirme que «tout silence n'est pas d'or. Peut s'en faut. Il est même des silences coupables». Et ce que je trouve de criminel et répugnant, c'est de faire passer des réalités vivantes à des idées mortes centrées sur les mythes et les tabous.

Les leaders devraient utiliser comme première arme la vulgarisation de la vérité du message de VIH/SIDA pour que les gens en aient une vraie connaissance. L'enseignement de l'Eglise devrait apprendre aux gens : à connaître l'existence réelle du VIH/SIDA ; à être prudent avant de s'engager dans le processus du mariage ; à connaître les vraies voies d'infection du VIH ; à se contrôler dans leur manière de la pratique de la vie sexuelle ; à utiliser leur sexe avec responsabilité. L'Eglise devrait lever le ton la première et pousser l'Etat à prendre ses responsabilités en matière de promotion de la santé pour le bien être de la population. L'Eglise MED devrait prendre en charge les personnes vivant avec le VIH; cependant elle est butée au problème d'hébergement par manque d'un cadre adéquat ; organiser des visites de suivies à domicile; scolariser les orphelins du SIDA et intégrer les personnes vivant avec le VIH dans la société.

5.7 Conclusion partielle

Le présent chapitre s'est penché sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA, la promotion du développement sanitaire afin d'éveiller la conscience endormie des gens et le défi à surmonter par les leaders de l'Eglise du Christ et ceux d'autres confessions religieuses pour diminuer les cas de nouvelles infections à travers la ville province de Kinshasa, car tous à l'unanimité ont besoin des personnes fortes physiquement ; et le moral ne vient que confirmer l'état dans lequel l'organisme humain se trouve. Le principe d'observation de la fidélité, de l'abstinence et de condom est une recommandation pour tous pour éviter la transmission.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION GENERALE

La conclusion générale retrace les différents points qui ont été traités dans ma dissertation notamment: une introduction qui a donné le fondement du sujet avec des explications des mots clés; la présentation de la ville province de Kinshasa et la Mission Evangélique de la Délivrance; l'analyse et l'évaluation des systèmes de prévention contre le VIH/SIDA; le rôle de la Mission Evangélique de la Délivrance dans la lutte contre le VIH/SIDA et les perspectives missiologiques données pour abaisser le nombre des personnes infectées afin de vivre dans un milieu sans VIH ni SIDA. Le parcours effectué a montré combien le problème du VIH/SIDA concerne tous les milieux de vie et de travail ; et l'éviter devrait être d'application en observant tout simplement des mesures de prévention pour que chaque personne garde son intégrité corporelle.

En effet, dans le premier chapitre, j'ai introduit la dissertation en démontrant la problématique du VIH/SIDA, le but et objet de recherche, questions de recherche, délimitation de l'étude, méthodologie de recherche pour matérialiser la présente dissertation, division de l'état actuel de la recherche avec base théorique et sources. J'ai expliqué la conception du VIH/SIDA entre la population de la ville de Kinshasa et le personnel médical. Cette dernière tient compte d'expériences, de temps et d'espace. J'ai aussi utilisé comme sources d'informations pour ma recherche: des livres, articles scientifiques et conversations privées pour décrire les faits.

Et dans le deuxième chapitre, j'ai présenté la ville de Kinshasa et la Mission Evangélique de la Délivrance (MED). Dans le troisième chapitre, j'ai analysé et évalué les systèmes de prévention contre le VIH/Sida à Kinshasa/RDC de 1998 à 2008 et j'ai traité de la physiopathologie de la pandémie VIH/Sida et ces manifestations cliniques, les modes de transmission, l'information statistique sur le VIH/Sida et une étude analytique des différents niveaux que cette pandémie a atteints à l'échelon de la Nation Congolaise et de la ville de Kinshasa. Aussi, comment observer la prévention et la transmission, parce que le Sida est une réalité bien que d'autres personnes demeurent à ce jour dans le doute.

Et dans le quatrième chapitre, j'ai démontré le rôle de la MED dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Kinshasa, ainsi que le rôle du gouvernement central, des intellectuels de la ville et des ONG.

Le cinquième chapitre s'est penché sur la prévention de la transmission du VIH/Sida, la promotion du développement sanitaire afin d'éveiller la conscience endormie des gens et le défi à surmonter par les leaders de l'Eglise du Christ au Congo et ceux d'autres confessions religieuses pour diminuer les cas de nouvelles infections à travers la ville province de Kinshasa, car tous à l'unanimité ont besoin des personnes fortes physiquement ; et le moral ne vient que confirmer l'état dans lequel l'organisme humain se trouve. Ainsi, j'ai démontré des implications missiologiques et perspectives d'avenir pour un développement spirituel et physique de Kinois et Kinoise.

Evidemment, l'Eglise MED joue un grand rôle pour la transformation positive de la mentalité des Kinois et Kinoises et dans la prise en charge de la personne atteinte par le VIH/SIDA.

BIBLIOGRAPHIE

- Alfred, K. 1970. Le monde chrétien. Suisse: Ed. Emmaüs
- Ambroise, K. 1989. La pédiatrie. Kinshasa: Vipas
- Anatole, B. 1954. L'environnement. Cote d'Ivoire: Pichot
- Atelain, P. 1979. L'entreprise: facteur de développement communautaire. Bangui: Biga
- Antoine, A. 2006. Promotion et développement. Kinshasa: ESE
- Babudua, M. 2001. Florilège. Kinshasa: CRP
- Baranowski, Perry et Parcel. 2002. How individuals, environments and health behavior interact. In Health behavior and health education: theory research and practice, edited by K GLANE, BK Rimer and FM Lewis. 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass
- Banque mondiale 2000. Faire face au SIDA. Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale. Résumé. Washington
- Benham, F. 1961. Economic Aid to underdeveloped countries. London: Oxford University Press.
- Ben-Nshiya. 1989. La géographie actuelle. Kinshasa : CRP
- Billheimer, P.E. 1990. L'amour comble les fossés. Miami: Vida
- Bimwenye, Kweshi O. 1981. Discours théologique négro-africain. Paris: Présence Africaine
- Binaux, J. 2000. Le système immunitaire. Colombie : Gaspana
- Bodho, J. 1998. L'Eglise de l'espérance. Kinshasa : VIEM
- Boesak, A.A. 1977. Farewell to innocence, Maryknoll. New York: Obis
- Bola, N.N. 1990. Traitement de la diarrhée. Kinshasa: Graphic Systems
- Bongama. 1969. Indépendance économique et révolution. Kinshasa : Edition du Léopard
- Bosch, D. 1992. Perspectives sur la Mission. Genève. Labor et Fides.
- Bosch, D. 1995. Dynamique de la Mission Chrétienne. Histoire et avenir des modèles missionnaires. Lomé : Karthala.
- Braguen, R. 1988. Aristote et la question du monde. Paris: Librairie philosophique de J. Vrin
- Brasseur, D.J. 1986. Nutrition et Malnutrition. Paris : Guigoz.
- Brock, B. 2007. Education à la vie. Kinshasa: Ev

- Bukasa, S. 2002. La vie sans fin. Luanda Orna.
- Butrin, J. 1993. Qui me pleurera ? Kinshasa : Centre Protestant
- Camus, J.F. 1996. La psychologie cognitive de l'attention. Paris: Masson & Armand Colin
- Castelain, M. 1979. Le plaisir de vivre. Paris: Aubier-Montaigne
- Christie, D.B. 2002. SIDA : ce que les jeunes doivent savoir. Paris: Nouveaux Horizons
- Courtejoie et Pfuti. 1995. Le SIDA et la famille. Kinshasa : CERPS
- Dabire, J. M. 1996. L'Eglise-famille de Dieu. RICA0.
- Dembo, T. 2005. Mission de la théologie Africaine. Kinshasa : Mission MED.
- Delvin et Al. 1997. Les maladies transmissibles. Sénégal : Laurent.
- De Maximy, R. 1974. Site général de Kinshasa, in Atlas de Kinshasa. Institut Géographique National
- De Maximy et Van Caillie. 1974. Géographie et Hydrographie de Kinshasa, in Atlas de Kinshasa. Institut Géographique National
- De St Moulin, L. 1971. Les anciens villages des environs de Kinshasa. Etudes d'Histoire Africaine, Tome 2. Kinshasa: PUK
- De St Moulin, L ; Imbali, P. et Kimpe, M. 2004. Deux informations importantes concernant les anciens villages des environs de Kinshasa, in Etudes d'Histoire Africaine, Tome1. Kinshasa : PUK
- Dherby, G.R. 1996. Corps et âme. Paris: Librairie philosophique J. Vrin
- Delvin et Al. 1997. Prévalence, incidence d'HIV. Ottawa : Ed. 6è conférence
- Département du Plan 1988. Fiche technique
- Desclée, D.B. 1972. Maîtriser la vie. Paris : Centre Catholique International Français
- Dibakana, M.J.A. 2008. Figures contemporaines du changement social en Afrique. Paris: Harmattan
- Dictionnaire œcuménique de Missiologie. 2001. Paris
- Dirk, F. 2003. Le SIDA : un danger. Paris : éd. Léon.
- Diouf, J. 1995. Combattre la faim. FAO
- Drewermann, E. 1997. Le mal. Tome3. Paris: Desclée de Brouwer
- Dujarier, M. 1991. L'Eglise Fraternité. Tome 1. Paris : CERF.
- Dufey. 1995. Biologie générale. Paris: CERF

- Eke, O. 2006. SIDA en Afrique. Kinshasa : CVA
- Ela, J.M. 1985. Ma foi d'Africain. Paris : PUF
- Elumba, K. 1991. Les données scientifiques. Kinshasa : Colombe
- Emonet, P.2007. Le silence. Fiorina: Sion
- Epandu, K. 1982. Climat et végétation. Kinshasa : CEMAF
- Falk, P. 1985. La croissance de l'Eglise en Afrique. Kinshasa : Ed. Saint Paul
- Faucher, J.M. 1991. Intervention sociale face au SIDA. Paris: Arcat
- Fleury, H.J.A. 1993. Virologie humaine. Paris: Masson
- Francis, D. 1994. La maladie du SIDA. Bamako: Deves
- Gide, A. 1992. Le nom qui rassemble. Paris. Ed. IMEAF.
- Griffiths, M. 1992. Discernement des vocations et responsabilité de l'Eglise locale. Lausanne: Benve
- Guthe, T. 1993. Les sources du mal. Santiago : Solce
- Guyau, J. 1910. L'irréligion de l'avenir. Zurich : Leipzig
- Hiebert, Bryan A. 1985. Instructional conseling. Pittsburgh : University Press
- Hiebert, Paul G. 2002 : Mission et culture. Paris : Editions Emmaüs.
- Jackson.2004. Le VIH/ SIDA. New York : Mahler
- Jacques, M. 1998. La médecine pour tous. Paris : Lambert.
- Jeffey, K. 1982. Evaluating information. Allemagne : Zurich
- Jean XXIII, Pape. 1958. Mater et Magistrat. Vatican
- Jeannot, V. 2003. Le virus. Notes cliniques. Paris : édition Vincent.
- Joinet, B. et Mugolola, Th. 1994.Survivre face au SIDA en Afrique. Paris: Karthala
- Jonas, H. 1997. Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique. Paris : CERF
- Kalemba, M. 1998. Ecclésiologie. Kinshasa: IFTSA.
- Kalemba, M. 2005. L'Eglise des Frères en Christ Garengaze face au problème de la nationalité Congolaise. Pretoria : UNISA
- Kalemba, M. 2008. La contribution de l'Afrique francophone à la théologie Africaine. Pretoria : UNISA
- Kalenga, M. 2003. L'art de la scène. Kinshasa: INA

- Kä Mana. 1991a. L'Afrique va-t-elle mourir? Paris : Cerf
- Kä Mana. 2005a. Des ressorts nouveaux. Yaoundé : Clé- Cipcré
- Kä Mana. 2005b. A cœur ouvert. Yaoundé : Clé-Cipcré
- Kambale, E. 1998. Le mystère. Kinshasa : CEPA
- Kapeta, C. 2003. La guerre en République Démocratique du Congo. Kinshasa : CPR.
- Kapeta, D. 2000. L'état d'un Etat. Réflexion théologique. Kinshasa : MED
- Kapeta, D. 2002. L'Eglise face au SIDA. Kinshasa : CPR
- Kapita, M.B. 1998. SIDA en Afrique. Maladie et phénomène social. Kinshasa : Centre de vulgarisation agricole
- Kasongo, Y. 2006. Initiation à la philosophie. Kinshasa : MédiasPaul.
- Kazadi, M. 1996. Aliments et élevage. Kinshasa : CPR
- Kibambe, L. 2006. La chute du Roi. Kinshasa : Centre de Promotion Sociale
- Kilolo, A. 1971. Hygiène et sécurité. Kinshasa : CPR
- Kilolo, A. 2000. Le SIDA. Kinshasa : Célos
- Kimpe, A. 2004. Kinshasa ex. Léopoldville. Kinshasa : Vegas.
- Kimpianga, M. 1993. Répertoire des ONG membres du CNONG-Zaïre. Kinshasa : CEPAS
- Lachet, J-C. 1991. Théologie de la maladie. Paris : Les Editions du Cerf
- Larousse. 1957. Dictionnaire. Paris.
- Le monde dans ma poche.2008. Kinshasa : Saint-Paul
- Lelo, N.F. 2008. Kinshasa ville et environnement. Kinshasa : L'Harmattan
- Les Evêques Catholiques d'Afrique et Madagascar. 2005. Brisent le tabou et parlent du SIDA. Kinshasa : Médias-Paul
- Lindsay, J. 1973. World Church. Niger : Pauni
- Luc, V.D. 2005. La géographie de la 6è Humanité. Kinshasa : UPN
- Lubuika, N. 2007. La vente des produits manufacturés. Kinshasa : Centre d'Etude et Promotion
- Lubula, K. 1975. Le travail. Lubumbashi. PCA.
- Makanu, A. 1998. La vie de l'homme. Munich : Wurm.
- Malaba, B. 2005. L'élevage et l'agriculture. Kinshasa : CPR
- Malanchton. 1978. Ecclésiologie. Bruxelles.

- Malangu, P. 1973. Les problèmes de la ville de Kinshasa : Editions du Léopard
- Malula, J.A.(Cardinal). 1970. Vivre heureux. Kinshasa : CEP
- Margeret Hill, Harriet Hill, Richard Baggé, Pat Miersma. 2005. Guérir les traumatismes.
Nairobi : Wycliffe Africa
- Martin, F. 2005. Le SIDA dans le monde. Bruxelles : Merma
- Matthieu. 1911. Les villages du Congo. Léopoldville : Congo Presse
- Mbumba, N. 1999. Kinshasa 1881-1981, 100 ans après Stanley. Problème et avenir
d'une ville. Kinshasa : Centre de Recherche Pédagogique
- Mbungu, M.F. 2007. Ethique et principe de responsabilité. Kinshasa : INAP
- Mbuyi, W.M.1970. Habitat et urbanisme à Kinshasa. Kinshasa : MUH
- Michel, C. et Norbert, G. 1993. Le SIDA dans le monde, Paris : Gallimard.
- Micro-robert. 1984. Dictionnaire. Paris.
- Melnick, J. 2004. Notes cliniques. Paris : Solange.
- Ministère de la Santé Publique. 2006. Plan de lutte contre le SIDA
- Ministère du Plan. 2007. Résultats de l'enquête démographique et santé de la RDC.
Kinshasa
- Mitanta, L. 1981. Le Chrétien de Kinshasa. Kinshasa: EVE
- Mouton, J. 2001. How to succeed in your master's and Doctoral studies
- Mugambi, J.N.K. 1989. Jesus in African Christianity. Nairobi: Initiatives
- Moke, E. 1972. Vivre en Eglise. Kinshasa : éd. du CEP.
- Mukendi, P. 2005. Théologie de libération Africaine. Kinshasa: Mission MED.
- Mukonkole, C. 1991. Le problème de l'habitat à Kinshasa : Kinshasa : CEC
- Mukonkole, B. 2006. Les droits de l'Eglise. Kinshasa : MAF
- Mulamba, J. 2007. Le transport en commun. Kinshasa: MAF
- Muller, D. 1996. Mais tous étaient frappés. SIDA, éthique et foi Chrétienne. Genève:
Labor et Fides
- Maluleke. 2001. The challenge of HIV/AIDS for theological education in
Africa
- Musumba, A. 2006. Les religions. Kinshasa : INA.
- Muteba, F. 2007. Combattre efficacement le VIH/ SIDA en Afrique. Kinshasa : Editions
du CEPAS

- Muntuabo, B. 2004. Les religions de Kinshasa. Kinshasa : IFTSA.
- Mwabilua, A. 1972. Le Muntu. Kinshasa : CPR
- Mwaka, C. 1984. Le temps. Kinshasa : CPK
- Mwamba, B. 1981. La mort en cascade. Kinshasa : EDP
- Myer, P. 1975. Aux sources de la vérité biblique. Bruxelles : Ed. Lens
- Nancy Van, P. 1990. L'enfant épanoui. Cayenne : Edition le monde Antillais
- Ndembo. 2002. La Communauté des Frères en Christ Gareganze. Kinshasa :
IFTSA.
- Ngonda, J. 1998. Kinshasa ville province. Kinshasa : DEV.
- Ngondankoy, N.L. 2004. Droit Congolais des droits de l'homme. Louvain-la neuve :
Bruylant-Academia
- Ngoy, B. 1987. La démographie. Kinshasa : Edition du Léopard
- Ngwey, A. 2005. La communication, un art. Kinshasa : IFASIC
- Nouveau dictionnaire Biblique. 1970. Paris
- Nsangwa, D. 1994. Le développement d'un peuple. Kinshasa : CRP
- Nzach, L. 1999. La mission. Kinshasa : CUM
- Nzunga, M. 2004. Sexualité avant mariage. Haïti : Ed. Presse Evangélique
- Organisation Mondiale de la Santé (rapport 2003)
- Organisation Mondiale de la Santé (rapport 2005)
- Organisation des Nations Unies pour le SIDA (rapport 2008)
- Pape Jean Paul II, 1986. L'Eglise. Vatican: Vitae
- Petit Larousse. 2007. Dictionnaire Français. Paris
- Pettifor, J.M. 1991. Dietary calcium deficiency. New York: Raven Press.
- Philippe, G.W. 1982. Face à l'anticléralisme et l'industrialisation. Genève : Chapelle
- Pierrot, K. 2007. La perception. Paris: Colin.
- Pongo, M 2000. Eglise et la mission. Kinshasa: MED.
- Pongo, M 2009. Mission et Développement. Kinshasa: MED.
- Programme national de lutte contre le SIDA. 2002 : rapport.
- Richard, B.C. 2000. La psychopathologie cognitive. Paris : PUF.
- Robert Gallo et Coll. 2005. Infection dans l'Afrique rurale. Bruxelles : Ed.
BMJ Genetica.

- Robert. 1994. Dictionnaire. Paris.
- Robert. 2000. Dictionnaire. Paris.
- Rosny, E.D. 1981. Les yeux de ma chèvre. Paris : Plon.
- Samba, Lefebvre, M.C. 1994. Le SIDA et la société Congolaise dans
Etudes 3.803. (Mars 1994) Article.
- Scheler, M. 2004. La pudeur. Paris. Editions Montaigne.
- Stéthatos, N. 1953. Le sauvetage. Paris: Colin
- Sttot, J. 1992. The Bible in world Evangelization. Pasadana: William Carey
- Sttot, J. 1995. Le chrétien à l'aube du XXIè siècle. Québec : La Clairière
- Thalassios, S. 1958. Les saints. Angola: Quato
- Valadier, P. 2008. La morale sort de l'ombre. Paris : Desclée de Brouwer.
- Van Lierde. 1968. Economie de développement. Kinshasa : CEP
- Vauvillier. 2001. Dictionnaire médical de l'infirmier, encyclopédie pratique. Paris : Ed.
Masson.
- Vervier, J. 1998. L'art de communiquer. Toulon: Edit. Charles
- Villey, Michel. 1998. Le droit et les droits de l'homme. Paris: PUF.
- Vitta, G. 1921. Pro-Kinshasa. Léopoldville: Congo Presse
- Webb,D. 1997. HIV and AIDS in Africa. London: Pluto Press.
- Wieland, R.J. 1978. Les secrets du bonheur. Yaoundé : IMA.
- William, G.; Blinolo, A.D. et Kerouedan, D. 1995. Colmater les brèches. Soutien et
soins aux séropositifs et aux malades du SIDA en Côte d'Ivoire. Oxford: Gallion
&William.
- White, E.G. 1994. Cousen on health.
- Yamba Yamba, S. 1998. Les ONGD, regard et perspectives. Kinshasa :
Epiphanie.
- Yungu, M. 1994. Réflexion théologique sur le développement socioéconomique de la
CBB. Kinshasa : FPZ.
- Zorn, G. 2004. L'évangile mondial. Munich : Flirtham.